

# CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE: CONEXÕES DE SABERES E PRÁTICAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

**Camila Dubow**  
**Suzane Beatriz Frantz Krug**  
**Organizadoras**



## CIF

Implementação da CIF: Estudo em um  
serviço especializado em reabilitação  
Física de Referência Regional do SUS no  
Rio Grande do Sul

Programa Pesquisas para o SUS- PPSUS

**ARCO**  
EDITORES ● ● ●

# Colaboradores



Esta obra é de acesso aberto.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e respeitando a Licença Creative Commons indicada.



### **CONSELHO EDITORIAL**

Prof. Dr. Thiago Ribeiro Rafagnin, UFOB.

Prof. Dr. Deivid Alex dos Santos, UEL

Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva, UNIDAVI.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Camila do Nascimento Cultri, UFSCar.

Prof. Dr. Gilvan Charles Cerqueira de Araújo, UCB.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fabiane dos Santos Ramos, UFSM.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alessandra Regina Müller Germani, UFFS.

Prof. Dr. Everton Bandeira Martins, UFFS.

Prof. Dr. Erick Kader Callegaro Corrêa, UFN.

Prof. Dr. Pedro Henrique Witchs, UFES.

Prof. Dr. Mateus Henrique Köhler, UFSM.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Liziany Müller, UFSM.

Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza, UNISC.

Prof. Dr. Dioni Paulo Pastorio, UFRGS.

Prof. Dr. Leandro Antônio dos Santos, UFU.

Prof. Dr. Rafael Nogueira Furtado, UFJF.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Francielle Benini Agne Tybusch, UFN.

Prof<sup>a</sup> DR<sup>a</sup>. Mônica Aparecida Bortolotti, UNICENTRO

Prof<sup>a</sup>. Msc. Maricléia Aparecida Leite Novak, UNICENTRO

Prof. Msc. Sergio Ricardo Gaspar

Prof<sup>a</sup> Msc. Elizandra Petriu Gasparelo, UNICENTRO

**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

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Classificação Internaiconal de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde : Ciências  
médicas 610.12

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129



**10.48209/978-65-5417-063-5**

*Diagramação e Projeto Gráfico: Gabriel Eldereti Machado*

*Imagem capa: Designed by canva*

*Revisão: Organizadores e Autores(as)*

**ARCO EDITORES**

*Telefone: 5599723-4952*

*contato@arcoeditores.com*

*www.arcoeditores.com*

# Sumário

## **PREFÁCIO**

*Shamyr Sulyvan de Castro* .....7

## **APRESENTAÇÃO**

*Camila Dubow e Suzane Beatriz Frantz Krug*.....9

## **SEÇÃO I - Contexto histórico e atual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde das Pessoas com Deficiência (PcDs)**

Panorama Histórico e Políticas Públicas para as PcDs no Brasil - contextualização histórica

*Paulo Henrique dos Santos Mota*.....11

Perspectivas dos olhares sociais acerca das Pessoas com Deficiência

*Guilherme Mocelin, Morgana Pappen, Paula Lopes Gomide, Vera Costa Somavilla, Edna Linhares Garcia* .....28

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): compreendendo e aprimorando conceitos

*Karoleen Scharan* .....37

## **SEÇÃO II - Experiências de implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**

Experiência de Implementação da CIF em Serviços de Saúde

*Maria Cristina Pedro Biz* .....44

Desenvolvimento de um software avaliativo baseado na classificação internacional de funcionalidade: relato de experiência

*Basílio Henrique Pereira Júnior* .....52

### **SEÇÃO III - Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no Serviço de Reabilitação Física da Universidade de Santa Cruz do Sul - RS**

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”

*Camila Dubow e Suzane Beatriz Frantz Krug .....60*

A entrevista como instrumento para investigação em uma pesquisa qualitativa no campo da saúde

*Lucas Vinicius Fischer, Ana Gabriela Sausen, Edna Linhares Garcia .....72*

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 .....81*

Oficinas temáticas como estratégia de educação em saúde: um relato de experiência

*Morgana Pappen, Mariana Portela de Assis, Gabriele Zawacki Milagres, Leni Dias Weigelt .....89*

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 .....98*

Contribuições e reflexões da participação em grupos de estudos e pesquisas: perspectivas de acadêmicos e pós-graduandos

*Guilherme Mocelin, Charlene dos Santos Silveira, Ana Gabriela Sausen, Renita Baldo Moraes, Leni Dias Weigelt, Vera Costa Somavilla .....107*

Serviço de Reabilitação Física: um lugar de aprendizados, desafios e possibilidades

*Angela Cristina Ferreira da Silva, Eunice Maria Viccari, Paula Bianchetti, Leticia Luzia dos Santos Fernandes .....116*

## **PREFÁCIO**

*Shamyr Sulyvan de Castro*

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi lançada em 2001 pela Organização Mundial da Saúde com o objetivo de oferecer uma linguagem padronizada para o processo de avaliação em saúde, entre outros. Seu caráter inovador reside em propor o modelo biopsicossocial como estrutura para compreensão da situação de saúde das pessoas, avançando para além da compreensão biomédica. Ao propor essa mudança de paradigma no processo de compreensão da saúde, a CIF desloca os aspectos negativos da saúde para fora do corpo humano, posicionando-os na interação entre o sujeito e o ambiente que o cerca. Por seu contexto dependente, a abordagem da CIF respeita a subjetividade, singularidade e individualidade das pessoas ao considerar a própria situação de saúde. Essas características descortinam um mundo novo para profissionais de saúde, que verificam novas possibilidades de intervenções curativas e preventivas, mas concomitantemente, carecem de capacitação para uso dessa nova ferramenta. Por terem sido formados em período em que a CIF ou a funcionalidade não eram presentes nos cursos de graduação, a adoção da classificação na prática clínica pode implicar muitas vezes em necessidade de atualização a respeito do tema.

Nesse sentido a obra “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: conexões de saberes e práticas nos serviços de saúde” vem para contribuir positivamente à formação dos profissionais de saúde, agrupando oportunidades de aproximação da aplicação da CIF em cenários diversos. O conteúdo da obra se divide em três seções, que oportuna e consistentemente cobre temas pertinentes e atuais. A primeira delas contextualiza adequadamen-

te a CIF e sua relação com as pessoas com deficiência, oferece um panorama histórico da CIF e das políticas para as pessoas com deficiência. As outras duas seções apresentam exemplos de experiências de aplicação da CIF ou do modelo biopsicossocial em cenários diversos.

Ao situar historicamente a CIF e as políticas das pessoas com deficiências e compartilhar as experiências de uso da CIF ou do modelo biopsicossocial, a obra aqui apresentada presta grande serviço aos profissionais de saúde, oportunizando ponto de partida para processos de transformação no cuidado em saúde. Os capítulos e seus conteúdos evidenciam a generosidade de cada um dos autores ao relatar suas vivências adquiridas ao longo do tempo.

Apesar de ter mais de 20 anos que foi lançada, a adoção da CIF na prática clínica ainda enfrenta muitas barreiras, não sendo verificada sua completa absorção no campo da saúde. O presente livro se faz necessário ao favorecer a implementação e uso da CIF e do modelo biopsicossocial no processo de cuidado em saúde de forma gradual e consistente.

Como pesquisador, professor, profissional da saúde e cidadão, saúdo a chegada dessa obra e recomendo sua cuidadosa leitura àqueles que desejam conhecer um pouco mais das potencialidades da CIF através de experiências práticas e exitosas. Sem dúvida, a obra aqui apresentada poderá ser usada como apoio na adoção do cuidado em saúde direcionado ao modelo biopsicossocial.

## **Apresentação**

*Camila Dubow*

*Suzane Beatriz Frantz Krug*

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. O projeto tem 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.

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 Rea-

bilitação Física (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. Desejamos uma ótima leitura e potentes reflexões!

# **PANORAMA HISTÓRICO E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS PCDS NO BRASIL: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA**

*Paulo Henrique dos Santos Mota*

**Doi: 10.48209/978-65-5417-063-1**

Políticas públicas são, medidas e ações que carregam a orientação política do Estado (BOBBIO; NICOLA; GIANFRANCO, 1998), de forma a promover o desenvolvimento futuro da sociedade (VIANA; BAPTISTA, 2008). Tais políticas devem ir ao encontro dos anseios populares, entendendo suas necessidades, e conhecendo as diferentes realidades setoriais. São passíveis de avaliação de rumos, diretrizes e do modo como ocorre sua interação com a realidade (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Nas diferentes formas de sociedades as políticas públicas voltadas para as Pessoas com Deficiências (PcDs), podem ser compreendidas como uma expressão dos processos de exclusão, impostos por relações culturais e políticas (MOTA; BOUSQUAT, 2021). Ainda nos dias atuais, essas pessoas são menosprezadas e sujeitas a abusos pela sociedade que se auto declara “normal”.

No Brasil, durante grande parte do século XX a assistência a PcD não era de responsabilidade clara do Estado. As únicas instituições públicas existentes eram os centros de reabilitação profissional do Instituto Nacional de Previdência Social (RIBEIRO *et al.*, 2010). Segundo Coelho (2004), as políticas públicas do momento eram incapazes de fazer a correta identificação e avaliação dos problemas e inexistiam políticas sociais centradas na saúde das PcD.

Ainda assim, ações e serviços destinados aos cuidados das PcDs começaram a se desenvolver em meados do século XX. Surgem instituições de reabilitação com foco no cuidado dos indivíduos acometidos, principalmente, pelo surto de poliomielite. Tais serviços ficavam a cargo de instituições filantrópicas, de caridade, religiosas, associações e de movimentos sociais de PcDs, associações de amigos e parentes ou de atendimentos particulares<sup>1</sup>. Essas iniciativas têm considerável importância histórica, criaram grande quantidade de serviços com abordagens diversas, ainda que com recursos técnicos e financeiros inadequados e sem um sistema de regulação minimamente coerente com suas funções (RIBEIRO *et al.*, 2010).

Somente com a Constituição Federal de 1988, chamada de “Constituição Cidadã” por reconhecer direitos e aprofundar os mecanismos de proteção social, que garantias as PcD surgem. O artigo 23 afirma que: “é competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”<sup>2</sup> (BRASIL, 1988). É a Lei nº 7.853/1989 que irá estabelecer as normas gerais para o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das PcDs, sua efetiva integração social, os direitos referentes à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à previdência social, entre outros (BRASIL, 1989).

A primeira definição de quem seriam as PCD é o decreto n.º 914/1993, da Presidência da República que considera pessoa com deficiência “aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura

---

1 Alguns exemplos oriundos deste modelo: Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) fundada em 1950; Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (1954); Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (1954); Instituto Bahiano de Reabilitação (1958); Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa (1976) e; Associação das Pioneiras Sociais (1960) que viria ser a primeira a assinar um contrato de gestão com o Governo Federal.

2 “Pessoa portadora de deficiência” é o termo utilizado à época da promulgação da constituição federal de 1988. O termo “pessoa com deficiência” passa a ser utilizado pelo Governo Federal a partir da portaria nº2.344/10.

ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano” (BRASIL, 1993). Esta definição é ancorada fortemente no modelo médico da deficiência, tratando-a como um problema exclusivamente do corpo e comparando-a com uma dita normalidade (WHO, 2011).

A lei nº 8.080/90 que orienta o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS), não traz referência alguma às PcD (BRASIL, 1990). Ainda assim, é posto que com sua implementação e o processo de descentralização dos serviços, as secretarias municipais de saúde, em conjunto com as secretarias estaduais de saúde deveriam assumir os serviços e ofertar o cuidado integral, independentemente das necessidades dos indivíduos, de suas deficiências ou incapacidades (COELHO, 2004).

Serviços para as PcDs, implementados neste momento, foram construídos em cenário urbano, concentrados nas localidades com melhor desenvolvimento socioeconômico, com cobertura assistencial baixa e organizados por tipo de deficiência (ALMEIDA, 2004).

Somente no ano de 2001, o Ministério da Saúde começa a elaborar estratégias para o cuidado desta população. Cria, através da portaria nº 818/01, mecanismos para organização e implementação das redes estaduais de assistência à PcD. Segundo o documento, estas redes, deveriam ser organizadas por nível de complexidade, no entanto, exercem pouca articulação entre os diversos pontos de atenção à saúde.

O Executivo Federal e o Ministério da Saúde passam a viabilizar ações através de uma série de normativas, decretos e atos legais, trazendo para agenda de discussão a atenção à saúde das PcDs conforme o Quadro 1. É tenciona-

do a implementação de modelos assistenciais de abordagem multiprofissional e multidisciplinar, com destaque para ações de promoção à saúde na reabilitação e inclusão social.

Paralelamente, em 2007, o Brasil assina a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas, sendo promulgada através do Decreto Legislativo nº 186/2008 (BRASIL, 2007). Trata-se de um documento que visa ampliar a participação e a inclusão, bem como potencializar igualdades, acessibilidade e o respeito à PCD na sociedade. Considera a deficiência como uma questão essencial dos direitos humanos (WHO, 2011).

Resultante deste compromisso, no ano de 2011 é apresentado o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limite (BRASIL, 2013). Tem como objetivo implementar novas iniciativas e intensificar ações desenvolvidas em benefício das pessoas com deficiência, por meio da articulação de políticas governamentais de acesso à educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade. Trata-se de um plano intersetorial com o envolvimento de 15 ministérios, a participação do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência com o aporte da sociedade civil, envolvendo todos os entes federados.

No eixo relacionado à saúde é instituída a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPD), através da Portaria nº 793/2012 (BRASIL, 2012). Tem como objetivos gerais a ampliação do acesso e qualificação do atendimento; a criação de vínculos entre as PcD e suas famílias aos pontos de atenção e; garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.

A RCPD propõe que os Centros de Reabilitação seriam pontos de atenção para ações específicas no cuidado à saúde da pessoa com deficiência, mas, também concebidos como espaços de articulação com os demais pontos de atenção do SUS (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015). O escopo de atuação da RCPD compreende ações para indivíduos que necessitam de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação para indivíduos com incapacidades funcionais e/ou deficiências. O Quadro 2, resume os pontos de atenção e as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para a RCPD.

Cabe à Atenção Primária em Saúde (APS) definir ações, programas e práticas a partir das necessidades da população, estando articulados de forma intersetorial. Ações básicas de reabilitação visam favorecer a inclusão social, através orientações para a mobilidade de PcDs, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas e estimulação da fala para portadores de distúrbios de comunicação (MENDES, 2014).

São preconizadas pelo Ministério da Saúde para reabilitação na APS: ações de prevenção e promoção à saúde bem como apoio matricial; acolhimento; grupos terapêuticos e educativos; atendimento domiciliar; atendimento compartilhado; atendimento individual específico, entre outros. É imprescindível que as intervenções de caráter individual, familiar e comunitário sejam disponibilizadas de forma complementar aos serviços especializados.

Cabe ainda à atenção especializada a responsabilidade de garantir o acesso de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção para a população. Estes são dispositivos de tecnologia assistiva de grande importância no processo de reabilitação.

A alta complexidade, sendo prestada em serviços ambulatoriais e hospitalares, deve ser qualificada para prestar atendimento aos casos cujos momentos da instalação da incapacidade, tipo e grau, justifiquem uma intervenção frequente e intensa. Requer tecnologias de maior complexidade e recursos humanos especializados (MENDES, 2011). Esses serviços devem ser estruturados por especificidade da incapacidade ou deficiência, em conjunto com a equipe multiprofissional.

A organização das ações deveria compor um planejamento de abrangência local e regional, definida através das bases epidemiológicas, sistema informatizado de comunicação e referência e contrarreferência, objetivando maior cobertura e resolubilidade possíveis dos casos detectados. As ações de serviços especializados deveriam ser executadas por equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar, de acordo com a disponibilidade local de recursos humanos. Sua ideal execução baseia-se em serviços regulados, estabelecendo fluxos contínuos de cuidados com os demais serviços. Devem ser responsáveis pelo apoio matricial junto a APS, compartilhando a responsabilidade pelo cuidado e produção de projeto terapêutico singular (BRASIL, 2012).

A RCPD, é ainda, a principal política pública em saúde para as PCD, ainda tenha se disseminado, através da expansão de serviços de reabilitação e de profissionais de saúde, principalmente no período pós normatização da RCPD, são grandes os desafios ainda a serem trilhados. Trata-se de uma caracterizada por sua baixa implementação e pouca estrutura para contemplar os serviços de reabilitação e seus nós correlatos nas redes (MENDES, 2014), apresenta ainda, dificuldades relacionadas à disponibilidade de infraestrutura, força de trabalho, instrumentos de acessibilidade, mecanismos de regulação assistencial, pactua-

ção de fluxos de atendimento, mecanismos de planejamento e atuação da APS (BERTUSSI *et al.*, 2022; DUBOW; GARCIA; KRUG, 2018; MOTA, 2020; RIBEIRO; MEDEIROS; SILVA, 2022).

Os desafios chocam-se principalmente com outros três: 1) A diminuição do investimento em proteção social, saúde e educação, iniciados a partir da emenda constitucional nº 95/2016 (BRASIL, 2016), que instituiu novo regime fiscal que coloca o limite dos gastos corresponderá ao teto de gastos referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Aplicado (IPCA); 2) O fim do financiamento das equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), pelo governo federal, que diminui os profissionais de reabilitação para a APS levando a sobrecarga dos serviços de especialidade, e; 3) Pandemia de Covid-19 que diminuiu os procedimentos realizados nos Centros Especializados de Reabilitação, aumentou a fila de espera por consultas, exames e procedimentos e aumentou a demanda de usuários com condições respiratórias que necessitam de reabilitação.

**Quadro 1** - Normativas federais acerca do cuidado à pessoa com deficiência física, Brasil, 1992 – 2017.

Normativa	Resumo
Portaria MS n.º 303, de 02/07/1992	Define normas para atendimento de reabilitação ao nível hospitalar, discriminando os tipos de serviços – Leito ou Unidade de Reabilitação em Hospital Geral e Hospital, ou Centro Especializado em Reabilitação – bem como, os recursos humanos e materiais necessários para o funcionamento desses serviços.
Portaria MS n.º 304, de 02/07/1992	Define normas para o atendimento de reabilitação ao nível ambulatorial, discriminando os serviços por nível de complexidade – UBS, Ambulatório e Núcleos/Centros de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, bem como os recursos humanos e físicos, necessários para o funcionamento desses serviços
Portaria MS n.º 146, de 14/10/1993	Estabelece diretrizes gerais para a concessão de órteses e próteses pela assistência ambulatorial.
Decreto PdR n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999.	Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da <i>Pessoa Portadora de Deficiência</i> ,
Portaria MS n.º 818, 05/06/2001	Cria mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física.
Decreto PdR n.º 3.956, de 08/10/2001.	Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as <i>Pessoas Portadoras de Deficiência</i> .
Portaria MS n.º 1.060 de 05/06/2002	Estabelece a Política Nacional de Saúde da <i>Pessoa Portadora de Deficiência</i> .

