

RELATÓRIO FINAL DE ATIVIDADES DE PÓS-DOCTORAMENTO

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/SP
Departamento de Medicina Social

Projeto “**Desenvolvimento da aplicação da CIF no cuidado biopsicossocial,
integrado e centrado na pessoa no âmbito da atenção primária e da saúde do
trabalhador.**

Eduardo Santana Cordeiro

Supervisor: João Mazzoncini de Azevedo Marques

Período: agosto de 2021 a agosto de 2023.

Setembro de 2023

SUMÁRIO

1. Resumo do projeto.....	03
1.1 Justificativa.....	04
1.2 Objetivos.....	04
1.3 Métodos.....	05
2. Descrição das atividades realizadas.....	06
2.1 Publicações.....	08
2.2 Organização de eventos.....	15
2.3 Outras produções.....	16
3. Considerações finais.....	17
4. Referências bibliográficas.....	18
5. ANEXOS.....	19
Anexo 01 – Submissão do artigo intitulado “Atualização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”.....	20
Anexo 02 – Submissão do artigo intitulado “ <i>Familiarity and confidence in using the ICF</i> ”.....	27
Anexo 03 – Submissão do artigo intitulado “ <i>Evaluation of patients’ functioning with WHODAS 2.0 applied by PHC professionals in everyday work: a Brazilian pilot study</i> ”.....	40
Anexo 04 – Submissão do artigo intitulado “WHODAS 2.0: um estudo comparativo entre traduções para o português”.....	49
Anexo 05 – Submissão do artigo intitulado “Tradução e adaptação transcultural do <i>Model Disability Survey</i> ”.....	58
Anexo 06 – Submissão do artigo intitulado “Indicadores de funcionalidade: uma proposta”.....	63
Anexo 07 – Submissão do artigo intitulado “ <i>ICF: why a Collaborating Center?</i> ”.....	69
Anexo 08 – Gravação do 7º Simpósio Internacional de Ensino da CIF.....	75
Anexo 09 – Disciplina do Departamento de Saúde Pública.....	76

1. RESUMO DO PROJETO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) tem reconhecida importância no meio acadêmico, especialmente, na área da Saúde. No entanto, ainda é necessário maior preparo de profissionais das diferentes áreas do conhecimento, o que inclui o corpo docente das universidades, no intuito de facilitar a continuidade da sua implantação prática. A CIF¹ foi publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001 e é uma classificação de referência, ao lado da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) e da *International Classification of Health Interventions (ICHI)*, essa segunda ainda em desenvolvimento.

No Brasil, algumas ferramentas legais têm introduzido, aos poucos, o conteúdo da CIF e instrumentos relacionados a ela, como é o caso da Lei nº 13.146/2015 e da Resolução nº 452/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que adotou a CIF para o Sistema Único de Saúde, incluindo o Sistema Suplementar.

Contudo, os profissionais da saúde de todos os setores precisam estar familiarizados e confiantes com o uso da CIF, colocando em prática todos os seus benefícios para apoiar as pessoas e contribuir para a proteção da funcionalidade humana em nível populacional, com sucesso e boa qualidade. A literatura indica que, ao menos, três aspectos são necessários para alcançar esse objetivo: a inserção do modelo conceitual de funcionalidade e incapacidade da OMS na (1) prática clínica, (2) na prática estatística e política e (3) na prática acadêmica^{2,3}. A formação atual em Saúde, no Brasil, em geral ainda se baseia em um modelo linear de raciocínio sobre funcionalidade e incapacidade. Isto é, a doença (ou o corpo) é considerada como o ponto de partida, e todas as outras limitações e restrições, como suas consequências exclusivas⁴. Isso tem acontecido até mesmo em estudos com a CIF, o que é o grande equívoco dos chamados core sets baseados em doenças. O modelo dinâmico e interativo publicado na CIF é diferente dessa perspectiva e precisa ser incluído na educação de graduação e de pós-graduação⁵, fato que já vem se consolidando em outras linhas de pesquisa.

Para se cumprir a prerrogativa do uso constante e cada vez mais fortalecido da CIF nos sistemas de saúde, é prudente que as matrizes curriculares existentes sejam constantemente atualizadas de acordo com as versões mais recentes da Família de Classificações Internacionais da OMS, fato que já aconteceu com as Diretrizes Curriculares da Fonoaudiologia, oficializadas pela Resolução MS/CNS nº 618/2018. Portanto, em seguida, as diretrizes curriculares definidas legalmente pelo Conselho Nacional de Educação e Ministério da Educação precisam garantir a disseminação da CIF na área da saúde como um todo, contribuindo tanto na formação dos clínicos quanto na de professores, de gestores e de pesquisadores. Além disso, ter a CIF como conteúdo de educação permanente nos serviços públicos de saúde, inclusive induzida por métodos ativos, pode alimentar de conhecimento a estratégia de implantação nas políticas, nos sistemas e nos serviços de saúde.

Existem materiais educacionais sobre a CIF fornecidos pela OMS, porém, também foram desenvolvidas outras ferramentas de educação e prática, a fim de facilitar a integração do conhecimento⁶. Entre elas estão simuladores de prontuários eletrônicos,

curso à distância e repositórios de materiais didáticos, como é o caso do sítio eletrônico <http://www.icfeducation.org>, chamado de Portal Internacional Educacional da CIF.

Dentre as revistas científicas brasileiras, destaca-se a Revista CIF Brasil, ISSN 2359-0327 (<http://www.revistacifbrasil.com.br>), que tem foco em publicações relacionadas à CIF e é vinculada ao Portal Multifuncional da CIF (<http://www.portaldacif.com.br>), sítio eletrônico brasileiro de grande notoriedade e que oferece algumas facilidades para aprendizado e aplicação da classificação. Esse é o sítio eletrônico no qual foram agregadas inovações e tecnologias provenientes da execução deste projeto.

1.1 JUSTIFICATIVA

O portal foi apresentado durante o *3th International Symposium: ICF Education*, ocorrido em Hamburgo, Alemanha, no ano de 2018 - <http://icfeducation.org/archived-events>. Atualmente, é um instrumento que auxilia no ensino, na consulta, no uso, no armazenamento de dados, na tabulação e na construção de indicadores de funcionalidade usando a CIF. O portal teve como base o projeto intitulado CIF Digital, publicado em 2010 pela Universidade Federal do Ceará⁷.

Mesmo com esse avanço, ainda eram necessários o desenvolvimento e o aprimoramento desse aplicativo, que se tornou uma alternativa de uso da classificação para a área de planejamento em saúde por órgãos públicos e privados, com aplicável utilidade em avaliação, monitoramento e controle de programas de saúde ou até mesmo de previdência social. O sítio eletrônico foi desenvolvido por iniciativa privada, porém, parte de seu conteúdo terá disponibilização aberta e gratuita, o que permite a experimentação prática e a avaliação da sua qualidade por parte de profissionais da saúde e outros pesquisadores interessados.

As contribuições deste trabalho foram norteadoras da inclusão de novos atributos ao portal, permitindo o uso assistencial e estatístico com vistas a embasar políticas intersectoriais e a potencializar o uso da CIF.

1.2 OBJETIVOS

O objetivo geral deste projeto foi disseminar a CIF, divulgando-a e apontando formas de uso, além de demonstrar como ela ajuda no cuidado biopsicossocial, integrado e centrado na pessoa no âmbito da saúde.

Objetivos específicos:

- a. desenvolver tecnologias para facilitar a aplicação de instrumentos existentes baseados na CIF;
- b. avaliar a aceitabilidade da aplicação desses instrumentos, por parte dos profissionais;
- c. possibilitar a criação de banco de dados a partir da aplicação desses instrumentos usando métodos de coleta de dados da CIF já publicados;
- d. adaptar indicadores habitualmente usados na área de Epidemiologia em morbidade e mortalidade para o contexto da funcionalidade e incapacidade, considerando publicações anteriores sobre o tema.

1.3 MÉTODOS

Este projeto teve caráter avaliativo, propositivo e foi amparado na prática baseada em evidências, com vistas à produção de tecnologias de aplicação da CIF, englobando a pesquisa de campo colaborativa e a aceitabilidade do uso. Foram utilizadas técnicas qualitativas e quantitativas de coleta, de registro e de análise de dados. Por fim, o projeto propôs o manejo de dados provenientes da CIF com base no conhecimento existente na estruturação de indicadores de saúde.

O caráter avaliativo do projeto foi voltado para a identificação de aspectos que sejam considerados como amigáveis por profissionais de saúde no âmbito de sua prática profissional. Já o caráter propositivo considerou que o uso de ferramentas baseadas na CIF propiciou um acúmulo de dados sobre o qual é possível estruturar indicadores, segundo métodos já habitualmente utilizados em Epidemiologia, traçando um paralelo entre o senso comum na análise de morbidade e mortalidade para um novo senso na análise de funcionalidade e incapacidade.

Todo o processo foi elaborado e executado contando com a experiência do pesquisador e com a prática colaborativa de seus pares. Assim, os resultados constaram da descrição da aplicabilidade e aceitabilidade da CIF e da proposição de métodos de interpretação de dados de funcionalidade.

O estudo foi realizado no contexto de formação e de prática de uso da classificação, ou seja, tanto no ambiente acadêmico como no da prática assistencial.

Os participantes da pesquisa atuaram como juízes em uma das fases. Eles foram egressos de cursos da CIF. Houve a participação de outros *experts* convidados durante o Simpósio Internacional de Ensino da CIF, organizado pelo pesquisador principal em outubro de 2021.

A pesquisa teve uma estratégia de amostragem de variação máxima intencional, oferecendo a melhor oportunidade para alcançar a saturação de dados⁸. Assim, a amostra de profissionais foi delineada mediante o convite e concordância de participação. As atividades resultaram em 08 submissões de artigos, que serão discutidas e apresentadas posteriormente.

A submissão para apreciação foi no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e a coleta de dados em campo teve início logo após a aprovação. O desenvolvimento das ferramentas e materiais iniciaram-se imediatamente. As atividades e os resultados obtidos serão apresentados nas seções subsequentes.

2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS

Preliminarmente, a atualização e a contextualização foram necessárias. A CIF passou por reformulações após a sua publicação oficial em 2001 e essas reformulações dizem respeito à fusão com a CIF específica para crianças e jovens. Poucos anos depois da publicação original, a OMS entendeu que era necessário instituir uma versão da CIF para crianças e jovens, que ficou conhecida como CIF-CJ. Contudo, com a continuidade da proposta, rapidamente, percebeu-se que uma CIF para todas as idades era suficiente. Ou seja, as alterações impostas para crianças e jovens não testificaram a necessidade da existência de uma CIF específica para determinada faixa etária. Sendo assim, a CIF-CJ foi descontinuada.

Com a descontinuidade da CIF-CJ, deu-se início às reformulações da CIF que, basicamente, representaram o processo migração de categorias provenientes da CIF-CJ. Esse procedimento se deu em partes e entendemos que existiu um valor acadêmico e científico em descrever essa migração. Por isso, fez parte deste projeto a descrição detalhada, incluindo a listagem das novas categorias e até mesmo a mudança de alguns títulos antigos de categorias existentes na versão original. Isto está presente no artigo intitulado “Atualização da CIF”, submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva.

No que se refere à contextualização, era elementar frisar que a CIF já tem um largo histórico construído mundialmente, tanto no ambiente acadêmico, quanto clínico e político. Então, um segundo artigo que contou com a colaboração de autores de diversos países descreveu, com a maior exatidão possível, todo esse histórico, ressaltando a importância e o impacto da CIF nos países nos quais ela tem avançado. Isto está presente no artigo intitulado “20 years of ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health: uses and applications around the world”, submetido e publicado no International Journal of Environmental Research and Public Health.

Em seguida, a realização de um evento científico capaz de reunir os principais estudiosos, educadores e consultores da CIF era primordial para a sequência das atividades, especialmente porque a continuidade do estudo envolveria a participação de juízes. Assim, nos dias 23 e 24 de outubro de 2021, foi realizada a 7ª edição do Simpósio Internacional de Ensino da CIF, que teve inscrições disponíveis pelo https://www.sympla.com.br/7th-international-symposium-icf-education---20-years-with-icf_1226566. O evento já havia ocorrido em vários continentes e pela segunda vez esteve sediado na América do Sul, com transmissão remota, organizado pela liderança deste projeto de pós-doutoramento, com apoio do icfeducation.org⁹. Os eventos anteriores também apresentaram experiências práticas de sucesso sobre o ensino da CIF, baseando-se no modelo biopsicossocial. A realização do evento foi uma oportunidade para pesquisadores e profissionais usuários da CIF apresentarem suas experiências e avanços na implantação e no ensino da CIF como prática que estimula e desenvolve a educação interprofissional e as práticas colaborativas. O evento contou com a apresentação de trabalhos e com a elaboração de um consenso para uso da CIF, tópicos mais detalhados adiante, na seção específica deste relatório.

Após a realização do evento, foi possível selecionar, preliminarmente, alguns instrumentos baseados na CIF que foram criados para uso na atenção primária¹⁰, na saúde

do trabalhador¹¹ e em inquéritos populacionais¹². Outros instrumentos foram incluídos pelo pesquisador principal ao longo do período da pesquisa, a fim de atingir os objetivos específicos “a” e “b” deste trabalho: desenvolver tecnologias para facilitar a aplicação de instrumentos existentes baseados na CIF e avaliar a aceitabilidade da aplicação desses instrumentos, por parte dos profissionais. Esses resultados estão no artigo intitulado “Familiarity and confidence in using the ICF”, submetido à Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.

Alguns impasses foram identificados em uma das ferramentas escolhidas. Esses impasses relacionaram-se à tradução divergente da palavra *disability* em documentos relativos ao instrumento intitulado *World Health Organization Disability Assessment Survey – WHODAS 2.0*. Para chegar a essas conclusões, dois trabalhos foram necessários, o primeiro deles em co-autoria. Os resultados estão descritos no artigo intitulado “Evaluation of patients’ with WHODAS 2.0 applied by PHC professionals in everyday work: a Brazilian pilot study”, submetido à revista *Annals of Family Medicine* e no artigo “WHODAS 2.0: um estudo comparativo entre traduções para o português”, submetido à revista *Cadernos de Saúde Pública*.

Diante dos impasses da tradução, foi uma alternativa produtiva abordar um instrumento semelhante, também utilizado para inquéritos populacionais com base na CIF, chamado *Model Disability Survey*. Nesse caso, desenvolvemos o processo de tradução e adaptação transcultural dele e de toda documentação relativa a ele. O artigo “Tradução e adaptação transcultural do *Model Disability Survey*” foi submetido à Revista *Cadernos de Tradução* e os documentos deverão ser de acesso livre no sítio eletrônico <http://www.portaldacif.com.br>.

Um artigo final, intitulado “Indicadores de funcionalidade: uma proposta” foi submetido à Revista Brasileira de Epidemiologia, com um escopo de indicadores ratificados pelo pesquisador principal, a partir de indicadores convencionais de morbidade e mortalidade, adaptados para funcionalidade e incapacidade¹³, a fim de atingir os objetivos específicos “c” e “d” deste trabalho: possibilitar a criação de banco de dados a partir da aplicação desses instrumentos usando métodos de coleta de dados da CIF já publicados e adaptar indicadores habitualmente usados na área de Epidemiologia em morbidade. O sítio eletrônico <http://www.portaldacif.com.br> também deverá disponibilizar a automatização de cálculo desses indicadores.

No último ano do projeto, foi possível a realização de mais um evento, desta vez de abrangência nacional, o 11º Encontro Nacional sobre a CIF, realizado remotamente nos dias 20, 21 e 22 de maio de 2023. As inscrições foram realizadas pelo <https://www.sympla.com.br/evento-online/11-encontro-nacional-sobre-a-cif/1897984> e o fórum reuniu especialistas que apresentaram experiências exitosas no uso da CIF.

Diante de toda experiência vivida na execução dessas atividades, foi possível observar muitas iniciativas nacionais, contudo, sem conexão entre si. Assim, uma proposta adicional proveniente deste trabalho foi apresentada no artigo intitulado “ICF: why a Collaborating Center?”, submetido à Revista Brasileira de Epidemiologia, a fim de fomentar a cooperação entre pares para avançar mais rapidamente a implantação da CIF no Brasil. Este projeto exigiu a aprovação por outro comitê de ética e a comunhão do trabalho com uma nova instituição, que deverá dar seguimento ao trabalho, a Associação

Internacional de Especialistas e Pesquisadores em Funcionalidade e CIF. O projeto de continuidade foi registrado na Plataforma Brasil sob o nº 67298522.0.0000.5514.

2.1. PUBLICAÇÕES

Artigo 01 – Atualização da CIF.

A versão vigente da CIF contém as atualizações aprovadas pela OMS e uma das motivações mais importantes para tal atualização foi o processo de fusão com a CIF-CJ (versão criada para crianças e jovens).

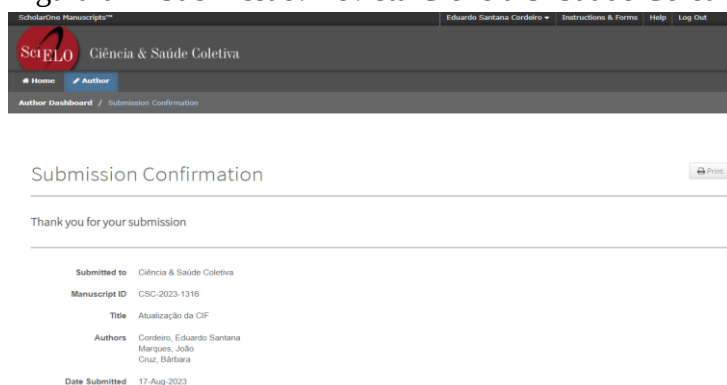
Embora esse processo já tenha sido divulgado há alguns anos, ainda é possível que surjam dúvidas entre pesquisadores e clínicos sobre a aplicação das classificações. Sem dúvida, a fusão é um marco histórico a partir do qual voltamos a ter uma classificação única e não mais uma separação por faixas etárias. Na prática, o tópico principal da fusão é a migração de categorias adicionais, que haviam sido incorporadas na CIF-CJ, para a CIF.

Além dessa migração, no processo de atualização houve a mudança de alguns títulos de categorias, o que também será descrito e apresentado no artigo informativo. Quando a CIF-CJ foi aprovada, a posição dela na Família de Classificações Internacionais da OMS era de “derivada” da CIF. Na Família, as classificações são divididas em 03 grupos: “referência”, “derivadas” ou “relativas”. A CIF é uma classificação de referência, assim como também é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), e a CIF-CJ, uma classificação derivada da CIF.

As classificações derivadas não podem contradizer ou contrapor a sua referência. Precisam manter a mesma estrutura hierárquica, mesma taxonomia, mesmas definições e terminologia. Esta era a relação entre CIF e CIF-CJ, sendo que a segunda tinha o interesse de documentar aspectos específicos e relevantes da funcionalidade e saúde em crianças e jovens.

Contudo, em junho de 2010 a fusão entre CIF e CIF-CJ foi recomendada pelo Grupo de Referência para Funcionalidade e Incapacidade, o *Functioning and Disability Reference Group (FDRG)*. O *FDRG* é um grupo técnico da OMS que trabalha ininterruptamente com os processos de ensino, de implantação e de revisão da CIF. A recomendação foi aprovada na Reunião Anual da Rede da Família de Classificações Internacionais da OMS, realizada no Canadá em outubro do mesmo ano.

Figura 01 - Submissão: Revista Ciência & Saúde Coletiva.



