

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO TRABALHO E DA EMPRESA



CONTRIBUTO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO
INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE PARA A
IDENTIFICAÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE NAS DOENÇAS
CRÓNICAS

Carla Sandra Martins Pereira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientadora:

Prof. Doutora Ana Escoval

Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa

Co-orientador:

Mestre Alexandre Diniz

Direcção-Geral da Saúde

Setembro, 2008

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO TRABALHO E DA EMPRESA



CONTRIBUTO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO
INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE PARA A
IDENTIFICAÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE NAS DOENÇAS
CRÓNICAS

Carla Sandra Martins Pereira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientadora:

Prof. Doutora Ana Escoval

Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa

Co-orientador:

Mestre Alexandre Diniz

Direcção-Geral da Saúde

Setembro, 2008

AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo apenas foi possível por existirem várias pessoas que, desde a sua apresentação em projecto, acreditaram, não só na sua viabilidade enquanto dissertação de mestrado, como na minha capacidade para o realizar. A todos os que se cruzaram comigo nesta caminhada um sincero agradecimento.

À Prof.^a Doutora Ana Escoval ficarei sempre grata pelo seu voto de confiança e pelo seu envolvimento e empenho em criar as condições para a realização do estudo, tendo sempre uma atitude compreensiva. Ao Dr. Alexandre Dinis por ter aceite o desafio de promover este estudo, assegurando todas as formalidades e condições necessárias para a sua realização. Sem o seu envolvimento, este estudo não teria sido possível.

Um especial agradecimento a todos os elementos da amostra, particularmente ao grupo focal e painel de peritos, sem a sua disponibilidade e participação a recolha de informação deste estudo estaria comprometida.

À Alexandra Lopes por se disponibilizar para rever a redacção deste texto. Aos meus Pais que nunca duvidaram da conclusão desta dissertação e infatigavelmente me incentivaram e providenciaram todas as condições para a realizar.

Ao António, meu marido, e ao José Pedro, meu filho, por toda a compreensão e espera incansável, tão necessárias para realizar esta dissertação. Por fim, não posso deixar de referenciar a Mafalda, minha filha, que desde que existe, sempre lutou contra este estudo para conseguir a atenção da mãe, e ganhou a batalha muitas vezes.

RESUMO

Problema de investigação: Inexistência do registo dos componentes de saúde, de forma a identificar ganhos em saúde na população portadora de doenças crónicas.

Questão orientadora: Classificação Internacional de funcionalidade e Saúde (CIF) no Sistema de Saúde para identificar ganhos em saúde na população portadora de doenças crónicas.

Objectivo geral: Definir orientações estratégicas para o desenho da estratégia de implementação da CIF.

Objectivos específicos do estudo: 1.º Identificar barreiras à implementação desta Classificação no Sistema de Saúde; 2.º Identificar critérios relevantes para o planeamento de uma acção educacional que facilite a implementação da CIF e 3.º Identificar as oportunidades e ameaças, pontos fortes e os pontos fracos da implementação da CIF.

Tipo de estudo: Qualitativo com metodologia descritiva transversal, recorrendo a grupo focal, questionário e painel de *Delphi*.

Amostra: Profissionais de saúde, com experiência profissional em doenças crónicas e conhecimento das classificações da Organização Mundial de Saúde.

Conclusões: As barreiras ao processo de implementação são: ausência de um modelo educacional; incompatibilidade com os sistemas de registo existentes e desconhecimento do modelo de aplicação da CIF. A acção educacional para a implementação da CIF contempla formação presencial e em exercício para grupos multiprofissionais, com o objectivo de facilitar o processo de mudança e aumento da qualidade dos serviços prestados, recorrendo ao trabalho de equipa e às Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). As orientações estratégicas identificadas para a implementação da CIF no Sistema de Saúde centram-se no desenvolvimento de modelos de operacionalização da CIF para o Serviço Nacional de Saúde.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade; Ganhos em Saúde; Doenças Crónicas.

JEL Classification System: I10 – General; I18 – Government Policy; Regulation; Public Health.

ABSTRACT

Research problem: No existence of health components registration in order to identify gains in health in the population with chronic diseases.

Guiding question: International Classification of Functionality and Health (ICF) in the National Health System to identify gains in health in people with physical or chronic diseases.

General objective: Define the strategic guidelines for the design of the strategy for ICF's implementation.

Study specific objectives: 1st – Identify barriers when implementing this classification in the National Health System; 2nd – Identify relevant criteria when planning an educational action to facilitate ICF's implementation; 3rd – Identify opportunities, threats, strengths and weaknesses of ICF's implementation.

Type of study: Qualitative methodology with descriptive transverse, using focus group, questionnaire and Delphi panel.

Sample: Health professionals with experience in and knowledge of chronic diseases classifications of the World Health Organization.

Conclusions: The barriers to the implementation process are: absence of an educational model, incompatibility with the existing registration systems and lack of a model for implementing the ICF. The educational action for ICF's implementation comprises presential training for multidisciplinary groups to help with the process of change and increase the quality of services provided, resorting to teamwork and Information and Communication Technologies. The strategic guidelines identified for ICF's implementation in the Health System are focused on ICF's development for the operationalization of the National Health Service.

Key words: International Classification for Functionality; Gains in Health, Chronic Diseases.

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO.....	1
2.	ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA.....	6
2.1	Doença crónica.....	6
2.1.1	Prevalência das doenças crónicas.....	7
2.1.2	Impacto económico das doenças crónicas.....	8
2.1.3	Gestão da doença crónica.....	11
2.2	Ganhos em saúde nas doenças crónicas.....	13
2.2.1	A funcionalidade como indicador de ganhos em saúde.....	15
2.3	A CIF.....	16
2.3.1	Aplicações da CIF.....	21
2.3.2	Implementação da CIF.....	24
2.3.3	Estratégia de implementação da CIF.....	25
2.3.4	Estratégias educacionais para a implementação da CIF.....	30
2.3.5	Barreiras à implementação da CIF.....	36
2.3.5.1	Barreiras à implementação da CIF identificadas em Portugal...37	
2.4	Delimitação da problemática.....	37
2.4.1	Problema.....	38
2.4.2	Questão orientadora.....	38
2.4.3	Objectivo geral.....	38
2.4.4	Objectivos específicos.....	39
3.	METODOLOGIA.....	40

3.1	Tipo de estudo.....	41
3.2	População do estudo.....	42
3.3	Técnica de amostragem.....	42
3.3.1	Amostra do 1.º objectivo específico.....	44
3.3.2	Amostra do 2.º objectivo específico.....	44
3.3.3	Amostra do 3.º objectivo específico.....	45
3.4	Método de recolha de informação.....	46
3.4.1	Grupo focal.....	46
3.4.1.1	Análise de conteúdo.....	48
3.4.2	Questionário.....	50
3.4.3	Painel de <i>Delphi</i>	53
3.4.3.1	Análise SWOT.....	57
4.	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	60
4.1	1.º Objectivo específico.....	60
4.2	2.º Objectivo específico.....	70
4.3	3.º Objectivo específico.....	76
5.	CONCLUSÕES.....	94
6.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	98
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
8.	ANEXOS.....	109