Decreto PdR n.º 5.296 de 02/12/2004	Dá prioridade de atendimento às pessoas e que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida
Portaria MS n.º 154, de 24/01/2008	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.
Decreto PdR n.º 6.949, de 25/08/2009	Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das <i>Pessoas com Deficiência</i> e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007
Portaria MS n.º 2.488, de 21/10/2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica de 2011.
Decreto PdR n.º 7.612, de 17/11/2011.	Institui o Plano Nacional dos Direitos da <i>Pessoa com Deficiência</i> - Plano Viver sem Limite.
Portaria MS n.º 793, de 24/04/2012	Institui a Rede de Cuidados à <i>Pessoa com Deficiência</i> no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Portaria MS n.º 1.329, de 03/12/2012	Aprova a Diretriz de Atenção à Pessoa Amputada
Portaria MS n.º 1.329, de 03/12/2012	Aprova as Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular
Lei PdR n.º 13.146, de 06/06/2015.	Institui a Lei Brasileira de Inclusão da <i>Pessoa com Deficiência</i> (Estatuto da Pessoa com Deficiência).
Decreto PdR n.º 8.725, de 27/04/2016	Institui a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral e dá outras providências.
Portaria MS n.º 2.436, de 21/09/2017	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica de 2017 que renomeia o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) para NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica)

Portaria de Consolidação MS n.º 03 de 28/09/2017	Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.
Portaria n.º 2.979, de 12/11/2019	Instituição do Previne Brasil e fim do financiamento do NAS-F-AB pelo Ministério da Saúde.

Fonte: Elaboração pelo próprio autor (2022).

**Quadro 2 - Território sanitário, nível e pontos de atenção da RCPD. Brasil**

Território Sanitário	Nível de Atenção	Pontos de Atenção	Ações
<b>Município</b>	<b>APS</b>		1. Identificação Precoce;
			2. Acompanhamento RN alto risco;
		1. UBS	3. Educação em saúde;
		2. NASF-AB	4. Criação de linhas de cuidado e protocolos clínicos;
		3. Atenção Odontológica	5. Promoção da inclusão;
			6. Implementação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco;
			7. Atenção domiciliar; orientação familiar;
			8. Adequação do ambiente escolar via PSE

<b>Região de Saúde</b>	<b>Atenção Especializada</b>		1. Serviço de referência regulado de base territorial
			2. Produzir PTS
		1. Estabelecimento habilitado	3. Realizar apoio matricial com APS e compartilhar a responsabilidade do cuidado
		em um serviço de reabilitação	4. Garantir OPM
		2. CER	5. Estabelecer fluxos de cuidado contínuo
		3. CEO	6. Articular-se com o Sistema Único de Assistência Social SUAS
		4. Oficina Ortopédica	7. Articular-se com a Rede de ensino
			8. CER: polo de qualificação profissional e rede de pesquisa
			9. CER: Contará com transporte sanitário
			10. CEO: Ampliar e qualificar o cuidado
<b>Macrorregião de Saúde</b>	<b>Atenção Hospitalar</b>	1. Atenção Hospitalar	1. Acolhimento e classificação de risco
		2. Urgência e Emergência	2. Instituir equipes de referência em reabilitação vinculadas à ação pré-deficiência
			3. Ampliar acesso leitos regulados de reabilitação hospitalar

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

## **Referências**

ALMEIDA, L. G. R. DE. **Estudo sobre a distribuição dos serviços de reabilitação: O caso do estado do Rio de Janeiro**. Dissertação - Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 2004.

BERTUSSI, D. C. et al. **O Cer que precisa ser: os desafios de ser rede viva com o outro**. [s.l.] Editora Rede Unida, 2022.

BOBBIO, N.; NICOLA, M.; GIANFRANCO, P. **Dicionário de Política**. Editora Universidade de Brasília, 1998.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 30 set. 2022.

BRASIL. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2007)**. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: d. [s.l: s.n.].

BRASIL. **Decreto Nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999**. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec3298.pdf>. Acesso em: 27 set. 2022.

BRASIL. **Decreto Nº 3.956, de 8 de Outubro de 2001**. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Brasília, DF, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2001/d3956.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3956.htm). Acesso em: 25 set. 2022.

BRASIL. **Decreto Nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis n 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/decreto%205296-2004.pdf>. Acesso em: 27 set. 2022.

**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. Brasília, DF, 2009. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/decreto6949\\_se-esp.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/decreto6949_se-esp.pdf). Acesso em: 27 set. 2022.

**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. Brasília, DF, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm). Acesso em: 29 set. 2022.

**BRASIL. Decreto N° 8.725, de 27 de Abril de 2016.** Institui a Rede Inter-setorial de Reabilitação Integral e dá outras providências. Brasília, DF, 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/decreto/d8725.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8725.htm). Acesso em: 26 set. 2022.

**BRASIL. Decreto N° 914, de 6 de setembro de 1993.** Institui a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, e dá outras providências. Brasília, DF, 1993. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=845323&filenam](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=845323&filenam). Acesso em: 29 set. 2022.

**BRASIL. Emenda Constitucional N° 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF, 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 29 set. 2022.

**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). Brasília, DF, 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm#:~:text=Art.%201%C2%BA%20%C3%89%20institu%C3%ADda%20a,Par%C3%A1grafo%20%C3%BAnico](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm#:~:text=Art.%201%C2%BA%20%C3%89%20institu%C3%ADda%20a,Par%C3%A1grafo%20%C3%BAnico). Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. **Lei N° 7.853, de 24 de outubro de 1989.** Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Brasília, DF, 1989. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17853.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20apoio%20%C3%A0s,P%C3%ABlico%2C%20define%20crimes%2C%20e%20d%C3%A1](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17853.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20apoio%20%C3%A0s,P%C3%ABlico%2C%20define%20crimes%2C%20e%20d%C3%A1). Acesso em: 29 set. 2022.

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. Brasília, DF, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 29 set. 2022.

BRASIL. **Portaria de Consolidação N° 3.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>. Acesso em: 27 set. 2022.

BRASIL. **Portaria N° 1060, de 5 de junho de 2002.** Brasília, DF, 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html). Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. **Portaria N° 1.329, de 3 de Dezembro de 2012.** Brasília, DF, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1329\\_03\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1329_03_12_2012.html). Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. **Portaria N° 146, de 14 de outubro de 1993.** Brasília, DF, 1990. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0146\\_14\\_10\\_1993.html#:~:text=Estabelecer%20diretrizes%20gerais%20para%20a,%C3%93rteses%20atrav%C3%A9s%20da%20Assist%C3%AAncia%20Ambulatorial](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0146_14_10_1993.html#:~:text=Estabelecer%20diretrizes%20gerais%20para%20a,%C3%93rteses%20atrav%C3%A9s%20da%20Assist%C3%AAncia%20Ambulatorial). Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. **Portaria N° 154, de 24 de Janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, DF, 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. **Portaria N° 2.436, de 21 de Setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. **Portaria N° 2.488, de 21 de Outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html#:~:text=Aprova%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,Comunit%C3%A1rios%20de%20Sa%C3%BAde%20\(PACS\)](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html#:~:text=Aprova%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,Comunit%C3%A1rios%20de%20Sa%C3%BAde%20(PACS).). Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. **Portaria N° 2.979, de 12 de Novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF, 2019. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html). Acesso em: 27 set. 2022.

BRASIL. **Portaria N° 303, de 2 de julho de 1992.** Modificar a Portaria nº 225, de 29 de janeiro de 1992, que dispõe sobre normas de funcionamento dos serviços de saúde para pessoa portadora de Deficiência - PPD, no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 1992. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/snas/1992/prt0303\\_02\\_07\\_1992.html#:~:text=Modificar%20a%20Portaria%20n%C2%BA%20225,no%20Sistema%20%C3%AAnico%20de%20Sa%C3%BAde](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/snas/1992/prt0303_02_07_1992.html#:~:text=Modificar%20a%20Portaria%20n%C2%BA%20225,no%20Sistema%20%C3%AAnico%20de%20Sa%C3%BAde). Acesso em: 27 set. 2022.

BRASIL. **Portaria N° 304, de 2 de Julho de 1992.** Modifica a Portaria 237, de 13 de fevereiro da 1992, que dispõe sobre normas de funcionamento dos serviços de saúde para atendimento da Pessoa Portadora de Deficiência - PPD no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 1992. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/snas/1992/prt0304\\_02\\_07\\_1992.html#:~:text=Modifica%20a%20Portaria%20237%2C%20de,no%20Sistema%20%C3%AAnico%20de%20Sa%C3%BAde](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/snas/1992/prt0304_02_07_1992.html#:~:text=Modifica%20a%20Portaria%20237%2C%20de,no%20Sistema%20%C3%AAnico%20de%20Sa%C3%BAde). Acesso em: 27 set. 2022.

BRASIL. **Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2012. Disponível em: [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). Acesso em: 29 set. 2022.

BRASIL. **Portaria Nº 818, de 05 de Junho de 2001.** Brasília, DF, 2001. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0818\\_05\\_06\\_2001.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0818_05_06_2001.html). Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. **Viver sem limites – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência.** Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR); Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD), 2013.

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A. DE P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 52, p 207-10, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000100207&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100207&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 29 set. 2022.

COELHO, A.E.B.D.; LOBO, S.T. Gestão participativa na organização de uma rede de reabilitação em saúde pública. **Rev Virt Gestão Iniciat Soc**, v.1, p.37-45, out, 2004.

DUBOW, C.; GARCIA, E. L.; KRUG, S. B. F. 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.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **A política pública seus ciclos e subsistemas.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil, 2011.

MENDES, V. L. F. Saúde sem limite: implantação da rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência. **Divulg. saúde debate**, v. 52, p. 146-152, 2014.

MOTA, P. H. DOS S. **Implementação da rede de cuidados à pessoa com deficiência: contexto, valores e níveis do cuidado.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2020.

MOTA, P. H. DOS S.; BOUSQUAT, A. Deficiência: palavras, modelos e exclusão. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 847–860, 18 out. 2021.

RIBEIRO, C. T. M. et al. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 28, n. 1, p. 43-48, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892010000700007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010000700007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 29 set. 2022.

RIBEIRO, K. S. Q. S.; MEDEIROS, A. DE A.; SILVA, S. L. A. DA. **Redecin Brasil: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis.** [s.l.] Editora Rede Unida, 2022.

VIANA, A. L. D'ÁVILA; BAPTISTA, T. W. DE F. **Análise de Políticas de Saúde.** (L. Giovanella et al., Eds.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), 2008.

WHO. **International classification of impairments, disabilities, and handicaps : a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29.35 of the Twenty-ninth World Health Assembly.** [s.l: s.n.].

WHO. **WHO | World report on disability.** WHO, 2011. Disponível em: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/). Acesso em: 29 set. 2022.

# **PERSPECTIVAS DOS OLHARES SOCIAIS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

*Guilherme Mocelin*

*Morgana Pappen*

*Paula Lopes Gomide*

*Vera Elenei da Costa Somavilla*

*Edna Linhares Garcia*

**Doi: 10.48209/978-65-5417-063-2**

## **Introdução**

Compreender os sujeitos e as relações que se desenvolvem em sociedade sob suas multifaces, apresentam-se como um grande e instigante desafio que é atravessado por todos os aspectos e determinantes de saúde e condicionantes de vida. A não fragmentação dos olhares, permite enxergar os sujeitos diante das singularidades e melhor compreender os fatores imbricados entre as pessoas e suas experiências; auxiliando para a compreensão das multifaces do viver. Entender e estar sensível a essas questões que se desenvolvem e são desenvolvidas com e, entre os sujeitos, permitem refletir e (re)pensar sobre quais lentes são vistas, e conduzidos os significados do que é ser normal e possuir um corpo normal ou patológico (HONDA, 2021).

Os padrões sociais que são desenvolvidos por grupos, são fluidos, dinâmicos e moldáveis de acordo com as expressões temporais, crenças, culturas e experiências vividas no ambiente, dentre outros que são capazes de exercer algum tipo de pressão ao homem. As Pessoas com Deficiências (PcDs), em al-

gumas circunstâncias, ainda são observadas como indivíduos marginalizados e pouco ajustados ao mundo, pois ainda temos uma referência nos modelos de corpos perfeitos, que reforçam formas de preconceito e discriminação entre os pares que se envolvem nessa relação - sociedade tida como “normal” e grupos de PcD, que, via de regra são vistas como formas patologizantes (SILVA; SILVA; MELO, 2021).

A PcD, em algumas circunstâncias tangencia o normal, na medida que esta está à margem do que a sociedade entende como norma. Esta forma que toma um modelo como referência, pode colocar a deficiência dentro de classificações que patologizam o portador. Neste sentido, compreender que a norma também pode tratar-se de uma (des)construção, estimula a (re)flexão e questionamentos entre modelos entendidos como padrões, que evoluem para múltiplas formas de exclusão, que permitem o surgimento de fragilização e buscas constantes por enquadramento a estas normas, que nem sempre serão as mesmas e tampouco, tangíveis por todos(as). Ou seja, o normal momentâneo, pode não ser mais compreendido como normal de amanhã, inclusive sendo passível de ser assumido como uma forma patologizante que vulnerabiliza as PcDs e a forma como estas se inserem na sociedade (CANGUILHEM, 2009).

Ainda sob as percepções de Canguilhem (2009), a ausência de modelos e capacidades de ser normativo, culmina em condições que advêm de experiências vividas e expressam e produzem sofrimento, quiçá, adoecimentos pela própria percepção de não estar ajustado a modelos de padrões que são vistos como normas em sociedade. Desse modo, o sujeito que se apresenta patologizado, não significa que ele encontra-se unicamente com disfunções organofuncionais, entende-se que ele está vivendo qualitativamente nas normas de outros. Assim sendo, entende-se que os fatores que reverberam sob o normal e o pato-

lógico e a forma como são vistas as PcDs, são tanto, fluidas quanto dependentes dos momentos; o indivíduo pode mudar e assumir novas normas, de acordo com as realidades e as dinâmicas populacionais, a considerar o que o meio exige e dita como normal e patológico (CABRITA; ABRAHÃO, 2014). Sendo assim o estudo possui como objetivo: (re)fletir sobre os conceitos de normal e patológico e suas reverberações nas PcDs na sociedade.

## **Articulações Conceituais entre o normal e o Patológico e a (Re)existência dos Sujeitos**

Os sujeitos são interpretados e compreendidos pelos padrões e pelas normas construídas enquanto sociedade e, estar fora desses padrões que ditam as normas, instiga uma forma de marginalização, por vezes já instituída e pouco vista, como é o caso do preconceito praticado/internalizado, em algumas situações relacionadas a PCD. No que tange a estas pessoas e a e seus corpos, elas desestabilizam esse construto e incitam a quebra de paradigmas quando se inserem em espaços de convívio. Porém, a forma de inserção ocorre a partir de marcadores relacionados ao que falta, ou seja, a incapacidade. Essa percepção é compreendida como capacitismo, ou seja, é a denominação que é atribuída e assume que o indivíduo é naturalmente restrito em condições, quando em comparação aos sujeitos entendidos pela norma, como normais (VENDRAMIN, 2019).

A sociedade constituída pela interpretação da norma, costuma moldar e projetar sujeitos com inúmeras fragilidades no quesito adequação, tendo em vista que a constante referência em modelos centrados e uniformes, costuma desencadear uma busca desenfreada pela aceitação, evidenciando as barreiras

emocionais que dificultam os processos de inclusão do excêntrico. As estruturas sociais vigentes tendem a fragmentar os indivíduos em sociedade, enfraquecendo as buscas e lutas, porém também, tendem a provocar questionamentos para observar e indaga sobre a dinamização das normas, e o que é o normal em uma sociedade desajustada em seus costumes e essências (MARCO, 2020).

Tais questionamentos emergem a partir de reflexões intrínsecas em relação às articulações possíveis de serem empreendidas em relação aos modelos tomados como referências para as discussões entre normal e patológico no que se refere aos PCD. Tais reflexões permitem começar a enxergar as relações e o cenário de inserção social, como interligados, incitando discussões sobre as estruturas segmentadas e patologizantes que fomentam adoecimentos e exclusões.

Entre as formas possíveis, de questionar e de transformar os modelos de referência do que é normal e do que é patológico, em nossa sociedade, estão os processos relacionados à inclusão dos PCDs. Permitir que a inclusão possa acontecer de forma efetiva em meios culturalmente fechados, desestabiliza padrões excludentes, reforçando e estimulando visões igualitárias, em todos os aspectos que se comunicam com, e entre os indivíduos diante de suas singularidades, potências, limites e anseios; permitindo que a norma possa ser questionada, bem como o patológico (LOBO; RODRIGUES, 2018).

Ultrapassando a perspectiva do grupo das PcDs, imbricados e centrados sob as presentes discussões, povoam nossas problematizações alguns aspectos que nos incitam a (re)flétir de forma mais aprofundada, reverberando compreensões dos motivos que levam o ser humano submeter-se a procedimentos invasivos em tentativas de ajustes normativos. e ao mesmo tempo que se dis-

tanciam e criando modelos tidos como patologizantes e cada vez mais excluídos tais como os que se referem a PcD e seus (CANGUILHEM, 2009).

Com tudo, o abusivo uso de (bio)tecnologias acarreta a existência de mutações biopolíticas contemporâneas, e, pensando na sociedade que atualmente centraliza o poder da tecnologia na própria vida, a análise do comportamento em relação ao corpo está atravessado pela perspectiva, de que este pode ser consertado. . E ao pensar sobre a utilização de tecnologias direcionadas ao corpo, para alcançar o “normal”, evidencia-se a complexidade de entendimento sobre o normal e o patológico (GAUDENZI, 2017).

Estudos relatam que a população compreende a si mesma ponderando sua forma biológica, assim, facilitando sua modificação conforme as adversidades. Por isso, as normas padronizadas de vida evidenciam que a própria vida se tornou um objeto de disputa política, baseado nas mudanças biopolíticas contemporâneas. Já, ao analisar sobre o processo saúde e doença, é importante refletir sobre os conceitos de cidadania biológica, biolegitimidade, biocidadania, biossociabilidade, entre outros. Tais aspectos citados são primordiais ao avaliar e relacionar às identidades individuais e coletivas, baseado na era atual de biotecnologias e tecnologias sobre o corpo (GAUDENZI, 2017).

Dialogar sobre estas questões que remetem a tensionamentos acerca de vieses entendidos como verdades e normas construídas diante de um marco temporal, estimula a olhares sensíveis através do lugar de fala de cada um. Entendendo que, para cada voz que tomou lugar e potência em um meio, algumas outras foram caladas, e a cada vez que temas são trazidos e postos na vitrine, sem efetivamente entrelaçar-se com os principais agentes que ocupam a temática; acarreta-se em uma pseudo forma democratizante de tirar o local de fala

de sujeitos. Isto posto, não significa que sejam indispensáveis essas discussões, apenas faz reverberar e provocar tensões sobre os lugares que os PcDs estão e ocupam, bem como a interferências dos conceitos de norma e de patologia exercem na constituição destes lugares e das formas como se operam (RIBEIRO, 2019).