O texto do artigo submetido está disponível na íntegra no Anexo 01.

Artigo 02 - 20 years of ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health: uses and applications around the world.

Apesar de passados 20 anos, ainda faltava uma visão geral que resumisse as aplicações da CIF. O estudo teve como objetivo fornecer uma visão geral sobre os primeiros 20 anos de uso da classificação por meio de um questionário internacional, desenvolvido pelos autores e enviado a cada Centro Colaborador da Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial da Saúde. Os dados foram coletados até dezembro de 2021 e análises descritivas de conteúdo foram utilizadas para relatar os principais resultados. Na maioria dos países entrevistados, a CIF foi utilizada principalmente na prática clínica, no desenvolvimento de políticas e na política social, e nas áreas da educação. Apesar das suas aplicações em diferentes setores, a utilização ainda não é obrigatória na maioria dos países, mas, quando utilizada, fornece um diagnóstico biopsicossocial para o desenvolvimento de políticas em saúde, funcionalidade e incapacidade. O estudo forneceu informações sobre as necessidades relacionadas às aplicações da CIF, que podem ser úteis para organizar planos de intervenção direcionados. Além disso, esta metodologia de pesquisa pode ser proposta periodicamente para monitorar o uso da CIF no futuro.

Figura 02 - Submissão e publicação: *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

Review > Int J Environ Res Public Health. 2022 Sep 8;19(18):11321. doi: 10.3390/ijerph191811321.

20 Years of ICF-International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World

Matilde Leonardi ¹, Haejung Lee ², Nenad Kostanjsek ³, Arianna Fornari ¹, Alberto Raggi ¹, Andrea Martinuzzi ⁴, Manuel Yáñez ⁵, Ann-Helene Almborg ⁶, Magdalena Fresk ⁶, Yanina Besstrashnova ⁷, Alexander Shoshmin ⁷, Shamyr Sulyvan Castro ⁸, Eduardo Santana Cordeiro ⁹, Marie Cuenot ¹⁰, Christine Haas ¹¹, Soraya Maart ¹², Thomas Maribo ¹³, Janice Miller ¹⁵, Masahiko Mukaino ¹⁶, Stefanus Snyman ¹⁷, Ulrike Trinks ¹⁹, Heidi Anttila ²⁰, Jaana Paltamaa ²¹, Patricia Saleeby ²², Lucilla Frattura ²³, Ros Madden ²⁴, Catherine Sykes ²⁴, Coen H van Gool ²⁵, Jakub Hrkal ²⁶, Miroslav Zvolný ²⁶, Petra Sládková ²⁶, Marie Vikdal ²⁷, Guðrún Auður Harðardóttir ²⁸, Josephine Foubert ²⁹, Robert Jakob ³, Michaela Coenen ³⁰, Olaf Kraus de Camargo ³²

Affiliations + expand
PMID: 36141593 PMCID: PMC9517056 DOI: 10.3390/ijerph191811321
Free PMC article

O texto do artigo submetido está disponível na íntegra no DOI:

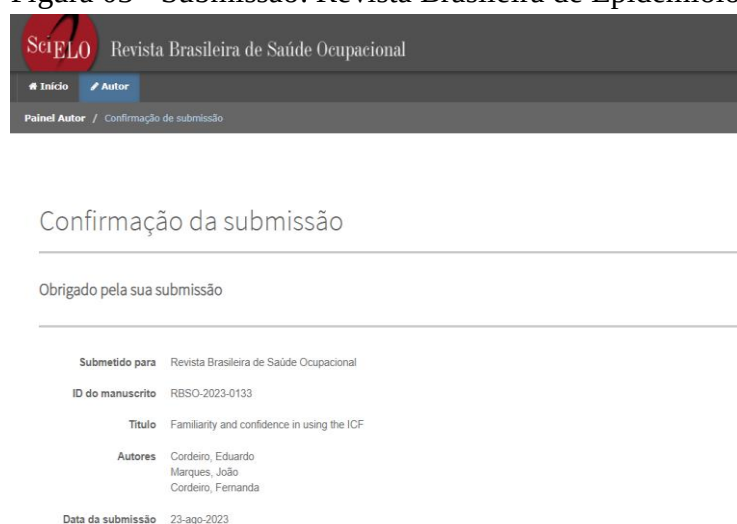
- [10.3390/ijerph191811321](https://doi.org/10.3390/ijerph191811321)

Artigo 03 – Familiarity and confidence in using the ICF.

Este foi um estudo de caráter avaliativo e propositivo, amparado na prática baseada em evidências, que teve como finalidade analisar a aceitabilidade do uso de instrumentos classificatórios baseados na CIF, com o auxílio de juízes especialistas.

Na análise, os juízes ratificaram sua aceitação dos instrumentos e sua intenção em utilizá-los em sua rotina profissional. Apontaram que os instrumentos estimulam o pensamento biopsicossocial e que respaldam a tomada de decisão e condutas, pois facilitam a coleta de dados sobre a funcionalidade e a incapacidade. Destacaram que ainda há desconhecimento sobre a CIF e que, em algumas situações, é necessário o uso associado de instrumentos padronizados de avaliação.

Figura 03 - Submissão: Revista Brasileira de Epidemiologia.



O texto do artigo submetido está disponível na íntegra no Anexo 02.

Artigo 04 – *Evaluation of patients' with WHODAS 2.0 applied by PHC professionals in everyday work: a Brazilian pilot study.*

O estudo teve como objetivo avaliar as propriedades psicométricas do *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (12 itens), aplicado por 09 profissionais da Atenção Primária à Saúde em 120 pacientes, utilizando metodologia mista. A compreensibilidade de suas diretrizes de aplicação, perguntas, respostas, brevidade e relevância, foram consideradas satisfatórias pela maioria dos pacientes e profissionais, mas os profissionais consideraram seu uso na rotina do serviço insatisfatório, devido a dúvidas sobre como deveria ser integrado na rotina de trabalho.

Um aspecto importante foi observado e considerado como uma variável de confusão: a tradução de *disability* como deficiência, e não como incapacidade. Na CIF, a abrangência do termo instruiu a tradução como a “experiência de incapacidade” e não apenas como uma alteração na função ou na estrutura corporal. Assim, na versão utilizada do instrumento derivado em questão, a tradução aparece diferente da usada na CIF, que é o documento matriz. Na sequência, isso gerou a necessidade de um novo estudo como parte do nosso projeto: a comparação de traduções do *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* para o português.

Figura 04 - Submissão: *Annals of Family Medicine*.

Manuscript #	AFM-445-23
Current Revision #	0
Submission Date	2023-08-18 15:54:51
Current Stage	MS in QC Days in Folder: 0
Title	Evaluation of patients' functioning with WHODAS 2.0 applied by PHC professionals in everyday work: a Brazilian pilot study.
Running Title	Evaluation of patients' functioning with WHODAS 2.0 applied by PHC professionals in everyday work: a Brazilian pilot study.
Manuscript Type	Original Research
Special Section	N/A
Corresponding Author	Mrs. Esterifer Marques Balco (Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, São Paulo, Brazil)
Contributing Authors	Dr. Eduardo Cordeiro, João Mazzoncin
Abstract	We assess the psychometrics properties of WHODAS 2.0 (12 items) applied by 9 PHC professionals on 120 patients, using mixed methodology. Concurrent validity with WHOQOL-BREF by Spearman Coefficient (0.54), Cronbach's alpha (0.83) and Inter-rater reliability by Intraclass Correlation Coefficient (0.97). Understandability of its application guidelines, questions, answers, brevity and relevance, were considered satisfactory by most patients and professionals, but professionals considered its use in the service routine unsatisfactory, due to doubts about how it should be integrated in the work routine. More studies are needed to use the measure in the work routine by PHC teams.

O texto do artigo submetido está disponível na íntegra no Anexo 03.

Artigo 05 – WHODAS 2.0: um estudo comparativo entre traduções para o português.

O artigo teve como objetivo descrever os resultados de um estudo comparativo de três versões da WHODAS 2.0 traduzidas para a língua portuguesa. Utilizou-se uma abordagem qualitativa para revisão por pares, com enfoque nos processos de tradução e adaptação cultural, bem como, na busca de equivalência conceitual e terminológica utilizando a CIF como padrão-ouro. Os resultados foram compilados em quadros conforme as características e variáveis identificadas e discutidas à luz da literatura da área. Encontrou-se limitações e divergências entre os processos de tradução, incluindo problemas tanto com os procedimentos autorizativos, quanto metodológicos, conforme recomendado na tradução de instrumentos e da própria ferramenta. Também identificou-se inconsistências conceituais e terminológicas em relação à CIF na versão com prévia permissão, ao que recomendamos a revisão dos processos de tradução, retrotradução e adaptação cultural, com equivalência semântica. Recomenda-se também aos editores responsáveis pelas diferentes versões ou a instituições interessadas, o alinhamento das traduções para a sua unificação em português.

Figura 05 - Submissão: Cadernos de Saúde Pública.

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Questões Metodológicas
Data de submissão	18 de Agosto de 2023
Título	WHODAS 2.0: um estudo comparativo entre traduções para o português
Título corrido	WHODAS 2.0: um estudo comparativo entre traduções para o português
Área de Concentração	Epidemiologia
Palavras-chave	deficiência, incapacidade, tradução
Fonte de Financiamento	Nenhum
Conflito de Interesse	Nenhum
Condições éticas e legais	Não se aplica (estudo não envolve pesquisa com seres humanos ou animais).
Registro Ensaio Clínico	Nenhum
Sugestão de consultores	Nenhum
Autores	Eduardo Santana Cordeiro (Universidade de São Paulo) <edusantana@alumni.usp.br> João Mazzoncin (Universidade de São Paulo) <jmaz@usp.br> Esterifer Marques Balco (Universidade de São Paulo) <esterifer@usp.br>
STATUS	Com Secretaria Editorial

O texto do artigo submetido está disponível na íntegra no Anexo 04.

Artigo 06 – Tradução e adaptação transcultural do *Model Disability Survey*.

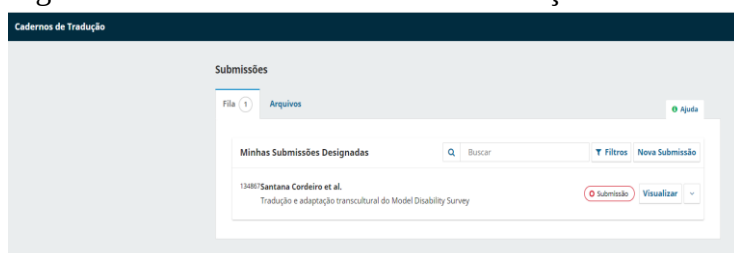
Um dos instrumentos criados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para facilitar a aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) foi o *Model Disability Survey* (MDS), que se configura como um inquérito populacional para levantar informações sobre as experiências de incapacidade.

Seu objetivo é semelhante ao do *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0*. Considerando as incongruências de tradução da palavra *disability*, consideramos importante para o nosso estudo, conduzir a tradução do MDS com termos idênticos ao da CIF para disponibilizá-lo aos usuários no sítio eletrônico portaldacif.com.br gratuitamente.

O MDS é um questionário baseado nas categorias da CIF. Este artigo busca introduzir a versão brasileira do MDS para usuários clínicos, gestores e epidemiologistas que buscam organizar e parametrizar indicadores de funcionalidade. O processo de tradução foi conduzido de acordo com as regras formais, após confirmar a permissão para tradução do material junto à OMS.

Todos os documentos sobre o MDS foram traduzidos e estão disponíveis gratuitamente na rede mundial de computadores. O MDS aborda a funcionalidade a partir de uma perspectiva de diagnóstico biopsicossocial, com coleta objetiva e em tempo adequado. Esperamos que o uso do MDS se dissemine na atenção primária do Brasil, auxiliando no ordenamento de fluxos assistenciais e de benefícios sociais.

Figura 06 - Submissão: Cadernos de tradução.



O texto do artigo submetido está disponível na íntegra no Anexo 05.

Artigo 07 – Indicadores de funcionalidade: uma proposta.

Muito se fala e pouco tem se produzido a respeito da temática “indicadores de funcionalidade”. No Brasil, os esforços têm se limitado a meramente descrever a proporção de pessoas que apresentam problemas permanentes de funções ou estruturas corporais, como por exemplo, proporção de pessoas com deficiência visual, com deficiência auditiva ou com deficiência física. Contudo, isso não é, efetivamente, um indicador.

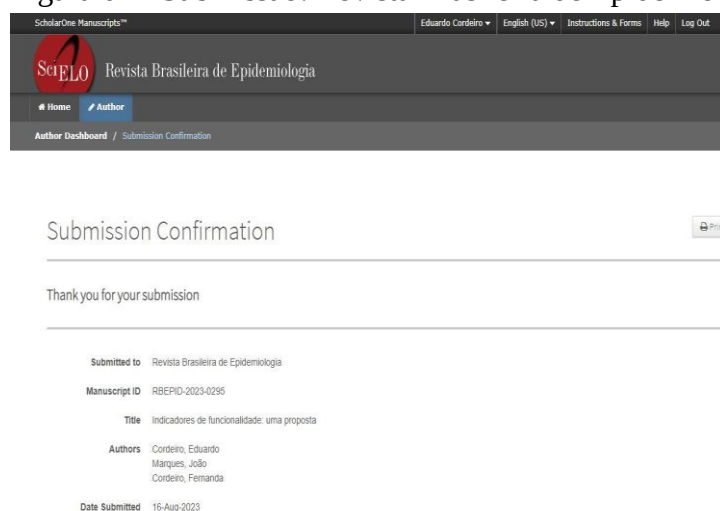
No contexto legal, o Brasil inclusive usou o termo “impedimento” para traduzir documentos oficiais da OMS onde aparece a palavra *impairment*. Ou seja, um falso cognato que gera textos como “impedimento sensorial”, “impedimento físico”, entre outros. A palavra *impairment* diz respeito, na verdade, à alteração corporal de ordem

fisiológica ou anatômica. Isso quer dizer que não se trata da matriz de informação para indicadores de funcionalidade justamente porque vão apenas descrever a proporção de pessoas com tais alterações sem, no entanto, abordar a funcionalidade como um todo conforme preconiza o modelo biopsicossocial.

O estudo propositivo foi amparado em uma abordagem bibliográfica e teve como objetivo apresentar um grupo de indicadores para sistematização dos dados de funcionalidade, preenchendo a lacuna observada nos sistemas de informação em saúde. Desta forma, a partir dos códigos alfanuméricos da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) foram descritos os indicadores de Prevalência, Densidade de incidência e Risco de incapacidade, que avaliam a incapacidade no presente, no passado e no futuro, assim como, os de Densidade de incidência de recuperação da funcionalidade e Chance de recuperação da funcionalidade.

Acredita-se que a utilização desses indicadores, habitualmente utilizados para avaliação, monitoramento e controle de dados de morbidade e mortalidade, poderá gerar os dados necessários para a avaliação e monitoramento da funcionalidade e da incapacidade em nível populacional, servindo ainda de base para elaboração de estratégias políticas de recuperação e preservação da funcionalidade da população.

Figura 07 - Submissão: Revista Brasileira de Epidemiologia.



O texto do artigo submetido está disponível na íntegra no Anexo 06.

Artigo 08 – ICF: why a Collaborating Center?

Por fim, este artigo aponta para uma alternativa de âmbito nacional que pode saciar as necessidades acadêmicas, técnicas e políticas para a implantação da CIF.

Podemos afirmar que a legislação brasileira tem demonstrado avanço conceitual e alguma iniciativa para que a CIF e o modelo biopsicossocial orientem as práticas profissionais na seguridade social. Por outro lado, existem esforços no campo acadêmico para discutir e para incluir a temática no processo de ensino e aprendizagem.

Todavia, nota-se que a evolução tem ocorrido de forma desarticulada e até mesmo com certo grau de independência entre os setores. Esse contexto ainda carece de um alinhamento de ordem processual, conceitual e até mesmo de compreensão da nomenclatura e terminologia da CIF. Na prática, esses podem ser os empecilhos que tem atrasado a saída de um nível discursivo para um nível prático.

Um centro colaborativo que reúna entes dos diferentes setores será potencialmente capaz de estabelecer diretrizes e de construir ferramentas que auxiliem na operacionalização da CIF e do modelo biopsicossocial.

Compreender o cenário atual de utilização, os desafios e as necessidades nacionais, considerando as diferentes condições regionais, se faz necessário para que se estabeleçam proposições práticas de ensino, de implantação e de uso.

A proposta de criar um grupo colaborativo não fazia parte do projeto inicial deste projeto. Entretanto, diante do contexto observado ao longo dos dois anos de execução desta pesquisa, acreditamos que esta comunhão de pesquisadores é necessária e útil para a consolidação da CIF em todas as suas vertentes.

Foi necessário elaborar um novo projeto com novo registro na Plataforma Brasil. Tal projeto já consta aprovado pelo Comitê de Ética para o qual foi direcionado e deverá ser conduzido pela Associação Internacional de Especialistas e Pesquisadores em Funcionalidade e CIF, estabelecida recentemente no Brasil.

Figura 08 - Submissão: Revista Brasileira de Epidemiologia.



O texto do artigo submetido está disponível na íntegra no Anexo 07.

As datas de submissão podem ser alteradas em caso de os periódicos solicitarem alterações ou correções. Também pode ser possível que as revistas entendam não ser o melhor canal de divulgação do trabalho, gerando a necessidade de nova submissão em revista diversa.

2.2 ORGANIZAÇÃO DE EVENTOS

Dois eventos foram realizados ao longo da execução do projeto: a 7ª edição do Simpósio Internacional de Ensino da CIF e o 11º Encontro Nacional sobre a CIF. O primeiro foi realizado em outubro de 2021 e o segundo, em maio de 2023.

O objetivo do primeiro evento foi utilizar das evidências e experiências na temática da CIF para explorar como essa ferramenta pode ser utilizada como catalisadora para a educação interprofissional, além de inovações da prática colaborativa, com foco na atenção primária à saúde. Os resultados foram um conjunto de recomendações e ações para a colaboração entre os participantes - especialistas em funcionalidade humana, em educação interprofissional, em práticas colaborativas, em saúde primária, em saúde digital, em epidemiologia, em saúde pública e em gestão, assim como pacientes e usuários dos sistemas de saúde. Essas recomendações foram publicadas em formato de consenso, que ficou disponível no endereço eletrônico abaixo:

<https://icfmobile.org/wp-content/uploads/2022/01/7th-INTERNATIONAL-SYMPOSIUM-ICF-EDUCATION-Consensus-Statement.pdf>

Todos os participantes estiveram lá em igualdade de condições. O simpósio teve foco nas Américas, com a participação de pessoas de diversas origens profissionais com experiência internacional em suas áreas. O convite para participantes desta pesquisa englobou sujeitos que atuam em diversos grupos colaborativos de pesquisa, de ensino ou de uso da CIF, entretanto, o simpósio foi essencial para este projeto, pois nele, o mesmo foi apresentado a um público interessado na temática e os participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão foram convidados. Após as atividades, foram também organizadas as publicações resultantes das atividades científicas. Essas ficaram disponíveis no endereço eletrônico abaixo:

<https://icfmobile.org/wp-content/uploads/2022/01/7th-INTERNATIONAL-SYMPOSIUM-ICF-EDUCATION-Poster-Booklet.pdf>

A gravação do simpósio foi disponibilizada em 04 tempos e está disponível no Anexo 08 e a figura abaixo apresenta algumas impressões de tela do evento.