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Pensionistas com incapacidade permanente por grupo etário.....	9
Gráfico 2 – Evolução de pensionistas com incapacidade permanente.....	10
Gráfico 3 – Representação em percentagem da frequência de critérios relevantes para o planeamento de uma acção de formação assinalados pela amostra.....	72

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Mudança de conceito da ICIDH para a CIF.....	19
Quadro 2 – Níveis de aplicação da CIF.....	22
Quadro 3 – Áreas de intervenção da CIF.....	23
Quadro 4 – Análise SWOT do acesso e implementação da CIF.....	27
Quadro 5 – Estratégias de implementação da CIF realizadas por diferentes países membros da OMS.....	28
Quadro 6 – Conteúdos dos módulos de formação.....	34
Quadro 7 – Objectivos específicos, metodologia e amostra de estudo.....	43
Quadro 8 – Cronograma da preparação do grupo focal.....	47
Quadro 9 – Critérios e itens relevantes para o planeamento de uma acção de formação sobre a CIF.....	52
Quadro 10 – Classificação da informação recolhida para as questões «O que pensa da CIF?» no grupo focal realizado em 11 de Fevereiro de 2005.....	61
Quadro 11 – Classificação da informação recolhida para a questão «Quais as dificuldades que reconhece para a implementação da CIF?» no grupo focal realizado em 11 de Fevereiro de 2005.....	64
Quadro 12 – Classificação da informação recolhida para a questão «Como deverá ser utilizada esta classificação?» no grupo focal realizado em 11 de Fevereiro de 2005.....	68

Quadro 13 - Diagrama SWOT para a implementação da CIF no Sistema de Saúde.....	99
--------------------------------------------------------------------------------	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Actividade profissional dos elementos da amostra que responderam ao questionário do 2.º objectivo específico.....	71
Tabela 2 – Representação em percentagem da frequência dos itens constituintes dos critérios relevantes para o planeamento de acções de formação.....	73
Tabela 3 – Frequência e percentagem de concordância, do painel de peritos, com os pontos fortes identificados em Agosto de 2006, para promover a implementação da CIF no SNS....	78
Tabela 4 – Frequência e percentagem das oportunidades identificadas pelo painel de peritos em Agosto de 2006, para promover a implementação da CIF no Sistema de Saúde.....	80
Tabela 5 – Frequência e percentagem das fraquezas identificadas pelo painel de peritos em Agosto de 2006, para promover a implementação da CIF no Sistema de Saúde.....	82
Tabela 6 – Frequência e percentagem das ameaças identificadas pelo painel de peritos em Agosto de 2006, para promover a implementação da CIF no Sistema de Saúde.....	84
Tabela 7 – Frequência e percentagem dos pontos fortes identificados pelo painel de peritos em Setembro e Outubro de 2006, para promover a implementação da CIF no Sistema de Saúde.	85
Tabela 8 – Frequência e percentagem das oportunidades identificadas pelo painel de peritos em Setembro e Outubro de 2006, para promover a implementação da CIF no Sistema de Saúde.....	87
Tabela 9 – Frequência e percentagem das fraquezas identificadas pelo painel de peritos em Setembro e Outubro de 2006, para promover a implementação da CIF no Sistema de Saúde.	89
Tabela 10 – Frequência e percentagem das ameaças identificadas pelo painel de peritos em Setembro e Outubro de 2006, para promover a implementação da CIF no Sistema de Saúde.	91
Tabela 11 – Frequência e percentagem dos pontos fortes, oportunidades, fraquezas e ameaças identificados pelo painel de peritos em Dezembro de 2006, para promover a implementação da CIF no Sistema de Saúde.....	92

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Família das Classificações Internacionais da OMS – 2005.....	17
Figura 2 – Modelo conceptual da CIF – Interacção entre os seus componentes.....	20
Figura 3 – Desenho de estudo.....	40

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – <i>Checklist</i> da CIF.....	110
Anexo 2 – Avaliação dos planos de acção educacional para a implementação da CIF.....	124
Anexo 3 – Grupo de reflexão sobre a operacionalização da CIF.....	127
Anexo 4 –Seminário – Sensibilização à implementação da CIF.....	129
Anexo 5 – Guião do grupo focal	130
Anexo 6 – Dicionário de subcategorias.....	131
Anexo 7 – Questionário de recolha de informação do 2.º objectivo específico.....	132
Anexo 8 – 1.º Questionário de recolha de informação do 3.º objectivo específico.....	133
Anexo 9 – Itens constituintes de cada uma das dimensões da análise SWOT.....	140
Anexo 10 – 2.º Questionário de recolha de informação do 3.º objectivo específico.....	142
Anexo 11 – 3.º Questionário de recolha de informação do 3.º objectivo específico.....	146
Anexo 12 – Caracterização dos peritos constituintes do painel <i>Delphi</i> modificado.....	148
Anexo 13 – Acção de formação para a divulgação da CIF.....	150
Anexo 14 – Termos de referência para o Comité Nacional para a Implementação da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CNI/CIF).....	152

LISTA DE ABREVIATURAS

CID – Classificação Internacional de Doenças

CI – Classificação de Intervenções

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde

DGS – Direcção-Geral da Saúde

FIC Network – Equipas de trabalho das Classificações Internacionais

ICIDH – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

1. INTRODUÇÃO

Quando existe doença, esta é interpretada de forma objectiva pelo indivíduo que descreve concretamente os seus sinais e sintomas, apesar de o significado que lhe atribui variar consoante a sua cultura (McWhinney, 1994). O comportamento da doença está assim relacionado com a origem étnica, classe social, idade, sexo, natureza da doença, personalidade e factores ambientais (McWhinney, 1994). Sabendo-se que a doença, qualquer que ela seja, não será vivida da mesma forma por cada pessoa, «estar doente» na actualidade é um conceito que não implica apenas variáveis biológicas, mas, cada vez mais, deve abarcar variáveis sociais, psicológicas e culturais que influenciam o risco de adoecer, (Pereira, 1987).

Quando tomamos consciência de que a condição de doente pode ser crónica, que pode abranger todas as faixas etárias, desde o nascimento até à velhice, a dimensão da intervenção e dos resultados esperados em saúde ultrapassa a manutenção de variáveis biológicas compatíveis com a vida.

As doenças crónicas são uma das áreas da saúde com aumento da prevalência e incidência, que consome recursos humanos e financeiros, com fraca demonstração da relação custo-benefício e, conseqüentemente, da dificuldade em demonstrar ganhos em saúde, considerando que ganho em saúde é melhorar o nível de todos os indicadores de saúde.

A identificação de ganhos em saúde permite acompanhar o estado de saúde de uma população, sendo um dos objectivos estratégicos dos Programas Nacionais de Saúde, possibilitando a justificação dos custos e financiamento em saúde.

No contexto das doenças crónicas sabemos à partida que o resultado esperado não será a ausência de doença, logo a demonstração de ganhos em saúde para as pessoas portadoras de doenças crónicas deverá incluir variáveis ou componentes de saúde que permitam classificar o estado de saúde desta população, numa perspectiva positiva da saúde, e não recorrer apenas à classificação dos componentes de doenças, aceitando-se que a utilização de um sistema de classificação de doenças é redutor para a descrição do estado de saúde do indivíduo portador de doença crónica.