A partir das ideias de Canguilhem (2009), podemos considerar como preceito analítico, necessários à compreensão do fenômeno social em estudo, o conceito de processo saúde-doença, articulado aos conceitos de normal e patológico propostos pelo autor. Para este, a saúde e a doença, pertencem à normalidade, compreendida enquanto categoria analítica mais ampla. Ambas sugerem ou supõem uma norma de vida, no caso da saúde, uma norma de vida superior, e no caso da doença, uma norma de vida inferior. A saúde significa a superação de uma visão adaptativa a um modo de vida previamente configurado. Saúde para as PcDs, nesta perspectiva, se inscreve em transcendência de normas impostas a priori, e em processo permanente de transformação das funções vitais destes sujeitos, inseridos em seu contexto histórico, social e cultural (FILHO, 2011).

Frente a posição da PcD na sociedade, ainda é explícito e notório o reducionismo de direito, voz e atitudes, partindo do enfrentamento de discriminação e preconceito ao não ser considerado normal. Desse modo, esses sujeitos são vistos somente sob o olhar do corpo, sem valorizar a essência e potencialidade do ser humano, percebida além da diferença gerada pela deficiência física. Por sua vez, nesses casos a PcD se sente inferior e menos capaz ao se comparar a sociedade como um todo (ARAÚJO; DANTAS, 2020).

Nesse sentido, ainda é observado em diversas situações, preconceitos culturalmente instituídos, exemplificando como na contratação da PcD no mercado de trabalho. Visto que mesmo com a existência das cotas para favorecer a inclusão, sendo exigida em lei, a mesma geralmente não é alcançada, o que ocorre muitas vezes por se ter o pensamento da insuficiência - capacitismo - da atuação da PcD comparado a uma pessoa considerada normal (SOUZA; XAVIER, 2021).

## **Considerações Finais**

Inquietos pelas formas como a norma se constitui socialmente, buscou-se nesse excerto, provocar ao leitor percepções díspares das quais costumeiramente se aborda a temática em voga, dos modelos de cuidados e das singularidades de cada PcD, tensionando pensamentos e estimulando olhar para elas - PcDs - sem um molde ou rótulo. De modo a compreender as diferentes formas de existir, sem enquadramentos ou padrões, apenas vendo que padrões normais ou patológicos foram criados, por sujeito e nem sempre serão os mesmos, ou seja, às condições são temporais e a existência digna as supera.

As reflexões acerca dos aspectos teóricos que envolvem os conceitos do normal e patológico e outros apresentados neste texto, apresentam relevância ímpar, não apenas em relação às implicações do campo ético-estético-político para o processo de trabalho dos profissionais de saúde que direcionam a sua prática cotidianamente para os PcDs, mas também no modo como estes sujeitos re(existem) no entrelaçamento das suas vidas com os outros, consigo mesmo e com o mundo.

## Referências

ARAÚJO, J. L.; DANTAS, A. S. A inclusão da pessoa com deficiência no mundo do trabalho: Sentidos e desafios. *Revista Científica Multidisciplinar - Núcleo do Conhecimento*, v. 16, n. 5, p. 109-119, 2020.

CABRITA, B. A. C.; ABRAHÃO, A. L. The normal and the pathological in the outlook of aging: an integrative review. *Revista Saúde em Debate*. v. 38, n. 102, p. 635-345, 2014.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. São Paulo, Forense Universitária, 2009.

FILHO, Naomar de Almeida Filho. *O que é saúde?*. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2011.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: História da violência nas prisões*. Petrópolis, Editora Vozes, 2009.

GAUDENZI, P. Biopolitical mutations and discourses about normality: foucaultian actualizations in the biotechnological age. *Interface (Botucatu)*, v. 21, n. 61, p. 99-110, 2017.

HONDA, Lilian. Um parafuso a menos, um parafuso a mais. *Revista Desassossegos*. São Paulo. v. 13, n. 25, p.37-50, 2021.

LOBO, A. M. C.; RODRIGUES, E. R. O normal e o patológico: normatividade psíquica como estratégia de controle. *Revista expressão*. v. 7, n. 1, p. 108-111, 2018.

MARCO, Victor. *Capacitismo: o mito da capacidade*. Letramento: Belo Horizonte, 2020.

RIBEIRO, Djamila. *Lugar de Fala*. 1. ed. Editora Pólen Editora: São Paulo. 2019.

SILVA, R. B. R.; SILVA, T. S.; MELLO, M. Estamira: no limite do normal e do patológico. *Caderno de Ciências Humanas e Sociais*, v. 7, n. 1, p. 126-142, 2021.

SOUZA, I. V.; XAVIER, M. G. O. Inserção social - preconceito e deficiente auditivo. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 14, p. 1-13, 2021.

VENDRAMIN, Carla. Repensando mitos contemporâneos: o capacitismo. *Revista memória experiência e invenção*. v. 21, n. 1, p. 16-25, 2019.

# **CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF): COMPREENDENDO E APRIMORANDO CONCEITOS**

*Karoleen Scharan*

**Doi: 10.48209/978-65-5417-063-3**

Manter-se atualizado é uma das características dos profissionais da saúde envolvidos em serviços de reabilitação (FRONTERA *et al.*, 2022). O convite para a leitura deste capítulo é para sensibilizar o leitor através de três conceitos norteadores da CIF: modelo biopsicossocial; funcionalidade; e, prática centrada no indivíduo. A partir do entendimento das bases conceituais da classificação você compreenderá a necessidade em registrar, expressar suas informações e gerar indicadores de saúde sobre funcionalidade (FRANCESCUTTI *et al.*, 2009; STUCKI; BICKENBACH, 2017).

O ponto de partida que embasa o desenvolvimento do modelo biopsicossocial e da CIF, justificando seu uso, está na mudança do perfil sociodemográfico e epidemiológico da população ao longo dos séculos XX e XXI. As características dessas mudanças permitiram considerar, organizar e agrupar informações sobre quatro diferentes componentes da saúde: as estruturas corporais; as funções corporais; as atividades; e, a participação e os fatores ambientais (OMS, 2020).

Essas mudanças também impactam e impactarão cada vez mais na formação de base e continuada qualificada dos profissionais de saúde, para que a

forma com que recebem as informações, processem e entreguem o serviço seja condizente às demandas apresentadas em suas rotinas (ENGEL, 1977; OTANI; BARROS, 2011; STUCKI; BICKENBACH, 2017; FRONTERA et al., 2022). Ainda, o agir em saúde dos profissionais considerando o modelo biopsicossocial será fundamental, já que se estima que pelo menos 2 bilhões de pessoas mundialmente vivem com condições de saúde que poderiam ser beneficiadas por processos de reabilitação (CIEZA et al., 2020).

As informações da CIF ultrapassam os aspectos biofísicos e visam refletir os mais diferentes aspectos dos estados de saúde dos indivíduos. Elas se traduzem nas atividades que os indivíduos realizam, deixaram de realizar ou, que realizam com alguma dificuldade; se participam socialmente na escola, trabalho, atividades culturais, físicas, religiosas e outras ou, se deixaram de participar ou ainda, participam, mas com alguma restrição. O acadêmico e o profissional sensibilizados ao modelo estão atentos também ao ambiente desses indivíduos, percebem e questionam ao paciente, familiar ou cuidador/responsável legal, como esse ambiente se manifesta na rotina do paciente, se ajuda, atrapalha ou se é neutro (OMS, 2020; ZAMPOLINI et al., 2022).

Ao longo do tempo que estudo e ensino sobre a CIF, percebo que o uso das palavras o “novo modelo de saúde”, “paradigma do modelo biopsicossocial” remete aos alunos e profissionais uma mudança radical em seu agir e, conseqüentemente, certa resistência. Gosto de dizer que, na verdade, existem acréscimos ao que já fazemos e que refletem na forma de pensar, agir, coletar e registrar dados. É como se fôssemos fazer um *upgrade* no nosso sistema. As informações biopsicossociais estão em nosso dia a dia, elas podem estar mais explícitas ou menos. E é nesse momento que ter o conhecimento do conteúdo da CIF faz diferença, pois é ele que ampliará a nossa visão para as informações

que serão relevantes aos indivíduos a quem prestamos atendimentos (SCHARAN; MOSER, 2019; SCHARAN; MOSER, 2020).

O fato é que mudanças geram sensações de incerteza e resistência, mas existem estratégias que minimizam esse impacto e promovem empoderamento dos profissionais para avanços e melhorias em seus locais de trabalho (HILTON; ANDERSON, 2018). Dentre as estratégias elencadas por Hilton e Anderson (2018) estão: o entendimento e a motivação intrínsecos sobre o significado das demandas atuais; o potencial como profissional sendo parte importante da força de trabalho deste século capaz de promover as mudanças necessárias; e a contribuição na co-construção com colegas, equipe, pacientes. Essas estratégias culminam em adaptações e ações nas rotinas em saúde que superam os desafios das mudanças.

Esclarecido o conceito do modelo em saúde frente às demandas desses séculos e o papel fundamental do profissional para colocá-lo em prática, devemos falar sobre o tema norteador da CIF, que é a funcionalidade. A qual é um termo abrangente que vai ser alcançado pelo melhor desempenho das estruturas e funções corporais para realizar as atividades habituais dos pacientes e sua participação nas mais diferentes atividades. Ela engloba, portanto, as estruturas do corpo, as funções do corpo e as atividades e participação. A funcionalidade pode influenciar e ser influenciada pelos fatores do ambiente, por fatores pessoais e pela própria condição de saúde (STUCKI; BICKENBACH, 2017).

Para a CIF, a funcionalidade é um *continuum* presente ao longo de todos os ciclos de vida de um indivíduo. A ponta oposta dessa reta é a incapacidade, enquanto a funcionalidade expressa os aspectos positivos do que o indivíduo mantém e realiza, a incapacidade nos revela os aspectos negativos, o que o impede e o permite realizar com algum grau de dificuldade (OMS, 2020).

Pensar na funcionalidade é considerar que o indivíduo está no seu melhor, realizando a atividade, participando dela com seu melhor potencial. Isso não quer dizer necessariamente que as estruturas e as funções sejam perfeitas, sem nenhuma deficiência. Aqui, podemos acrescentar que o ambiente pode favorecer ou não, para que tudo isso aconteça. Por exemplo, uma pessoa pode enxergar bem para fazer suas atividades laborais, mas, para dirigir precisa usar óculos de grau. Os óculos são um fator ambiental na perspectiva da CIF. Assim, com esse fator do ambiente, o indivíduo não apresenta dificuldade nenhuma em realizar a atividade de dirigir. Os óculos, então, são entendidos como algo que facilita a realização da atividade de dirigir do indivíduo.

O terceiro conceito importante é sobre a prática centrada no paciente. Esse conceito nos revela que, uma vez ampliado o olhar para os componentes da saúde que compõem o modelo biopsicossocial e que vamos considerar as dificuldades das atividades e participações da rotina do paciente, bem como a influência dos diferentes ambientes em que vive e está interagindo é ele, também, quem deve ter voz ativa no processo de reabilitação (ZAMPOLINI *et al.*, 2022).

No agir biopsicossocial a perspectiva do paciente a partir de suas experiências é alicerce fundamental para personalizar as condutas clínicas e para entregar o serviço respeitando as demandas individuais, como já citado anteriormente. Nessa abordagem, o paciente pode se sentir escutado, ter suas queixas captadas, registradas, exploradas e complementadas. O profissional, ao complementar as informações com seu conhecimento técnico se torna mais assertivo em sua prática. A soma dessas duas etapas engrandece o agir no modelo em saúde proposto pela CIF (STEINER *et al.*, 2002; ZAMPOLINI *et al.*, 2020).

A partir dessa leitura, busquei contextualizar os conceitos em sua rotina.

Experimente vivenciá-los cada vez mais e, sempre que possível, “polinize” o tema aos colegas, à equipe, aos pacientes e familiares. Além do refinamento no trabalho, seja ele individual, multidisciplinar ou interdisciplinar, essa é uma ótima atitude para a educação em saúde. Lembre-se: as suas atitudes são fundamentais para o processo de melhoria dos serviços de saúde ofertados (HILTON; ANDERSON, 2018).

É então com o olhar ampliado para diferentes componentes da saúde que respaldaremos a prática biopsicossocial. Quando pensamos na transposição da CIF para a prática, teremos nossas atitudes e ações refletindo o modelo e conteúdo da classificação. Agora sim, para que isso ocorra, se aproxime e reaproxime das definições dos componentes da CIF, de seus conteúdos. Acesse aplicativos como o ICF-BROWSER e o próprio livro da classificação como forma de ampliar o seu conhecimento.

Você será cada vez mais capaz de identificar as singularidades dos pacientes e dos contextos. Será a partir da sua sensibilização e atenção aos conteúdos da CIF que terá base para o passo seguinte, que permitirá registrar e quantificar as informações sobre funcionalidade. É a partir desta prática que se tornará possível conhecer o alcance dos resultados; as necessidades individuais, locais, regionais; valorizar o trabalho da reabilitação; alocar recursos de forma mais congruente com a demanda e, ofertar o serviço adequado a quem mais importa nesse processo: o paciente.

## **Referências**

CIEZA, A. et al. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, n. 10267, p. 2006-2017, 2020.

ENGEL, George. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

FRANCESCUCCI, C. *et al.* Italian ICF training programs: describing and promoting human functioning and research. **Disability and Rehabilitation**, v. 31, n. sup1, p. 46-49, 2009.

FRONTERA, W. R. *et al.* Advancing academic capacity in physical and rehabilitation medicine to strengthen rehabilitation in health systems worldwide: A joint effort by the European Academy of Rehabilitation Medicine, the Association of Academic Psychiatrists, and the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, v. 101, n. 9, p. 897, 2022.

HILTON K, ANDERSON A. Framework da Psicologia da Mudança do IHI para avançar e manter os esforços de melhoria. **Livro Branco do IHI**. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement, 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/karol/Downloads/Framework\\_da\\_Psicologia\\_da\\_Mudan%C3%A7a\\_do\\_IHI\\_PORTUGUESE.pdf](file:///C:/Users/karol/Downloads/Framework_da_Psicologia_da_Mudan%C3%A7a_do_IHI_PORTUGUESE.pdf). Acesso em: 30 set. 2022.

SCHARAN, K. O.; MOSER, A. D. L. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), recurso tecnológico na formação profissional para aprimoramento da abordagem e avaliação em saúde. **Anais do I Encontro Nacional de Ciência, Tecnologia e Sociedade**, 2019.

SCHARAN, K. O.; MOSER, A. D. L. A agregação do modelo biopsicossocial como norteador na formação e abordagem fisioterapêutica do século XXI. **Temas em Saúde**, v. 20, n. 4, p. 29-55, 2020.

STUCKI Gerold, BICKENBACH Jerome. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. **European Journal of Physical Rehabilitation Medicine**, v. 53, n. 1, p. 134-138, 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla. 1. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2020.

OTANI, M. A. P.;; BARROS, N. F. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, 2011.

STEINER, W. A. et al. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. **Physical Therapy**, v. 82, n. 11, p. 1098-1107, 2002.

ZAMPOLINI, M. *et al.* The Individual Rehabilitation Project as the core of person-centred rehabilitation—the Physical and Rehabilitation Medicine Section and Board of the European Union of Medical Specialists framework for rehabilitation in Europe. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 58, n. 4, p. 509-510, 2022.

# **EXPERIÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO DA CIF EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

*Maria Cristina Pedro Biz*

**Doi: 10.48209/978-65-5417-063-4**

Para além da garantia de direito ao acesso à serviços de saúde, os modelos assistenciais utilizados são essenciais na condução das intervenções nos processos de saúde-doença e na garantia da integralidade do cuidado. Há que se considerar que a noção sobre a produção da saúde e da doença são construídas a partir de referências e informações advindas do contexto social (BIZ, 2019).

Contudo, os modelos assistenciais em saúde, de forma geral, ainda hoje centram-se quase que exclusivamente nas alterações do corpo. É possível constatar nos diferentes níveis de atenção em saúde, um reforço a uma prática pautada no modelo biomédico (GOMES, 2020).

Percebe-se que a organização das diversas interfaces que envolvem os serviços de saúde necessita ser considerada na criação de um ambiente favorável tanto para os usuários quanto para os profissionais.

Uma avaliação mais abrangente da saúde, com foco na funcionalidade, é pré-requisito para o cuidado centrado na experiência vivida pelo usuário, por considerar as suas necessidades e não apenas a sua condição de saúde. Também possibilita um plano de cuidado mais amplo e mais completo, que reflita os problemas autorreferidos. O cuidado do usuário passa a ser planejado levando em conta a funcionalidade, compreendendo os aspectos clínicos, mas também as mudanças e adaptações necessárias no ambiente em que vive.

Os serviços em saúde, portanto, se constituem em importante espaço para consolidação de modelos de assistência baseados numa perspectiva ampliada de cuidado, essenciais para mudança do paradigma em saúde hoje centrado na perspectiva biomédica. São cenários potencialmente férteis para desenvolver um modelo de assistência onde o indivíduo e suas demandas são o centro do processo de recuperação (BIZ, 2020).

As experiências de uso da CIF demonstram que é possível estabelecer um modelo conceitual universalmente aceito, com uma estrutura que permite a mensuração dos níveis de funcionalidade e, através dele, a comparação do impacto dos diferentes tipos de doença ou distúrbios nas populações, e em momentos distintos, obter informações importantes sobre a necessidade de assistência e cuidado das pessoas, seu prognóstico, as possibilidades de independência e autonomia.

Contudo, alguns desafios precisam ser vencidos para sua implementação, tais como: a mudança na formação do profissional de saúde em um modelo hoje pautado em uma prática clínica hegemônica e centrada na doença para um modelo biopsicossocial; a capacitação dos profissionais dos serviços no modelo de funcionalidade trazido pela CIF; a necessidade de políticas e normatizações que possibilitem o apoio gerencial; formas de aplicação da CIF que tornem possível sua incorporação na rotina clínica e atendam às necessidades locais.