Figura 09 – Realização do simpósio com transmissão remota



2.3. OUTRAS PRODUÇÕES

Alguns resultados dos artigos estão disponibilizados no <http://portaldacif.com.br> gratuitamente, como é o caso dos documentos do *Model Disability Survey* em português e os indicadores de funcionalidade automatizados propostos pelo Artigo 07 deste estudo.

Uma nova disciplina sobre a CIF foi incluída no Departamento de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – Campus Ribeirão Preto – intitulada “Classificação Internacional de Funcionalidade e está disponível no Anexo 09.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho teve como objetivo contribuir com princípios e diretrizes para implantação da CIF e os produtos podem ser aprimorados no futuro. Foi percorrido um caminho com reflexões a partir do que já havia sido produzido por outros pesquisadores no âmbito da atenção primária e da saúde do trabalhador. Promovemos e estimulamos a participação de especialistas nacionais e internacionais a fim de corrigir direcionamentos e construir suporte para aqueles que pretendem ou precisam usar a CIF na prática.

Reconhecemos na CIF um instrumento que potencializa a prática integrativa, interprofissional e biopsicossocial, o que restou ratificado pelos participantes. Foi possível produzir um conteúdo para uso prático, de forma a tornar mais amigável a implantação da CIF no âmbito dos serviços, dos sistemas e das políticas.

Por fim, o resultado mais importante foi a criação de um centro colaborador acadêmico com a missão de unir as pessoas e as instituições que atuam na produção tecnológica e bibliográfica de materiais que contribuem para a plena efetivação da CIF e de todos os seus benefícios para a sociedade.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: WHO, 2001.
2. Cordeiro ES, Biz MCP. Implantando a CIF: o que acontece na prática? Editora Wak. 2017.
3. Ruaro JA, Ruaro MB, Souza DE, Frez AR, Guerra RO. Uma visão geral e perfil de uso da CIF no Brasil - uma década de história. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2012; 16 (6): 454-62.
4. Vasconcelos CCA. Modelo de formação em fisioterapia na perspectiva discente. 2020. 122 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019.
5. Araujo ES. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) em fisioterapia: uma revisão bibliográfica [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2008 [citado 2021-01-21]. doi:10.11606/D.6.2008.tde-03102008-112435.
6. Fernandes JAE, Gomes MMF, Sousa BS, Romão JFF, Pinho DLM, Marães VRFS. *The ICF in the pedagogical projects of Physiotherapy courses in Midwest Brazil*. *Fisioter. mov.* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 21] ; 33: e003344. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502020000100240&lng=en. Epub July 24, 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-5918.033.ao44>.
7. Negreiros IS, Silveira JAN. Sistema Digital de Avaliação através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Ceará, 2010.
8. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant* 2018;52(4):1893–1907. pmid:29937585.
9. *ICF Education. 6th International Symposium*. *Revista CIF Brasil*. 2020;12(3):01-35.
10. Araujo ES, Neves SFP. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, e-SUS e Tabwin: as experiências de Barueri e Santo André/SP. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2015;39(2):470-477. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2015.v39.n2.a1029>.
11. Cordeiro ES, Bramante IC. Funcionalidade para o Trabalho e perícias biopsicossociais: a nova Tabela Esc. *Revista Síntese trabalhista e previdenciária*. 2019;29(360):206-211.
12. Silveira C, Parpinelli MA, Pacagnella RC, Andreucci CB, Angelini CR, Ferreira EC, Cecatti JG, Santos JP, Zanardi DM, Costa ML, Camargo RP, Cecchino GN, Bussadori JC, Souza RT. Validação Da Versão De 36 Itens Do Who Disability Assessment Schedule 2.0 (whodas 2.0) Para A Avaliação De Incapacidade E Funcionalidade Da Mulher Associada à Morbidade Materna. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetricia. Federacao Brasileira Das Sociedades De Ginecologia E Obstetricia*, v. 39, n. 2, p. 44 - 52, 2017. <http://doi.org/10.1055/s-0037-1598599>
13. Araujo ES. *Health Indicators about Functioning and Disability*. *Revista CIF Brasil*. 2014;1(1):27-33.

ANEXOS

Anexo 01

Atualização da Classificação Internacional de Funcionalidade

Update of International Classification of Functioning

Eduardo Santana Cordeiro¹; Bárbara Martins Soares Cruz²; João Mazzoncini de Azevedo Marques³

1. Universidade de São Paulo.
2. Centro Universitário Ateneu.
3. Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

A versão vigente da CIF no Brasil foi publicada em 2020¹ e contém as atualizações aprovadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) até o ano de 2018 e uma das motivações mais importantes para tal atualização é o processo de fusão entre a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde) e a CIF-CJ (versão criada para crianças e jovens).

É possível observar na CIF 2020 a adição do Anexo 11, intitulado “A implementação da fusão entre CIF e CIF-CJ”. Embora esse processo já tenha sido divulgado há alguns anos, ainda é possível que surjam dúvidas entre pesquisadores e clínicos sobre a aplicação das classificações. Sem dúvida, a fusão é um marco histórico a partir do qual voltamos a ter uma classificação única e não mais uma separação por faixas etárias. Na prática, o tópico principal da fusão é a migração de categorias adicionais, que haviam sido incorporadas na CIF-CJ, para a CIF.

Além dessa migração, no processo de atualização houve a mudança de alguns títulos de categorias, o que também será descrito e apresentado neste artigo informativo.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Quando a CIF-CJ foi aprovada, a posição dela na Família de Classificações Internacionais da OMS era de “derivada” da CIF. Na Família, as classificações são divididas em 03 grupos: “referência”, “derivadas” ou “relativas”. A CIF é uma classificação de referência, assim como também é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID)², e a CIF-CJ, uma classificação derivada da CIF.

As classificações derivadas não podem contradizer ou contrapor a sua referência. Precisam manter a mesma estrutura hierárquica, mesma taxonomia, mesmas definições, terminologia, etc. Esta era a relação entre CIF e CIF-CJ, sendo que a segunda tinha o interesse de documentar aspectos específicos e relevantes da funcionalidade e saúde em crianças e jovens.

Contudo, em junho de 2010 a fusão entre CIF e CIF-CJ foi recomendada pelo Grupo de Referência para Funcionalidade e Incapacidade, o *Functioning and Disability Reference Group (FDRG)*. O *FDRG* é um grupo técnico da OMS que trabalha

ininterruptamente com os processos de ensino, de implantação e de revisão da CIF. A recomendação foi aprovada na Reunião Anual da Rede da Família de Classificações Internacionais da OMS, realizada no Canadá (Toronto) em outubro do mesmo ano.

Quadro 1 - Categorias adicionadas na publicação de 2015.

categoria	descrição
b1143	Orientação em relação a objetos
b1144	Orientação em relação ao espaço
b1442	Recuperação e processamento da memória
b16703	Recepção de linguagem corporal
b2404	Irritação na orelha
b2405	Presão na orelha
b3400	Produção de tons
b535	Sensações associadas ao sistema digestório
b5550	Funções puberais
b55500	Desenvolvimento de pelos no corpo e na região pubiana
b55501	Desenvolvimento da mama e da aréola de mama
b55502	desenvolvimento do pênis, dos testículos e do escroto
b55508	Funções puberal, outra especificada
b55509	Função puberal, não especificada
b6503	Início da menstruação
b6504	Interrupção da menstruação
s210	Estrutura da cavidade orbital
s220	Estrutura do bulbo do olho
s2200	Túnica conjuntiva, esclera, corioide
s2205	Humor vítreo
s2302	Supercílio
s2303	Músculos extrínsecos do bulbo do olho
s240	Estrutura da orelha externa
s250	Estrutura da orelha média
s32000	Dentição primária
s32001	Dentição permanente
s32008	Dentes, outros especificados
s32009	Dentes, não especificados
s3205	Filtro
s3300	Parte nasal da faringe
s3301	Parte oral da feringe
s570	Estrutura da vesícula e dos ductos biliares
s6302	Mama e aréola da mama
s6304	Testículos e escroto
d1200	Colocando na boca

d1201	Tocando
d1202	Cheirando
d1203	Paladar
d132	Aquisição de linguagem
d1320	Aquisição de palavras simples ou símbolos com significado
d1321	Combinar palavras para formar frases
d1322	Aquisição de sintaxe
d1328	Aquisição de linguagem, outra especificada
d1329	Aquisição de linguagem, não especificada
d133	Aquisição de linguagem adicional
d135	Ensaiai
d137	Aquisição de conceitos
d1370	Aquisição de conceitos básicos
d1371	Aquisição de conceitos complexos
d1378	Aquisição de conceitos, outros especificados
d1379	Aquisição de conceitos, não especificados
d138	Aquisição de informação
d1500	Aquisição de habilidades básicas com números
d1501	Aquisição de habilidades para reconhecer numerais, sinais e símbolos aritméticos
d1502	Aquisição de capacidade para usar as operações básicas
d1508	Aquisição de capacidade de cálculo, outra especificada
d1509	Aquisição de capacidade de cálculo, não especificada
d1720	Usar capacidade e estratégias para realizar cálculos numéricos simples
d1721	Usar capacidade e estratégias para realizar operações e cálculos numéricos complexos
d1728	Calcular, outro especificado
d1729	Calcular, não especificado
d332	Cantar
d4107	Rolar
d4155	Manter a posição da cabeça
d446	Uso fino dos pés
d4703	usar humanos para o transporte
d5205	Cuidado com o nariz
d7106	Diferenciar pessoas da família
d835	Vida educacional
e1503	Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção para a segurança física de pessoas em edifícios de uso público
e1553	Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção para a segurança física de pessoas em edifícios de uso privado
e310	Família nuclear
e410	Atividades individuais de membros da família nuclear

Quadro 2 - Categorias com títulos atualizados.

categoria	descrição
b1442	Recuperação e processamento da memória
b2404	Irritação na orelha
b2405	Presão na orelha
b3400	Produção de tons
b535	Sensações associadas ao sistema digestório
s210	Estrutura da cavidade orbital
s220	Estrutura do bulbo do olho
s2200	Túnica conjuntiva, esclera, corioide
s2205	Humor vítreo
s2302	Supercílio
s2303	Músculos extrínsecos do bulbo do olho
s240	Estrutura da orelha externa
s250	Estrutura da orelha média
s3300	Parte nasal da faringe
s3301	Parte oral da faringe
s570	Estrutura da vesícula e dos ductos biliares
s6302	Mama e aréola da mama
s6304	Testículos e escroto
e310	Família nuclear
e410	Atividades individuais de membros da família nuclear

Quadro 3 - Categorias adicionadas na publicação de 2020

categoria	descrição
b4500	Funções da respiração bucal
b4501	Funções da tosse
b4502	Funções do espirro
b4503	Funções do bocejo
b4504	Funções relacionadas ao muco
b45040	Produção de muco
b45041	Transporte de muco
b45048	Funções relacionadas ao muco, outra especificada
b45049	Funções relacionadas ao muco, não especificada
b4508	Funções adicionais do sistema respiratório, outra especificada
b4509	Funções adicionais do sistema respiratório, não especificada
b51060	Vômito
b51061	Regurgitação
b5108	Funções de ingestão, outras especificadas

b5109	Funções de ingestão, não especificadas
b6703	Sensações associadas às funções genitais
b761	Movimentos espontâneos
b7610	Movimentos gerais
b7611	Movimentos espontâneos específicos
b7618	Movimentos espontâneos, outros especificados
b7619	Movimentos espontâneos, não especificados
s8400	Cabelos
s8401	Pelos faciais
s8402	Pelos das axilas
s8403	Pelos pubianos
s8404	Pelos do corpo
s8408	Estrutura dos pelos, outra especificada
s8409	Estrutura dos pelos, não especificada
d131	Aprender por meio de ações com objetos
d1310	Aprender por meio de uma ação simples com um único objeto
d1311	Aprender por meio de ação relacionando objetos
d1312	Aprender por meio de ações relacionando objetos no que diz respeito a características específicas
d1313	Aprender por meio de relacionamento simbólico com objetos
d1318	Aprender por meio de ações com objetos, outras especificados
d1319	Aprender por meio de ações com objetos, não especificado
d1400	Adquirir habilidade para reconhecer símbolos, incluindo números, ícones, caracteres, letras do alfabeto e palavras
d1401	Adquirir habilidades para vocalizar palavras escritas
d1402	Adquirir habilidades para compreender palavras e frases escritas
d1408	Aprender a ler, outro especificado
d1409	Aprender a ler, não especificado
d1450	Adquirir habilidades para usar instrumentos de escrita
d1451	Adquirir habilidades para escrever símbolos, caracteres e letras do alfabeto
d1452	Adquirir habilidades para escrever palavras e frases
d1458	Aprender a escrever, outra especificado
d1459	Aprender a escrever, não especificado
d1600	Concentrar a atenção na pessoa
d1601	Concentrar a atenção no ambiente
d1608	Concentrar a atenção, outra especificado
d1609	Concentrar a atenção, não especificado
d2304	Adaptar-se às mudanças na rotina diária
d3101	Comunicação-recepção de mensagens orais simples
d3102	Comunicação-recepção de mensagens orais complexas
d3108	Comunicação-recepção de mensagens orais, outras especificadas
d3109	Comunicação-recepção de mensagens orais, não especificadas

d3300	Produzir sons com significado
d3301	Produzir mensagens faladas simples
d3302	Produzir mensagens faladas complexas
d3308	Fala, outra especificada
d3309	Fala, não especificada
d331	Expressão vocal sem fala
d451	Subir e descer escadas
d6507	Cuidar das calçadas e entradas de garagem
e1102	Água potável

Na teoria, não se trata de uma completa exclusão da CIF-CJ da Família de Classificações da OMS, porém, o processo de fusão tem a implicação perene de garantir que unicamente a CIF transite ao longo de toda a vida, que a CIF-CJ não tenha atualizações independentes e que apenas a CIF permaneça sendo atualizada, já contendo as categorias da antiga CIF-CJ totalmente migradas. Ou seja, na prática, a CIF-CJ foi descontinuada e todos os pesquisadores e clínicos que atuam com crianças e adolescentes podem usar a versão atualizada da CIF, já preparada para todos os ciclos de vida.

No Brasil, as atualizações foram publicadas em duas etapas: 2015 e 2020. A publicação de 2020 é a que contém as atualizações até 2018. Os quadros acima apresentam as adições e a mudança do título de algumas categorias.

Considerações finais

O presente artigo está relacionado com parte dos resultados de um projeto de pós-doutoramento intitulado “Desenvolvimento e aplicação da CIF no cuidado biopsicossocial integrado e centrado na pessoa no âmbito da atenção primária e da saúde do trabalhador” aprovado pelo comitê de ética do Centro de Saúde Escola Dr. Joel Domingos Machado da Universidade de São Paulo, sob nº 53579221.1.0000.5414.

Ele é útil para a compreensão de que a CIF-CJ foi descontinuada e atualmente, para todas as finalidades, usa-se a versão atualizada da CIF³.

REFERÊNCIAS

1. 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, órgão; coordenação da tradução Profa. Dra. Cássia Maria Buchalla, 2003]. - 1ª edição, 3ª reimpressão. Atual - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2020.
2. Leonardi M, Lee H, Kostanjsek N, Fornari A, Raggi A, Martinuzzi A, Yáñez M, Almborg AH, Fresk M, Besstrashnova Y, Shoshmin A, Castro SS, Cordeiro ES, Cuenot M, Haas C, Maart S, Maribo T, Miller J, Mukaino M, Snyman S, Trinks U, Anttila H, Paltamaa J, Saleeby P, Frattura L, Madden R, Sykes C, Gool CHV, Hrkál J, Zvolský M, Sládková P, Vikdal M, Harðardóttir GA, Foubert J, Jakob R, Coenen M, Kraus de Camargo O. 20 Years of ICF-International Classification of

Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. Int J Environ Res Public Health. 2022 Sep 8;19(18):11321. doi: 10.3390/ijerph191811321. PMID: 36141593; PMCID: PMC9517056.

Araujo ES, Neves SF. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, e-SUS e Tabwin: as experiências de Barueri e Santo André/SP. Rev. baiana saúde pública. 2015;39(2):470-477. **DOI:** <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2015.v39.n2.a1029>.

Anexo 02

Familiarity and confidence in using the ICF

Eduardo Santana Cordeiro¹, João Mazzoncini de Azevedo Marques², Fernanda de Freitas Thomaz Cordeiro³

1. Universidade de São Paulo.
2. Universidade de São Paulo.
3. Associação Internacional de Especialistas e Pesquisadores em Funcionalidade e CIF.

Summary:

This propositional study, based on evidence-based practice, aimed to analyze the acceptability of the use of classification instruments based on the ICF, associating qualitative and quantitative techniques of data collection, divided into three stages. The instruments analyzed were: (1) Primary Care form, (2) ESC Table, (3) BASEP Method and the model form for inclusion reports. From the sample of 41 participants, selected for convenience, the participation of 15 judges was considered, representing 06 professional categories. In the quantitative analysis stage, the judges reported full agreement that the instrument helps to understand the biopsychosocial model (86.67%), in conclusions and decision-making (80%); directs the use of the ICF for a specific purpose and achieves the objectives (86.67%); its application time is adequate (66.67%), agree to use the instrument in their professional practice (80%). In the qualitative analysis of the data, the judges ratified their acceptance of the instruments and their intention to use them in their professional routine; they pointed out that the instruments stimulate biopsychosocial thinking; that they support decision making, as they facilitate the collection of data on functioning. They emphasized that there is still a lack of knowledge about the ICF and that is necessary to use standardized assessment tools in association.

INTRODUCTION

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) has recognized importance in the academic environment, especially in the area of Health. However, even after more than 20 years of its publication¹, it still seems necessary to better prepare professionals from different areas of knowledge, which includes the responsibility of university faculty², in order to facilitate the continuity of its practical implementation. The ICF³ was published by the World Health Organization (WHO) in 2001 and is a reference classification, alongside the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) and the *International Classification of Health Interventions (ICHI)*.

In Brazil, some legal tools have gradually introduced the content of the ICF and related instruments, such as Law No. 13,146/2015 and Resolution No. 452/2012 of the National Health Council, which adopted the ICF for the Unified Health System, including the Supplementary System.

However, health professionals from all sectors need to be familiar and confident with the use of the ICF, putting into practice all its benefits to support people and contribute to the protection of functionality at population level, successfully and with

good quality. The literature indicates that at least three aspects are needed to achieve this goal: the insertion of the WHO conceptual model of functionality and disability in (1) clinical practice, (2) statistical and policy practice, and (3) academic practice⁴. Current health education in Brazil is generally still based on a linear model of reasoning about functionality and disability⁵. That is, the disease is considered as the starting point, and all other limitations and restrictions as its exclusive consequences. This has happened even in studies with the ICF, which is the major misconception of the so-called disease-based *core sets*⁶. The dynamic and interactive model published in the ICF is different from this perspective and needs to be included in undergraduate and postgraduate education, which has already been worked on in other lines of research.⁷

In order to fulfill the prerogative of the constant and increasingly strengthened use of the ICF in health systems, it is prudent that the existing curricular matrices are constantly updated according to the most recent versions of the WHO Family of International Classifications, a fact that has already begun in the process of changing the Curricular Guidelines of Speech Therapy, through Resolution MS/CNS No. 618/2018. Therefore, the curricular guidelines legally defined by the National Education Council and the Ministry of Education must ensure the dissemination of the ICF in the health area as a whole, contributing to the training of clinicians, teachers, managers and researchers. In addition, having the ICF as a content of permanent education in public health services, including induced by active methods, can feed knowledge into the implementation strategy in health policies, systems and services.