Tal como a percepção de doença, a classificação dos componentes de saúde das pessoas portadoras de doença crónica não pode ser interpretada como algo de inato ou individual, mas deverá relacionar-se com diferentes condicionalismos (factores ambientais, condições de vida, ambiente social, estado mental e social, factores familiares e psicológicos).

Classificar saúde permite assim obter uma imagem instantânea do estado de saúde e bem-estar de um indivíduo (McColl, 1997) e permite aos profissionais de saúde obter um quadro completo dos seus doentes ou às autoridades de saúde a identificação de padrões de necessidades das populações locais (Fitzpatrick, 1994). Possibilita também diagnosticar, examinar e/ou detectar a presença de problemas de saúde e identificar necessidades de tratamento, prever a preferência de/e por cuidados e melhorar a comunicação prestador/doente (McColl, 1997).

Em Portugal, a única classificação formalmente utilizada no Sistema de Saúde é a Classificação Internacional de Doenças (CID10)¹. Porém, Portugal, na sequência da Resolução WHA54.21 de 22 de Maio de 2001, da 54.^a Assembleia Mundial da Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), co-aprovou a utilização da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)², como uma estrutura para classificar a saúde e a incapacidade, tanto a nível individual como populacional, valorizando não só o diagnóstico clínico (classificação de doença), como o desempenho e a participação do indivíduo, assim como a interacção dos factores contextuais na sua saúde. Esta classificação, em conjunto com a CID, pretende definir de forma mais global o estado de saúde do indivíduo, identificando diferentes componentes de saúde.

Na actual nomenclatura da CIF, o estado de saúde do indivíduo é abordado segundo um conceito positivo, enfatizando os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas dentro do contexto dos factores contextuais. Os factores contextuais representam o histórico completo da vida e do estilo de vida de um indivíduo. Eles incluem dois componentes: factores ambientais e factores pessoais que podem ter efeito num indivíduo com uma determinada condição de saúde e sobre a saúde e os estados relacionados com a saúde do indivíduo.

1 Esta classificação pertence à família das classificações internacionais desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde, é utilizada no Serviço Nacional de Saúde na sua 10.^a versão.

2 Tal como a CID, esta classificação também pertence à família das classificações internacionais desenvolvidas pela OMS.

Reconhecendo que a informação sobre os componentes de saúde é um indicador de ganhos em saúde, nomeadamente no contexto das doenças crónicas, e sabendo ainda que qualquer modelo de gestão integrada das doenças crónicas está dependente da recolha de informação sobre o estado de saúde do indivíduo ou população, considera-se que a implementação do modelo de registo de saúde padronizado, que permita a descrição do estado de saúde, poderá ser um contributo para a identificação de ganhos em saúde e um facilitador na implementação de modelos de gestão das doenças crónicas.

Neste sentido, determinou-se o seguinte problema de investigação: Apesar de se efectuar o registo das doenças crónicas, não se registam os componentes de saúde dos indivíduos portadores de doenças crónicas, de forma a identificar os ganhos em saúde desta população.

Para facilitar a construção de um modelo de raciocínio que contribuísse para a resolução do problema de investigação apontado, definiu-se uma questão orientadora: Sendo a CIF uma classificação de componentes de saúde, como introduzir esta classificação para identificar ganhos em saúde na população portadora de doenças crónicas no Sistema de Saúde?

Para dar resposta a esta questão foi identificado um objectivo geral de estudo que expressasse de modo genérico o contributo desta pesquisa metodológica: Definir orientações estratégicas/linhas orientadoras, para o desenho da estratégia para a implementação da CIF no Sistema de Saúde.

Reconhecendo que o sucesso de um processo de implementação está dependente de diversos factores, nomeadamente: barreiras/obstáculos à implementação; processos de formação; desenho da estratégia/política de implementação, foram identificados três objectivos específicos sequenciais, para os quais foram desenhados procedimentos metodológicos de investigação distintos, utilizando amostras diferentes, dentro do mesmo universo de estudo:

- 1.º Objectivo específico – Identificar as barreiras de implementação da CIF no Sistema de Saúde;
- 2.º Objectivo específico – Identificar critérios relevantes para o planeamento de uma acção educacional que facilite a implementação do registo das dimensões da funcionalidade para as doenças crónicas no Sistema de Saúde;
- 3.º Objectivo específico – Identificar as oportunidades e ameaças, assim como os pontos fortes e os pontos fracos da implementação da CIF no Sistema de Saúde.

O tipo de estudo realizado caracterizou-se por ser qualitativo e seguir uma metodologia descritiva transversal, apesar de cada objectivo específico ter um método de recolha de informação distinto. Para o 1.º objectivo específico utilizou-se um grupo focal, para o 2.º objectivo específico optou-se pela aplicação de um questionário de questões fechadas e, por fim, para o 3.º objectivo específico recorreu-se a um painel de peritos.

A população deste estudo foi constituída por profissionais que se relacionam com o sector da saúde, com experiência profissional com pessoas portadoras de doenças crónicas e com formação nas classificações das OMS, nomeadamente da CIF, havendo amostras distintas para cada objectivo específico do estudo.

A discussão dos resultados obtidos foi realizada à luz da literatura existente, permitindo afirmar como conclusões do estudo que:

1. A CIF é uma mais-valia na sua aplicação individual e em contextos sociais, mais especificamente na área da clínica de reabilitação.
2. As barreiras ao processo de implementação desta classificação no Sistema de Saúde foram: o não reconhecimento da sua utilidade na área da decisão política e avaliação de necessidades como área de intervenção; a ausência de modelo educacional para a divulgação da CIF; a incompatibilidade com os actuais sistemas e modelos de registo existentes no Sistema de Saúde e, por fim, o desconhecimento dos modelos de operacionalidade e aplicação da CIF pelos utilizadores.
3. O planeamento de uma acção de formação que facilite a implementação do registo das dimensões da funcionalidade e saúde segundo a CIF, deverá contemplar a formação presencial e em exercício para grupos multiprofissionais. O objectivo será o de facilitar o processo de mudança e aumento da qualidade dos serviços prestados, utilizando o trabalho de equipa e as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) como metodologia pedagógica e recorrendo ao método do estudo de caso, sendo a formação concordante com a estratégia institucional.
4. Foram identificados mais pontos fortes e oportunidades que ameaças e pontos fracos no processo de implementação da CIF, possibilitando a definição de orientações estratégicas para o processo de implementação da CIF no Sistema de Saúde. Estas orientações centram-se no desenvolvimento de um modelo de operacionalização da CIF no Serviço Nacional de Saúde (SNS); no desenho de modelos de identificação de

ganhos em saúde na população com doenças crónicas, utilizando os domínios da CIF; na promoção da utilização da CIF como instrumento de comunicação no SNS; na uniformização dos conceitos entre as áreas da saúde e social; na construção de modelos de formação para apresentação e divulgação da CIF a profissionais de saúde, na acção social e educativa, valorizando a mais-valia da sua utilização; na avaliação da viabilidade de aplicação da CIF em diferentes contextos e na identificação de eventuais benefícios para as organizações com a implementação da CIF no Sistema de Saúde.

2. ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

2.1 Doença crónica

A diminuição da mortalidade, em vários países, devido a infecções agudas, juntamente com o desenvolvimento dos cuidados de saúde, contribuiu para o aumento da esperança de vida, conduzindo a um acréscimo da importância da doença crónica como parte da experiência de saúde da população, incluindo os efeitos do trauma, deficiências especiais em órgãos dos sentidos, doença mental, doenças crónicas, no meio ou no fim da vida (ex.: doenças do coração, acidentes vasculares cerebrais, bronquites, artrites) (Badley, 1993).

A OMS define doença crónica como um problema de saúde que requer uma gestão contínua por períodos de anos ou décadas. Considerando esta perspectiva, as condições crónicas cobrem inúmeras categorias: doenças não transmissíveis (ex.: doenças cardio-vasculares, cancro, diabetes); doenças transmissíveis (ex.: sida); distúrbios mentais (ex.: depressão, esquizofrenia) e deficiências mantidas nas estruturas (ex.: amputação, cegueira, distúrbios articulares).

Existem muitas mais condições crónicas, mas o único elemento que têm em comum, é que a doença crónica afecta a vida do indivíduo em todas as suas dimensões, sociais, económicas e psicológicas.

De acordo com o Despacho Conjunto n.º 861/99, alínea b), do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, a doença crónica «é uma doença de longa duração com aspectos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e/ou laboral, que se manifeste particularmente afectado. A experiência de uma doença crónica de prognóstico pouco favorável elevará o nível de sofrimento e colocará a pessoa que apresenta a doença crónica “presa” à sua condição de doente. Esta situação conduzindo ao isolamento e ao desânimo pode diminuir a capacidade do doente crescer e viver o presente e investir, quer nos processos terapêuticos e aproveitar os recursos psico-afectivos e sociais, quer no futuro.»

Os condicionalismos das doenças crónicas são complexos, multifactoriais e multissetoriais. Para a OMS um dos condicionantes do aumento de incidência e prevalência das doenças crónicas são os comportamentos de risco, como por exemplo a nutrição pouco saudável, a inactividade física, a prática de sexo sem protecção, má gestão do *stress*, etc.

Perante esta constatação, a saúde dos indivíduos com doenças crónicas não pode ser interpretada como algo de inato ou individual, pois relaciona-se com diferentes condicionalismos (factores ambientais, condições de vida, ambiente social, estado mental e social, factores familiares e psicológicos).

2.1.1 Prevalência das doenças crónicas

Nos países membros da OMS, em 2005, 35 milhões de pessoas morreram devido a doenças crónicas, o que significa que 60% das mortes a nível mundial foram provocadas por doenças crónicas e estima-se que, no ano 2020, as doenças crónicas serão responsáveis por 78% do peso global das doenças nos países desenvolvidos.

Segundo Sobel (1979) (citado por J. Ribeiro, 1994:182), nos EUA, 50% da população sofre de uma doença crónica, passando este valor para 86% nos indivíduos de mais de 65 anos (Rodin e Salovey, 1989). Em Portugal, e mesmo a nível mundial, é possível conhecer com alguma exactidão a percentagem de população que, em determinado período de tempo, faleceu e qual a sua causa de morte, com que idade e o sexo. Contudo, é difícil quantificar a percentagem de população que, nesse período, desenvolveu uma doença crónica. Deste modo, é difícil conhecer a percentagem da população portuguesa que tem doenças crónicas.

No entanto, podem fazer-se estimativas. Em Portugal as doenças crónicas estão agrupadas em: neurológicas (ex.: epilepsia); metabólicas (ex.: diabetes); respiratórias (ex.: asma, mucoviscidose); renais (ex.: insuficiência renal crónica); cardíacas (ex.: acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial, doença isquémica do coração); transmissíveis (ex.: sida) e oncológicas. Segundo F. Ferreira (1990), as principais causas de morte no país são as doenças cardíacas e as oncológicas. Neste sentido, as doenças crónicas são a principal causa de morte da população portuguesa, ultrapassando as doenças agudas.

O Observatório Nacional de Saúde (2005) realizou um inquérito a nível de Portugal continental para estimar a prevalência auto-declarada de algumas doenças crónicas na

população³ com mais de 64 anos, verificando-se que, num universo de 2820 indivíduos, 64% (n=1812), refere ser portador de doença crónica, sendo as mais referenciadas as doenças reumáticas, seguidas da hipertensão arterial e asma.

Relativamente às doenças de declaração não obrigatória, a OMS indica que estas doenças como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, representam cerca de 59 % do total de 57 milhões de mortes por ano e 46 % do total de doenças, afectando países desenvolvidos e países em vias de desenvolvimento.

Embora a doença crónica seja muitas vezes associada a pessoas idosas, será redutor afirmar que só estas são afectadas pelas doenças crónicas. Muitas doenças crónicas como a diabetes, os problemas cardiovasculares, cérebro-vasculares, doença de Parkinson e Alzheimer podem afectar qualquer indivíduo independentemente da sua idade.

2.1.2 Impacto económico das doenças crónicas

A OMS estima que para as doenças crónicas sejam canalizados cerca de 60-80% dos recursos globais investidos na saúde. O impacto das doenças crónicas é muito mais que os gastos com a terapêutica medicamentosa. Numa perspectiva económica, e conforme a OMS, os custos identificados são sentidos por toda a sociedade:

1. Pacientes e família – custos mensuráveis incluindo os gastos com os cuidados médicos, redução dos dias de trabalho, desemprego. Os pacientes e as suas famílias contraem custos que vão para além do valor monetário calculado, e que estão relacionados com a diminuição da esperança média de vida, as condições relacionadas com a incapacidade, participação e diminuição da qualidade de vida.
2. Os sistemas de saúde pagam grande parte dos cuidados médicos, mas também suportam muitos dos gastos que estão a jusante aos custos com o tratamento, ex.: meios complementares de diagnóstico.