Neste capítulo, trago o relato de experiência, fruto de tese de doutorado desenvolvida a partir da implementação da CIF em um serviço de reabilitação (BIZ, 2019). Os resultados mostram que o uso da Classificação pode contribuir para o planejamento do processo terapêutico, para a identificação das necessi-

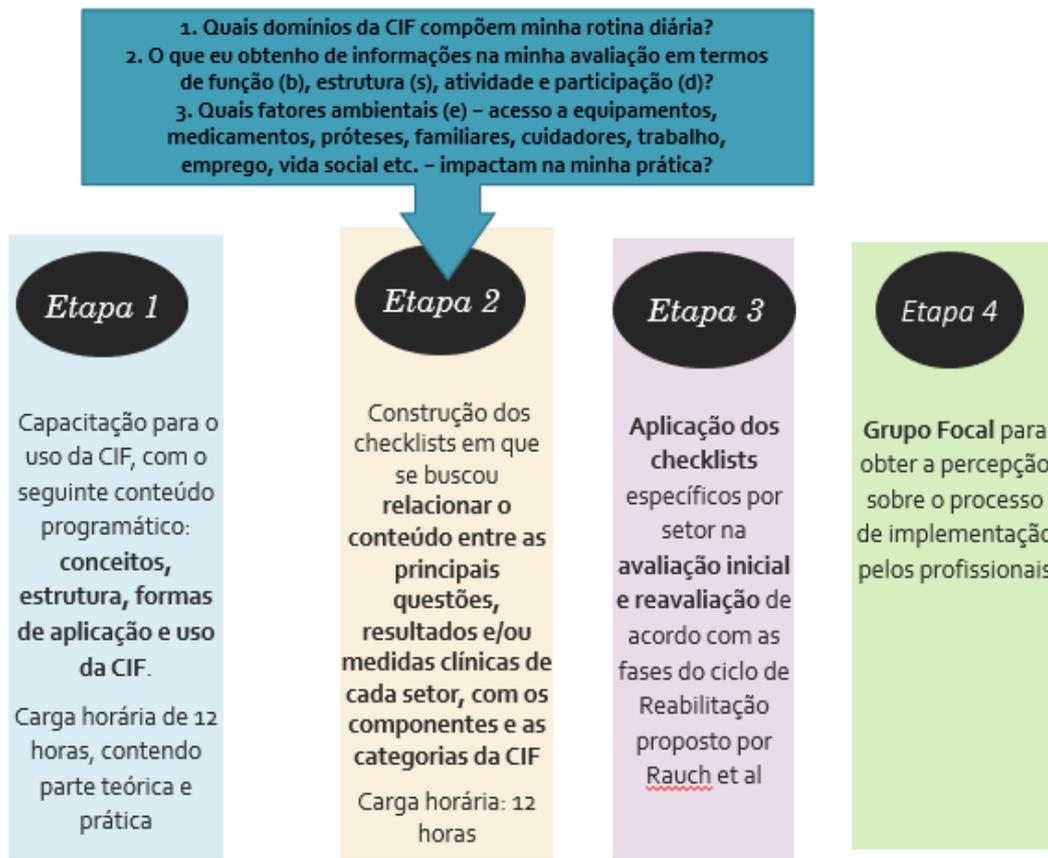
dades dos usuários e determinação dos objetivos de tratamento e intervenção, para a mensuração de seus resultados, para ajustar o projeto terapêutico as necessidades individuais e de provimento de recursos necessários para a melhoria da funcionalidade.

O proposto pelo estudo foi o estabelecimento de um modo de incorporar ao serviço a abordagem biopsicossocial. Optou-se pela criação de instrumentos próprios, *checklists* da CIF, desenvolvidos pelos profissionais da equipe, que fossem adequados às demandas locais do serviço estudado e que possibilitasse estabelecer relações entre as avaliações realizadas e prática clínica, e o acolhimento das necessidades dos usuários. A figura 1 traz o roteiro do processo de implementação que será descrito na sequência.

Na primeira etapa da implementação ocorreu a capacitação dos profissionais para o uso da CIF onde trabalhamos seus conceitos, estrutura e formas de aplicação.

A construção do checklist da CIF, segunda etapa do processo, seguiu o disposto pela Organização Mundial de Saúde, onde as informações podem ser coletadas por meio de observação feita por um profissional experiente, e organizadas no modelo da CIF. O julgamento clínico ou raciocínio profissional é usado para identificar a categoria alvo e definir o nível de gravidade. (WHO, 2001; OMS,2020).

Figura 1 – Etapas do processo de implementação da CIF



Biz, 2019

Os checklists foram desenvolvidos pelos profissionais a partir da correspondência entre a avaliação clínica realizada por cada setor do serviço e a CIF, com base nas regras de ligação proposta por Cieza et al (2016), o que permitiu relacionar e comparar conceitos significativos contidos na rotina de trabalho. A correspondência entre a assistência realizada e a CIF foi estabelecida com base na experiência acumulada dos profissionais e o conhecimento da CIF após a capacitação.

Um guia com perguntas norteadoras foi apresentado aos profissionais com intuito de contribuir com as escolhas dos domínios e categorias da CIF.

Os instrumentos desenvolvidos pelos grupos deram origem a seis checklists:

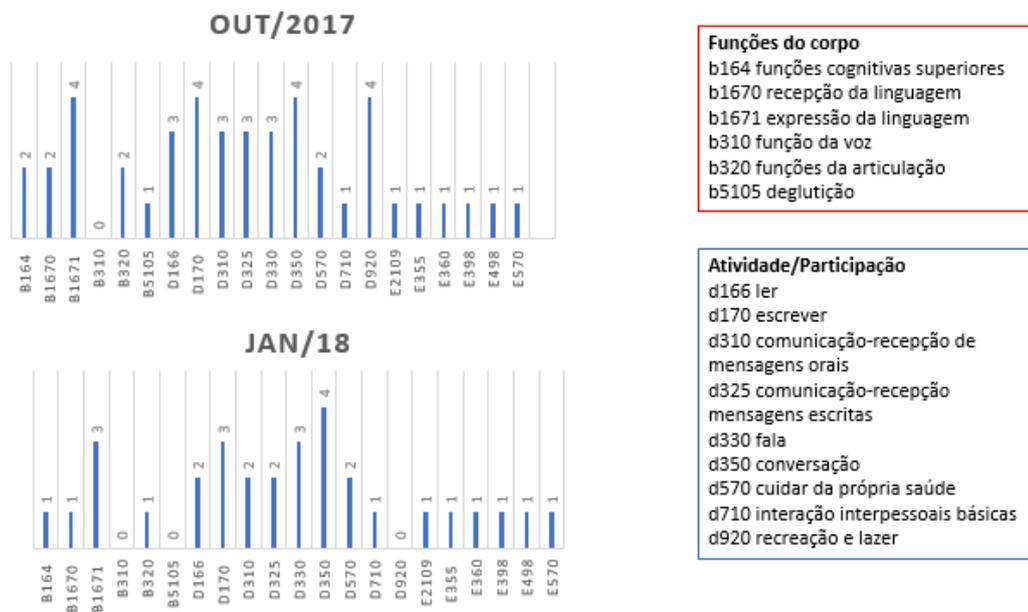
- Assistência Domiciliar, três checklists por especialidade: Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia;
- Assistência Musculoesquelética: um checklist comum ao atendimento ambulatorial de Fisioterapia e Terapia Ocupacional;
- Equipe Multidisciplinar em Neurologia composta de Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiologia e Psicologia, e
- Setor de Fonoaudiologia Infantil, um checklist.

A aplicação dos checklists permitiu comparar os momentos de avaliação e reavaliação de cada usuário. Com o uso dos qualificadores foi possível gerar indicadores de funcionalidade, observando como se deu a evolução em cada categoria listada no checklist.

Os dados do checklists foram transportados para uma planilha Excel com as informações das avaliações de cada usuário, seguindo modelo utilizado por Cordeiro (2015). No quadro 1 é possível visualizar, a título de exemplo, os dados gerados pelo uso do Checklist da Fonoaudiologia Domiciliar. Destacamos a direita as categorias escolhidas para função do corpo (b) e atividade e participação (d). Por se tratar de uma pesquisa, o prazo para reavaliação foi limitado em 3 meses. Contudo, mesmo sendo um período curto, é possível observar melhoras dos qualificadores na maioria das categorias.

## Quadro 1 – Checklist Fonoaudiologia Domiciliar

### Fonoaudiologia Domiciliar



Informações geradas em planilha Excell segundo coleta de dados (Biz, 2019)

O grupo focal na etapa final do estudo, permitiu obter a percepção dos profissionais sobre o processo de implementação.

Segundo os participantes, a capacitação inicial sobre a CIF, possibilitou maior compreensão sobre sua estrutura, as formas de uso e da importância da linguagem comum que ela oferece, o que permitiu fazerem as escolhas das categorias para a construção dos checklists, e desenvolver instrumentos de avaliação que pudessem refletir a assistência prestada pelo serviço. Também contribuiu, segundo eles, para desmistificar a impressão inicial de que o uso da CIF e seu sistema alfa numérico era difícil.

Na avaliação dos profissionais, a criação coletiva dos instrumentos, o trabalho com os componentes da CIF, seus domínios, categorias e estrutura, mostraram-se importantes para vivência da abordagem biopsicossocial na prática clínica, bem como assegurar seu uso na rotina.

Concluíram que a aplicação dos checklists permitiu maior visibilidade do processo de trabalho nas diversas áreas, gerando indicadores de resolutividade da assistência prestada em cada modalidade e podendo contribuir para o planejamento do serviço tendo como base as necessidades de usuários e profissionais. A importância da sistematização dos dados e de indicadores mensuráveis foi algo apontado por eles de forma recorrente durante o processo de implementação.

Das dificuldades apontadas pelo grupo foram: o uso dos qualificadores, que gerou consenso quanto à subjetividade para escolha dos níveis. Aponta-se a necessidade de pensar em relacionar os qualificadores da CIF com as medidas dos níveis de severidade utilizadas na avaliação clínica realizadas. Trabalhos, neste sentido, vêm sendo desenvolvidos nos últimos anos no país. Outra questão apontada foi com relação ao tempo que demanda a aplicação do checklist na rotina de trabalho já comprometida. Isso nos leva a necessidade de rever a organização do trabalho e seu processo. E, por fim, o período estabelecido para reavaliação dos usuários. Neste caso, o que se pressupõe é o tempo estabelecido pelos serviços para reavaliação, o que não aconteceu neste estudo por se tratar de uma pesquisa.

Pudemos concluir com esta experiência de implementação, que o trabalho com a CIF possibilita ao profissional refletir e fazer a relação com sua prática sobre o modelo proposto pela classificação, e a partir deste processo, pensar em instrumentos de avaliação que retratam a rotina clínica e trazer maior visibilidade ao processo de reabilitação.

## Referências

BIZ, M.C.P. Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em um Centro Especializado em Reabilitação. Campinas. Tese (Doutorado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, 2019.

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*. v. 32, n. 2, p. 1-15, 2020.

CIEZA, A. FAYED, N. BICKENBACH, J. PRODINGER, B. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disabil Rehabil*. 8288(March), p. 1–10, 2016

CORDEIRO, E.S. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, E- SUS e TABWIN: as experiências de Barueri e Santo André, São Paulo. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 39, n. 2, p. 470-477, 2015.

GOMES, M.L. Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: dos documentos norteadores às práticas cotidianas [tese] São Paulo: Universidade de São Paulo, 2020.

WHO. The International Classification Functioning, Disability and Health. Geneve: World Health Organization. 2001

OMS. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais em português. EDUSP. 2020

# **DESENVOLVIMENTO DE UM SOFTWARE AVALIATIVO BASEADO NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

*Basílio Henrique Pereira Júnior*

**Doi: 10.48209/978-65-5417-063-0**

## **Introdução**

No Brasil, a fundamentação de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) foi deliberada em dezembro de 2003, durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde. Este processo está alinhado com o contexto internacional, que vem destacando a relevância de políticas e estratégias setoriais de comunicação e informação em saúde, gerando novos processos, produtos e mudanças nos modelos institucionais de gestão (BRASIL, 2016).

A atualização nos serviços de saúde é um processo contínuo e o acesso aos dados e informações de cada usuário do serviço, de maneira ágil e em tempo hábil, tem sido indispensável para os profissionais dessa área, aprimorando assim a assistência prestada ao indivíduo (CAVALCANTE; FERREIRA; SILVA, 2011).

Com o objetivo de ampliar a investigação sobre os aspectos de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em 2001, após mais de 25 anos de desenvolvimento, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). As informações geradas pelo uso desta classificação

descreveriam o estado de funcionalidade como componente de saúde da população, admitindo uma abordagem terapêutica mais abrangente, mas também, atendendo a um número maior de necessidades do indivíduo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

O uso da CIF pelos profissionais envolvidos no processo de reabilitação aumenta a qualidade e a individualidade das informações dos usuários do serviço de saúde. Os seus conceitos e princípios auxiliam a avaliação fisioterápica e o diagnóstico cinético-funcional do indivíduo, o que traz ao profissional uma visão holística do usuário nas mais diversas esferas do cuidado (FRAGA; SILVA; GRACE FERREIRA, 2013).

Entretanto, ainda hoje, o uso da CIF é limitado devido a sua complexidade, e o seu manuseio fica limitado a especialistas no assunto, alcançando a passos lentos os profissionais que estão no cotidiano da prática clínica, em contato direto com os usuários do serviço. Diante desta problemática, este trabalho tem por objetivo relatar a experiência do desenvolvimento de um *software* avaliativo em ambiente ambulatorial, baseado na CIF, atendendo à linha de cuidado Saúde do adulto, em fisioterapia ortopédica e traumatológica.

## Metodologia

Este estudo constitui um relato de experiência, de caráter retrospectivo e descritivo. Trata-se da construção de um *software* de avaliação baseado na CIF, nas áreas de fisioterapia ortopédica e traumatológica. Esta pesquisa propôs novos métodos e técnicas de coleta e armazenamento de informações dos usuários em clínicas-escolas de fisioterapia para inserção do prontuário eletrônico funcional como forma de registro do usuário do serviço de saúde.

O desenvolvimento desse projeto foi realizado na Fábrica de *software* do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ. Foi uma ação multidisciplinar, com a participação de docentes dos cursos de fisioterapia, ciência da computação e discentes dos cursos de fisioterapia, sistemas para internet, gestão em tecnologia da informação e ciência da computação.

## **Instrumentos e Construção do *Software***

O prontuário a ser informatizado foi construído baseado na CIF. A equipe o denominou “CIFisio”, e ele foi montado por meio de *Core Sets*, que são listas resumidas de categorias relevantes da CIF para doenças e contextos específicos (RIBERTO et al., 2011).

O sistema foi desenvolvido em linguagem PHP, uma tecnologia open source que permite criar conteúdos dinâmicos para a web com framework CakePHP, uma abstração que une códigos comuns, o que torna a construção de aplicações *web* mais simples, mais rápidas, requerendo menos códigos e oferecendo um rápido acesso ao banco de dados. Foi utilizado o banco de dados MySQL, com interfaces responsivas (MORAIS; MACHADO, 2010).

O CIFisio foi desenvolvido usando o modelo evolucionário da engenharia de software, o qual propõe a participação ativa do usuário durante o processo de desenvolvimento, assegurando um produto adequado às necessidades propostas. Este modelo assegura um processo com níveis elevados de refinamento do sistema através de múltiplos ciclos de análise, projeto, implementação, teste e homologação. O desenvolvimento do CIFisio buscou contemplar as recomendações do programa para Melhoria de Processo do *Software* Brasileiro (MPS.BR).

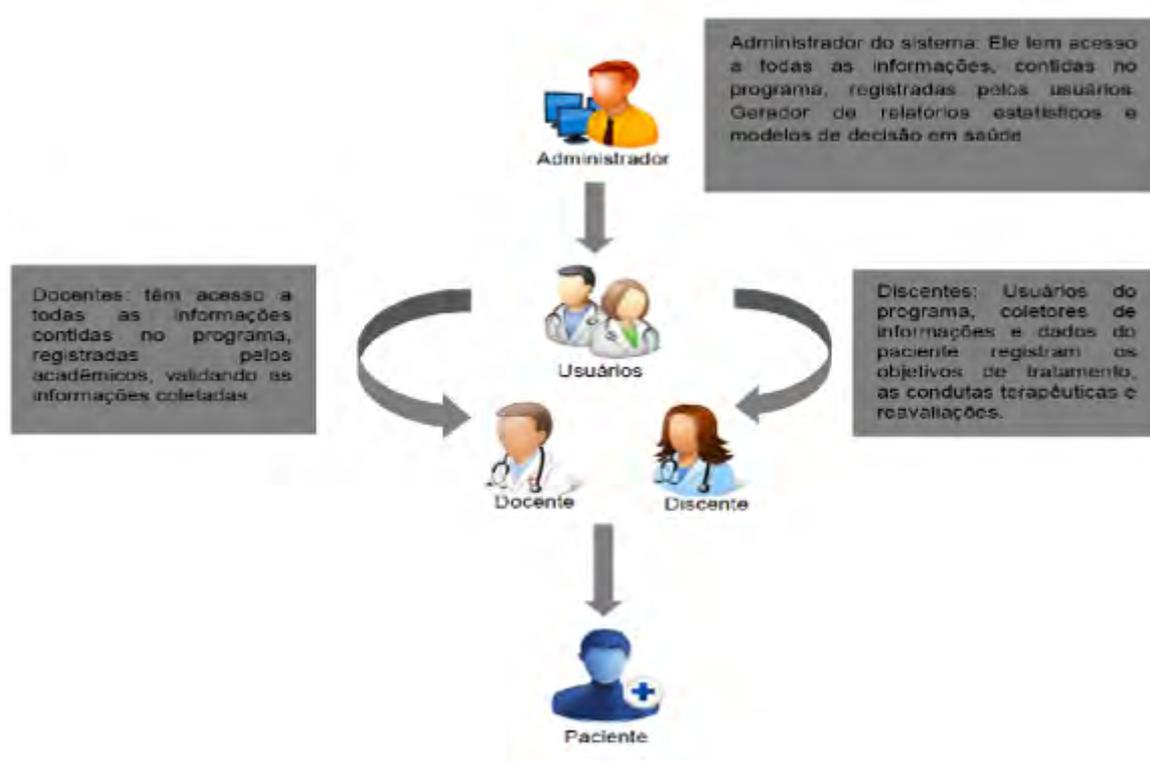
Com o levantamento de recursos e a fase de definição das funcionalidades do *software*, foi elaborada a estrutura analítica do projeto (EAP), que é uma ferramenta de decomposição do trabalho do *software* em partes manejáveis, ou seja, as suas funcionalidades.

Aplicou-se a modelagem de UML (Unified Modeling Language) ou Linguagem de Modelagem Unificada, que é uma linguagem gráfica de modelagem para visualizar, especificar, construir, documentar e comunicar artefatos e sistemas complexos. Ela permite descrever detalhadamente todos os casos de uso do *software*. O CIFisio foi criado para ser utilizado por três tipos de usuários: (1) administrador; (2) docente; e (3) discente. Ele foi programado para ser manuseado em clínicas-escolas de fisioterapia, onde os docentes são administradores e controladores do fluxo de atendimento e os discentes estagiários prestam assistência fisioterapêutica (PEREIRA JÚNIOR et al., 2017).