There are educational materials on the ICF provided by the WHO, however, other education and practice tools have also been developed in order to facilitate the integration of knowledge⁸. These include electronic medical record simulators, distance learning courses and repositories of teaching materials, such as the website <http://www.icfeducation.org>, called the ICF International Educational Portal, among others. It is then demonstrated that there are already resources in the scope of teaching and learning of the ICF, but there is still a lack of improvement of facilities for its practical use, both from the point of view of care and from the point of view of health management.

Other contributions are the result of efforts by scientific groups that sought to develop tools to organize the use of the ICF and document functionality data, such as the (1) form for Primary Care developed within the Brazilian Unified Health System by the municipalities of Barueri and Santo André⁹, both in the State of São Paulo, the (2) ESC Table¹⁰, the (3) BASEP Method¹¹ and the (4) model form for inclusion reports recommended by the Ministry of Economy in 2021¹².

In this research, we seek to understand how users of these 04 instruments react to the use, in order to evaluate the acceptability of the application of these instruments, by these professionals.

METHODS

The present article is related to part of the results of a postdoctoral project entitled "Development and application of the ICF in integrated and person-centered biopsychosocial care in primary care and workers' health" approved by the ethics

committee of the Centro de Saúde Escola Dr. Joel Domingos Machado of the University of São Paulo, under No. 53579221.1.0000.5414.

This work had an evaluative, propositional character and was supported by evidence-based practice¹³, with a view to the production of ICF application technologies, encompassing collaborative field research to analyze the acceptability of the use of classificatory instruments. Qualitative and quantitative data collection, recording and analysis techniques were used.

The study was conducted in the practical context of the use of the classification by professionals working in primary care and occupational health. *Experts* from different areas of knowledge were invited to act as judges after getting to know the 04 selected instruments, answering the structured questionnaire (Annex 01) and participating in the focus groups. The participants invited to the research were graduates of one of the events related to the research project entitled "Development and application of the ICF in integrated and person-centered biopsychosocial care in primary care and workers' health": the 7th International Symposium on ICF Teaching, held in 2021 and the 11th National Meeting on ICF, held in 2023.

The research had an intentional maximum variation sampling strategy that offered the best opportunity to reach or at least approach data saturation¹⁴. Thus, the sample of professionals was delineated through the invitation and agreement of participation by them, considering the following professional categories: Social Work, Nursing, Physiotherapy, Speech Therapy, Medicine, Psychology and Occupational Therapy.

Inclusion criteria:

- Professional with knowledge of the ICF proven with a course completion certificate;
- Professional with proven performance in the academic, clinical or social area, either in primary health care or in occupational health;
- Professional with at least one publication that includes the ICF approach at any scientific or academic level.

After the selection of potential participants, the implementation of the project was divided into three stages:

Stage 1 - in the first phase, the project was presented to the invited participants who, after agreeing, signed a term of authorization and intention to effectively participate in the research (Annex 02). Then, they were presented with the classification instruments with the respective guidelines for use, at which point they all began to act as judges.

Stage 2 - in the second stage, judges were invited to answer the structured questionnaire regarding the instrument used for at least 30 days after the preliminary guidance, for further quantitative analysis.

Stage 3 - in the third phase, judges were invited to participate in focus groups, held on three different days, based on a conduction script (Annex 03), for subsequent qualitative analysis.

In order to avoid the effects of possible subjectivity, more than one data collection technique was used in this study, allowing data triangulation, i.e., the combination and

crossing of different points of view and different techniques as a way to contribute to the rigor of the research and reliability of the results.¹⁵

Although quantitative and qualitative research have different natures, these two methodologies can be complementary. While the former aims to bring to light observable data, indicators and trends, the latter seeks to understand meanings, values, beliefs, representations, habits, attitudes and opinions, both from an individual and collective point of view, understanding that the meanings that people give to a phenomenon will organize their professional daily lives.^{16,17}

The structured questionnaire of step 02 was distributed electronically via *Google Forms*, consisting of 05 questions to assess the judge's general perception of the instrument. The user was allowed to choose the instrument on which he would like to respond, since he could adopt more than one of the classificatory instruments. The response options ranged from "strongly agree" to "strongly disagree".¹⁸ In this questionnaire, it was also necessary to identify oneself, to inform the profession and to ratify the authorship of scientific publication with themes related to ICF.

Focus groups were the third stage of the research, understood as discussion groups on the specific topic. Focus group is a technique used to obtain detailed and in-depth information about the opinions, perceptions, experiences and attitudes of the participants in relation to the subject of the study.¹⁹ In the focus group, the researcher in charge guided the discussion, using as an instrument a script composed of 04 topics that served to foster the dialog between the group members. All meetings were recorded and transcribed for later analysis of the discourses.

The interpretation of the quantitative data of stage 02 was carried out based on the organization of the results in tables and indicators. The interpretation of the qualitative data of stage 03 was carried out through discourse analysis, a methodological approach that allowed the understanding of the meanings underlying the participants' speeches. For the qualitative interpretation, the recurring themes and ideas were preliminarily identified. Subsequently, a deeper analysis was carried out in order to understand how users reacted to the use of the instruments developed to organize the use of ICF and document functionality data, especially regarding their acceptability, familiarity, mastery and confidence. The results were described from the World Health Organization's conceptual model of functionality and disability and its practical applications.

RESULTS AND DISCUSSION

A total of 41 professionals participated in the study, preliminarily. However, not all completed all phases of the research, and those who abandoned participation after Stage 01 were discarded and considered as losses, as shown in Table 01.

Table 01 - Research participants.

Professional category	Step 01	Stage 02	Step 03
Social Workers	08	02	02
Nurses	06	01	01

Physiotherapists	11	03	01
Speech therapists	02	01	01
Doctors	07	06	03
Occupational Therapists	06	02	01
TOTAL	41	15	09

The analysis of quantitative and qualitative data was only possible from the second stage, when participants became judges and could express their opinion on the instruments used. Therefore, only 15 judges representing 6 different professional categories participated. The judges met the requirements of the research and, even with losses, added up to a number still adequate for conducting the focus group in the final stage.

It is important to emphasize the judges' knowledge of the ICF, especially with regard to the concept of it being a classification and not an assessment instrument. The international classifications that relate to the diagnostic process offer a common, standardized language and are also expressed by an alphanumeric system, without the intention of becoming detailed assessment tools, but to allow statistical treatment, the generation of indicators and the monitoring of health status at the population level.

The 15 judges initially answered the objective questions regarding the use of the classification tools. There was no partial or complete disagreement with any of the statements. Table 02 presents the results.

Table 02 - Degree of agreement with the statements regarding the classification tools

Themes of the statements	I fully agree	Partially agree	I can't give an opinion	Partially disagree	Strongly disagree
1- Practical use	12	03	-	-	-
2 - Aid in understanding	13	02	-	-	-
3 - Time of application	10	03	02	-	-
4 - Decision-making	12	02	01	-	-
5 - Objectives	13	02	-	-	-

In relation to full agreement, all the alternatives presented high percentages according to the judges' attribution:

AFFIRMATIVE 01, with 80% full agreement - I would use this tool in my professional practice.

AFFIRMATIVE 02, with 86.67% of full agreement - This instrument helps to understand the biopsychosocial model.

AFFIRMATIVE 03, 66.67% of full agreement - The application time of this instrument is adequate.

AFFIRMATIVE 04, with 80% full agreement - This tool helps in conclusions and decision making.

AFFIRMATIVE 05, with 86.67% of full agreement - This instrument directs the use of the ICF for a specific purpose and achieves the objectives.

The application time of biopsychosocial diagnostic instruments is usually an obstacle, since the functionality approach naturally requires a longer individual survey. Thus, 02 judges could not give their opinion on the subject.

Qualitative results were obtained in the third stage. The focus groups were able to identify the meaning effects of the sentences and the interdiscourse of each participant. We considered that all judges were already part of an interdiscursive network containing the ICF. Therefore, we tried to focus on the 4 topics of the pre-established script for the activity and selected expressions most strongly evidenced by the participants:

1. Describe the feeling when you came across the ICF-based classification tool chosen for use.
 - "curiosity and fear";
 - "I found it interesting";
 - "we run the risk of having a very unlimited look";
 - "something has arrived to solve my problem";
 - "perplexity and despair";
 - "I was completely lost and appalled";
 - "I felt completely perplexed and wanted to dominate";
 - "my feeling is like this: it motivated to understand the thing better in practice";
 - "I was confused to use the codes";
 - "I thought it was quite complex and would take a long time";
 - "I felt comfortable".
2. After using the ICF-based classification tool, please tell us what you think about using it and what you think about it.
 - "facilitates the issue of activities";
 - "this way of organizing helps to broaden the vision";
 - "has higher quality and quantity";
 - "will contribute to maturation";
 - "stays compatible with the table";
 - "needs knowledge and study";
 - "it is not intuitive";
 - "the report is very complete";
 - "the use of this model was clear";
 - "the model is insufficient";

- "it makes my thinking easier";
- "guides the writing of the report, but is not a data collection tool".

3. The use of the classification tool will generate a final report that is intended to reach an audience, be it a legal practitioner, an administrative professional or another health professional. Please comment on how you believe this report will be received by that audience.

- "they are still amazed";
- "strangeness";
- "they no longer understood";
- "are indifferent";
- "they will not understand anything";
- "they will realize that it is a differentiated document";
- "difficult to counter";
- "people are very satisfied";
- "the expert praised";
- "it also had the guy to give a despise";
- "I don't have a lot of *feedback* from the public who received it".

4. Topic 4 - After this experience of knowledge and use of the instrument, please report what you decide to do from this moment on. Say, for example, if you intend to continue using it, if you intend to improve or even abandon its use.

- "I will do it exactly as it is";
- "I intend to continue using it especially for people who experience disability, as is the case with fibromyalgics."
- "I can no longer stop using CIF";
- "I can no longer see it any other way...crazy";
- "publishing articles in occupational health";
- "it is a model that I would use in my work";
- "there has to be a parameter there".

It is understood that the discourses align with pre-established and hegemonic ideologies for the group that preliminarily have similarities. Even so, it was possible to study the relationships they had with the instruments and the intentions behind their words, so that it was possible to identify what image the interlocutors made of the practice of using the instruments.

Although at first many identified some degree of insecurity, they felt encouraged and committed to the use and, after the experience of use, they realized that the instruments in fact facilitated the biopsychosocial assessment and the application of the ICF. They all understood that the final product (i.e. the report) is quite complete, complex and consistent, and may not find easy understanding by the recipients, but that they would, at the same time, find it difficult to argue against it.

An interesting result was the bond created: after approaching the ICF and related tools, the judges admitted that there is no way they can go back to thinking, speaking or writing as before.

Usability is a term widely used to define the degree of ease that people have when using, for example, tools, websites or even products. Its goal is to understand if the user can locate the functions and understand how everything works quickly and, if any problems are identified, the errors are studied and corrected.

Applicability means the quality of what is applicable. In the legal sense, it is said of the norm that has the possibility of being applied, that is, of the norm that has the capacity to produce legal effects. It is not a question of whether it actually produces these effects. That would already be a sociological perspective, and concerns its social effectiveness, while our subject is in the field of legal science, not legal sociology.

Thus, through content analysis, we verified some aspects that are presented in Table 03.

Table 03 - Applicability, acceptability and usability

Acceptability of judges "... (when) I came across the report I felt comfortable... I found the inversion interesting... starting with environmental factors implies thinking differently....will change the model....but we have this risk of taking and creating a "little pattern" on the side and changing one little thing there. We have to be careful to individualize more. So it's laborious because it's a psychosocial report you have to stick your head in the person's situation and be able to describe the real situation of that specific person eu I think that's the differential on this side". P, MALE, DOCTOR. "At first, after the curiosity, a certain fear of doing it wrong but it was curiosity.... and now we see how much this language is very different " E. FEMALE, SOCIAL WORKER	The judges showed acceptance of the instruments. They judged that the instruments may generate curiosity and fear at first, but that they caused a change in the model of thinking, moving away from the biomedical model towards the biopsychosocial model. One of the judges pointed out difficulties in using the ICF coding, despite familiarity with the biopsychosocial model. Another pointed out the risk of automation of the process, emphasizing the need to maintain a person-centred assessment, as envisaged in the biopsychosocial model.
--	--

"Something arrived to solve my problem at last....I can no longer stop using CIF. I use it!" M, FEMALE, NURSE. "The biopsychosocial model, in general, I already use but when I went to transcribe for the reports, which at first I thought would be quiet, I was confused to use the codes. In fact, I found it a bit laborious to have to look for and when we are going to put performance and capacity I was also in doubt I still have difficulty coding these questions...so I think it is the part that most hinders the report is this coding. For the rest I find it easy" C, FEMALE, DOCTOR. "it (ESC table) has a very good presentation. It's easy for you to feed the data and generate the result...I think it makes it easier to use and lighter." L, FEMALE, SOCIAL WORKER	
Audience acceptability "Initially with strangeness.... is something new, that they are not used to...On the other hand I think they will feel a greater amount of information in the report.... that it has greater quality and quantity of information.... describes in more detail all the environmental factors, the restrictions for activity and participation, the changes in body structures and functions.... in relation to coding, I think that this will still be a mystery because ... the number of people who have the mastery of coding". FFTC. FEMALE, PHYSIOTHERAPIST, 48 YEARS OLD "Here in Brazil people don't understand... they don't understand the codes because they don't know... I even had feedback from a	In relation to the people who will receive the reports based on the ICF, the Judges believe that these people will present an initial strangeness, sometimes resistance, indifference or lack of understanding, especially of the ICF and its codification. However, they believe that they will realize the depth and quality of the information described, which can even serve to support their decisions and conduct.

diversity and inclusion consultant and she said that the auditors are not very resistant." CAROL, OCCUPATIONAL PHYSICIAN, YEARS FFTC. FEMALE, PHYSIOTHERAPIST, 48 YEARS OLD "With the language of the ICF it carries much more weight with the arguments. It transfers security. The document for the purposes of official documents, with clarity, with support. It has a much greater weight. It is an excellent document. Of quality. I can trust it. It is more difficult to counter-argue." Y.SEX: FEMALE, PROFESSION: AGE "Who I deliver to, the experiences are these, right, to talk to a lawyer or to the judge....they are indifferent" MALOU, PROFESSION, AGE	
Usability by judges "I found it interesting to use it in my daily life..... and I used it, a few times, not many.... applying the instrument is not difficult, it is something feasible" FFTC. FEMALE, PHYSIOTHERAPIST, 48 YEARS OLD "After this experience I believe that it is possible ... to use this standard ... it is a model that I would use in my work....I believe it requires training: How to use the ICF, according to the codes, understand ...each category of the classification. So, for me, it is something that we need to expand the use and dissemination" . Y, FEMALE, DOCTOR.	All judges stated that they intend to use the tools in their routine, but highlighted the need to master the ICF.

Applicability by judges ".... it was quite clear how useful this model is. It becomes easier where the person will fit....makes the information more organized....reminds me what I would not remember. quite useful" Y, FEMALE, DOCTOR. "...can greatly help many people who really need it....contributes to social inclusion" F, FEMALE, SPEECH THERAPIST "Quantify ... because the people I did ...most of them had a moderate degree of commitment..." M, FEMALE, NURSE. "... we were trying to make some criteria that must be met in the description of the person's situation in order to configure a situation of incapacity that justifies the right to legal reserves. So, I think we need two types of instruments to qualify the information brought in the report...I talked about helping to elaborate, refine some instrument to provide this information that is prerequisite for making the report according to the model...we have to stick our face in the literature and see what there is already a scale ready for us to use " P, MALE, DOCTOR.	Regarding applicability, the judges believe that the instruments will facilitate standardized data collection, as well as the production of information on the degree of functionality and disability, which can favor social inclusion. However, they also perceive the need to use standardized assessment instruments in association with the classification to favor the appropriate use of ICF qualifiers.
--	--

CONCLUSION

The use of classification tools based on the ICF assists in the shift to biopsychosocial thinking as well as its consolidation. Professionals using these instruments feel more familiar with the coding system and more confident to describe functionality in clear, organized and objective terms.

Acceptability is reflected in the intention of these professional users to continue using the instruments, in addition to awakening interest in improving them in aspects of content, validation and increasingly viable and automated means of application.

REFERENCES

1. Leonardi M, Lee H, Kostanjsek N, Fornari A, Raggi A, Martinuzzi A, et al. 20 Years of ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022; 19(18):1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811321>
2. Fernandes JA, Gomes MM, Sousa BS, Romão JF, Pinho DL, Marães VR. The ICF in the pedagogical projects of Physiotherapy courses in Midwest Brazil. *Fisioter. mov.* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 21] ; 33: e003344. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502020000100240&lng=en. Epub July 24, 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-5918.033.ao44>.
3. Organização Mundial da Saúde. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).1 ed. Geneva: WHO, 2001.
4. Cordeiro ES, Biz MC. Implantando a CIF: o que acontece na prática? 1.ed.: Wak; 2017.
5. Ruaro JA, Ruaro MB, Souza DE, Frez AR, Guerra RO. Uma visão geral e perfil de uso da CIF no Brasil - uma década de história. *Braz.j.phys.ther.* 2012; 16 (6): 454-62.
6. Vasconcelos CC. Modelo de formação em fisioterapia na perspectiva discente [master's thesis]. Maceió: Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas; 2019. 122 f.
7. Araújo, ES. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Fisioterapia: uma revisão bibliográfica [master's thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2008. <http://doi.org/10.11606/D.6.2008.tde-03102008-112435>
8. Negreiros IS, Silveira JA. Sistema Digital de Avaliação através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF [undergraduate thesis]. Fortaleza: Centro de Tecnologia, Departamento de Engenharia de Teleinformática, Universidade Federal do Ceará; 2010. 43p.
9. Araujo ES, Neves SF. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, e-SUS e Tabwin: as experiências de Barueri e Santo André/SP. *Rev. baiana saúde pública*. 2015;39(2):470-477. **DOI:** <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2015.v39.n2.a1029>.
10. Bramante IC, Cordeiro ES. Funcionalidade para o trabalho e perícias biopsicossociais. *Revista Síntese Trabalhista e Previdenciária*. 2019;29(360):206-211.
11. Cordeiro ES. CIF-basep. *Revista CIF Brasil*. 2020;12(2):42-43.
12. Ministério da Economia. Orientações para fins de cumprimento do art. 93 da Lei no 8.213/91. 2021.
13. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa.3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405p.

14. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. 2018;52(4):1893–1907. pmid:29937585.
15. Pope C. Mays N. *Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde*. 3.ed.: Artmed, 2009, 120p.
16. Minayo MC, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Públ*. 1993; 9(3): 239-262.
17. Minayo, MC. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 26.ed. Petrópolis: Vozes, 2009.108p.
18. Appolinário, F. *Dicionário de metodologia científica.: Atlas*, 2007
19. Leny AB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. *Rev saúde colet*. 2019;19(3):777-796.
20. ICF Education. 6th International Symposium. *Revista CIF Brasil*. 2020;12(3):01-35.
21. Cordeiro ES, Bramante IC. Funcionalidade para o Trabalho e perícias biopsicossociais: a nova Tabela Esc. *Revista Síntese trabalhista e previdenciária*. 2019;29(360):206-211.
22. Silveira C, Parpinelli MA, Pacagnella RC, Andreucci CB, Angelini CR, Ferreira EC, et al. Validação da versão de 36 itens do Who Disability Assessment Schedule 2.0 (whodas 2.0) para a avaliação da Incapacidade e Funcionalidade da mulher associada à morbidade materna. *Rev. Bras. Ginecol. obstet*. 2017; 39(2):44-52. <http://doi.org/10.1055/s-0037-1598599>
23. Araujo ES. Health Indicators about Functioning and Disability. *Revista CIF Brasil*. 2014;1(1):27-33.