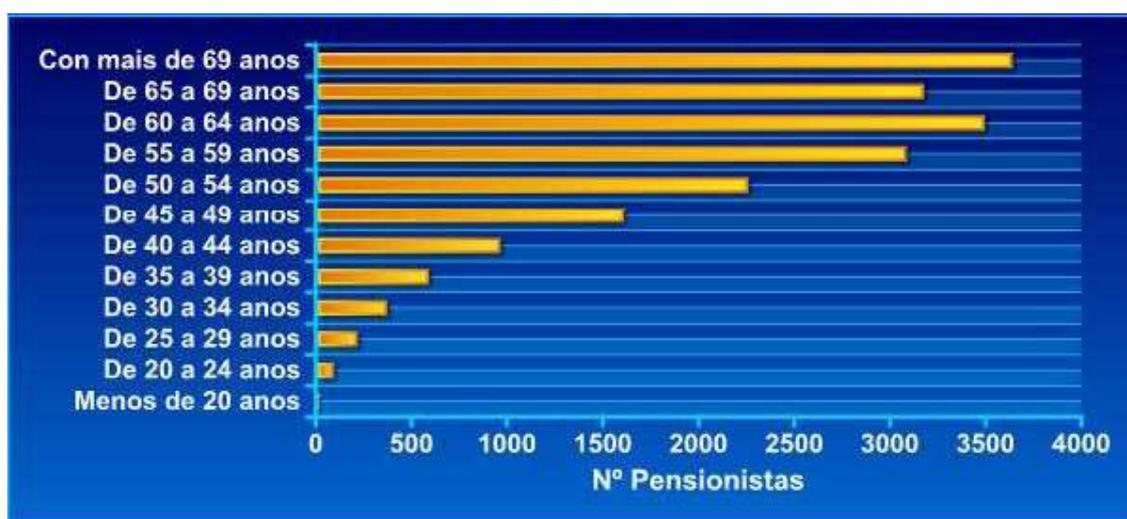
³ O inquérito realizou-se no último trimestre de 2004 através duma entrevista telefónica aleatória a um elemento de 18 anos ou mais em 1211 unidades de alojamento (UA), com telefone fixo, existindo nestas UA 3434 indivíduos. Obtiveram-se 975 questionários válidos que se referem a 2820 indivíduos.

3. Os profissionais de saúde podem sentir-se frustrados no tratamento de situações crónicas e os gestores da área da saúde ficam insatisfeitos com os resultados e o desgaste de recursos.
4. Os governantes, os empregadores e a sociedade sofrem porque perdem trabalhadores devido a morte, incapacidade, morbilidade relacionada com condições crónicas, sendo que estas últimas provocam a maior perda de potencial produtivo.

Como não existem registos estatísticos da população portadora de doenças crónicas em Portugal, e sabendo que a incapacidade permanente está muitas vezes associada às doenças crónicas, podemos especular sobre o impacto económico das doenças crónicas através das estatísticas da incapacidade permanente.

Segundo o Observatório Nacional de Saúde, no ano 2000, Portugal tinha 19 411 pessoas incluídas no programa de pensões para incapacidades permanentes, o que representa 0,2% do total da população. Deste conjunto de população, 79% têm incapacidade inferior a 50% e 21%; isto é 4049 pessoas padecem de incapacidades superiores a 50%. No Gráfico 1 apresenta-se a distribuição por grupos etários; assim, observa-se que 35% deste colectivo de pensionistas é formado por pessoas maiores de 65 anos, o que indica que a grande percentagem de pessoas com incapacidade permanente não é idosa (65%, este valor significa 12 613 pessoas).

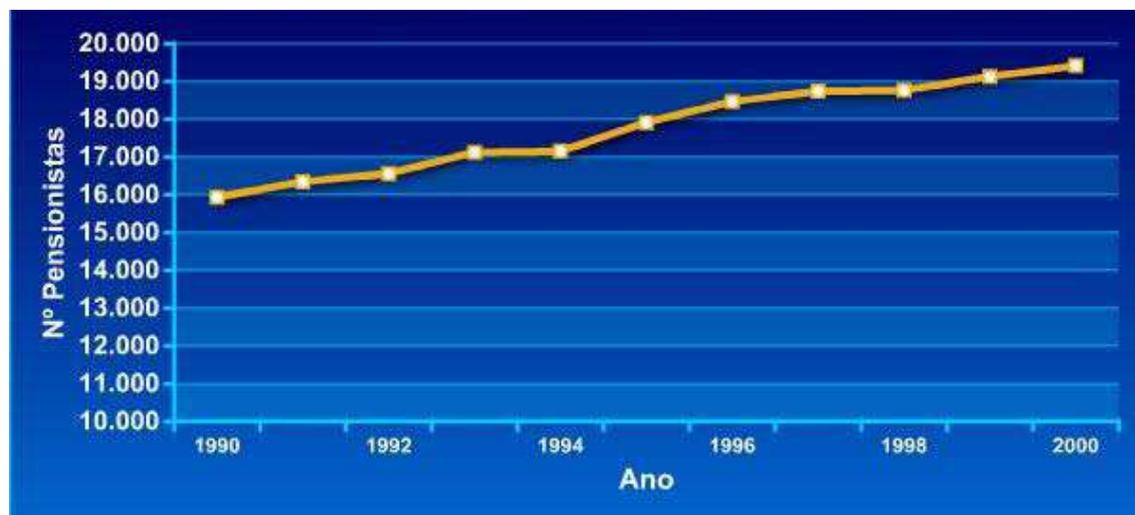
Gráfico 1 – Pensionistas com incapacidade permanente por grupo etário



Fonte: Observatório Nacional de Saúde, 2005.

Da mesma forma que para o conjunto de pensões de velhice, as pensões por incapacidade permanente também aumentaram de forma significativa: 22% entre 1990 e 2000 (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Evolução de pensionistas com incapacidade permanente



Fonte: Observatório Nacional de Saúde, 2005.

O aumento do número de pensionistas com incapacidade permanente é, sem dúvida, um indicador do acréscimo dos gastos em saúde associados às doenças crónicas.

As doenças crónicas podem provocar uma espiral descendente de pobreza e condicionar o desenvolvimento económico de muitos países. Segundo a OMS, na maioria dos países, a pessoas pobres estão mais expostas ao risco de desenvolver doenças crónicas e morrer prematuramente por várias razões, incluindo grande exposição ao risco e acesso dificultado aos serviços de saúde.

Apesar do peso económico das doenças crónicas não só para o SNS como para os subsistemas de saúde, os utentes e as suas famílias, existe ainda a evidência científica da coexistência de patologia crónica múltipla. Num doente crónico, coexistem, em média, cerca de cinco condições crónicas, o que significa que cada doente crónico tem necessidades especiais e requer atenção particularizada.

Sabe-se, também, que os doentes crónicos consultam com maior frequência o seu médico de família, necessitam de um acompanhamento integrado e têm maior probabilidade de ser internados e com demoras médias superiores.

Dentro deste cenário, a OMS estima que as condições crónicas, que lidam com algum tipo de incapacidade, se não tiverem um programa de gestão eficiente, em 2020, serão o problema mais dispendioso dos sistemas de saúde.

O Ministério da Saúde consciente desta necessidade, tem tentado promover, na última década, a implementação de programas de gestão de doenças crónicas e monitorização dos seus efeitos na melhoria da qualidade de vida dos doentes, trabalhando em parceria com os doentes e associações da sociedade civil. Segundo a OMS, o custo com cuidados de saúde torna-se excessivo quando as condições crónicas são mal geridas. Outro factor que torna os custos da doença crónica muito evidentes é uma fraca demonstração da relação custo-benefício, nomeadamente devido à falta de demonstração de resultados ou identificação de ganhos em saúde no contexto das doenças crónicas.

2.1.3 Gestão da doença crónica

A gestão da doença é uma abordagem integrada e compreensiva de sistemas para a gestão de populações de doentes, com condições de saúde ou doenças bem definidas, ao longo do contínuo de cuidados de saúde, usando equipas de cuidados de assistência para ajudar na educação e cuidado aos seus membros ou associados (Juhn, 1998). Este modelo de gestão apoia os serviços de saúde e a sua relação com o paciente e o planeamento dos cuidados (promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico e reabilitação), enfatiza a prevenção de episódios agudos e de complicações utilizando *guidelines* clínicas e estratégias de *empowerment* do paciente, avalia os resultados clínicos, a humanização da prestação dos cuidados de saúde e os aspectos económicos numa base de progressão com o objectivo da melhoria global da saúde, após as intervenções do programa (Teixeira, 2007).