O administrador do sistema é o responsável por todas as informações coletadas pelos usuários. Ele é responsável pela administração dos dados, geração de relatórios e modelagem de decisão em saúde através das informações colhidas. Ele tem acesso a todas as informações contidas no programa após terem sido registradas pelos docentes e discentes. O docente é o administrador das informações coletadas pelos discentes, ele conhece as interfaces do programa, seu funcionamento e treina os seus usuários, validando as informações coletadas por eles. O acadêmico é o usuário do sistema. Ele é capaz de cadastrar novos usuários dos serviços de saúde, registrar a sua avaliação fisioterapêutica, os objetivos do tratamento, a conduta fisioterapêutica, os recursos utilizados em cada atendimento e as reavaliações (PEREIRA JÚNIOR et al., 2017).

Essa divisão de funções no programa foi criada para evitar erros e possíveis dados incompletos nos prontuários, aumentando a segurança do sistema e tornando o banco de dados mais protegido e confiável. Na Figura 1 é possível visualizar a modelagem desse processo:

**Figura 1** – Diagrama de casos de uso.



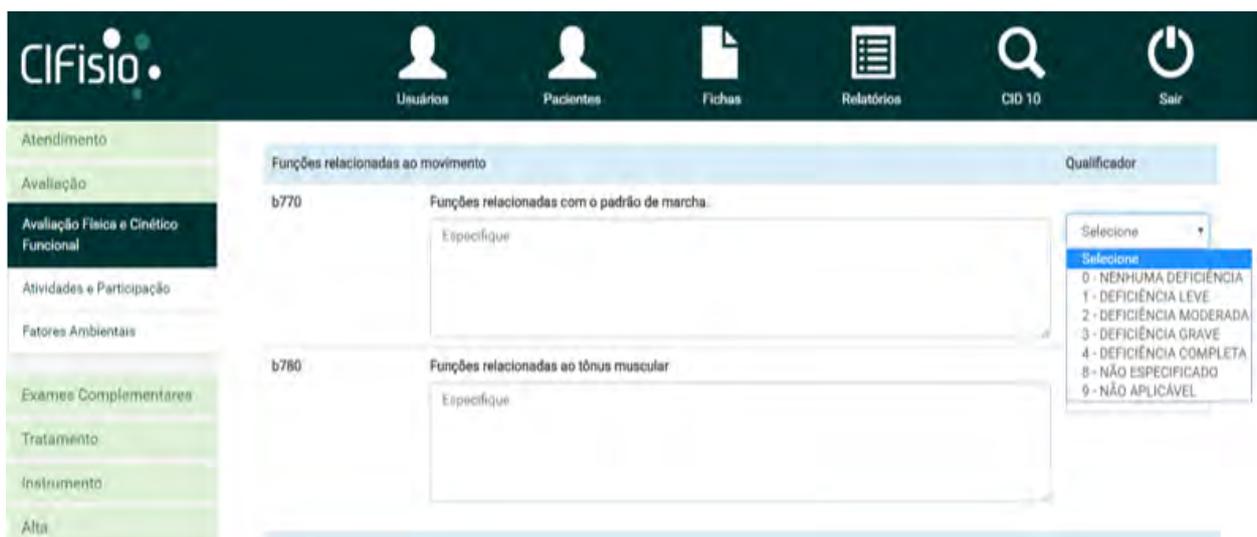
Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa, 2017.

Para avaliação da Função Física e Cinética Funcional foi inserida no software a CIF, fazendo uso das categorias: Funções do corpo, Estruturas do Corpo, Atividades e Participação. Estas categorias estão organizadas por meio de alfabetos alfanuméricos nos quais as letras B, D e E. A mensuração do grau de comprometimento foi registrada através de Qualificadores. Para as Funções do Corpo (B), por exemplo, foi utilizado o Primeiro Qualificador da CIF que é quanto à extensão das deficiências, onde: 0 NENHUMA DEFICIÊNCIA sig-

nifica que a pessoa não tem problema, 1 DEFICIÊNCIA LEVE significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias, 2 DEFICIÊNCIA MODERADA significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias, 3 DEFICIÊNCIA GRAVE significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias.

O número 4 DEFICIÊNCIA COMPLETA significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias, 8 NÃO ESPECIFICADO significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da deficiência, 9 NÃO APLICÁVEL significa que é inapropriado aplicar um código particular. O *Core Set* para avaliar as funções do corpo foi composto por: Funções sensoriais e dor, Funções sensoriais relacionadas com a temperatura e outros estímulos, Avaliação da dor, Frequência Cardíaca, Sistema Imunológico, Mobilidade Articular, Estabilidade Articular, Mobilidade dos ossos, Força e Resistência Muscular. A Figura 2 mostra um exemplo de como é avaliada as funções relacionadas ao movimento no *software*.

**Figura 2:** Interface de avaliação física e cinético-funcional do CIfisio



Fonte: Fábrica de Softwares do UNIPÊ – Dados da pesquisa.

## Conclusão

Esse *software* foi construído no processo de informatização da clínica-escola de fisioterapia do UNIPÊ, servindo como prontuário eletrônico nos atendimentos de ortopedia e traumatologia para armazenamento dos dados do usuário da clínica, com o diferencial de ser uma coleta de informações multidimensional, trazendo uma visão global do usuário.

O CIfisio não é um prontuário eletrônico convencional, mas aborda fatores ambientais e psicossociais, propostos pela CIF, que influenciam no processo de saúde-doença, na recuperação do indivíduo e no retorno às suas atividades funcionais. Sua construção coletiva, com profissionais e acadêmicos das mais diversas áreas do saber proporcionou um produto pioneiro na sua proposta.

## **Referências**

BRASIL. **Política Nacional de Informática e Informação em Saúde**. 1. ed. Brasília: 2016.

CAVALCANTE, R. B.; FERREIRA, M. N.; SILVA, P. C. Sistemas de Informação em Saúde: possibilidades e desafios. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 290-99, 2011.

FRAGA, H.; SILVA, C.; GRACE FERREIRA, K. Os Debates Ancestrais E Atuais Acerca Do Que É Saúde E a Classificação Internacional De Funcionalidade, Incapacidade E Saúde: Contribuições Para Compreensão Das Possibilidades De Uma Política Nacional De Saúde Funcional. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 1, p. 1-11, 2013.

MORAIS, A. M.; MACHADO, L. S. Programação Visual para um Framework de Desenvolvimento de Aplicações Médicas Baseadas em Realidade Virtual. **Congresso Brasileiro de Informática em Saúde (CBIS)**. Porto de Galinhas, Brazil, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. 1. ed. São Paulo: 2008.

PEREIRA JÚNIOR, B. H. *et al.* Desenvolvimento de um software para suporte à avaliação fisioterápica baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 11, n. 4, p. 1-12, 2017.

RIBERTO, M. *et al.* A experiência brasileira com o core set da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde para lombalgia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 121-26, 2011.

# **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 (RCPCD). Associam-se a isso, reflexões críticas e articulações do cotidiano de trabalho entre coordenação e equipe do serviço escolhido para o estudo, 8<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup> 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 N° 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\\_vtbqo28A](https://open.spotify.com/show/4Wz7wxkHfkHx0c5xgea5Z9?si=F5thGTIUSIKH9_vtbqo28A), 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 os 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 configura-se 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.

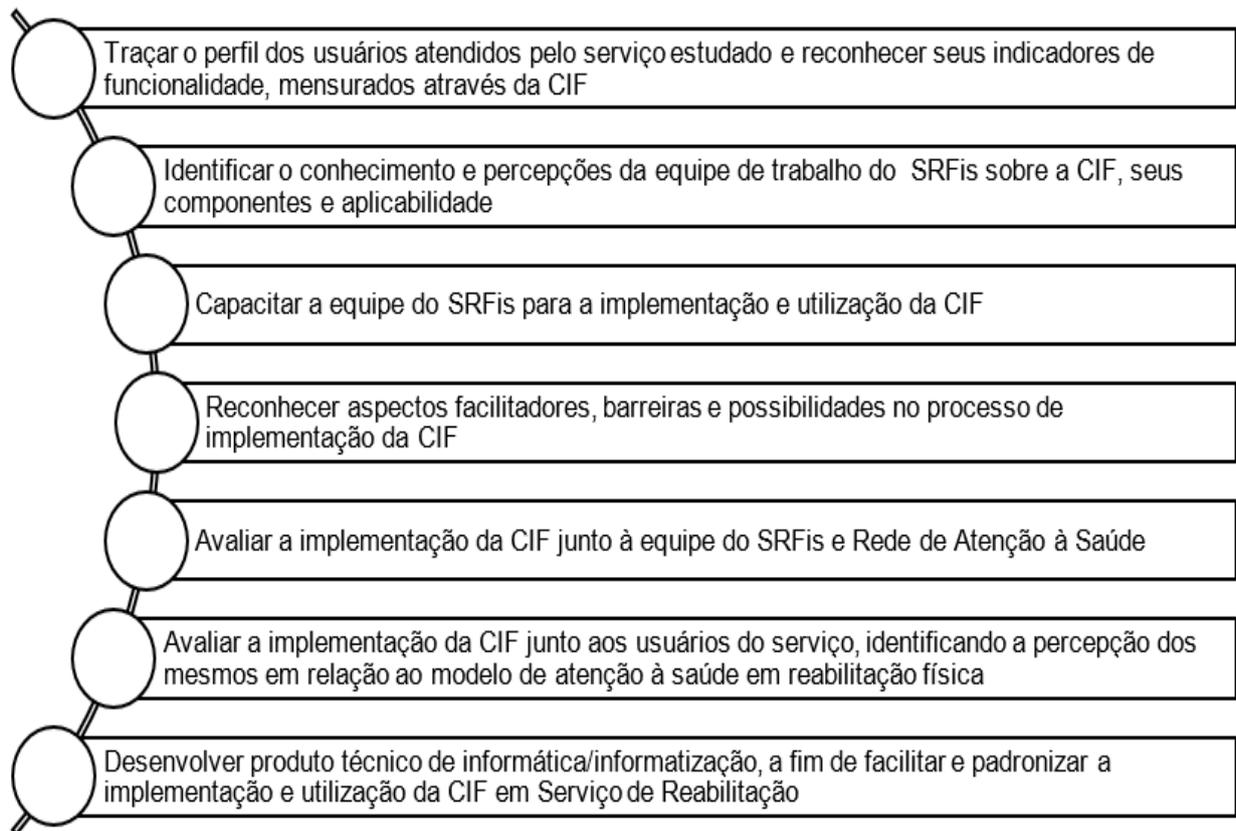


Fachada do Serviço de Reabilitação Física/UNISC

## **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.

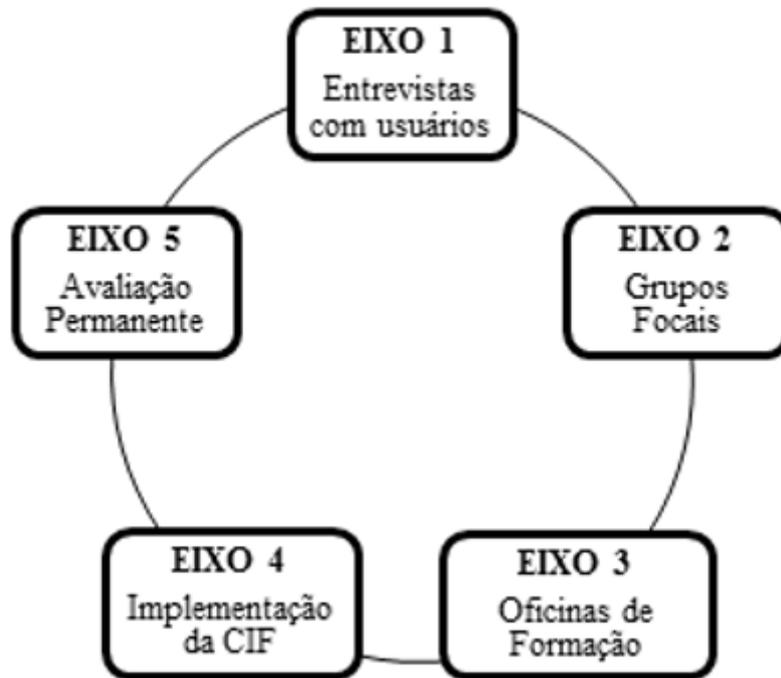
Já entre os objetivos específicos podem ser citados:



## **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 norteadado 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 RCPCD. 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.

# **A ENTREVISTA COMO INSTRUMENTO PARA INVESTIGAÇÃO EM UMA PESQUISA QUALITATIVA NO CAMPO DA SAÚDE**

*Lucas Vinicius Fischer*

*Ana Gabriela Sausen*

*Edna Linhares Garcia*

**Doi: 10.48209/978-65-5417-063-7**

## **Introdução**

O uso da abordagem qualitativa da pesquisa social tem se tornado comum no campo da saúde. Essa abordagem significa investigar as representações, as crenças, os valores, as explicações e as opiniões que se expressam nas interações sociais, assim como privilegiar a linguagem e a prática como mediações simbólicas orientando o estudo a partir do ponto de vista dos atores sociais. Há uma busca, à vista disso, por uma compreensão do nicho no qual a pesquisa é realizada, além de ter a sua execução flexível e interativa. (GOMES, 2014).

No campo qualitativo no qual os próprios sujeitos do estudo referenciam a construção da realidade, cabe ao pesquisador compreender a essência da ação humana, e não tão só retratar comportamentos (SANTOS, 1999). As particularidades da pesquisa qualitativa são singulares, principalmente, devido à imersão do pesquisador nas conjunções e no ambiente da pesquisa, posto a admissão dos atores sociais como sujeitos que produzem conhecimentos e práticas, fruto do trabalho dinâmico coletivo entre pesquisador e pesquisado. (MINAYO, 2014).

As metodologias empregadas para a coleta de dados, nesse tipo de pesquisa, são inúmeras, valendo destacar a observação participante, a história de vida, a história oral e as entrevistas, as quais captam a subjetividade dos sujeitos, favorecem a intervenção dos agentes em sua realidade e/ou criam condições de transformar os contextos analisados. A interação exigida entre pesquisador e pesquisado para contextualizar as vivências, as experiências, os sentidos, nos leva a utilizar a entrevista como uma técnica especial para a coleta e/ou produção de dados e de informações diretas dos sujeitos investigados. (MAGALHÃES *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a entrevista sendo uma técnica de interação social suficiente para romper isolamentos grupais, sociais e individuais, nas suas distintas aplicações, pode servir à multiplicação de mensagens e a distribuição coletiva da informação (MIGUEL, 2010). Com efeito, a entrevista como técnica de produção de dados, tem sido, a mais utilizada no processo de trabalho qualitativo, uma vez que apresenta maior flexibilidade e pode assumir as mais diversas formas (GIL, 2017; BATISTA *et al.* 2017).

Nesta perspectiva, a entrevista configura uma técnica indispensável na proposta e no processo de implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) no Serviço Especializado de Referência Regional em Reabilitação Física (SRFis) do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul, localizado na Universidade de Santa Cruz do Sul sendo referência para usuários do SUS de 25 municípios localizados na região central do Estado. Essa pesquisa contemplada no edital “Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS” - FAPERGS/CNPQ, estrutura-se a partir da parceria entre profissionais, população e instituições, fundamentada na complementaridade de abordagens e ações sobre a análise dos processos e descrição do percurso. Dessa forma, oportuniza-se, assim, a

criação de subsídios para diálogos regionais e estadual, contribuindo no avanço do conhecimento, desenvolvimento de projetos com vistas à elaboração de ações voltadas ao planejamento e qualificação da assistência à PcD na região.

A partir dos resultados e ações dela é possível propor novas abordagens efetivas e viáveis para a reabilitação da pessoa com deficiência física, considerando a regionalização e microrregionalização da realidade investigada. Assim, o eixo temático das dedicado a Entrevistas busca acolher, ouvir e reconhecer as percepções dos usuários que utilizam o SRFis acerca do modelo de atenção predominante no cuidado às pessoas com deficiências físicas. O capítulo aqui proposto conta essa experiência e faz uma reflexão teórica sobre a entrevista como instrumento para investigação em uma pesquisa qualitativa no campo da saúde.

## **Desenvolvimento**

A entrevista como uma técnica de produção de dados, possibilita alcançar dados subjetivos do sujeito entrevistado. O entrevistado tem a oportunidade de responder sobre o tema em questão, sem se prender à indagação formulada a priori, justificando-se pela expectativa de que os sujeitos expressem seus pontos de vista a respeito do tema em questão. Desse modo, tem-se facilitado, uma reflexão e representação do próprio sujeito sobre a realidade (MINAYO, 2014).

As entrevistas foram realizadas com 37 PcDs 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. A entrevista semi-estruturada nesse projeto tem como característica questionamentos básicos que são embasados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os

questionamentos deram frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos entrevistados que foram gravadas e transcritas, favorecendo não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade, além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (STÉFANE SILVA.; SARAMAGO DE OLIVEIRA, CORRÊA NEVES, 2021.)

Nesta esteira do pensamento, pôde-se observar a partir das falas pontos fundamentais fragilizados no processo de atenção à saúde que por vezes tornam-se subjetivos no caminho da construção do cuidado e das redes de atendimento à pessoa com deficiência (MACHADO et al. 2018). Quando questionados sobre os cuidados em saúde que recebem no SRFis onde a pesquisa foi realizada, grande parte destes relacionam-se com a dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM):

*“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).*

De modo geral, percebe-se que as ações estão centradas, em sua maioria, no suprimento de OPM e na reabilitação, sendo o atendimento pautado, em grande parte, na questão física. Tal questão encontra sustentação na organização das políticas públicas de saúde para PcD que, em sua maioria, ainda ancoram-se amplamente no modelo biomédico.

Por conseguinte, as falas retratam que os sujeitos não entendem os serviços prestados à população na perspectiva da gratuidade dos mesmos. Essa percepção traz consigo um fator que denota possível falta ou inadequação de

informações acerca dos direitos e deveres, elementos protagonistas na construção coletiva e igualitária da sociedade:

*“É uma mão na roda, imagino que assim como nós se não tivesse esse serviço não teria como ter esses benefícios né, até o fato de usar a cadeira no dia dia ela vai precisando de uma manutenção e futuramente de uma troca, mas mesmo assim essa cadeira depois consegue ser repassada pra gente que precisa, então até nisso pode ajudar alguém ou outras entidades. (acompanhante)”*

*“Aqui é muito bom, bah. É bom mesmo demais, a gente fica atendido surpreso aqui né, tudo de graça e atende bem né, é fora de série.” (62 a - M)*

Outrossim, percebe-se que muitos entrevistados permanecem vinculados à Atenção Primária em Saúde (APS) através de suas 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, os relatos 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 Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como a articulação dos diversos componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCP-CD) por meio de dispositivos de integração da rede, em prol da integralidade do cuidado à PcD (DUBOW, GARCIA, KRUG, 2018).