Anexo 03

Evaluation of patients' functioning with WHODAS 2.0 applied by PHC professionals in everyday work: a Brazilian pilot study.

Estenifer Marques Balco¹, Eduardo Santana Cordeiro², João Mazzoncini de Azevedo Marques³.

1 Universidade de São Paulo.

2 Universidade de São Paulo.

3 Universidade de São Paulo.

Abstract

We assess the psychometrics properties of WHODAS 2.0 (12 items) applied by 9 PHC professionals on 120 patients, using mixed methodology. Concurrent validity with WHOQOL-BREF by Spearman Coefficient (0.54), Cronbach's alpha (0.83) and Inter-rater reliability by Intraclass Correlation Coefficient (0.97). Understandability of its application guidelines, questions, answers, brevity and relevance, were considered satisfactory by most patients and professionals, but professionals considered its use in the service routine unsatisfactory, due to doubts about how it should be integrated in the work routine. More studies are needed to use the measure in the work routine by PHC teams.

Keywords: 1. Human functioning, 2. Primary Care, 3. Family Health Strategy 4. ICF, 5. WHODAS 2.0, 6. Psychometrics properties.

Introduction

Understanding the people's functioning can play a significant role in planning, implementation and evaluating health actions, including integrated and interprofessional care. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), developed for this purpose, still needs to have its use expanded, including in Primary Health Care (PHC) ^[1,2].

The WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) was developed to facilitate the use of ICF in a variety of contexts and populations. It evaluates functioning and disability in six domains of life: cognition, mobility, self-care, living with people, life activities and participation in society ^[3,4]. It has shown good psychometric properties and its use is currently recommended in the International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11), in the V complementary section to assess functioning ^[4,5].

We did not find studies on the application of WHODAS 2.0 by members of PHC teams in their work routine, something necessary for its wide dissemination and use within health systems, so we planned this pilot study to assess the validity, reliability and feasibility of the version of 12 items applied by these professionals.

Methods

This is a descriptive and exploratory study, developed with a Brazilian Family Health Strategy (FHS) team in Ribeirão Preto, state of São Paulo, Brazil, carried out from

March to September 2017 ^[6]. We used qualitative and quantitative techniques, systematized according to guidelines in the WHODAS manual, psychometric properties analysis and studies on the feasibility of assessment measures in PHC ^[4,6,7,8]. The instruments used in data collection were field diary registration, WHODAS 2.0 (version 12 items), WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) and questionnaires of the scale's feasibility for professionals and patients with closed and opened questions. In this article we address the most significant quantitative and qualitative data ^[4,7,8].

Before applying the scale, the professionals participated in training on the use of ICF and WHODAS 2.0. The patients answered WHODAS 2.0 applied by two different interviewers (the first application by a PHC team member and the second by an ICF specialist and in the use of WHODAS 2.0), then they answered the feasibility questionnaire and at the end they answered the WHOQOL-BREF. All the professionals who conducted at least 10 interviews, by the end of the research, answered a questionnaire of feasibility about the experience with the use of the scale ^[6,7,8].

We used the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 for the analysis of quantitative data. The scoring and analysis of WHODAS 2.0 responses followed the guidance of the manual and related publications. We evaluated the concurrent validity by the Spearman coefficient with WHOQOL-Bref, the internal consistency by Cronbach's Alpha and the inter-rater reliability by the Intraclass Correlation Coefficient. We quantitatively analyzed the feasibility applicability by the data from the questionnaires with the responses of each item classified as "satisfactory" or "unsatisfactory" and presented them in terms of absolute number (n) and percentage (%) of satisfactory responses. We also categorize responses to open questions from professionals and patients ^[4,6,7,8].

The project was approved by the Research Ethics Committee of the Community Health Center of the Ribeirão Preto Medical School of the University of São Paulo (CAAE 47792415.1.0000.5414) ^[6].

Results

Nine professionals participated in the research: 03 community health workers (CHWs), 01 dentist, 01 physiotherapist, 02 family doctors, 01 psychologist and 01 occupational therapist. Among these professionals, only one knew ICF and none knew WHODAS 2.0 ^[6].

The sociodemographic and personal identification data of the interviewed users are described at Table 1 ^[6].

TABLE 1

The quantitative results on psychometric properties of WHODAS 2.0 are shown at table 2 ^[6].

TABLE 2

In the qualitative assessment, health professionals expressed doubts about the use of WHODAS 2.0 in the daily clinical routine of all team members and also about its relevance to obtain new information that would be difficult to obtain otherwise, as can be seen in the examples below ^[6]:

“It would be difficult [use] not for WHODAS 2.0, but for the lack of professionals at PHC and patients are not always willing.”

“We were unable to have time to apply the questionnaire.”

“...the suggestion would be an occupational therapist or physical therapist to apply it.”

“Because of the intimacy with the patients, most of the time we always get this information easily through the trust they place in us.”

Discussion

The scale, applied by PHC professionals after a brief training, presented adequate concurrent validity and internal consistency, as well as comprehensibility, brevity and relevance in the opinion of patients and professionals, findings that are similar to the results of studies in other contexts and populations ^[1,2,3,4,6].

Even though most professionals considered its use in the routine of the service as unfeasible, patients rated the scale as useful and relevant to their needs. A Brazilian case study on the use of an ICF-based checklist applied by CHWs described that it was possible to insert this instrument into the daily work routine of these professionals ^[6,9]. Another Brazilian study on the use of an instrument for assessing functioning - COOP / WONCA Charts - applied by CHWs also found good results in terms of feasibility ^[10].

This study was unprecedented in Brazil and internationally. We emphasize that the data found cannot be generalized, as it is an experience with a single Brazilian FHS team and the population accompanied by it ^[6].

These data show the need for further studies on strategies for using instruments to assess functioning by PHC teams, particularly those based on ICF, as has been done in other countries ^[1].

Acknowledgments

This study have finance by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001. We would like to thank the CAPES for financial support and the World Health Organization for permission to use the WHODAS 2.0 in this research.

References

- 1- Muller J, Snyman S, Slogrove A, Couper I. The value of interprofessional education in identifying unaddressed primary health-care challenges in a community: a case study from South Africa. *J Interprof Care*. 2019 Jul-Aug;33(4):347-355. doi: 10.1080/13561820.2019.1612332. Epub 2019 May 19. PMID: 31106626.

- 2- Araujo ES, Neves SFP. ICF or ICPC: what remains to be classified in primary care. *Acta Fisiatr.* 2014;21(1):46-48.
- 3- Ustün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, Saxena S, von Korf M, Pull C; WHO/NIH Joint Project. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ.* 2010 Nov 1;88(11):815-23. doi: 10.2471/BLT.09.067231. Epub 2010 May 20. PMID: 21076562; PMCID: PMC2971503.
- 4- Federici S, Bracalenti M, Meloni F, Luciano JV. World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disabil Rehabil.* 2017 Nov;39(23):2347-2380. doi: 10.1080/09638288.2016.1223177. Epub 2016 Nov 7. PMID: 27820966.
- 5- World Health Organization. ICF-11 for Mortality and Morbidity Statistics: V Supplementary section for functioning assessment. Available at: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f2fid%2fentity%2f231358748>. Accessed: Mar 2021.
- 6- Balco E. [Use of the WHODAS 2.0 Scale in Primary Health Care: perspectives for disability prevention and promotion of human functionality by the Family Health Strategy.] 2018. 155 p. Dissertation (Master Degree). Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2018.
- 7- Ustün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). World Health Organization; 2010.
- 8- Azevedo-Marques, JM. [Detection and diagnosis of mental disorders by the team of the family health program]. 2009. 172p. Thesis (Doctoral) – Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2009.
- 9- Araujo ES, Neves SFP. [International classification of functioning, disability and health, e-sus and tabwin: experiences of Barueri and Santo André, São Paulo]. *Revista Baiana de Saúde Pública.* 2015 abr/jun;39(2):470-477. doi: 10.5327/Z0100-0233-2015390200021.
- 10- de Azevedo-Marques JM, Zuairi AW. COOP/WONCA charts as a screen for mental disorders in primary care. *Ann Fam Med.* 2011 Jul-Aug;9(4):359-65. doi: 10.1370/afm.1267. PMID: 21747108; PMCID: PMC3133584.

Tables

Table 1

Table 1 - Sociodemographic and functioning characteristics of the sample of 120
PHC patients

Table 1 - Sociodemographic and functioning characteristics of the sample
of 120 PHC patients

Characteristics			
general	specific	n	%
Condition in which you live at the time of the interview	Independent in the community	114	95.0 %
	With assistance in the community	6	5.0 %
Gender	Female	92	76.7 %
	Male	28	23.3 %
Age	18 to 39 years	58	49.0 %
	from 40 to 64 years	46	38.0 %
	65 and over	16	13.0 %
Study time (years)	0 to 3 years	16	13.3 %
	4 to 7 years	32	26.7 %
	8 to 11 years	44	36.7 %
	12 years or more	28	23.3 %
Education level	illiterate	10	8.3 %
	incomplete elementary school	47	39.2 %
	complete elementary school	13	10.9 %

	incomplete high school	11	9.2 %
	complete high school	32	26.6 %
	incomplete higher education	4	3.3 %
	complete higher education	3	2.5 %
Marital status	single	31	25.8 %
	married	43	35.8 %
	separated *	6	5.0 %
	divorced **	6	5.0 %
	widower	11	9.2 %
	lives with a partner	23	19.2 %
Work situation	paid work	27	22.5 %
	self-employed	26	21.7 %
	unpaid work ***	0	0.0 %
	student	2	1.7 %
	housewife ****	16	13.3 %
	retired	19	15.8 %

	unemployed (with health problems)	9	7.5 %
	unemployed (for other reasons)	12	0.0 %
	other *****	9	7.5 %
Functioning according WHODAS 2.0 applied by PHC professionals	some level of disability reported (light to extreme)	115	95.8 %
	no reported disability level	5	4.2 %

*When the couple just stops living together as husband and wife without resorting to the judiciary.

** Divorce is when the couple go to court and break all ties of marriage.

*** Volunteer work or charity.

***** Option noted as shown in the scale translation.

***** Retired due to illness / disability, removed for health reasons, receiving benefit, in the process of retirement.

Table 2

Table 2 - WHODAS 2.0 properties values found in the samples of 120 PHC's patients and 09 professionals

Psychometric Properties	Measures	Values
Internal consistency	Cronbach's Alpha	0.83
Interrater Reliability	Intraclass Correlation Coefficient (ICC) of the total score	0.97 - 95%
	Confidence Interval	0.95 - 0.98
	Intraclass Correlation Coefficient (ICC) of Individual Items	0.73 - 0.91

Concurrent validity (between WHODAS and WHOQOL-SHORT)	Spearman's Correlation Coefficient	0.54
Applicability		
Applicability in the evaluation of 120 users	Understandability of guidelines (n (%) of satisfactory responses)	87 (72.50)
	Understanding questions (n (%) of satisfactory responses)	95 (79, 20)
	Understanding responses (n (%) of satisfactory responses)	96 (80.00)
	Brief interview (n (%) of satisfactory responses)	117 (97.50)
	Relevance to day-to-day needs (n (%) of satisfactory responses)	86 (71.70)
	Relevance of use by FHS Professionals (n (%) of satisfactory responses)	113 (94.20)
Applicability in the evaluation of the 7 professionals	Understandability of guidelines by professionals (n (%) of satisfactory responses)	7 (100)
	Understandability of questions by professionals (n (%) of satisfactory answers)	7 (100)
	Understanding of professionals on how to give the answers to the scale (n (%) of satisfactory responses)	7 (100)
	Ease of filling in the answer sheet (n (%) of satisfactory answers)	7 (100)
	Brief assessment (n (%) of satisfactory responses)	7 (100)
	Understandability of questions by respondents (n (%) of satisfactory answers)	7 (100)
	Understanding of respondents on how to answer questions (n (%) of satisfactory answers)	7 (100)

Relevance to the needs of people monitored by the team (n (%) of satisfactory responses)	7 (100)
Relevance and differential information obtained (n (%) of satisfactory responses)	4 (57.14)
Feasibility of insertion and use in the professional's work routine (n (%) of satisfactory responses)	2 (28.58)

Anexo 04

WHODAS 2.0: um estudo comparativo entre traduções para o português

Eduardo Santana Cordeiro¹, Estenifer Marques Balco², João Mazzoncini de Azevedo Marques³

1 Universidade de São Paulo.

2 Universidade de São Paulo.

3 Universidade de São Paulo.

Resumo: Este artigo tem como objetivo descrever os resultados de um estudo comparativo de três versões da WHODAS 2.0 traduzidas para a língua portuguesa. Utilizou-se uma abordagem qualitativa para revisão por pares, com enfoque nos processos de tradução e adaptação cultural, bem como, na busca de equivalência conceitual e terminológica utilizando a CIF como padrão-ouro. Os resultados foram compilados em quadros conforme as características e variáveis identificadas e discutidas à luz da literatura da área. Encontrou-se limitações e divergências entre os processos de tradução, incluindo problemas tanto com os procedimentos autorizativos, quanto metodológicos, conforme recomendado na tradução de instrumentos e da própria ferramenta. Também identificou-se inconsistências conceituais e terminológicas em relação à CIF na versão com prévia permissão, ao que recomenda-se revisão dos processos de tradução, retrotradução e adaptação cultural, com equivalência semântica. Recomenda-se também aos editores responsáveis pelas diferentes versões ou a instituições interessadas, o alinhamento das traduções para a sua unificação em português.

Palavras-chave: deficiência, incapacidade, tradução, WHODAS 2.0, saúde pública.

Introdução

O documento intitulado *World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)* teve o seu manual¹ publicado em 2010 e sua versão original permanece disponível no sítio eletrônico da Organização Mundial da Saúde ([https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-\(-whodas-2.0\)](https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-(-whodas-2.0))) para consulta e obtenção em formato digital¹. O instrumento consiste em uma proposta baseada na CIF, elaborada para facilitar a sua aplicação na prática, de modo padronizado, podendo ser traduzido e transculturalmente adaptado. O seu desenvolvimento englobou um estudo multicêntrico com colaboração de pesquisadores de diferentes países. No manual, há recomendações, protocolos e diretrizes específicas relacionadas aos processos de tradução, análise de propriedades psicométricas e validação da ferramenta em diferentes contextos².

A ferramenta *WHODAS 2.0* possibilita a descrição de seus resultados em seis domínios: cognição, mobilidade, autocuidado, convivência com as pessoas, atividades de vida e participação na sociedade. O manual indica a aplicação universal, favorecendo a avaliação e a descrição de experiências, ou seja, a compreensão de como está a funcionalidade das pessoas em sua vida cotidiana, ou seja, como realizam as suas atividades e exercem a sua participação. O instrumento possui perguntas em relação aos

domínios específicos e as respostas são conferidas utilizando uma escala visual graduada, com opções que correspondem à escala genérica da CIF, para pontuação do qualificador de desempenho. Sendo assim, pode-se dizer que o instrumento já considera o processo de interação da pessoa com os fatores do seu contexto de vida².

Na prática, *WHODAS 2.0* é um instrumento que tem o intuito de acessar especialmente dados relacionados ao componente de Atividades & Participação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), transformando esse componente em quesitos, num formato semelhante aos inquéritos de saúde, compondo três versões: uma com escala resumida de 12 itens, uma completa com 36 itens e uma híbrida que possibilita ajustar a aplicação em 12 ou 36, conforme a demanda da pessoa que está tendo a sua situação avaliada. As versões também variam quanto à forma de aplicação: entrevista, autoaplicação e aplicação junto ao responsável, curador ou cuidador². Podemos então dizer que a utilização da ferramenta busca descrever aspectos habitualmente desorganizados nos sistemas de informação em saúde, visto que não há sistema formal que descreva dados sobre as limitações das atividades e sobre a restrição da participação a partir de uma codificação alfanumérica. Isso porque, em geral, os sistemas de informação em saúde se concentram em dados de mortalidade, de morbidade e de intervenções, sem um padrão para a descrição organizada da funcionalidade, com vistas a permitir tabulações ou a criação de indicadores relacionados.

Desde o processo de transição epidemiológica e demográfica, a compreensão de como as pessoas vivem e conduzem as suas vidas vem se tornando cada vez mais relevante em termos de saúde pública. Neste sentido, avaliar, compreender, classificar e descrever a situação das pessoas e populações têm importante papel para definição de prioridades conforme necessidades em saúde, assim como, para estratégias e mensuração de resultados dos serviços ou cuidados prestados².

Após 07 anos da publicação da ferramenta *WHODAS 2.0*, um estudo nacional identificou a existência de duas versões traduzidas para o português do Brasil e explanou algumas divergências entre elas, incluindo limitações e potencialidades^{3,4}. Entretanto, a tradução utilizada para continuidade do estudo foi a que possuía a autorização prévia da Organização Mundial da Saúde (OMS), especificamente a versão de 12 itens, que já estava disponível⁵. O mesmo estudo teve como objeto principal a avaliação da aplicação do instrumento por profissionais de uma equipe da então chamada Estratégia de Saúde da Família (ESF). O estudo terminou por apontar demandas de adaptação terminológica e conceitual da versão traduzida utilizada, principalmente a respeito dos termos “deficiência” e “incapacidade”, que não correspondiam à CIF e se caracterizaram como variáveis geradoras de confusão^{3,4}. Apesar de sua não aplicação na pesquisa, a outra versão encontrada⁶ pareceu ter uma tradução mais fiel quanto aos conceitos e termos originais da CIF^{3,4}.

Após uma busca mais aprofundada, foi encontrada uma terceira versão em português, traduzida e validada num trabalho da Universidade de Aveiro e publicada na Revista Portuguesa de Saúde Pública⁷.

Considerando o processo de unificação da língua portuguesa, a identificação de três versões distintas, a existência de diferenças importantes nos processos de tradução, adaptação transcultural e validação, este estudo buscou identificar, organizar e apresentar

tais incongruências, no sentido de conferir recomendações que estimulem a reflexão da comunidade científica, acadêmica e clínica para maior adequação, padronização e robustez de uma versão em português.

Método

O presente artigo tem uma proposta descritiva e amparada em uma abordagem qualitativa⁸. Está relacionado com parte dos resultados de um projeto de pós-doutoramento intitulado “Desenvolvimento e aplicação da CIF no cuidado biopsicossocial integrado e centrado na pessoa no âmbito da atenção primária e da saúde do trabalhador” aprovado pelo comitê de ética do Centro de Saúde Escola Dr. Joel Domingos Machado da Universidade de São Paulo, sob nº 53579221.1.0000.5414.

O conteúdo aqui abordado consiste nos resultados provenientes de uma etapa da pesquisa acima mencionada em que foi realizada uma revisão comparativa de três versões da ferramenta *WHODAS 2.0* traduzidas para a língua portuguesa^{5,6,7}. O processo metodológico foi baseado na leitura cuidadosa e revisão por pares das versões. Os resultados foram agrupados e descritos de modo comparativo em quadros compilando características e variáveis principais provenientes da revisão⁹.