Os modelos de gestão, que estão focados nos custos e na utilização em cada unidade de prestação, centram o seu modelo de acção no prestador, enquanto os modelos de gestão da doença estão focados nos resultados através de unidades para populações de doentes, centrando o seu modelo de acção no doente.

A implementação de um modelo de gestão da doença requer mudanças nas infra-estruturas operacionais existentes. Segundo Bellingham (2004), os componentes chave dessa mudança são: os cuidados prestados por equipas multidisciplinares que optimizam as competências particulares dos diferentes profissionais de saúde; a integração de peritos generalistas e

especialistas; a utilização dos sistemas de informação para ter acesso aos dados individuais e populacionais, identificando os doentes com doenças crónicas e estratificando os doentes por risco; o envolvimento dos doentes nos seus autocuidados; a coordenação dos cuidados, através do papel de gestores de caso; a integração de cuidados atravessando as barreiras organizacionais; a implementação da medição de resultados e *feedback*; o desenvolvimento e implementação de medidas de educação para a saúde e programas de *empowerment*, baseados em modelos de prática baseados na evidência científica disponível.

Os benefícios resultantes da implementação de um modelo de gestão da doença são: melhor saúde; redução dos custos através da prevenção; evitar a progressão de processos degenerativos; transformação dos doentes de participantes passivos para autogestores activos; desenvolvimento de uma abordagem de prestação de cuidados «baseada em equipas», onde se enfatizam os papéis únicos e complementares de médicos e não médicos.

A evidência do sucesso dos modelos de gestão integrados da doença pode ser ilustrada pelo estudo piloto de gestão activa por condição clínica, realizado em Castlefields Health Centre em Inglaterra (Department of Health, 2004). Este estudo demonstrou uma redução de 15% na admissão de pessoas idosas, uma diminuição do tempo de internamento em 31% (passou de 6,2 dias para 4,3 dias). O uso diário de cama hospitalar por dia, neste grupo, diminuiu 41%. Verifica-se ainda um aumento das ligações entre o hospital e outras agências na comunidade, referência mais rápida de utentes para outros serviços sociais, o que é um indicador de avaliação de desempenho positivo para este modelo de gestão de serviços de saúde.

Os doentes que mais beneficiam destes programas são os portadores de doenças crónicas, de elevada prevalência, e/ou doenças complexas associadas a uma variação da prática clínica significativa, e/ou para doenças compreendendo um grande volume ou custos elevados (Teixeira, 2007).

No contexto das doenças crónicas, este modelo de gestão não só faz diferença na qualidade de vida dos pacientes, como também faz sentido para os sistemas de saúde porque diminui os custos, diminui os episódios de casos agudos que requerem gestão intensiva ou por vezes hospitalizações, acreditando-se que aumenta o tempo de vida das pessoas portadoras de doenças crónicas (Bellingham, 2004).

Apesar da necessidade de mudanças culturais ao nível do doente e do prestador de cuidados, o modelo de gestão de doenças crónicas está dependente dos sistemas de informação clínica,

nomeadamente do ficheiro electrónico das avaliações de riscos de saúde e da troca electrónica de dados, de forma a mover informação/conhecimento e não pessoas, sendo necessário que os sistemas de informação possibilitem o interface com o doente, com o prestador e o consultor.

Outro condicionante da implementação dos modelos de gestão de doença é o acesso à informação de saúde do utente ou de uma população.

O acesso à informação do estado de saúde permite obter uma imagem instantânea do estado de saúde e bem-estar de um indivíduo (McColl, 1997), e possibilita aos profissionais de saúde obter um quadro completo dos seus doentes ou às autoridades de saúde a identificação de padrões de necessidades das populações locais (Fitzpatrick, 1994). Permite igualmente diagnosticar, examinar e/ou detectar a presença de problemas de saúde e constatar necessidades de tratamento, prever a preferência de/e por cuidados e melhorar a comunicação prestador/doente (McColl, 1997).

No contexto das doenças crónicas, em Portugal, a informação do estado de saúde do utente ou das populações, não está acessível de forma uniformizada num só documento, encontrando-se repartida pelos diversos processos clínicos das diferentes instituições que prestam cuidados aos utentes com doenças crónicas.

2.2 Ganhos em saúde nas doenças crónicas

A expressão «ganhos em saúde» é internacionalmente adoptada como enunciado positivo de um desejo de melhorar o nível de todos os indicadores de saúde, sobretudo daqueles em que, manifestamente, uma população se distancia mais das que apresentam melhores resultados.

O conceito de ganhos em saúde pode traduzir-se de diferentes modos: ganhos em anos de vida que deixam de ser perdidos (acrescentar anos à vida); redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração (acrescentar saúde à vida); diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente devido a doenças, traumatismos ou às suas sequelas e aumento da funcionalidade física e psicossocial (acrescentar vida aos anos); redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (Ministério da Saúde, 1998).

Dado que a identificação de ganhos em saúde permite acompanhar o estado de saúde de uma população, obter ganhos em saúde é um dos objectivos estratégicos do Programa Operacional

Saúde 2000-2006 e do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Este programa e plano são desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, que sugere uma abordagem centrada na família e no ciclo de vida, potenciando uma visão mais integrada do conjunto dos problemas de saúde por grupos etários e papéis sociais, recorrendo à gestão integrada da doença, através do reconhecimento de prioridades no desenvolvimento de planos e programas e na criação de normas e de sistemas de monitorização e vigilância.

Apesar do esforço dos sistemas de informação nacionais sobre a saúde, as necessidades são ainda grandes, sobretudo no que respeita aos dados de morbilidade. Salienta-se que a maior limitação para a identificação destes dados é a indisponibilidade, em alguns domínios, de indicadores suficientemente fidedignos, que permitam uma objectivação do que seria desejável medir.

Os ganhos em saúde obtidos na área da incapacidade e doenças crónicas não se encontram quantificados. Estes ganhos resultantes da acção conjunta de políticas sectoriais que atravessam todo o tecido social, traduzem-se, essencialmente, na maior consciencialização pública do direito à integração e participação destas pessoas na vida social, assim como do direito ao acesso à máxima autonomia possível.

As doenças crónico-degenerativas têm sido fonte de aceso debate, sobretudo no que se refere às respostas mais adequadas, não só para o seu tratamento, mas também para a sua prevenção e para as implicações na organização dos serviços de saúde. Para além de serem as mais prevalentes na população adulta, são susceptíveis de ser controladas, em parte, pelos próprios doentes. Como tal, a sua abordagem de uma forma compreensiva cria oportunidades únicas para se inovar na procura das respostas necessárias, em parceria com os doentes. De forma a validar estas respostas, torna-se premente a existência de um mecanismo de identificação de ganhos em saúde, que facilite a demonstração de resultados, não só às instituições que prestam cuidados, como aos diferentes profissionais que prestam cuidados e aos próprios interessados – utentes portadores de doenças crónicas.