Ainda, os discursos explicitam tentativas de se ajustar em formas pré-postas e arraigadas em modelos de sociedade que tendem a gerar importantes fragmentações e segmentações entre os grupos sociais. Os sujeitos - sociedade - não encontram-se ajustados para diferentes padrões, convidando para reflexões que se debruçam sobre modelos educacionais, sociais, de saúde e de cultura que venham a corroborar e permitam inclusões efetivas e diminuição de preconceitos implícitos e explícitos:

*“Convivo com a deficiência desde que eu nasci, mas a minha maior dificuldade assim, é coisas cotidianas, coisas do dia a dia, assim tipo tomar banho [...] Então, tudo na vida a gente consegue dar um jeito de adaptar, sabe? [...] queria entrar pra conseguir fazer psicologia, tô começando minha loja de roupa, crescer o negócio, quem sabe me formar em psicologia... dar aula ou ter meu próprio consultório.” (27 - F)*

*“Não tinha a mão, tinha vergonha... fui tocando minha vida, de canto, só ia do curso pra casa da casa pro curso, fiquei um ano assim, aí eu consegui uma prótese pelo estado primeiro, só que ela era muito grande, aí saía na rua e todo mundo ficava olhando, aí eu nem usei, só usava de moletom. Aí um dia os guris foram na festa e eu fiquei olhando “o que que eu posso fazer? o que que eu posso fazer?” Aí fui ajeitando, cortei e coloquei um relógio por cima, dai*

*ninguem percebeu, dai bai me deu uma felicidade pra mim, aí desde aí mudou minha vida, minha autoestima, aí tirei minha habilitação, finalizei meu curso mas não fiquei naquela área, gostava desde pequeno a área da estética, aí hoje graças a deus consigo fazer tudo que nem eu fazia antes, até consigo fazer coisas melhor que antes (do acidente), agora to bem” (25 - M)*

Outro ponto importante elencado pelos participantes, reverbera acerca da exclusão social referente ao campo do trabalho, pertencimento e identidade social, pois a absorção de sujeitos que se apresentam com alguma forma de deficiência, se faz dificultosa em virtude das possíveis não adaptações existentes nos espaços laborais, de lazer e convívio social.

*“Meu anseio é voltar a trabalhar, mas não vai ter como. [...] Não, não dá mais. Às vezes até tinha umas encomendas né, mas como vai subir no telhado pra colocar?”. (63 - M)*

*“Eu tenho muita dificuldade por causa das minhas mãos que eu não tenho contato com elas né, que eu tenho sensibilidade, então pra mim tá muito difícil né. Mas tô fazendo a fisioterapia né. Não é fácil conviver com isso, mas, não tenho outra saída né”. (67 - M)*

Este ponto resulta no ceifamento de sonhos e perspectivas às PcDs, o que pode culminar em aumento de lacunas e fortalecimentos de modelos de preconceitos que ganham forças crescentes no cenário contemporâneo (MACHADO *et al.* 2018).

## Considerações finais

A partir do relato exposto, pôde-se perceber que as entrevistas possibilitam abordar os valores, crenças e, principalmente, opiniões que se expressam nas interações sociais ligadas aos usuários do SRFis e suas percepções acerca do modelo de atenção predominante no cuidado às pessoas com deficiências físicas. Assim, atingimos o objetivo da sua utilização, o qual privilegiamos a linguagem e a prática como mediações simbólicas orientando o estudo a partir do ponto de vista dos atores sociais.

Nesse sentido, por meio da utilização da entrevista rompeu-se isolamentos grupais, sociais e individuais, servindo à multiplicação de mensagens e a possibilidade da distribuição coletiva da informação. Assim, é possível propor novas abordagens viáveis e efetivas para a reabilitação da pessoa com deficiência física em questão, favorecendo não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade.

## Referências

Magalhães, R.; Bezerra, I.C.; Brasil, C.C.P.; Moura, E.R.F.; Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coletas de informações. Sobral, Edições UVA, 2018, pag 305.

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

Gomes, Romeu. *Pesquisa qualitativa em saúde / Romeu Gomes*. -- São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

Gil, AC. *Como Elaborar projetos de pesquisa*. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas; 2017.

Batista EC, Matos LAL, Nascimento AB. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*. 2017; 11(3):23-38.

fernanda valim côrtes miguel. a entrevista como instrumento para investigação em pesquisas qualitativas no campo da linguística aplicada. *revista odisseia – ppgel/ufrn nº5 [jan–jun 2010 issn 1983 - 2435*

Santos SR. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. *Jorn Ped* 1999; 75 (6): 401.

Camila Dubow<sup>1</sup>, Edna Linhares Garcia<sup>2</sup>, Suzane Beatriz Frantz Krug<sup>3</sup>. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. *SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 42, N. 117, P. 455-467, ABR-JUN 2018*. Disponível: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GjnT8QwD5CMYd9s-SWBjw8C/?format=pdf&lang=pt>

STÉFANE SILVA, L.; SARAMAGO DE OLIVEIRA, G.; CORRÊA NEVES, E. H. ENTREVISTA NA PESQUISA EM EDUCAÇÃO DE ABORDAGEM QUALITATIVA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E PRÁTICAS. *Revista Prisma*, v. 2, n. 1, p. 110-112, 25 dez. 2021.

William César Alves Machado<sup>1</sup>, Juarez de Souza Pereira<sup>2</sup>, Soraia Dornelles Schoeller<sup>3</sup>, Liliam Cristiana Júlio<sup>4</sup>, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins<sup>5</sup>, Nébia Maria Almeida de Figueiredo. INTEGRALIDADE NA REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. *Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(3):e4480016. DISPONÍVEL: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cjN6jtXwsf6nT43YgVDf8xf/?lang=pt>

# **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 nú-

mero, 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 res-

ponder 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 check-list 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. Revista Cocar. 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.

# **OFICINAS TEMÁTICAS COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

*Morgana Pappen*

*Mariana Portela de Assis*

*Gabriele Zawacki Milagres*

*Leni Dias Weigelt*

**Doi: 10.48209/978-65-5417-063-9**

## **Introdução**

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência busca esclarecer algumas complexidades acerca da atenção à saúde de pessoas com deficiência no país. Sendo assim, a mesma aponta direcionamentos para que a reabilitação desses indivíduos contemplem a funcionalidade humana por meio de um panorama interdisciplinar e multiprofissional que desenvolvam competências, habilidades funcionais e desempenho humano (BRASIL, 2010).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) é instituída pela Portaria 793, de 24 de abril de 2012, que orienta a atenção à saúde da PCD na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa legislação apresenta como objetivos prevaletentes a expansão do acesso e aprimoramento da assistência às PCDs, bem como a promoção da aproximação desses indivíduos e de seus familiares aos serviços de saúde presentes em seu território. A RCPCD articula-se por meio de ações de saúde que envolvem os seguintes componentes: Atenção

Básica; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e Múltiplas Deficiências; Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, assegurando a integralidade do cuidado e o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2012). Como ponto de atenção pode-se exemplificar o Centro Especializado em Reabilitação (CER), que é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território das pessoas com deficiência (MS, 2021).

Além disso, é preconizado que esses serviços garantam diagnóstico e intervenção precoces; serviços de habilitação e de reabilitação; atendimento domiciliar multidisciplinar, tratamento ambulatorial e internação; campanhas de vacinação; atendimento psicológico; respeito às especificidades, identidade de gênero e orientação sexual; atenção sexual e reprodutiva; informação adequada e acessível sobre condições de saúde; prevenção de deficiências e agravos; estratégias de capacitação permanente das equipes que atuam no atendimento à pessoa com deficiência no SUS, em todos os níveis de atenção; além da oferta de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, medicamentos, insumos e fórmulas nutricionais (BRASIL, 2015).

Para tanto é fundamental que as ações ocorram de forma integrada, envolvendo os serviços e as equipes, constituídas por profissionais de formações diversas, de maneira interprofissional, permitindo a socialização e cooperação entre os conhecimentos de cada área. Além disso, a RCPCD assegura às PCDs a oferta de cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar (BRASIL, 2012). Nesse contexto, torna-se necessário a capacitação das equipes para que possam oferecer assistência às PCDs nos diversos pon-

tos de atenção, inclusive sobre Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) que, segundo Jardim (2020), configura-se num espaço interdisciplinar, ou até mesmo transdisciplinar, já que procura caracterizar o indivíduo nos inúmeros locais e funções que realiza, tornando a interdisciplinaridade um desafio no âmbito da assistência à PCD.

O projeto 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”, propôs a realização de oficinas de formação para capacitar a equipe do SRFis para a implementação e utilização da CIF.

As oficinas temáticas são uma proposta metodológica utilizada para a promoção de atividades que buscam envolver e capacitar os profissionais de forma lúdica e dinâmica, permitindo que os conhecimentos sejam disseminados de forma leve, possibilitando o envolvimento e interesse dos participantes (ANDRADE et al., 2018). Dessa forma, este capítulo tem por objetivo relatar as experiências vivenciadas em oficinas temáticas, desenvolvidas pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS), como estratégia de educação em saúde sobre a CIF.

## **Desenvolvimento**

Ao decorrer do projeto, os pesquisadores realizaram oficinas temáticas com a equipe multiprofissional do serviço de reabilitação, como estratégia de educação em saúde, formada pelos profissionais da assistência e da área administrativa. Foram realizados seis encontros ao longo do ano de 2021 e 2022,

sendo que a abordagem e o objetivo de cada um foi programado e desenvolvido conforme a necessidade relatada pelos participantes.

Cada encontro era planejado pela equipe com antecedência, de forma a produzir os materiais a serem utilizados. Os agendamentos das atividades eram feitos previamente com o serviço, conforme a disponibilidade dos participantes, geralmente realizados no final do expediente de trabalho, a fim de abranger o maior número de profissionais, de modo a não prejudicar a demanda do serviço. Em todas as oficinas foi fornecido um instrumento de avaliação e sugestões, bem como, atestado de participação aos presentes. Ao final de cada momento, os integrantes que conduziam a atividade, realizavam reflexões acerca do aproveitamento e andamento da mesma, com a finalidade de aprimorar os próximos encontros.

A primeira oficina realizada, foi intitulada: “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): conceitos básicos”, teve como objetivo apresentar e sensibilizar a equipe do serviço acerca do tema. Esta oficina contou com a presença de oito participantes. No primeiro momento foi reproduzido um vídeo curto contendo uma história de superação de uma pessoa com deficiência (PcD), seguido de roda de conversa, a fim de entender como os profissionais enxergam essas questões. Logo após, foi desenvolvida uma dinâmica em grupo com o propósito de explorar o conceito dos seguintes termos: incapacidade, funcionalidade e saúde. A partir das reflexões que foram construídas durante a oficina, percebe-se que os participantes compreendem a relevância em ampliar a abordagem acerca da temática, salientam a importância de fortalecer questões inerentes às crenças e o incentivo da família no desenvolvimento da autonomia da PCD. Ademais, houve boa receptividade, envolvimento e interação por parte dos participantes.

A segunda oficina teve como título “Componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde” e objetivou conceituar a CIF. Esta oficina contou com a participação de 12 profissionais, os quais foram divididos em três grupos, sendo nomeados pelo próprio grupo como “Fisioterapêuticos”, “Multidisciplinares” e “Reabilitadores”. Essa divisão serviu de competição, pois cada pergunta acrescentava pontos à equipe, além de debater os aspectos explanados sobre o tema em questão. Assim, a equipe conduziu uma apresentação em powerpoint com material produzido em formato de “mitos e verdades” em relação a CIF. Durante a atividade surgiram questionamentos e reflexões dos aspectos que interferem de modo positivo ou negativo na autonomia da PCD, especialmente àqueles ligados aos fatores ambientais que podem incluir ou limitar a participação social do indivíduo com deficiência. Diante das considerações, foi possível constatar que essa dinâmica fomentou a construção coletiva de conhecimento, uma vez que todos os participantes fizeram suas contribuições e discorreram sobre cada questão abordada. Ao final da oficina, os mesmos receberam um folder impresso com o conteúdo ministrado para ser utilizado como material de apoio e facilitar o acesso às informações, quando necessário. Considerando que essa oficina se deu pelo modo de competição, ao final cada equipe obteve uma pontuação que será somada também nas próximas oficinas, visto que a atividade teve o intuito de despertar maior interesse nos participantes.

Na terceira oficina, intitulada como “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Compreendendo e aprimorando conceitos”, teve por objetivo explicar o modelo interativo biopsicossocial da CIF e contou com a presença de seis participantes. A discussão inicial ocorreu através da reflexão dos aspectos que condicionam a saúde, além de explicações sobre os

conceitos de função do corpo, estruturas do corpo, atividade, participação, fatores ambientais e fatores sociais. Posteriormente, cada grupo recebeu um caso clínico, juntamente com recortes de palavras de acordo com a classificação da CIF. Deste modo, o caso clínico era lido e os recortes de palavras foram sorteadas por cada equipe, discutidas e, de modo a contemplar, colocadas em um esquema contendo o modelo integrativo biopsicossocial da CIF, o qual estava fixo na parede. Essa oficina proporcionou um momento de construção coletiva de conhecimento, referente ao modelo interativo biopsicossocial da CIF, a qual teve grande envolvimento dos participantes, com questionamentos e discussões. Em virtude do número reduzido de participantes, ficou acordado que essa oficina não seria contabilizada na competição para não prejudicar nenhuma equipe.

Já a quarta oficina, teve o nome de “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no contexto da reabilitação física”, a qual objetivou demonstrar a implementação da CIF na prática, além de auxiliar na produção de instrumentos para aplicabilidade da CIF no SRFis. Nessa oficina estavam presentes três participantes, sendo desenvolvida com base de apoio no livro intitulado “CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde”. A atividade foi conduzida pela pesquisadora principal do projeto, através da leitura do capítulo e discussão dos códigos presentes em cada tópico, como: “Função do corpo”, “Estrutura do corpo”, “Atividades e participação” e “Fatores ambientais”. Assim, os participantes destacaram quais códigos eram mais utilizados no SRFis. Devido às inúmeras contribuições não foi possível analisar todos os códigos estabelecidos, desta forma, o restante dos itens ficaram para serem discutidos no encontro seguinte. Essa oficina resultou na ampliação de conhecimento sobre os códigos da CIF, além das reflexões acerca das reais necessidades dos pacientes que frequentam o serviço.

O quinto encontro deu continuidade a oficina anterior, possibilitando a exploração e discussão dos tópicos “Atividade e participação” e “Fatores ambientais”. Essa atividade seguiu a mesma metodologia da anterior, sendo finalizado a seleção dos códigos da CIF que são utilizados no SRFis. Diante da repercussão dessa oficina, percebeu-se grande apoio e envolvimento dos participantes na construção coletiva de conhecimento acerca da CIF, a fim de melhorar a prática do SRFis. Referente a competição, a quarta e quinta oficinas não computaram na pontuação, já que foram momentos destinados exclusivamente a selecionar os códigos para a implementação da CIF no serviço.

E para encerrar a realização das oficinas temáticas deste projeto, a última teve como título “Capacitação para uso de software da CIF no Serviço de Reabilitação Física/UNISC”, e objetivou apresentar o instrumento produzido aos participantes, discutindo as sugestões para melhor aplicabilidade do mesmo. Essa oficina foi conduzida pelo responsável do desenvolvimento/criação do software e contou com o apoio da equipe da pesquisa que, ao final da demonstração, realizou uma roda de conversa para ouvir todas as considerações. Essa atividade contou com a presença de oito participantes e todos eles receberam um atestado de participação.

As oficinas temáticas possibilitaram a realização de registros fotográfico, conforme mostramos a seguir:



**Fonte:** Registro fotográfico produzido pelas pesquisadoras, 2022.

## **Considerações Finais**

A partir desse relato de experiência, concluímos que a realização de oficinas temáticas possibilitou a integração entre Ensino e Serviço, através de encontros interprofissionais que contribuíram positivamente na educação em saúde. Os encontros fomentaram diversas discussões e reflexões acerca da temática, facilitaram o aprofundamento dos conhecimentos e auxiliaram no processo de implementação da CIF.

Estudos dessa natureza trazem benefícios tanto para a formação dos profissionais, quanto para a qualificação da assistência aos usuários do serviço. Além disso, vale salientar que a CIF é uma ferramenta inovadora e que necessita de maiores estudos científicos, tornando-se importante a ampliação de investimentos e de aporte financeiros para que ela possa ser utilizada na prática.

## Referências

ANDRADE, T. Y. I. *et al.* Focus on Healthy Eating: Thematic Workshop as strategy to support meaningful learning on Science Education. **Ciências & Cognição**, v. 23, n. 1, p. 63-079, jan. 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_pessoa\\_com\\_deficiencia.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf). Acesso em: 10 jul. 2022.

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html). Acesso em: 11 jul. 2022.

BRASIL. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde, PNAS**. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/24/Rela----o-de-Documentos-para-Visita-de-Avalia----o---Centro-Especializado-em-Reabilita----o--CER-.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2022.

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 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia>. Acesso em: 11 jul. 2022.

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.

# **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 in-

dependente 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*.

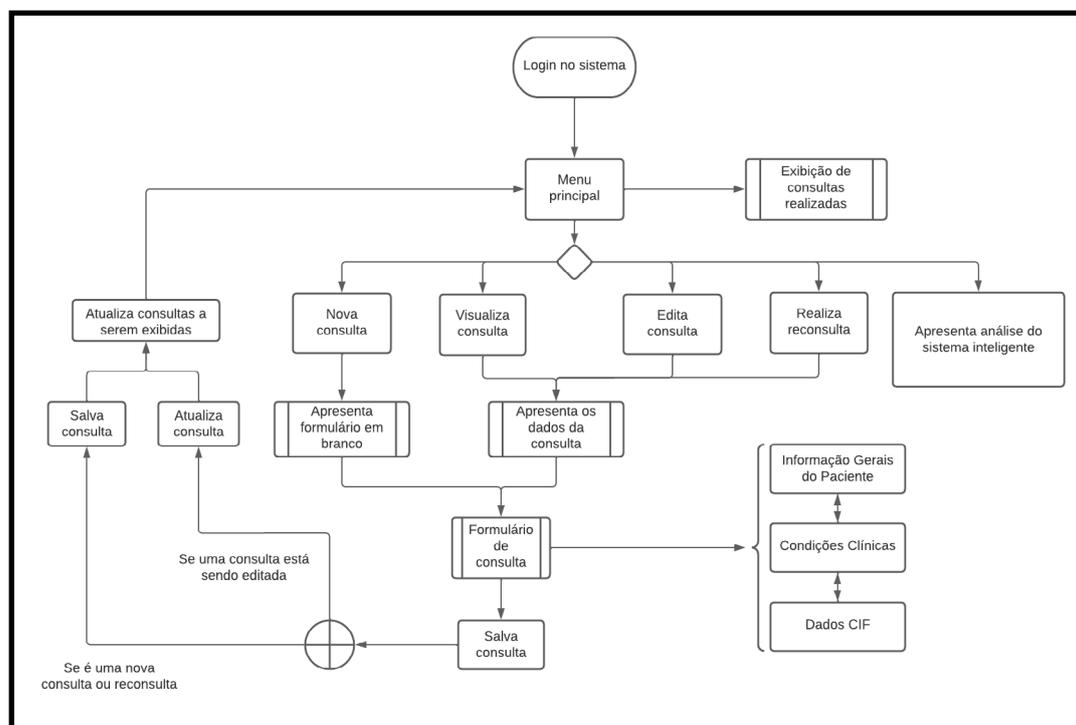
Assim, o instrumento de classificação, a ser disponibilizado por meio de um *software* é complementar ao processo de avaliação já realizado pelo SRFis, sendo construído em conjunto com a equipe, com base nas pautas das oficinas e grupos focais e norteado pelo documento da CIF, versão completa e atualizada (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. 469-474, 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.