Buscou-se identificar a existência de equivalência entre termos das diferentes versões e a comparação com o documento do qual se originou o instrumento: a própria CIF, que é o padrão-ouro para avaliação no âmbito conceitual e terminológico^{1,2,10}.

Para isso, foram adotados os seguintes procedimentos: (1) revisão mediante leitura por pares dos materiais traduzidos, (2) identificação das variáveis em casa versão, incluindo o processo de tradução, adaptação transcultural, equivalência conceitual e terminológica com a CIF, (3) Compilação descritiva dos achados e (4) avaliação e discussão crítica embasada na literatura.

Para realização do procedimento metodológico, utilizou-se tanto as três versões das escalas traduzidas quanto publicações de artigos referentes aos processos de sua tradução e adaptação transcultural^{5,6,7}, os quais foram comparados não apenas entre si, mas também com materiais considerados como padrão-ouro na análise, sendo eles, a versão original *WHODAS 2.0* com seu manual em inglês e a CIF traduzida para o português^{2,10}.

Resultados e discussão

Os resultados da revisão e do estudo comparativo entre as três versões e publicações referentes, tiveram as suas características e variáveis principais compiladas e descritas no Quadro 01, onde estão apresentadas as semelhanças, diferenças e especificidades de cada uma delas:

Quadro 1 - Comparação entre as versões da *WHODAS 2.0* traduzidas para a língua portuguesa

Características de análise	Versão A	Versão B	Versão C
----------------------------	----------	----------	----------

Autores responsáveis	Silveira <i>et al</i>	Castro e Leite	Ribeiro, SMS
Ano de publicação	2013	2015	2010
Obtenção de permissão para tradução	Não	Sim	Não
Instituições dos autores/editores/tradutores	Universidade Estadual de Campinas, Universidade Federal de São Carlos e Faculdade de Medicina de Jundiaí	Universidade Federal do Triângulo Mineiro e Universidade Federal do Ceará	Universidade de Aveiro
Materiais e versões traduzidas	- Versão: 36 itens; - Formato: entrevista.	- Versões: 36 itens, 12 itens e híbrida; - Formato: entrevista, autoaplicada e respondida por cuidador. - Manual.	- Versões: 36 itens, 12 itens e híbrida; - Formato: entrevista, autoaplicada e respondida por cuidador.
Acesso e disponibilização da versão traduzida	mediante solicitação para o autor principal	sítio eletrônico específico do projeto de tradução.	sem informação
Publicação de artigo científico ou material sobre o processo de tradução (Material, Local/revista, artigo, título, doi, língua da publicação, etc)	“Adaptação transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para o Português”, de 2013.	“Tradução e adaptação transcultural do World Health Organization Disability Assessment Schedule - WHODAS 2.0”, de 2017.	“Adaptação e validação do WHODAS 2.0 para a população portuguesa”, de 2010
Língua do artigo publicado	Português	Inglês	Português

Informa processo de tradução, adaptação cultural e validação?	Sim	Sim	Sim
Tradução de “disability”	Incapacidade	Deficiência	Incapacidade
Fonte: Castro e Leite (2015); Silveira, et al. (2013).			

Dada a importância atribuída ao instrumento, é notório que o tempo entre a sua publicação original e o início das traduções é pequeno. Isso provavelmente se dá pelo anseio de uso de alguma ferramenta que levante informações sobre funcionalidade, indicador normalmente escasso nos sistemas de saúde. Especificamente em relação a este instrumento, a OMS estabeleceu a necessidade de solicitação prévia de autorização para traduzir. Embora os aspectos acadêmicos e científicos, incluindo os procedimentos de adaptação cultural, tenham sido cumpridos pelas três traduções, apenas uma delas, a versão B, obteve a prévia permissão.

Nem todos os autores fizeram a tradução integral, visto que o instrumento possui modelos diferentes, completos e resumidos, podendo ser traduzido para finalidades específicas. Contudo, para efeito desta comparação, essas diferenças perdem a importância a partir do momento em que termos-chave, presentes também na CIF, aparecem em todos os modelos, além do manual.

Um dos aspectos mais importantes é a tradução do termo *disability*, que faz parte do título da classificação de referência: *ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health*, qual seja, CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Assustadoramente, a versão B não usou o termo comum para a tradução de *disability*. Essa identificação corresponde com o estudo nacional que ressaltou inconsistências quanto à tradução dos termos *disability* (traduzido como deficiência ao invés de incapacidade) e *impairment* (que deveria corresponder à deficiência) na versão B. O mesmo estudo teve a necessidade de conferir explicações e orientações a respeito durante o treinamento dos profissionais participantes daquela pesquisa, o que acabou identificando essa diferença como uma variável de confusão para uso na prática³.

Ao final, o estudo apontou a demanda de adequação destes aspectos ao conferir opinião sobre a aplicabilidade da escala conforme a experiência do seu uso. A versão A foi citada, mas não foi aplicada no estudo mencionado, contudo, pareceu corresponder melhor às demandas de adaptação conceitual e terminológica da CIF encontradas quanto aos termos *disability* (incapacidade) e *impairment* (deficiência), bem como sua correspondência à versão original em inglês da *WHODAS 2.0*.

Na CIF, o termo deficiência também corresponde a alterações apenas no nível do corpo, enquanto o termo incapacidade é bem mais abrangente, indicando os aspectos negativos da interação entre um indivíduo e seus fatores contextuais. Um indivíduo pode apresentar uma deficiência e não necessariamente viver qualquer tipo de incapacidade. De modo oposto, uma pessoa pode viver a incapacidade sem ter nenhuma deficiência¹¹.

Um outro levantamento sobre traduções internacionais para *disability* e *impairment* identificou que nos demais países há consistência e correspondência com a CIF, com exceção do Brasil, onde há uma tendência de confusão na tradução desses termos e, conseqüentemente, na compreensão dos seus conceitos, embora a própria tradução da CIF para o português do Brasil os traga de forma fidedigna¹².

Com base nessas informações, entende-se que é prudente estabelecer uma comparação entre (1) a versão original, (2) a versão B e (3) a CIF. O Quadro 02 apresenta os dados.

Quadro 2 - Comparação da versão da WHODAS 2.0 traduzida para o português com permissão ética com a versão da escala e do manual em inglês e com a CIF em português			
Versões/ Características		Versão original em inglês	Versão B, autorizada pela OMS
Autores responsáveis pela tradução/edição		Üstun, Chatterji, Rehm	Castro e Leite
Ano		2010	2015
Manual	Título do Manual	Measuring Health and Disability - Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) -capa	Avaliação de Saúde e Deficiência - Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) -capa
Significado de Disability	Corresponde com a CIF?	Sim - corresponde à incapacidade, conforme versões em inglês e português da CIF;	Não - foi traduzido sem correspondência com a CIF em inglês e português do Brasil;
	Original da WHODAS 2.0 em inglês e tradução para o português correspondem entre si?	Não - Significa “incapacidade” (ex: títulos das capas da escala e do manual; página 11 do Manual)	Não - Traduzido como “deficiência” (ex: títulos das capas da escala e do manual; página 11 do Manual)
Significado de Impairment	Corresponde com a CIF?	Sim - corresponde à deficiência, conforme	Não - foi traduzido sem correspondência com a

		versões em inglês e português da CIF;	CIF em inglês e português do Brasil;
	Original da WHODAS 2.0 em inglês e tradução para o português correspondem entre si? (Descrição)	Não - Significa “deficiência” (ex: página 11 do Manual)	Não - Traduzido como “lesões” (ex: página 11 do Manual)
Fonte: Castro e Leite (2015); Üstun, Chatterji e Rehm (2010).			

As recomendações contidas no manual da *WHODAS 2.0* contribuem não só para a avaliação do potencial da ferramenta, mas também têm a intenção de garantir que as traduções, adaptações culturais e utilizações sigam um padrão mundial. Tal como é mencionado no manual, “*WHODAS* como um todo é um instrumento diferente que foi desenvolvido especificamente para refletir a CIF”. Por consistir em uma ferramenta derivada da CIF, é natural e esperado que as terminologias e conceitos precisam refletir o que está contido na classificação, o que ocorre na versão original da *WHODAS 2.0*, bem como, nas versões A e C desta pesquisa, mas não acontece na versão B, que foi justamente a que obteve a autorização prévia da OMS.

Da mesma forma, conforme regem protocolos de tradução de instrumentos de avaliação, o processo deve incluir a retrotradução e adaptação cultural, a fim de garantir que a versão final traduzida corresponda ao sentido da original. Conforme destacou Balco (2018), avaliar a deficiência via *WHODAS* não é o objetivo da ferramenta que, na verdade, avalia a perda da funcionalidade, ou seja, a experiência da incapacidade. Portanto, ao usar a palavra “deficiência” para traduzir *disability*, a versão B criou uma variável de confusão aos usuários da ferramenta.

No passo de construir as definições das categorias da CIF, foram consideradas características ideais das definições operacionais. São consideradas características ideais das definições o fato de elas terem um significado e uma consistência do ponto de vista lógico, identificando unicamente o conceito mencionado pela categoria; e serem exclusivas e precisas, apresentando as características ou qualidades essenciais do conceito, além de obedecer às regras de taxonomia. Os termos utilizados devem ser neutros, sem conotações negativas. Cada definição na CIF contém, como também se observa na CID, notas de inclusão com sinônimos e exemplos, bem como notas de exclusão para alertar sobre possíveis confusões com termos relacionados¹³.

É importante lembrar que é possível uma tradução indireta de instrumentos, como a feita da *International Classification of Primary Care* a partir da edição portuguesa¹⁴, o que não foi colocado em questão, contudo, o processo sempre precisa garantir a exatidão conceitual.

A CIF faz um deslocamento paradigmático do eixo da doença para o eixo da saúde, trazendo uma visão diferente, que permite entender o estado de saúde dentro de contextos abrangentes. Como classificação de saúde, a CIF introduz um novo modo de compreender a situação das populações, de um modo mais dinâmico e mais complexo, compatível com o quadro multidimensional que envolve a experiência completa de vida. Uma importante característica da abordagem que foi adotada na CIF é a universalização da compreensão da funcionalidade, pois há o reconhecimento da população inteira como sendo passível de apresentar uma condição de perda ou de risco de perder graus de funcionalidade.

Conclusão

A CIF e as versões “A” e “C” são congruentes nos conceitos contidos nas palavras *impairment* e *disability*, enquanto que a versão “B” usa termos distintos da CIF, o que, por sua vez, é causa de variável de confusão. Assim, após análise, conclui-se que a versão “B”, embora atenda melhor os procedimentos necessários para tradução do material com *copyright*, teve falhas importantes de tradução, especialmente no que tange à retrotradução para adaptação cultural com equivalência conceitual e terminológica considerando a CIF como padrão-ouro.

Recomenda-se a adequação da versão “B”, seja por seus editores responsáveis ou por outros estudiosos. Sugere-se, portanto, o alinhamento entre as três versões estudadas, visando a unificação em uma proposta para a língua portuguesa, com especial atenção para manter a adequação cultural e semântica de acordo com a CIF, corroborando com o uso de uma linguagem padronizada conforme proposta na classificação.

Referências

1. Ustun, Tevfik Bedirhan, Kostanjsek, N, Chatterji, S, Rehm, J & World Health Organization. Measuring health and disability : manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). World Health Organization. Jun; 2012. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-\(-whodas-2.0\)](https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-(-whodas-2.0)). Acesso em: Mar. 2023.
2. Ustün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). World Health Organization; 2010. 152p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/52276/retrieve>. Acesso em: Mar. 2023.
3. Balco E. Use of the WHODAS 2.0 Scale in Primary Health Care: perspectives for disability prevention and promotion of human functionality by the Family Health Strategy. 2018. 155 p. Dissertation (Master Degree). Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2018.
4. Balco EM, Azevedo-Marques JM. Escala WHODAS 2.0 e Atenção Primária à Saúde: reflexões e apontamentos no uso de uma versão brasileira. Revista Científica CIF Brasil. 2017;9(9):45-56.
5. Castro SS, Leite CF. Avaliação de Saúde e Deficiência - Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). World Health Organization;

2015. 153p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9788562599514_por.pdf. Acesso em: Mar. 2023.
6. Silveira C, Parpine MA, Pacagnella RC, Camargo RC, Costa ML, Zanardi DM, Ferreira EC, Santos JP, Hanson L, Cecatti JG, Andreucci CB. Adaptação transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para o Português. **Rev. Assoc. Med. Bras.** Jun 2013. 59 (3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/3zmVRSkXsBcvd96JfkZ6cgw/>. Acesso em: Mar. 2023.
 7. Moreira A, Alvarelhão J, Silva AG, Costa R, Queirós A. Tradução e validação para português do WHODAS 2.0 - 12 itens em pessoas com 55 ou mais anos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2015. 33(2):179-182. Disponível em: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-traducao-e-validacao-portugues-do-S0870902515000358>
 8. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. **Qual Quant**. 2018; 52(4):1893–1907.
 9. Minayo MC, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Públ.* 1993; 9(3): 239-262.
 10. 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, órgão; coordenação da tradução Profa. Dra. Cássia Maria Buchalla, 2003]. - 1ª edição, 3ª reimpressão. Atual - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2020.
 11. Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2008Jun;11(2):324–35. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200014>
 12. Martins AC, Cordeiro ES. Deficiência não é incapacidade: o que isso significa? *Revista CIF Brasil*. 2015;3(3):18-27.
 13. Cruz BMS, Bal EM. Disability: deficiência ou incapacidade? *Revista CIF Brasil*. 2023; 15(1):74-86. Disponível em: <https://doi.editoracubo.com.br/10.4322/CIFBRASIL.2023006>
 14. Rodrigues ALB. Tradução médica e terminologia: estudo comparativo entre a ICPC-2, em inglês, e sua tradução para o português brasileiro. 2020 [Trabalho de Conclusão de Curso]. Instituto de Letras e Linguística. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2020.

Anexo 05

Tradução e adaptação transcultural do Model Disability Survey

Eduardo Santana Cordeiro¹, João Mazzoncini de Azevedo Marques², Andrea Souza Rocha³

1 Universidade de São Paulo.

2 Universidade de São Paulo.

3 Associação Internacional de Especialistas e Pesquisadores em Funcionalidade e CIF.

RESUMO

Um dos instrumentos criados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para facilitar a aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) foi o *Model Disability Survey* (MDS), que se configura como um inquérito populacional para levantar informações sobre as experiências de incapacidade. O MDS é um questionário baseado nas categorias da CIF. Este artigo busca introduzir a versão brasileira do MDS para usuários clínicos, gestores e epidemiologistas que buscam organizar e parametrizar indicadores de funcionalidade. O processo de tradução foi conduzido de acordo com as regras formais, após confirmar a permissão para tradução do material junto à OMS. Todos os documentos sobre o MDS foram traduzidos e estão disponíveis gratuitamente na rede mundial de computadores. O MDS aborda a funcionalidade a partir de uma perspectiva de diagnóstico biopsicossocial, com coleta objetiva e em tempo adequado. Esperamos que o uso do MDS se dissemine na atenção primária do Brasil, auxiliando no ordenamento de fluxos assistenciais e de benefícios sociais.

Descritores

Funcionalidade, inquérito, tradução.

INTRODUÇÃO

Funcionalidade e incapacidade são conceitos universais e opostos. Conforme estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), a incapacidade é uma experiência e não uma característica. Além disso, pode ser vivenciada por qualquer pessoa, independentemente da sua condição de saúde. A CIF é uma forma de registrar, documentar e organizar essas informações, de maneira que elas possam ser avaliadas, monitoradas e controladas em âmbito populacional ao longo do tempo e do espaço geográfico¹.

O modelo biopsicossocial também foi incorporado na CIF, embora adicionalmente contemple a presença da versão atualizada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, a CID. Isso significa que as classificações são complementares e podem compor um processo interativo, multidirecional e multidimensional².

Para além da questão teórica e conceitual, a CIF também possui um sistema alfanumérico capaz de traduzir dados de funcionalidade numa linguagem passível de tratamento estatístico, qual seja, por codificação³. O sistema de codificação da CIF é demasiadamente simples: a matriz da informação é o componente intitulado “atividades e participação”. Nele, basta estabelecer as diferenças entre capacidade (o que depende do estado corporal) e desempenho (o que depende da interação com o contexto, o que inclui

os fatores ambientais)⁴. Uma forma de facilitar ainda mais essa análise organizada da funcionalidade é por meio de instrumentos baseados na CIF, como é o caso do Model Disability Survey (MDS)⁵.

O MDS é especialmente aplicável da atenção primária e ajuda a equipe de saúde no diagnóstico biopsicossocial, permitindo intervenções clínicas mais adequadas e baseadas num modelo integrador. O uso constante também pode favorecer o acompanhamento a longo prazo por meio de indicadores de funcionalidade, desenhados nos moldes já utilizados em Epidemiologia, o que pode ser especialmente importante para o acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis. Por esses motivos, este artigo tem como objetivo apresentar a versão traduzida do MDS para o português do Brasil. A tradução é autorizada pela OMS nos termos do *Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO license (CC BY-NC-SA 3.0 IGO)*.

MÉTODO

O MDS é uma ferramenta de pesquisa que fornece informações abrangentes sobre os níveis de funcionalidade e incapacidade em uma população. Também identifica necessidades não atendidas, barreiras e desigualdades enfrentadas por pessoas com diferentes condições de saúde. O MDS foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde e pelo Banco Mundial.

O instrumento foi elaborado para ajudar os países a entender melhor a situação de funcionalidade das pessoas, incluindo se elas enfrentam dificuldades leves, moderadas ou graves, e o que precisa ser feito para garantir que possam desfrutar plenamente de seus direitos. O MDS também apoiará os países a implementar e relatar os objetivos de desenvolvimento sustentável. Com base na CIF, o MDS garante que a incapacidade seja vista como algo dinâmico, com base na situação de um indivíduo, que pode mudar se e quando o ambiente se tornar mais favorável. Ou seja, o que está em foco é a situação da pessoa e não a pessoa em si.

Cooperação interinstitucional

Esta tradução e adaptação transcultural do MDS para o português brasileiro teve início no detalhamento do projeto de pós-doutoramento intitulado “Desenvolvimento e aplicação da CIF no cuidado biopsicossocial integrado e centrado na pessoa no âmbito da atenção primária e da saúde do trabalhador” aprovado pelo comitê de ética do Centro de Saúde Escola Dr. Joel Domingos Machado da Universidade de São Paulo, sob nº 53579221.1.0000.5414. O processo teve cooperação da Associação Internacional de Especialistas e Pesquisadores em Funcionalidade e CIF, especificamente com uma comissão especial de verificação de traduções e documentos oficiais relativos à CIF.

Com base em duas versões traduzidas por pares, foi feita a síntese de ambas as traduções. Nesta etapa, o pesquisador principal procedeu à comparação das duas versões traduzidas e produziu uma versão de conciliação⁶. No processo de confecção da versão de conciliação, para cada diferença de palavras, termos ou expressões, houve uma seleção da melhor delas, considerando a CIF como padrão-ouro em caso de divergências. Ou seja, as palavras com mais de uma possibilidade de tradução foram traduzidas conforme o

termo escolhido na versão brasileira do documento original: a CIF. Como produto final da adaptação transcultural, obteve-se a versão definitiva do MDS em português do Brasil. Aprovação da versão definitiva

Após a adaptação, iniciou-se a terceira etapa do processo. O material em português foi encaminhado a outro tradutor que não tivesse relação com as demais etapas do projeto ou contato prévio com o instrumento originalmente escrito em inglês, para que fosse realizada a retrotradução⁷. Finalizada a retrotradução, o pesquisador principal comparou os resultados com a versão original em Inglês.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A versão traduzida e transculturalmente adaptada do MDS está disponível e livre para carregamento no sítio eletrônico <http://www.portaldacif.com.br> na rede mundial de computadores. Nesta versão, seguindo o referencial da CIF, o MDS aborda a funcionalidade de acordo com os componentes da classificação.