2.2.1 A funcionalidade como indicador de ganhos em saúde

A funcionalidade humana encontra-se definida de muitas maneiras. A definição de Jette e Haley (2000), refere-se à capacidade do indivíduo para realizar as actividades da vida diária e para participar em várias situações da vida e da sociedade, incluindo desta maneira as dimensões, física, emocional e cognitiva. Logo, a avaliação funcional refere-se ao processo de identificar e descrever num contínuo a funcionalidade do paciente. Autores com Berman *et al.* (1999) e Fried *et al.* (2001) afirmam que o estado funcional, além de ser um indicador do estado de saúde, é um óptimo indicador de previsão dos custos dos cuidados de saúde.

Desde 2001 que o Relatório do Comité de Qualidade dos Serviços de Saúde do Instituto de Medicina do Canadá refere que os cuidados de saúde de qualidade devem estar centrados na optimização do estado funcional, que é a principal preocupação dos pacientes e das suas famílias (Clauser, 2003). No Canadá, a avaliação da funcionalidade faz parte de alguns programas com o objectivo de ser utilizada não só como indicador de ganhos em saúde, mas também como indicador do desempenho dos serviços de saúde.

A avaliação da funcionalidade humana como indicador de ganhos em saúde não tem sido prática corrente, embora os médicos frequentemente realizem a avaliação do estado funcional, na sua prática clínica, como guia para a tomada de decisões clínicas e a avaliação da terapia prescrita (ex.: dificuldade em andar na artrite e na dor do joelho, sensação de falta de ar, dispneia na doença cardíaca congestiva). Contudo, na prática hospitalar de ambulatório a avaliação do estado funcional não é uma prática rotineira, consistente ou compreensível (Reuben, 2002).

A inclusão da avaliação da funcionalidade humana como um indicador de ganhos em saúde de forma sistemática tem tido algumas barreiras:

1. A informação recolhida ainda não está coordenada, por exemplo: os beneficiários do sistema de saúde podem obter serviços em múltiplos contextos e de vários prestadores, cada um com os seus registos e sistemas de informação (Hawes *et al.*, 1995);
2. Estes mecanismos são frequentemente independentes e não são integrados no processo clínico, mesmo quando o estado funcional é registado, não se encontra bem documentado, o que pode originar cuidados subóptimos;

3. Por fim, mesmo quando essa informação está registada, é difícil avaliar os resultados devido à mobilidade dos utentes pelos diferentes prestadores de cuidados públicos e privados.

Apesar das possíveis barreiras que condicionam a avaliação da funcionalidade, a inclusão dos componentes de funcionalidade nos sistemas de recolha de informação é uma prioridade, não só por ser um indicador de saúde, mas também por contribuir para a identificação de ganhos em saúde, nomeadamente no contexto das doenças crónicas.

2.3 A CIF

Reconhecendo que a informação sobre a funcionalidade e o estado de saúde é um indicador de ganhos em saúde, nomeadamente, no contexto das doenças crónicas e sabendo ainda que qualquer modelo de gestão integrada da doença crónica está dependente da recolha de informação sobre o estado de saúde do indivíduo ou população, considera-se que a implementação de modelo de registo de saúde padronizado, que permita a descrição do estado de saúde, poderá ser um contributo para a identificação de ganhos em saúde e um facilitador na implementação de modelos de gestão das doenças crónicas.

A CIF pertence à «família» das classificações internacionais desenvolvida pela OMS⁴ e tem aplicação em vários aspectos da saúde, nomeadamente na identificação de ganhos em saúde. O seu objectivo principal é fornecer uma linguagem unificada padronizada e uma referência conceptual para a descrição de saúde e dos estados relacionados com a saúde.

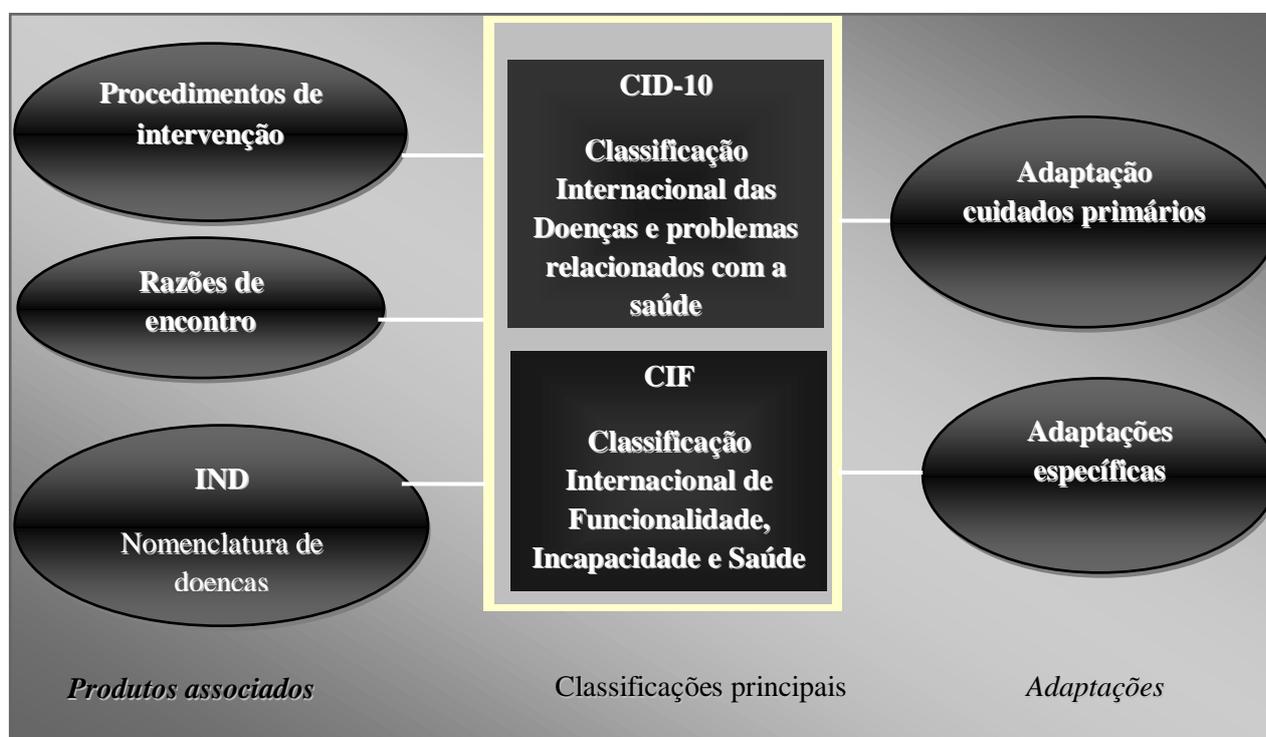
Para descrever a saúde individual e das populações, a OMS desenvolveu a família de classificações internacionais. Esta família de classificações é composta por duas classificações principais: CID e CIF, às quais estão associados outros grupos de terminologia (Figura 1, pág. 17). Estas classificações fornecem um sistema para a codificação de uma ampla gama de informações. Nestas classificações utiliza-se uma linguagem comum e padronizada para permitir a comunicação em todo o mundo, entre várias disciplinas e ciências.