# **CONTRIBUIÇÕES E REFLEXÕES DA PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS DE ESTUDOS E PESQUISAS: PERSPECTIVAS DE ACADÊMICOS E PÓS-GRADUANDOS**

*Guilherme Mocelin*

*Charlene dos Santos Silveira*

*Ana Gabriela Sausen*

*Renita Baldo Moraes*

*Leni Dias Weigelt*

*Vera Elenei da Costa Somavilla*

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

## **Introdução**

A complexidade da saúde exige que os profissionais da área trabalhem em equipes multidisciplinares e interdisciplinares, visando a melhoria das condições de vida das populações. Na interdisciplinaridade, os conhecimentos se integram e complementam-se por um objetivo comum, o que exige um trabalho em equipe (VILELA; MENDES, 2003). Nesse sentido, as experiências vividas durante a formação, além dos conhecimentos em sala de aula, podem contribuir com o desenvolvimento dessa habilidade de atuação interprofissional. Quanto mais a formação acadêmica incluir atividades que desenvolvam competências para o trabalho em equipe, melhores preparados os profissionais de saúde estarão para a integralidade da atenção à saúde, com impactos na qualidade de vida da população.

No contexto atual, de rápida evolução, as universidades estão ampliando seu papel tradicional, em que as pessoas vão para obter informações, incorporando novas formas de aprendizado que transcendem os limites da sala de aula (FRENK, 2010). Nesse sentido, a oportunidade de participar de um grupo de estudos interdisciplinares/ interprofissionais, com pesquisas que integram ensino e serviço, possibilita aos acadêmicos formação diferenciada, mais próxima da realidade do mundo do trabalho, contemplando os “Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde”. Estas diretrizes destacam a importância da formação de profissionais aptos a atuarem para a integralidade da atenção à saúde, por meio do efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva colaborativa e interprofissional (BRASIL, 2018).

A participação em grupos de estudos e pesquisas também desperta o acadêmico para o pensamento crítico, o interesse pelo aprendizado contínuo, baseado em evidências científicas. Assim, esse capítulo busca refletir sobre a importância, contribuições e desafios à formação, considerando a participação de acadêmicos e pós-graduandos em um Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde (GEPS).

## **Vivências, Contribuições e Desafios**

Em relação às vivências de um grupo de pesquisa, o GEPS, vinculado a Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), propõe-se, desde 2008, acolher pesquisadores emergentes da graduação e pós-graduação, a fim contribuir com dados de pesquisas para projetos de atenção à saúde em consonância com as políticas públicas e demandas de saúde dos 13 municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, a qual possui aproximadamente 345.317 habitantes (IBGE, 2022). As propostas de pesquisa são conduzidas por estudos que

abrangem a atenção à saúde e os serviços de saúde da rede pública, enquadrando-se entre as linhas de pesquisa: Saúde Coletiva; Vigilância em Saúde; Estilo de vida e saúde da família, do escolar e do trabalhador; Práticas clínicas contemporâneas; e, Políticas Públicas.

Atualmente constituem esse grupo docentes do Departamento de Ciências da Saúde, docentes e discentes do Programa de Pós-graduação Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde (PPGPS), e Programa de Pós-graduação mestrado Profissional em Psicologia; discentes de enfermagem, psicologia, medicina, odontologia, além de bolsistas do Programa da UNISC de Iniciação Científica (PUIC), bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), bolsistas voluntários do PUIC e instituições como o Serviço de Reabilitação Física, 13ª Coordenadoria Regional de Saúde e Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador dos Vales - Rio Grande do Sul. O grupo se encontra dividido em diversos projetos de pesquisa, articulados com as temáticas da saúde coletiva, pessoa com deficiência, envelhecimento humano, aspectos laborais de profissionais diversos, saúde dos escolares e saúde mental.

O grupo objetiva partilhar e construir coletivamente saberes, a fim de transformar a sociedade, potencializando seu conhecimento em saúde. Sendo assim, a participação de docentes, discentes e instituições nos projetos de pesquisa, possibilita aos envolvidos, um olhar crítico sobre a realidade e evidencia um saber ampliado sobre saúde na formação desses profissionais. Dessa forma, são inúmeros os benefícios da inserção de alunos em atividades de pesquisa, entre os quais destacam-se a diminuição do receio associado às metodologias dos estudos, a apropriação na identificação de áreas poucos investigadas, o aprimoramento da capacidade de reconhecer os critérios de validade e confia-

bilidade de uma pesquisa, o comportamento de busca da superação de barreiras e obstáculos ao conhecimento, que se estende ao cuidado com indivíduo, o aprendizado da importância do relacionamento colaborativo entre uma equipe multidisciplinar e a capacidade de desenvolvimento de pensamento crítico.

Sob este enfoque, a participação em grupos de estudos e pesquisas oportuniza aos envolvidos adquirir conhecimentos além daqueles que a graduação promove, aprimorando a formação dos profissionais da saúde, fundamentada no conceito ampliado de saúde e em seus determinantes biopsicossociais. Assim, proporcionando um diferencial na formação destes, além de qualificar o cuidado prestado aos indivíduos, pois amplia a percepção acerca da realidade e necessidades da população. Além de fomentar o amadurecimento pessoal aos pesquisadores, através do contato e conhecimento de distintas realidades, aprimorando, desta forma, o nível de responsabilidade, pois trabalhar com pesquisa exige ética e comprometimento em todos os âmbitos (KRUG et al., 2011).

Além dos pontos positivos que foram destacados, são palpáveis as existências de desafios aos sujeitos imbricados em grupos de pesquisas; sejam eles estudantes de graduação das mais distintas áreas, ou de pós-graduação, também relacionados às multífaces do saber e os diversos níveis de formação - *lato sensu* e *stricto sensu*. Dentre os principais fatores explicitados pelos integrantes do presente grupo, denota-se a necessidade de divisibilidade dos tempos livre entre as atividades exigidas pela formação, às tarefas laborais quando aplicáveis, a vida social e familiar, acrescido das tarefas e compromissos assumidos no grupo. Entendendo que a participação entra como um somatório de amplo espectro aos sujeitos, todavia, também exige extrema dedicação, abdicção e tempo para participação efetiva e construtiva, de modo a corroborar com as necessidades e aprofundamentos singulares que são buscados pelos que se dispõem a fazer parte desse cenário.

Os desafios enfrentados, também podem ser vistos como pontos de potência aos sujeitos, compreendendo que as responsabilidades e conhecimentos ampliados se alicerçam nos exemplos e ensinamentos que são vivenciados durante o curso de formação acadêmica, de vida e na forma como são conduzidas tais situações e momentos para obtenção de ponto em comum que permita o adequado norte das mais diversas situações (BICA et al., 2022). A fluidez e dinamicidade experimentada se apresenta como uma forma holística da compreensão das profissões e das relações que são sofridas e exercidas para além das teorias e práticas que passam a ser tocadas pelos docentes, discentes, profissionais, pós-graduandos e sociedade envolvida no processo de ensino e aprendizagem em grupos de estudos e pesquisas (AZEVEDO et al., 2018).

O somatório de momentos, trocas, diálogos e experiências, indescritivelmente se apresentam como condutores importantes que estimulam e tensionam padrões individuais e de grupos, permitindo reflexões e novas formas de encarar as realidades para que possam ser (des)construídas mediante os novos padrões de vida e convivências em sociedade. Possuir a sensibilidade para trazer em falas o que um grupo de estudos e pesquisas representa à formação humana dos que o integram, é cercado de desafios; contudo, algumas dessas - palavras - poderiam expressar esses sentimentos, conforme podem ser vistas na nuvem de palavras (Figura 1) que fora criada a partir da tradução que o grupo representa em suas vidas e ao momento de suas participações:

Figura 1 - Nuvem de palavras



Fonte: Construção do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde (GEPS), 2022.

A vasta dimensão de conceitos científicos, empíricos e de bagagens que são carregadas, permite aos homens tocarem-se de modo singular uns aos outros e também estimula e condiciona as reflexões acerca das relações que ocorrem nos espaços de vivência comum (GUARESCHI, 2020). Desdobrar os sentimentos e impactos gerados aos atores que participam desse cenário, traz consigo uma mistura de desafio e satisfação, que puderam ser observadas na nuvem de palavras e, quiçá fossem unidirecionais, estrugiriam em nossas mentes como uníssonas e sinônimos da importância de um grupo.

A interdisciplinaridade está cada vez mais presente na vivência acadêmica, apontando para um novo paradigma científico, que busca a inter-relação entre os vários campos do conhecimento, afirmando a partir do diálogo, as verdades de cada disciplina para a construção do todo. A crescente necessidade de

discussões desse viés decorre de uma demanda contemporânea cada vez mais complexa (ARAÚJO; PIRES, 2019).

A intensa troca entre as especialidades e a integração das disciplinas num mesmo propósito, estabelece relação de reciprocidade, possibilitando diálogo entre os participantes e caracteriza a prática interdisciplinar. A partir disto, o objeto a posteriori constrói-se por olhares e saberes distintos (VELLOSO et al., 2016). Ressalta-se a importância da vivência interdisciplinar do grupo envolvido, onde a troca de conhecimentos transborda para além do saber individual de cada disciplina, conferindo uma troca de expertises científicas para todo o sentido do pensamento e desenvolvimento da experiência acadêmica.

## **Considerações Finais**

A construção do conhecimento para além da sala de aula e vivência laboral possui papel fundamental na preparação de profissionais cada vez mais qualificados, com capacidade de desenvolver extensas habilidades de raciocínio, bem como pensamento crítico, ampliando a visão acerca da complexidade que envolve o cuidado em saúde.

Torna-se inegável que fatores de sobrecarga tenham destaque quando se trata da vivência em grupos de estudos e pesquisas, uma vez que é necessário dispor de tempo além do desprendido para suas atividades cotidianas, além disso, o abdicar de momentos de lazer e/outras atividades deve estar previsto para o indivíduo que se propõe a este tipo de atividade. No entanto, destaca-se que o aprendizado advindo desta experiência é rico de saber e caberá para toda a vida profissional e pessoal do indivíduo formado sob essa óptica.

É notória que a construção do conhecimento interdisciplinar durante a participação em grupos de estudos e pesquisas é fator determinante para com-

preensão das várias interfaces envolvidas, no que tange à promoção da saúde. Desse modo, a formação e qualificação acadêmica baseada em pesquisas, fornece embasamento técnico científico dinâmico e propositalmente pensado para preparar profissionais qualificados para o cuidado integral e ampliado em saúde.

## Referências

ARAÚJO, V. C.; PIRES, H. H. R. Interdisciplinaridade e pensamento complexo: caminhos para superação de um paradigma científico dominante. *Diálogos Interdisciplinares*, [s.l.], v. 8, n. 9, p. 130-140, 2019. ISSN: 2317-3793. DOI: Disponível em: <https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/725>. Acesso em: 19 ago. 2022.

AZEVEDO, I. C. et al. Importance of the research group in the nursing student training. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 8, n. 2, p. 390-398, 2018. ISSN: 2179-7692. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/26003/pdf>. Acesso em: 13 set. 2022.

BICA, A. C. et al. *Experiências coletivas de grupos de pesquisa: uma contribuição no processo de ensino aprendizagem e suas diversas especificidades*. São Paulo: Pimenta Cultura, 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução nº 569 de 8 de dezembro de 2017*. Princípios Gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 fev 2018, Seção 1, p. 85-96. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2022.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, v. 376, n. 4, p. 1923-58, 2010. ISSN: 1923-1958. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext). Acesso em: 14 set. 2022.

GUARESCHI, Pedrinho. *Olhares do alto: ensaios críticos*. Porto Alegre: Evangraf, 2020.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. *Atlas do censo demográfico: estimativas da população*, Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 1 set. 2022.

KRUG, S. B. F. et al. Building paths, reporting experiences: the trajectory of the health studies and research group. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 818-824, 2011. ISSN: 1980-265X. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000400023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/5Cxd8pL9rZZS5sDNhwxqgkg/?lang=pt#>. Acesso em: 14 set. 2022.

VELLOSO, M. P. et al. Interdisciplinaridade e formação na área da saúde coletiva. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 257-271, 2016. ISSN:1981-7746. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00097> . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/FNhz8GtKKf5Z5z8cZzYgz4w/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2022.

VILELA, E. M., MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. v. 11, n. 4, p. 525-31, 2003. ISSN: 1518-8345. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000400016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/DpsYjRRZdHvgfjrWYXj9bxQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2022.

# **SERVIÇO DE REABILITAÇÃO FÍSICA: UM LUGAR DE APRENDIZADOS, DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

*Angela Cristina Ferreira da Silva*

*Eunice Maria Viccari*

*Paula Bianchetti*

*Letícia Luzia Santos Fernandes*

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

Este trabalho demonstra parte do processo histórico de atenção e formação realizado através do Serviço de Reabilitação Física da Universidade de Santa Cruz do Sul (SRFis - UNISC), financiado pelos Fundos Estadual (FES) e Nacional de Saúde (FNS), através da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul e do Ministério da Saúde.

O Serviço integra a Rede de atendimento às pessoas com deficiência (PcD) junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), com atuação multiprofissional e interdisciplinar, possibilitando além do atendimento às demandas de saúde e reabilitação de pessoas com deficiência física, um constante aprimoramento na formação de estudantes de cursos vinculados ao campo da saúde, através de dois eixos centrais: atenção em saúde e formação acadêmica/profissional.

Com esta direção, o SRFis permite um permanente processo de aprendizado teórico e prático para trabalhadores, professores e estudantes que integram a equipe. As ações desenvolvem-se de forma participativa e colaborativa com os usuários, familiares e cuidadores, fomentando a autonomia em um *lôcus* de aprendizado integrado ao ensino, pesquisa e extensão. A atenção à saúde

ocorre no âmbito do atendimento *in loco* e na articulação de outros Serviços, tanto da rede de saúde quanto socioassistenciais dos municípios de residência dos usuários. Estratégia de articulação que reside na garantia do acesso aos direitos sociais tornando-se, desta forma, um trabalho que transcende os limites dos objetivos específicos do SRFis. Este artigo, ao contemplar o histórico do SRFis, evidencia o trabalho em equipe preconizado e os reflexos que vêm sendo produzidos no Serviço com a implantação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).

## **Histórico do Srfis: Uma Trajetória em Permanente Construção**

O SRFis foi instituído em 2001 para concessão de órteses e próteses e meios auxiliares de locomoção (OPMs) para a macrorregião dos Vales, abrangendo 64 municípios dos Vales do Rio Pardo, do Jacuí e do Taquari. Em 2009, houve o credenciamento para duas habilitações: concessão de OPMs e para reabilitação das PcD. A partir de 2018 passou a ser referência e atender 2 Coordenadorias Regionais de Saúde: Vale do Rio Pardo e do Jacuí, totalizando 25 cidades.

Conforme o Manual da Pessoa Amputada (BRASIL, 2013), a estimativa sobre as amputações do membro inferior perfaz um total de 85% de todas as amputações realizadas de membros, apesar de não haver “*informações precisas sobre este assunto no Brasil em 2011, cerca de 94% das amputações realizadas pelo SUS foram no membro inferior*” (p.7).

Aproximadamente 80% das amputações de membros inferiores são realizadas por doença vascular periférica e/ou diabetes, enquanto que as de causas traumáticas estão relacionadas aos acidentes de trânsito e ferimentos por arma

de fogo, sendo essa a segunda maior causa. Merece destaque que entre as não eletivas, o trauma é responsável por cerca de 20% das amputações de membros inferiores, sendo 75% dessas no sexo masculino (BRASIL, 2013).

Para responder às demandas que chegam ao SRFis, busca-se, cotidianamente, aprimorar os dois eixos de atuação: a assistência e a formação acadêmica/profissional, por meio das atividades extensionistas articuladas à pesquisa e ao ensino. As ações realizadas nesses eixos, possibilitam o aprendizado em tempo real, através de vivências e experiências, observando o contexto das necessidades de cada usuário que chega em busca de soluções para os seus problemas cotidianos, no âmbito físico e funcional, e que impactam socialmente e psicologicamente em sua vida e da prestação de serviços de concessão OPMs.

Nesse contexto, o SRFis torna-se um local de reflexão teórico conceitual, técnico e operativo, com vistas ao aprimoramento da equipe no âmbito da aprendizagem colaborativa, bem como dos processos instituídos a partir de avaliações e percepções da realidade do usuário do SRFis. Processo e aprendizado que levam à constante revisão conceitual através do trabalho em equipe que produz um atendimento integral associado a tecnologia assistiva destinada aos usuários.

Por estar inserido, desde seu início, em uma Instituição de Ensino Superior, o SRFis promove a interação e a articulação da comunidade acadêmica. Uma marcante característica é estar aberto às possibilidades de investigação científica-tecnológica, credenciando-se como um lugar onde as ações poderão circular e movimentar o processo formativo acadêmico/profissional através de um espaço para pesquisa de graduação e pós graduação, trabalhos de curso sobre as diversas temáticas no que se refere à PcD e seus entornos, desenvolvimento da criatividade referente a composição de produtos a serem dispensados aos usuários com constante mobilização do trabalho em equipe.

Merece destaque que a extensão universitária na UNISC é caracterizada como a dimensão que se relaciona com a comunidade, pelas ações, projetos, cursos, prestação de serviços e eventos a partir da troca de experiências entre os saberes científicos e populares. É a aprendizagem mútua, a vivência com o outro, a solução de problemas, o atendimento e assistência a demandas da comunidade sendo realizada pelos docentes, estudantes e, principalmente, pela comunidade que externa a materialidade dos eixos formação e extensão. (<https://www.unisc.br/pt/extensao/apresentacao>). É afirmado no Plano Institucional da UNISC a articulação como central para o processo de formação:

É uma das atividades-fim da Instituição, assim como o ensino e a pesquisa, direcionada para a implementação de uma sólida relação de intercâmbio com a comunidade regional, objetivando o atendimento de suas demandas e o desenvolvimento de suas potencialidades, assegurando seu compromisso social” (PDI-VI-2021-2025p.29)

Também envolve prestação de serviços, como meio de o SRFis, enquanto espaço que articula ensino, pesquisa e extensão, trabalhar com a comunidade e não um fim em si mesma, caracteriza-se pelo atendimento a uma demanda da comunidade, sendo uma atividade remunerada”, conforme o regulamento da extensão institucional.