O manual do MDS apresenta todas as informações sobre as convenções tipográficas, que são as mesmas para todas as versões do questionário. É necessário rigor na aplicação do instrumento e que essas convenções tipográficas sejam respeitadas. O leitor poderá encontrar outras versões traduzidas do MDS sendo que esta não tem a intenção de ser a única. Todas as traduções que seguem os padrões recomendados podem ter valor acadêmico e científico sendo que o mais importante é manter a congruência com os termos e conceitos da CIF.

Assim, o usuário do MDS em português deve ter em mente que qualquer dificuldade relatada pode ser imediatamente comunicada aos pesquisadores responsáveis por contato direto via sítio eletrônico no qual o instrumento está disponibilizado.

As informações sobre o MDS nos documentos de aplicação não são suficientes para esgotar as recomendações da OMS quanto à aplicação do instrumento. Isso reforça a importância da leitura do manual, também traduzido e adaptado transculturalmente para o português. No manual, o usuário encontrará orientações sobre as formas mais adequadas de lidar com dados perdidos, como obter a pontuação total e outras informações práticas de grande relevância aplicáveis ao uso do instrumento.

A tradução do MDS para o português exigiu adaptação transcultural mínima, visto que o documento principal, que é a própria CIF, já está consolidado desde 2003, incluindo no processo a publicação da Resolução nº 452/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O MDS originalmente já foi desenvolvido com base em estudos transculturais e os pesquisadores incluíram cuidadosamente os itens no instrumento, somente após considerar sua natureza e prática em diferentes culturas, seguindo um único conjunto de protocolos de estudo intercultural de aplicabilidade com o objetivo de garantir que o MDS tivesse um alto grau de equivalência entre diferentes culturas e ambientes, o que já acontece também com a CIF.

Sendo o MDS um instrumento genérico, desenvolvido para avaliar a funcionalidade das pessoas, independente da presença de doenças, cabe aos usuários procederem aos estudos de verificação das suas propriedades psicométricas. A aplicação do MDS deve ser incentivada nas diversas áreas da seguridade social, sendo que esta tradução pode ser usada nos trabalhos de introdução da 11ª revisão da CID nos sistemas

de informação dos países de língua portuguesa, já que a nova versão da CID contempla a funcionalidade e o uso do MDS em seu suplemento.

O MDS pode ser aplicado em diversos contextos: saúde, previdência, compensações trabalhistas e outros. Ele preenche uma lacuna na padronização da coleta de informações sobre a funcionalidade que hoje não são organizadas em sistemas alfanuméricos consistentes nos sistemas de informação. O MDS, assim como a CIF, também traz conteúdos que reforçam a ideia de tratar a funcionalidade como um processo complexo, dividido em graus, diferente de uma perspectiva dualista. Funcionalidade e incapacidade são estados opostos, mas não dicotômicos: quanto maior a perda da funcionalidade, maior o grau de incapacidade. Essa abordagem avança na compreensão das diversas nuances e variações do ser humano e avança também na argumentação para tomadas de decisão que deixam de ser baseadas na CID e passam a ser baseadas no conjunto CID e CIF.

CONCLUSÃO

A versão brasileira do MDS está traduzida, adaptada culturalmente e totalmente alinhada à versão da CIF em português relativamente aos conceitos e termos principais. Está pronta e disponível para uso por clínicos, epidemiologistas, gestores e pesquisadores. Estudos posteriores de validação para diversos fins específicos podem ser desenvolvidos.

RECONHECIMENTO

Agradecimentos muito especiais ao Dr Olaf Andres Kraus de Camargo por revisar o estilo português do manuscrito, à Vânia Lickfeld por revisar o estilo inglês e ao apoio da Associação Internacional de Especialistas e Pesquisadores em Funcionalidade e CIF.

REFERENCES

1. 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, órgão; coordenação da tradução Profa. Dra. Cássia Maria Buchalla, 2003]. - 1ª edição, 3ª reimpressão. Atual - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2020.
2. Leonardi M, Lee H, Kostanjsek N, Fornari A, Raggi A, Martinuzzi A, Yáñez M, Almborg AH, Fresk M, Besstrashnova Y, Shoshmin A, Castro SS, Cordeiro ES, Cuenot M, Haas C, Maart S, Maribo T, Miller J, Mukaino M, Snyman S, Trinks U, Anttila H, Paltamaa J, Saleeby P, Frattura L, Madden R, Sykes C, Gool CHV, Hrkál J, Zvolský M, Sládková P, Vikdal M, Harðardóttir GA, Foubert J, Jakob R, Coenen M, Kraus de Camargo O. 20 Years of ICF-International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 8;19(18):11321. doi: 10.3390/ijerph191811321. PMID: 36141593; PMCID: PMC9517056.
3. Araújo ES de, Neves SFP. CIF ou CIAP: o que falta classificar na atenção básica?. *Acta Fisiátr*. [Internet]. 9 de março de 2014 [citado 17 de agosto de 2023];21(1):46-8. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103827>

4. Araujo ES. CIF: linearidade no modelo biopsicossocial. Rev Fisioter S Fun. Fortaleza, 2013 Jan-Jun; 2(1): 6-13.
5. World Health Organization. Model Disability Survey (MDS): survey manual. Geneva (CH): WHO; 2017 [citado 6 jun 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258513/9789241512862-eng.pdf?sequence=1>
6. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Cienc Saude Colet. 2011;16(7):3061-8. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
7. Almasreh E, Moles R, Chen TF. Evaluation of methods used for estimating content validity. Res Soc Adm Pharm. 2019;15(2):214-21. <https://doi.org/10.1016/J.SAPHARM.2018.03.066>

Anexo 06

Indicadores de funcionalidade: uma proposta

Functioning indicators: a propose

Eduardo Santana Cordeiro¹, Fernanda de Freitas Thomaz Cordeiro², João Mazzoncini de Azevedo Marques³

1 Universidade de São Paulo.

2 Associação Internacional de Especialistas e Pesquisadores em Funcionalidade e CIF.

3 Universidade de São Paulo.

Resumo

Este estudo propositivo, amparado em uma abordagem bibliográfica, teve como objetivo apresentar um grupo de indicadores para sistematização dos dados de funcionalidade, preenchendo a lacuna observada nos sistemas de informação em saúde. Desta forma, a partir dos códigos alfanuméricos da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) foram descritos os indicadores de Prevalência, Densidade de incidência e Risco de incapacidade, que avaliam a incapacidade no presente, no passado e no futuro, assim como, os de Densidade de incidência de recuperação da funcionalidade e Chance de recuperação da funcionalidade. Acredita-se que a utilização desses indicadores, habitualmente utilizados para avaliação, monitoramento e controle de dados de morbidade e mortalidade, poderá gerar os dados necessários para a avaliação e monitoramento da funcionalidade e da incapacidade em nível populacional, servindo ainda de base para elaboração de estratégias políticas de recuperação e preservação da funcionalidade da população.

Palavras-chave: dados, indicadores, funcionalidade.

Introdução

Em geral, os sistemas de informação em saúde brasileiros apresentam robustez em três aspectos: mortalidade, morbidade e intervenções. Isso pode ser observado no sistema chamado DATASUS, disponibilizado eletronicamente no sítio eletrônico <http://www.datasus.saude.gov.br> e subdividido em vários campos temáticos. Ele provê informações que podem subsidiar análises objetivas da situação de saúde em nível populacional e assim fornecer bases para elaboração de estratégias políticas¹.

Esse sistema teve o seu início com o registro sistemático de dados de mortalidade, o que se estruturou definitivamente com o SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade. Atualmente, outros sistemas também já são consolidados. Podemos citar como exemplos o Sinasc (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), o SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais), o SIHD (Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado) e o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

O sítio eletrônico do DATASUS informa que tem evoluído para avaliar, monitorar e controlar dados sobre incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais. Contudo, essa evolução ainda depende de uma melhor organização e sistematização das informações de funcionalidade², já que elas ainda não

aparecem representadas por classificações alfanuméricas ou códigos de referência, como já acontece nos sistemas mais antigos.

É possível notar que o SIM, o Sinasc, o SIA, o SIHD e o SINAN usam sistemas de codificação, como é o caso da CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – e do SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção do Sistema Único de Saúde. Esses dois conjuntos classificatórios ajudam a organizar os indicadores de saúde, tais como, os de causa de morte, motivos de internação, tipos de intervenção e outros. Já os demais sistemas citados não são embasados em códigos alfanuméricos que possam registrar, por exemplo, dados sobre fatores ambientais, participação social e atividades humanas.

Assim, o objetivo deste artigo é propor um grupo de indicadores que se relacionem com a sistematização de dados de funcionalidade: incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais.

Método

O presente artigo tem um caráter propositivo e é amparado em uma abordagem bibliográfica. Ele está relacionado com parte dos resultados de um projeto de pós-doutoramento intitulado “Desenvolvimento e aplicação da CIF no cuidado biopsicossocial integrado e centrado na pessoa no âmbito da atenção primária e da saúde do trabalhador” aprovado pelo comitê de ética do Centro de Saúde Escola Dr. Joel Domingos Machado da Universidade de São Paulo, sob nº 53579221.1.0000.5414.

Trata-se de um estudo desenvolvido a partir de uma análise do potencial do uso de codificação da funcionalidade adequada a indicadores já consolidados na prática epidemiológica¹. O trabalho foi desenvolvido em três etapas, descritas a seguir.

Na primeira etapa, foi feita a identificação de um sistema alfanumérico criado a partir de uma matriz de informação específica para documentar e organizar dados de participação social e de atividades humanas, diferenciando-as quanto ao desempenho e à capacidade, relacionando o primeiro com os fatores ambientais e o segundo com as condições orgânicas. Entendemos como sendo o instrumento ideal, não só pelo seu conteúdo e objetivo, mas também pelo fato de fazer parte da mesma família da CID, já largamente utilizada nos sistemas de informação em foco.

O sistema alfanumérico identificado foi publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001 e intitula-se Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)³. Ela permite uma descrição ampla da situação das pessoas e pode ser utilizada como uma ferramenta de referência, por ser capaz de uniformizar conceitos e por usar uma linguagem padrão como facilitadora da comunicação entre pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e usuários em geral.

Na segunda etapa, foi selecionado um grupo de indicadores comuns e largamente utilizados em Epidemiologia no âmbito da morbi-mortalidade, a fim de identificar seu potencial de uso com dados de funcionalidade. Os indicadores selecionados foram de: prevalência, densidade de incidência e risco⁴.

Na terceira etapa, consideramos a característica e recorrência do uso da CID para dados sistematicamente organizados e que podem ser tratados estatisticamente. Assim,

assumimos que, ao transformarmos a descrição da funcionalidade em códigos alfanuméricos, poderemos obter a mesma possibilidade de organização sistemática, possibilitando o tratamento estatístico dos dados de funcionalidade e incapacidade.

Resultados e discussão

Estudos que buscam entender a mortalidade e a morbidade, de forma geral ou específica, relacionadas a fatores biológicos ou ambientais, usam habitualmente indicadores epidemiológicos de prevalência, de incidência e de risco, além de classificações internacionais⁵ A adequação preliminar desses indicadores baseados em doenças e causas de morte, identificáveis pela CID, para o embasamento de pesquisas no âmbito da funcionalidade e incapacidade, identificáveis pela CIF, resultou nas seguintes possibilidades:

1. Prevalência de incapacidade.

$$\frac{\text{Código da CIF}}{\text{total}} \times 100 = \text{prevalência}$$

A CIF identifica em seus domínios e componentes, aspectos relacionados à restrição da participação, à limitação da atividade e às alterações orgânicas. Ela intitula esses aspectos como aspectos negativos da funcionalidade, ou seja, incapacidade. Assim, qualquer código dos componentes “Funções do Corpo”, “Estruturas do Corpo” ou “Atividades e Participação” que identifique, por exemplo, alguma dificuldade, pode ser utilizado na fórmula de prevalência da incapacidade.

Por exemplo, podemos considerar que na população de um bairro de determinada cidade, temos 300 moradores com mais de 70 anos de idade. Desses, 32 apresentam alguma dificuldade de andar longas distâncias. “Andar longas distâncias” é uma categoria da CIF. A descrição da categoria indica que a CIF considera longa a distância que seja maior do que 1 km. Logo, temos no bairro 32 pessoas com mais de 70 anos que têm algum grau de dificuldade de andar uma distância maior que 1 km. Essa dificuldade é classificada na CIF com o código d4501.88.

A fórmula abaixo pode ser usada para calcular a prevalência da dificuldade de andar longas distâncias entre pessoas com mais de 70 anos de determinado local:

$$\frac{32 \text{ casos de “d4501.88”}}{300 \text{ pessoas } > 70 \text{ anos}} \times 100 = 10,66\% \text{ de d4501.88}$$

O indicador aponta que 10,66% das pessoas com mais de 70 anos naquele bairro têm dificuldade de andar longas distâncias, representada pelo código d4501.88. A prevalência ajuda em estudos comparativos, como análises entre bairros da mesma cidade ou cidades do mesmo Estado, pois, traz para termos percentuais permitindo a comparação que não seria possível pela observação de números absolutos.

2. Densidade de incidência de incapacidade.

$$\frac{\text{Código da CIF}}{\text{tempo}} = \text{densidade de incidência}$$

A densidade de incidência busca identificar o risco médio de desenvolver um evento em específico (no nosso caso, determinada incapacidade) em um determinado

período e local. Há um pressuposto de que a população em análise já está previamente sob risco e que entram para acompanhamento em tempos diferentes.

Num caso hipotético em que temos uma indústria automobilística que abriu uma nova unidade de produção na qual o uso dos membros superiores é frequente, podemos acompanhar o aparecimento de rupturas do manguito rotador. A ruptura superficial do manguito rotador pode ser classificada na CIF com o código s7202.15.

Na hipótese, podemos simular o aparecimento de 25 casos de s7202.15. É importante que façamos o acompanhamento do tempo, desde a contratação do trabalhador para a nova unidade até a identificação da lesão. Nesta suposição, faremos o acompanhamento em número de semanas. No cálculo da densidade de incidência, é necessário somar o tempo de todos os casos para então calcular a taxa:

$$\frac{25 \text{ casos de s7202.15}}{20.816 \text{ semanas}} = 0,0012 \text{ s7202.15/semana}$$

20.816 semanas

O indicador aponta que aparecem 0,0012 casos novos de s7201.15 por semana na nova unidade de produção da empresa automobilística. Esse dado pode ser acompanhado ao longo dos anos a fim de conhecer se estratégias de prevenção estão ou não, por exemplo, diminuindo a taxa de casos de lesão no ombro.

3. Risco de incapacidade

1 - 1

$$\frac{1}{2,71^{di \cdot \text{delta}}} = \text{risco de incapacidade}$$

O risco de incapacidade é sempre calculado mediante uma taxa de densidade de incidência previamente conhecida. Faz parte da fórmula a constante de Euler. O indicador busca identificar a possibilidade de um indivíduo saudável desenvolver o mesmo problema num determinado período de tempo. Para nosso exemplo, continuaremos com o caso da nova unidade de produção da empresa automobilística. Nós já temos a densidade de incidência de 0,0012 por semana. O indicador de risco pode estimar a chance que um trabalhador novo tenha de desenvolver s7201.15 num determinado período de tempo.

Supondo que precisamos saber o risco que o novo trabalhador tem de desenvolver a lesão após 60 semanas da contratação, podemos aplicar a fórmula como a seguir:

1 - 1

$$\frac{1}{2,71^{0,0012 \cdot 60}} = 0,07 \text{ ou } 7\% \text{ de risco de desenvolver s7201.15 após 60 semanas.}$$

A sigla “di” foi substituída pela densidade de incidência e a palavra “delta” pelo tempo que queremos investigar: 60 semanas. O indicador é uma previsão do risco que um indivíduo novo corre de desenvolver determinado evento em um local em que há incidência conhecida desse mesmo evento.

4. Densidade de incidência de recuperação da funcionalidade

Código da CIF = densidade de incidência
tempo

A fórmula de cálculo é idêntica à da densidade de incidência de incapacidade, contudo, o código da CIF a ser utilizado não é um código que identifica um problema, mas a recuperação de algum aspecto de funcionalidade.

Vamos supor que determinado serviço especializado atende a atletas amadores de futebol com o intuito de ajudá-los a retornar a praticar o esporte. O código da CIF que identifica a prática esportiva sem dificuldades é o d9201.00. Hipoteticamente, no último semestre, o serviço recuperou 44 atletas e o processo de recuperação durou entre 12 e 18 horas, divididas em dias de atendimento. O cálculo do índice de recuperação de funcionalidade se dá por meio da divisão do número de atletas recuperados pela soma dos tempos de tratamento. Assim, temos:

44 casos de d9201.00 = 0,066 d9201.00/hora.

660 horas

O índice indica que 0,066 pacientes se recuperam a cada hora de tratamento nesse serviço especializado, de acordo com os resultados obtidos nos últimos 06 meses.

5. Chance de recuperação da funcionalidade

1 - 1

———— = chance de recuperação
2,71^{di. delta}

No mesmo serviço, é possível estimar a chance de recuperação de um atleta amador que inicia o tratamento, aplicando a fórmula de risco para prever a chance de recuperação da funcionalidade. No nosso exemplo, vamos prever a chance de retorno ao esporte após 10 horas somadas em atendimentos:

1 - 1

———— = 0,48 ou 48% de chance de recuperação após 10 horas de tratamento.
2,71^{0,066.10}

O uso dos três formatos de indicadores analisa períodos diferentes. Enquanto a densidade de incidência baseia-se no que ocorreu no passado, a fórmula de risco (ou de chance) estima sobre o futuro. Já o indicador de prevalência é útil para estudos transversais, ou seja, com foco no período presente.

Conclusão.

Os indicadores habitualmente utilizados para avaliação, monitoramento e controle de dados de morbidade e mortalidade podem ser usados no âmbito da funcionalidade e incapacidade, desde que se aplique o sistema de codificação da versão atualizada da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), do mesmo modo que habitualmente se faz com a versão atualizada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID).

Referências bibliográficas

1. REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Organização Panamericana de Saúde. 2008 [LIVRO - ISBN 978-85-87943-65-1].
2. Silva EVC, Batista LLL. Elaboração e análise de indicadores de funcionalidade baseados na CIF em um CER no Recife. Curso de Fisioterapia da Faculdade de Saúde do Pernambuco. 2023 [Trabalho de Conclusão de Curso].
3. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Editora USP. 2003 [LIVRO - ISBN 978-85-314-0784-0].
4. Merchán-Hamann E, Tauil PL, Costa MP. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura. Inf. Epidemiol. Sus [Internet]. 2000; 9(4): 276-284. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732000000400006&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16732000000400006>.
5. Araujo ES, Neves SFP. 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. 2015;(39)2:470-477. DOI: <http://www.doi.org/10.5327/Z0100-0233-2015390200021>.

Anexo 07

ICF: why a Collaborating Center?

Eduardo Santana Cordeiro¹, Danielle Borrego Perez², João Mazzoncini de Azevedo Marques³

1 Universidade de São Paulo.

2 Associação Internacional de Especialistas e Pesquisadores em Funcionalidade e CIF.

3 Universidade de São Paulo.

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) belongs to the World Health Organization (WHO) Family of International Classifications, which is a broad system for coding health information in an integrated manner. Within this "family", the specificity of the ICF is to provide a unified and standardized language and structure that describes health and health-related states across sectors.

At the 54th World Health Assembly on May 22, 2001, through Resolution WHA 54.21, the final version of the ICF was approved. The 54th Assembly endorsed the ICF and urged member countries to use the ICF in research, surveillance, and reporting, considering the specific situations and the models for collecting and organizing information on functioning, consolidating a scientific basis for understanding and studying health and health-related conditions, their determinants and effects, in addition to establishing a common language, allowing comparison of data between countries, disciplines, services, and at different times over time, and providing a coding scheme for information systems¹.

Joint data on morbidity, mortality, functioning and interventions provide a broader and more meaningful picture of people's health, supporting decision-making purposes and this is the main purpose of the WHO Family.

It is understood that the implications of overcoming linear models of understanding the health-disease process should be substantially guided from the training of professionals working in social security. Otherwise, transformations may remain disjointed and without political expression².

As the ICF is a classification of health and health-related aspects accepted as one of the social classifications of the United Nations and incorporated for use in affirmative actions, we can affirm that it is the appropriate instrument for social security, social assistance, and health care management, including prevention, promotion, recovery and improvement of social participation. It stimulates the provision of social supports and facilitators. Its attributes contribute to the development of national legislation and the formulation of public policies that optimize individual and collective functioning^{1,2}.

Brazilian legislation

Considering the need to develop public health policies that highlight functioning in all life cycles, in Brazil, Resolution No. 452/2012, published by the National Health Council and approved by the Ministry of Health on May 10, 2012, of an intersectoral nature, provides that the ICF be used in the Unified Health System, including in Supplementary Health. In addition, other attributes are mentioned in this legal norm, establishing the use in the following segments:

- a tool to measure outcomes about well-being;
- statistical tool for collecting and recording data;
- clinical tool for assessing needs;
- a tool for visibility and evaluation of work processes;
- a tool for sizing and resizing services;
- a tool for planning social security systems and compensation systems;
- pedagogical tool in the design of educational programs;
- a tool for generating standardized health information;
- a tool to instrumentalize management³.

Three years after the resolution, Law No. 13.146/2015 was sanctioned, which in its Article 2 establishes that, when the assessment of cases is necessary, it must be biopsychosocial, multiprofessional and interdisciplinary. The need for assessment exists when a citizen requires some social benefit, such as pensions, paid work leave, indemnities, tax exemption, tax exemption, participation in legal reserves at work or in education, among others. The paragraphs of the same legal article also establish that the content of the evaluations should include the description of body functions and structures, environmental and personal factors, activities and participation⁴.

In addition, there are some Brazilian studies that point out that teaching the biopsychosocial model and ICF in undergraduate courses is a good strategy to establish the use of the tool and lead to a paradigm shift. Speech and Hearing Therapy was the first and, so far, the only profession to take steps in this direction, since in the process of updating the national curriculum guidelines, a paragraph of inclusion was instituted in the preliminary phase of the National Health Council, CNS Resolution No. 610/2018 (<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso610.pdf>):

"Art.22 - The international classification of functioning (ICF), recommended by the World Health Organization, must be contemplated transversally in the CPP."

Thus, even in the absence of joint work, we can observe that Brazil has been advancing in the process of teaching, implementing and using ICF.

Health services

Discussing the role of the ICF as a tool in the production of information that contributes to the planning and management of health services has been the subject of much research^{5,6,7,8,9}. Health information is fundamental to the success of the political-administrative organization of health. Health indicators allow monitoring the outcome of the objectives and goals proposed in government programs related to health administration.

Health policy planning is presented in two plans: the National Health Plan and the Multi-Year Plan. For the organization process, it was established as a guideline for planning within the SUS and the elements that should compose planning: health situational analysis; objectives, goals and indicators and the monitoring and evaluation process. The PNS is a structuring element for the planning, monitoring and evaluation of the policies and programs of the Ministry of Health, establishing guidelines, priorities, goals and indicators that must be met in the current four-year period. According to Decree

No. 9,795, of 05/17/2019, the control and monitoring of health information is the responsibility of the Ministry of Health¹⁰.

Planning health actions based on information management requires adequate collection mechanisms. Information systems with adequate capacity and methodology for data management and integration enable the administration of the supply of services with resoluteness, positively impacting the reduction of morbidity and mortality rates and the expansion of functioning¹¹.

The introduction of functioning and disability indicators in health care networks, household sample surveys, health surveys and clinical evaluation can contribute to the planning and elaboration of health strategies, health services management, monitoring of conditioning environmental factors and the formulation of public policies^{12,13}.

Attempts to incorporate the ICF into the routine of services and the structuring of health policies are still scarce.

The continuous planning released the first national data, highlighting that the methodological framework for collecting information is based on the ICF. The questionnaires applied also followed international recommendations of the Washington Group. The survey sought to identify difficulties and create indicators that better represent those who face barriers¹². A strong criticism of the methodological model used to collect information and survey functioning indicators is that the structure used does not cover the identification of contextual factors and, therefore, is not sufficient to subsidize the structuring of policies and service provision. Prevalence rates based on anatomical-physiological changes, restrictions and limitations do not provide sufficient data for eligibility for social protection programs, nor for the organization of health service provision and public policies. Many health models consider the environment as a conditioning factor of the health-disease process and in this perspective, the health-disease binomial can only be studied in isolation, didactically, on the contrary, it must be understood through the interaction between health states and the environment¹⁴. Likewise, the environment is one of the main generators of human disability; people with the same organic alterations and with the same capacity problems may present different problems to perform their activities, attributing almost entirely to the influence of contextual factors (environmental and personal). The health-disease process is influenced by the multiplicity of personal and environmental variables, contained in the biopsychosocial paradigm^{15,16}. The paradigmatic change lies in the understanding that health is not an isolated and static condition, but also involves the quality of relationships and the family, professional, social, economic, political context, among others, in which the individual is inserted and which, therefore, exert influence on him^{15,16,17}.

Advances can be identified in the evaluation for the granting of the Continuous Cash Benefit, which has its instrument structured from the ICF. The instruments were created based on the operational needs of the work process¹⁸.

The political-administrative reorganization of health in Brazil, based on the epidemiological scenario, socio-demographic, socio-educational, socio-political and socio-cultural conditions, is a challenge, initially, of health information management. Health information generated from the biopsychosocial model, multidirectional, multidimensional and inclusive context, in a perspective of organizational coherence,

meets the principles of integrality, equity, universality and territorialization. The ability to generate and organize functioning and disability data can result in a set of primary data that express the health status of the population. Indicators of morbidity and mortality do not express the conditions and contexts in which people live and participate in their tasks, likewise, they do not contribute to the reorganization of health policies and services, justifying the need for a third health indicator¹⁹.

The inclusion of indicators in social security, organized based on the biopsychosocial model, can facilitate the integration of contextual with biological information and activities and participations^{20,21}. Describing health through the biopsychosocial model contributes greatly to the management of the resolution of health services and interventions^{19,21}.

The ICF presents in its operational structure, the understanding of the activity and participation domains, conceptually distinguishing capacity as the intrinsic conditions of the individual and performance as the involvement in activities in their daily environment¹. Health services, organized universally based on the structure guided by WHO, provide coverage for promotion, prevention, treatment, recovery and palliative care actions²².

Stucki and Bickenback (2017) discuss an operational model for the introduction of the functioning indicator, a third indicator, complementary to morbidity and mortality indicators, distinguishing biological health from health experience, in which the functioning indicator can be operationalized in the promotion, prevention, treatment, recovery and palliative care actions of the health system. The authors reinforce that for the structuring and monitoring of health recovery, the functioning indicator is the key indicator and that its application can serve not only as an indicator for monitoring the health status of a population and the results of clinical interventions and service provision, but also as an indicator capable of monitoring the results of the health system on the population and on the health experience lived by individuals.

Disjointed and disintegrated systems, redundant information, as well as problems of access to information, can contribute to the fragmentation of data that make up health information systems²³.

We can affirm that the Brazilian legislation has shown conceptual progress and some initiative for the ICF and the biopsychosocial model to guide professional practices in social security. On the other hand, there are efforts in the academic field to discuss and to include the theme in the teaching and learning process.

However, it is noted that the evolution has occurred in a disjointed way and even with a certain degree of independence between the sectors. This context still lacks a procedural, conceptual and even understanding of the ICF nomenclature and terminology. In practice, these may be the obstacles that have delayed the exit from a discursive level to a practical level.

A collaborative center that brings together stakeholders from different sectors will potentially be able to establish guidelines and build tools to help operationalize the ICF and the biopsychosocial model.

Understanding the current scenario of use, challenges and national needs, considering the different regional conditions, is necessary to establish practical proposals for teaching, implementation and use.

Final considerations

The International Association of Specialists and Researchers in Functioning and ICF (ISEF) made the proposal and had the approval in Plataforma Brasil under CAAE: 67298522.0.0000.5514, which aims to (1) create curves of use of the biopsychosocial model and ICF in Brazil and, with this, (2) establish new guidelines in the management of ICF in (2a) social security and in the process of (2b) professional training. The present article is also related to part of the results of a postdoctoral project entitled "Development and application of the ICF in integrated and person-centered biopsychosocial care in primary care and workers' health" approved by the ethics committee of the Centro de Saúde Escola Dr. Joel Domingos Machado of the University of São Paulo, under No. 53579221.1.0000.5414.

References

1. OMS. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp; 2020.
2. Araujo ES. CIF: uma discussão sobre linearidade no modelo biopsicossocial. *Fisioterapia e Saúde Funcional*. 2013;2(1):06-13. 3.
3. Ministério da saúde. Conselho nacional de saúde, resolução nº 452; 10 de maio de 2012. Decreto no 5.839, de 11 de julho de 2006.
4. Brasil. Lei 13.146 de 06 de julho de 2015, [L13146 \(planalto.gov.br\)](http://planalto.gov.br) a Lei Brasileira de Inclusão.
5. Chomem P; Kuwaki NS; Carraro, CF; Gallo RBS; Israel V. Construction and validation of an instrument for physical therapy assessment and functional classification in the biopsychosocial model of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for hospitalized HIV patients. *Fisioterapia e Pesquisa*. 30. 2023
6. Ferreira, JB; Vianna NG; Lima, Maria CMP. Clinical application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in children and adolescents from a public hearing rehabilitation service. *Revista CEFAC*; 24(2); -; 2022
7. Zerbeto AB; Chun RYS; Zanolli ML. Contribuições da CIF para uma abordagem integral na atenção à Saúde de Crianças e Adolescentes - CoDAS. 32. 2020. DOI: 10.1590/2317-1782/20202018320
8. Dantas DS; Correa AP; Buchalla CM; Castro SS; Castaneda L. Biopsychosocial model in health care: reflections in the production of functioning and disability data. *Fisioterapia em Movimento*. 33. 2020
9. Biz MCP; Chun, Regina YS. Operacionalização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF, em um Centro Especializado em Reabilitação. *CoDAS*. 32. 2020

10. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020-2023. 2ª Edição Brasília/DF, Fevereiro de 2021. Disponível em: [*plano_nacional_saude_2020_2023_2ed.pdf](#)
11. World Health Organization. Monitoring, evaluation and review of national health strategies. A country-led platform for information and accountability. Geneva. WHO. 2011.
12. [Pessoas com deficiência têm menor acesso à educação, ao trabalho e à renda | Agência de Notícias \(ibge.gov.br\).](#)
13. Araújo ES, Buchala CM. O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em inquéritos de saúde: uma reflexão sobre limites e possibilidades. REV BRAS EPIDEMIOL JUL-SET 2015; 18(3): 720-724. DOI: 10.1590/1980-5497201500030017
14. SAVASTANO, H. Abordagem do binômio saúde-doença e do concerto de personalidade no ecossistema: implicações em saúde pública. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 14:137-42, 1980. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101980000100011>
15. Costa, et al. (2020). Processos de saúde-doença: diálogos entre as teorias psicanalítica, cognitivocomportamental e sistêmica. SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo Revista da SPAGESP, 21(2), 111-125
16. Adler, R. H. (2009). Engel's biopsychosocial model is still relevant today. Journal of Psychosomatic Research, 67(6), 607-611. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.08.008>.
17. Bezerra, I. M. P., & Sorpreso, I. C. E. (2016). Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. Journal of Human Growth and Development, 26(1), 11-20. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>
18. Marcelino MA. A aplicação da CIF na avaliação de pessoas com deficiência para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC. Rio de Janeiro: WAK Editora; 2017. p. 215-32.
19. Stucki G, Bickenbach J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. Eur J Phys Rehabil Med. 2017;53(1):134-8.
20. Talo SA, Rytökoski UM. BPS-ICF model, a tool to measure biopsychosocial functioning and disability within ICF concepts: theory and practice updated. Int J Rehabil Res. 2016;39(1):1-10
21. World Health Organization. Monitoring, evaluation and review of national health strategies. A country-led platform for information and accountability. Geneva: WHO; 2011.
22. World Health Organization. Universal Health Coverage; [Internet]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/> [cited 2016, Nov 7].
23. Mutale W, Chintu N, Amoroso C, Awoonor-Williams K, Phillips J, Baynes C, et al. Improving health information systems for decision making across five sub-Saharan African countries: implementation strategies from the African Health Initiative. BMC Health Serv Res. 2013;13 (Suppl2):S9.

Anexo 08

Gravação do 7º Simpósio Internacional de Ensino da CIF

23 de outubro de 2021 – Manhã.

[7th ICF Education Symposium 2021, October 23 - Morning](#)

23 de outubro de 2021 - Tarde

[7th ICF Education Symposium 2021, October 23 - Afternoon](#)

24 de outubro de 2021 - Manhã

[7th ICF Education Symposium 2021, October 24 - Morning](#)

24 de outubro de 2021 – Tarde.

[7th ICF Education Symposium 2021, October 24 - Afternoon](#)

Anexo 09

Disciplina de Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da FMRP-USP

Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto
Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da FMRP-USP
Disciplina: *** - Classificação Internacional de Funcionalidade
Public Health Basis

Créditos Aula:	2	
Créditos Trabalho:	0	
Carga Horária Total:	32 h	
Tipo:	Semestral	
Ativação:	01/08/2022	Desativação:

Objetivos		
Proporcionar aos alunos os conhecimentos básicos para que possam compreender os fundamentos e princípios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), bem como, os seus campos de aplicação (ensino, clínica, estatística e políticas sociais) e compreender a funcionalidade humana na perspectiva do modelo biopsicossocial, integrado e centrado na pessoa para busca de meios de sua operacionalização atual no Brasil, tendo como referência o SUS.		
Docente(s) Responsável(eis)		
João Mazzoncini de Azevedo Marques	Eduardo Santana Cordeiro	
Programa Resumido		
De abordagem interdisciplinar, o curso apresenta a evolução da Classificação Internacional de Funcionalidade no Brasil e no mundo, nos diferentes contextos de aplicação, incluindo as perspectivas para o futuro próximo. Tomam-se por base a linguagem, os conceitos e o uso das categorias da classificação em modelos preparados para a Atenção Primária em Saúde e para a Atenção Especializada, com ênfase em Saúde do Trabalhador, visto que a avaliação biopsicossocial tem sido adotada na Seguridade Social do Brasil, especialmente na área previdenciária.		
Tópicos do programa		
1) Objetivos das Classificações Internacionais; 2) A transição epidemiológica como ponto de partida para a CIF; 3) O diagnóstico biopsicossocial; 4) Linguagem, conceitos e nomenclatura da CIF; 5) Componentes, capítulos, domínios e categorias; 6) A codificação (uso dos qualificadores);		

7) Modelos e instrumentos para inquéritos populacionais; 8) Ferramentas de coleta de dados baseadas na CIF para a atenção primária e especializada;; 9) Medidas de quantificação e qualificação da incapacidade laboral com a CIF.
Método - Aulas dialogadas online e ao vivo - Debates online e ao vivo - Pesquisa bibliográfica e atividades assíncronas Critérios - Participação - Trabalho de conclusão da disciplina Normas de recuperação - Prova escrita
Bibliografia 1 Araujo ES, Neves SFP. CIF ou CIAP: o que falta classificar na atenção básica? Acta Fisiatr. 2020;21(1):46-48. 2 Araujo ES; Junior JCO. A aplicação da CIF por agentes comunitários de saúde. Revista Científica CIF Brasil. 2014;1(1):18-26. 3 Balco EM. Uso da Escala WHODAS 2.0 na Atenção Primária à Saúde: perspectivas para a prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade humana pela Estratégia de Saúde da Família [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2018. 4 Balco EM, Azevedo-Marques JM de. Escala WHODAS 2.0 e atenção primária à saúde: reflexões e apontamentos no uso de uma versão brasileira [Internet]. Revista Científica CIF Brasil. 2017;9(9):45-56. 5 Snyman S, et al. International Classification of Functioning, Disability and Health: Catalyst for Interprofessional Education and Collaborative Practice. 2016. 285D. Forman et al. (eds.). Leading Research and Evaluation in Interprofessional Education and Collaborative Practice. 6 Snyman S, Von Pressentin KB, Clarke M. International Classification of Functioning, Disability and Health: Catalyst for interprofessional education and collaborative practice. J Interprof Care. 2015 jan;29(4):313-9. 7 Snyman S; Van Zyl M; Geldenhuys M. International Classification of Functioning, Disability and Health: Catalyst for Interprofessional Education and Collaborative Practice. 2016. 285D. Forman et al. (eds.). Leading Research and Evaluation in Interprofessional Education and Collaborative Practice

- 8 Bauer MS, et al. An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychol.* 2015 sep;3(1):32.
- 9 Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc. (São Paulo).* 2011;20(4):961-970.
- 10 Deslandes SF, Gomes R, Minayo MCS (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* 27ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- 11 World Health Organization. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. October 2013. Geneva: WHO.
- 12 Organização Mundial da Saúde. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. Geneva: Suíça. 2010.
- 13 Stewart M, et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Burmeister A, da Rosa SM, tradutores; Lopes JMC, revisor técnico. - 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.
- 14 Health Professions Accreditor Collaborative. Guidance on developing quality interprofessional education for the health professions. Chicago, IL: Health Professions Accreditors Collaborative. 2019.
- 15 Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu).* 2016;20(56):185-96.
- 16 Anastasiou LGC, Alves LP. Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 10ed. Joinville, Santa Catarina: Editora Univille, 2015. 115p.
- 17 Bispo Junior JP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro).* 2017;33(9).
- 18 Oliveira AC. Promoção de saúde e a funcionalidade humana [editorial]. *Rev Bras Promoç Saúde (Fortaleza).* 2013 jan/mar;26(1):1-4. Editorial.
- 19 Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro).* 2009 mar;25(3):475-483.

20 Muller J, et al. The value of interprofessional education in identifying unaddressed primary health-care challenges in a community: a case study from South Africa. *Journal of Interprofessional Care*. 2019;1(9).

21 Cordeiro ES. Seis passos para a linha de chegada. *Revista CIF Brasil*. 2020;12(1):03-05.

22 McIntyre A, Tempest S. Two steps forward, one step back? A commentary on the disease-specific core sets of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability & Rehabilitation*. 2007;29(18):1475-79.

23. Cordeiro ES. Tabela ESC: como calcular? *Revista CIF BRASIL*. 2019;11(1):1-3.