Com essas articulações, o SRFis direciona-se, em especial, à comunidade de sua abrangência de modo a desenvolver e ampliar atividades assistenciais e de intervenção destinadas à qualidade de vida das PcD, atendendo suas demandas na perspectiva de estimular as potencialidades variadas.

Assim, o SRFis vem se afirmando como uma atividade de extensão e prestação de serviços que potencializa a formação universitária dos diferentes cursos da área da saúde e beneficia usuários nas suas demandas trazendo-lhes qualidade de vida e possibilidades de melhorias na autoestima da partir de suas potencialidades físicas, funcionais e social.

## Trabalho em Equipe: Um Ingrediente Articulador Importante no SRFIS

O trabalho em equipe é investimento e, igualmente, resultante da integração de forças, saberes e práticas, da harmonização das atuações profissionais, da afirmação e desenvolvimento a partir das diferenças com reconhecimento do saber do outro para a realização de um trabalho integral (BONALDI et al., 2007).

Desta forma, se configura como uma orquestra com reconhecimento de diferentes saberes e formações profissionais que se unem para o desenvolvimento de objetivos comuns a partir do engendramento de ações e percepções individuais, mas que se tornam coletivas. Assim, o seu *modus operandi*, ocorre através de diferentes profissionais e áreas de conhecimento que, ao proporem e executarem as ações, o fazem de forma interdisciplinar, garantindo um processo de construção e vivência coletiva.

O atendimento individual e coletivo às PcD e aos seus familiares/cuidadores é balizado pela concepção participativa que inclui ações de acolhimento, orientação, atendimento, avaliação, convivência, apoio e orientação ao acesso de direitos sociais, bem como atividades de caráter educativo sustentadas na interdisciplinaridade. Nesse espectro, é imprescindível um trabalho coletivo, cuja prática de pensar e atuar conjuntamente viabiliza uma ação interdisciplinar no âmbito da UNISC, propondo que:

A formação do profissional do futuro requer uma estreita relação com o mundo real, onde as inovações acontecem, onde os problemas aparecem e onde as intervenções multidisciplinares e interdisciplinares são bem-vindas. A inserção, desde o início da formação, nos segmentos da sociedade ocasiona a significação dos conhecimentos acadêmicos e, mais ainda, possibilita a criação de outras tantas formas de articular diferentes conceitos diante de um desafio. Estar aprendendo no mundo real ou em situações simuladas (bem próximas do mundo real) qualifica o futuro profissional

para a reflexão-ação-reflexão, o que, com uma boa dose de crítica e criatividade, leva à inovação, à empregabilidade e à trabalhabilidade“ (PDI-VI-2021-2025 p.67)

Assim, o desafio que se impõe permanentemente transcende a condição disciplinar e o suposto específico de cada profissional integrante. Cada uma das profissões que o integram (assistente social, fisioterapeuta, enfermeiro, terapeuta ocupacional, engenheiros de computação, eletricitas e de produção) agregam saberes e potência que se fortalecem para inovar gradativamente na ampliação da qualidade do trabalho realizado e no desenvolvimento de habilidades e competências específicas, com objetivo comum: qualidade de vida dos usuários assistidos.

O trabalho interdisciplinar é um desafio permanente, apontado por vários autores como possibilidades de transcender o instituído, na medida em que os diferentes saberes são discutidos e estão a serviço da ampliação do conhecimento. Ceccim et al. (2007) afirmam ser necessário um borramento das fronteiras profissionais, não para eliminar as profissões, mas para aprender, umas com as outras, tudo o que coloque um profissional real com maior capacidade de escuta, cuidado e cura diante de pessoas (usuários) reais e desta forma trabalhar em e na equipe instituída de forma engendrada e potente naquilo que comungam no coletivo.

Os condicionantes que fomentam abertura para um espaço que acolhe a interdisciplinaridade, se fundam na originalidade do conhecimento como um princípio de máxima exploração das potencialidades de cada campo do saber, e de cada profissional (ETGES, 1993, p.79). Esse autor pontua também que a interdisciplinaridade reside na compreensão e exploração de limites, mas, acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade”, característica singular de processos participativos e democráticos que ilustram o trabalho em equipe.

Essa perspectiva de atuação não leva à diluição das identidades e competências de cada profissão; ao contrário, possibilita maior explicitação das áreas disciplinares no sentido de convergirem para a consecução de projetos a serem assumidos coletivamente.

Desta forma, o trabalho multiprofissional, numa perspectiva interdisciplinar, é fundamental e estratégico para ampliar o espectro de atenção integral aos usuários dos serviços que integram as políticas sociais públicas. Além disso, da mesma forma, é importante para ampliar as bases de fortalecimento de projetos comuns e coletivos, tanto no âmbito governamental, quanto de organizações da sociedade civil, em especial com os usuários dos serviços públicos e suas organizações representativas.

É apostando na continuidade do aprender a partir da diferença e no ampliar a atenção aos usuários, que a equipe do SRFis, propõem articulações multiprofissionais e interdisciplinares com o conjunto dos serviços que integram a rede de políticas de educação, saúde e assistência social nas duas regiões de referência do SRFis, com organizações governamentais e não governamentais prestadoras de serviços para PcD.

Para que se possa avançar na inclusão de PcD a partir de várias concepções, conceitua-se no Brasil a Tecnologia Assistiva como: “uma ampla gama de equipamentos, serviços, estratégias e práticas concebidas e aplicadas para minorar os problemas encontrados pelos indivíduos com deficiências” “e deve ser entendida como um recurso do usuário e não do profissional” (BERSCH, 2006). É a expressão do caráter participativo e democrático apreendido pela equipe e transformado em atendimento de direito dos usuários que ingressam no SRFis.

O trabalho em equipe e Tecnologia Assistiva são conceitos que constantemente são revisitados para aprimorar a trajetória percorrida, fortalecer laços e ampliar as possibilidades de assegurar aos usuários um serviço de qualidade particularizado nas suas demandas e, institucionalmente, um projeto de extensão, que fomente a formação acadêmica/profissional. Esta, por sua vez, de qualidade com vistas ao ensino universitário direcionado à realidade de uma população que apresenta desafios a serem superados, mas, que necessita de condições, tanto materiais no que se refere a dispositivos, como de atenção e cuidado para com sua(s) deficiência(s). Demandas essas que a equipe busca cotidianamente atender dentro do possível por meio de parcerias com a Associação Canoense de Deficientes Físicos (ACADEF) a qual, ao se agregar à equipe, qualificam e desenvolvem conjuntamente materiais que materializam quando o usuário está no centro da proposta terapêutica sugerida por todos.

Atualmente, uma possibilidade que vem se construindo e constituindo no SRFis é a implantação da CIF, que é uma proposta da parceria estabelecida com o Programa de Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde da UNISC através de um *software*, o qual irá auxiliar na observação e avaliação de cada usuário como um todo, com um olhar amplo e humanizado, indo além do diagnóstico médico, analisando da melhor forma as funcionalidades de cada um seus aspectos de saúde em para além da física e quando possível transpondo barreiras e dessa forma conseguindo suprir ou dar auxílio às demandas e necessidades apresentadas.

O *software* realizado especialmente para o SRFis, contribuirá para o crescimento e evolução de cada profissional e estudante bolsista envolvido no projeto, conseqüentemente, formando uma equipe homogênea que compreende e coloca em prática a CIF, de forma dinâmica e simplificada, beneficiando todos os usuários. A implantação da CIF no SRFis, será fundamental para o fornecimento e estabelecimento de um banco de dados completo, com as particulari-

dades de cada usuário, facilitando a organização e a interpretação das informações e, conseqüentemente, concedendo-lhes o dispositivo possível e adequado com vistas a qualidade de vida com valoração a autonomia e cidadania.

## **Considerações Finais: Desafios e Aprendizados**

Diante da exposição do contexto histórico, do trabalho em equipe e implantação da CIF, o SRFis vislumbra cotidianamente propor ações, aprendizado, possibilidades de qualidade de vida aos seus usuários mediante a concessão de OPMs através de iniciativas docentes e ou de necessidades particulares de cada um que busca melhorar suas potencialidades e inserção comunitária.

Os aprendizados ao longo destes anos estão na evolução de dispositivos e no desenvolvimento da criatividade da equipe que proporcionam como foco central, a autonomia e o desenvolvimento do usuário naquilo que lhe é possível realizar e desenvolver de forma que melhore aspectos biopsicossociais. A colaboração e o coletivo são parâmetros que a equipe, na sua composição, busca através de estudos, reuniões e trabalhos de conclusão de curso para qualificar a qualidade de vida dos seus usuários.

Entretanto, a prática extensionista no SRFis está presente no fazer diário da sala de aula de alguns cursos a partir da curricularização da extensão na UNISC o que se torna um desafio e ao mesmo tempo uma importante possibilidade formativa. Desafio para equipe em abrigar os estudantes que realizam atividades propostas e possibilidades porque vivenciam situações reais em tempo real e articulam conteúdos e saberes particularizados nas suas profissões em um projeto que tem na sua centralidade na pessoa com deficiência e atua de forma interdisciplinar na sua intervenção assistencial e formativa.

Quanto aos desafios direcionados aos usuários, estão centrados nas especificidades de cada um porque são particularizados e individualizados, desencadeando a criação e o desenvolvimento de possibilidades de Tecnologia Assistiva, de processos de confecção de órteses e próteses e; na regulação do Serviço no aspecto financeiro que reside em variável dependente para o alcance do desenvolvimento de todos os produtos desejados. Portanto, aprender e desafiar-se, são prerrogativas da equipe do SRFis que cotidianamente, articulada entre si e, junto com os fornecedores, escolhem o melhor e o adequado para cada um dos usuários.

## Referências

BERSCH, R. Tecnologia assistiva e educação inclusiva. In: *Ensaio Pedagógicos*, Brasília: SEESP/MEC, p. 89-94, 2006.

BONALDI, C.; GOMES, R. S.; LOUZADA, A. P. F.; PINHEIRO, R. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas [monografia]. Rio de Janeiro, CEPESC, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de atenção à pessoa amputada*. BRASÍLIA, 2013. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_pessoa\\_amputada.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_amputada.pdf)>. Acesso em 19 out. 2022.

CECCIM, R.; GUIMARAES, A.; KLAFKE, T.; LENZ, F. Autogestão no trabalho com/em equipes de saúde: estudantes agindo o Sistema Único de Saúde. In: Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro, CEPESC, 2007.

ETGES, N.J. Produção do conhecimento e interdisciplinaridade. Educação e Realidade. Porto Alegre: Fac. Educ./UFRGS, v. 18, n. 2, pp. 73-82, jul./dez., 1993.

UNISC. Universidade de Santa Cruz do Sul. Regulamento das Atividades de Extensão. Disponível em: <[https://intra.unisc.br/documentos/regulamentos/regulamento\\_extensao.pdf](https://intra.unisc.br/documentos/regulamentos/regulamento_extensao.pdf)>. Acesso em: 21/09/2022.

## **SOBRE AS ORGANIZADORAS**

**Camila Dubow** Fisioterapeuta, mestre e doutoranda em Promoção da Saúde pela UNISC (Bolsista PROSUC/CAPES). Servidora Pública da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, responsável pela Política de Saúde da Pessoa com Deficiência na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde e docente no Departamento de Ciências da Saúde da UNISC.

Curriculo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9948251960196713>

E-mail: [camiladubow@unisc.br](mailto:camiladubow@unisc.br)

**Suzane Beatriz Frantz Krug** Enfermeira, doutora em Serviço Social. Docente do Departamento de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS).

Curriculo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6004707656053678>

E-mail: [skrug@unisc.br](mailto:skrug@unisc.br)

## **SOBRE OS AUTORES**

**Ana Gabriela Sausen:** Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul. Bolsista PROBIC/FAPERGS e integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS).

Curriculo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7388241679976157>

E-mail: [anasausen98@gmail.com](mailto:anasausen98@gmail.com)

**Angela Cristina Ferreira da Silva** Fisioterapeuta, mestre em Educação, Docente do Departamento de Ciências da Saúde, coordenadora do Curso de Fisioterapia e do Serviço de Reabilitação Física da UNISC.

Curriculo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5442434923320230>

E-mail: [as@unisc.br](mailto:as@unisc.br)

**Basílio Henrique Pereira Júnior** Fisioterapeuta, mestre e Doutorando em Modelos de Decisão em Saúde.

Curriculo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6821090479254544>

E-mail: [basiliofisioterapeuta@gmail.com](mailto:basiliofisioterapeuta@gmail.com)

**Charlene dos Santos Silveira** Enfermeira, mestranda em Promoção da Saúde - Bolsista PROSUC/CAPES, Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3879721838415110>

E-mail: [charlnessilveira@hotmail.com](mailto:charlnessilveira@hotmail.com)

**Edna Linhares Garcia** Psicóloga, mestre e doutora em Psicologia Clínica. Docente do Departamento de Ciências da Saúde do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Psicologia. da Universidade de Santa Cruz do Sul. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7739842352655002>

E-mail: [edna@unisc.br](mailto:edna@unisc.br)

**Eunice Maria Viccari** Assistente Social, doutora em Serviço Social, integrante do SRFis, docente do Departamento Ciências, Humanidades e Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1895228875180079>

E-mail: [eviccri@unisc.br](mailto:eviccri@unisc.br)

**Gabriele Zawacki Milagres:** Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) Bolsista PROSUC/CAPES e Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0741436819112229>

E-mail: [gabriele93.enf@gmail.com](mailto:gabriele93.enf@gmail.com)

**Guilherme Mocelin:** Enfermeiro, mestrando do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde, bolsista PROSUC-CAPES, Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde-GEPS da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5940158359457519>

E-mail: [mocelinguilherme@gmail.com](mailto:mocelinguilherme@gmail.com)

**Guilherme Saldanha Machado** Acadêmico do curso de graduação em Ciência da Computação da UNISC. Analista de Sistemas - Tekann.

E-mail: [gsmachado@mx2.unisc.br](mailto:gsmachado@mx2.unisc.br)

**Henrique Ziembowicz:** Acadêmico do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Atual Diretor Local de Publicação, Pesquisa e Extensão da International Federation of Medical Students Associations (IFMSA Brasil UNISC). Bolsista de iniciação científica PIBITI/CNPq.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1339705858054606>

E-mail: [henriqueziembowicz@gmail.com](mailto:henriqueziembowicz@gmail.com)

**Leni Dias Weigelt** Enfermeira, doutora em Desenvolvimento Regional, Departamento de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado profissional da Universidade de Santa Cruz do Sul. Vice - líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS).

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5641592321068648>

E-mail: [lenid@unisc.br](mailto:lenid@unisc.br)

**Letícia Luzia dos Santos Fernandes** Fisioterapeuta do Serviço de Reabilitação Física de Nível Intermediário na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6069269814196179>

Email: [leticiafernandes@unisc.br](mailto:leticiafernandes@unisc.br)

**Lucas Vinicius Fischer:** Acadêmico de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde. Bolsista PIBIC/CNPq.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/339201145066215>

E-mail: [lucasvfischer77@gmail.com](mailto:lucasvfischer77@gmail.com)

**Luci Helen Alvez Freitas:** Acadêmica de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde. Bolsista do Programa PPSUS CNPq/FAPERGS.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9156013088167337>

E-mail: [lucihelenalvez@gmail.com](mailto:lucihelenalvez@gmail.com)

**Maria Cristina Pedro Biz** Fonoaudióloga, doutora em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, pesquisadora do Laboratório de Estudos e Avaliação em Saúde da UNIFESP.

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

E-mail: [mcristinapbiz@gmail.com](mailto:mcristinapbiz@gmail.com)

**Mariana Portela de Assis:** Farmacêutica, doutoranda em Promoção da Saúde - Bolsista PROSUC/CAPES, Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3533629899469565>

E-mail: [portela1311@gmail.com](mailto:portela1311@gmail.com)

**Morgana Pappen:** Enfermeira, doutoranda em Promoção da Saúde. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4373661208330606>

E-mail: [morganapappen@gmail.com](mailto:morganapappen@gmail.com)

**Paula Bianchetti** Fisioterapeuta, Doutora em Ciências Farmacêuticas. Integrante do SRFis, Docente do Departamento de Ciências da Saúde da UNISC.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5753241784299604>

E-mail: [paulabianchetti@unisc.br](mailto:paulabianchetti@unisc.br)

**Paula Lopes Gomide** Pedagoga, doutoranda em Promoção da Saúde, na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9123337936905882>

E-mail: [plgomidehau@gmail.com](mailto:plgomidehau@gmail.com)

**Paulo Henrique dos Santos Mota** Fisioterapeuta, Doutor em saúde pública e Pós doutorando do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7516227827159116>

Email: [paulohsmota@gmail.com](mailto:paulohsmota@gmail.com)

**Rejane Frozza** Doutora em Ciência da Computação, Docente pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Sistemas e Processos Industriais, do Programa de Pós-Graduação em Letras e do Departamento de Engenharias, Arquitetura e Computação da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3990030607809909>

Email: [frozza@unisc.br](mailto:frozza@unisc.br)

**Renita Baldo Moraes** Odontóloga, doutora em Ciências Odontológicas. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da UNISC.  
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9869980901733055>  
E-mail: [renitam@unisc.br](mailto:renitam@unisc.br)

**Shamyr Sulyvan de Castro** Professor Associado Universidade Federal do Ceará - Departamento de Fisioterapia - Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia e Funcionalidade - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.  
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6911072543095408>  
E-mail: [ssulyvan@yahoo.com](mailto:ssulyvan@yahoo.com)

**Vera Costa Somavilla** Enfermeira, doutora em Educação Docente do Departamento de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado profissional da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Coordenadora Técnica da área de Enfermagem do Serviço Integrado de Saúde - SIS. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde.  
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9873230215548986>  
E-mail: [veras@unisc.br](mailto:veras@unisc.br)

# CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE: CONEXÕES DE SABERES E PRÁTICAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

[www.arcoeditores.com](http://www.arcoeditores.com)  
[contato@arcoeditores.com](mailto:contato@arcoeditores.com)  
(55)99723-4952



## CIF

Implementação da CIF: Estudo em um  
serviço especializado em reabilitação  
Física de Referência Regional do SUS no  
Rio Grande do Sul

Programa Pesquisas para o SUS- PPSUS