4 A família de classificações internacionais da OMS constitui uma ferramenta valiosa para a descrição e a comparação da saúde das populações num contexto internacional, proporciona ainda um sistema para a codificação de uma ampla gama de informações sobre saúde (*e.g.* diagnóstico, funcionalidade e incapacidade, motivos de contacto com os serviços de saúde).

A necessidade de complementaridade da CID e da CIF surge do facto de uma ser centrada nas causas da doença e a outra na saúde da pessoa. Enquanto a CID é uma classificação internacional estatística de doença e de problemas relacionados com a saúde, que recorre a um modelo etiológico para a classificação por diagnóstico de doença, distúrbios de saúde, associada à causa da doença, a CIF é a classificação de funcionalidade e incapacidade associadas às condições de saúde, para medir a saúde e a incapacidade tanto a nível individual como populacional. Se a CID classifica as doenças e as causas de morte, a CIF classifica a saúde. Em conjunto, a aplicação destas duas classificações permite, de forma ampla e ao mesmo tempo fiável, conhecer a saúde de uma população e a maneira como o ambiente interage com o indivíduo dificultando ou promovendo uma vida em todo o seu potencial.

De acordo com Bickenbach (2003), estudos demonstram que o diagnóstico por si só não prevê as necessidades dos serviços de saúde do tempo de internamento, do nível de cuidados ou resultados funcionais. Nem a presença de doença é um indicador fiável para a atribuição de subsídios de incapacidade, definição de desempenho do trabalho, probabilidades de integração social. Sendo assim, a utilização da CID e da CIF complementam-se na medida que só a informação recolhida de ambas permite descrever a saúde das populações.

Figura 1 – Família das Classificações Internacionais da OMS – 2005



A OMS considera que a CIF deve ser utilizada em simultâneo com a CID 10 (10.^a Revisão), uma vez que se complementam, a CID fornece um modelo baseado na etiologia, anatomia e causas externas das lesões, e a CIF regista o impacto das condições de saúde no indivíduo (Farias e Buchalla, 2005; OMS, 2004).

Os objectivos específicos da CIF podem resumir-se em:

1. Proporcionar uma base científica para a compreensão e estudo da saúde e dos estados com ela relacionados;
2. Estabelecer uma linguagem comum para descrever a saúde e os estados relacionados com ela, para melhorar a comunicação entre os distintos utilizadores, tais como profissionais da saúde, investigadores, gestores de políticas sanitárias e a população geral, incluindo as pessoas com incapacidades;
3. Permitir a comparação de dados entre países, entre organizações de saúde, entre os serviços, e em diferentes momentos ao longo do tempo;
4. Proporcionar um esquema de codificação sistematizado para ser aplicado nos sistemas de informação de saúde.

Assim como o conceito de saúde, a CIF evoluiu de uma classificação de «consequências de doenças» (versão de 1980 – ICDH – *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*) para uma classificação de «componentes de saúde»⁵. Estes «componentes de saúde» identificam os constituintes da saúde, enquanto as consequências se referiam ao efeito devido às doenças ou outras condições de saúde.

O facto de se deixar de valorizar as «consequências da doença» e passar a valorizar os «componentes de saúde» implicou mudanças de nomenclaturas e conceitos de interpretação do estado de saúde (Quadro 1, pág. 19).

⁵ A classificação define os «componentes da saúde» e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde, tais como educação e trabalho.

Quadro 1 – Mudança de conceito da ICIDH para a CIF

ICIDH		CIF
Consequências da doença	vs	Componentes da saúde
Não só incapacidade	vs	Funcionamento humano
Deficiências	vs	Funções corporais Estruturas corporais
Limitação de actividades/incapacidade	vs	Actividades
<i>Handicap</i>	vs	Participação

Fonte: *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Direcção-Geral da Saúde, Lisboa (2004).

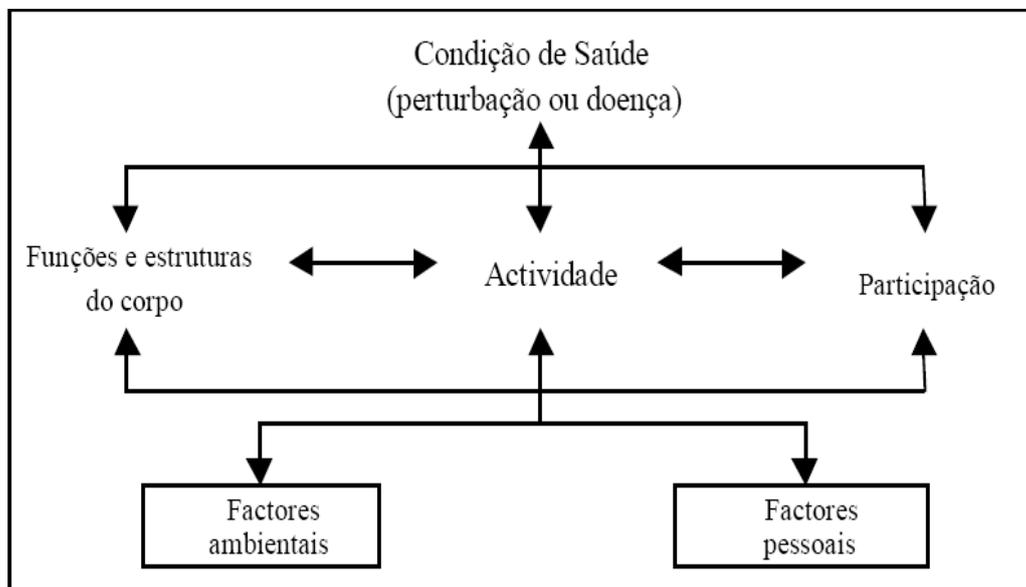
A CIF reflecte uma relação interactiva entre as condições de saúde e factores contextuais. Apresenta como principais alterações, em relação ao modelo anterior, a substituição de termos negativos como *impairment*, incapacidade e *handicap*, por termos neutros, estrutura e função corporal, actividade e participação, respectivamente. Neste modelo, o termo incapacidade representa uma interacção dinâmica entre a pessoa e o ambiente, contrastando com o modelo anterior em que a incapacidade reside apenas no indivíduo. Esta alteração considera a incapacidade um produto da interacção da pessoa com a comunidade/sociedade em que está inserida. A alteração na terminologia reflecte também a identificação da «participação» como um resultado importante em saúde (Rosenbaum e Stewart, 2004).

Segundo o modelo conceptual (Figura 2, pág. 20) que suporta esta classificação, o estado de saúde do indivíduo é abordado segundo um conceito positivo, enfatizando os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas dentro do contexto dos factores contextuais. Os factores contextuais representam o histórico completo da vida e do estilo de vida de um indivíduo. Eles incluem dois componentes: factores ambientais e factores pessoais, que podem ter efeito num indivíduo com uma determinada condição de saúde e sobre a saúde e os estados relacionados com a saúde do indivíduo.

O *construct* básico do componente dos factores ambientais é o impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico e social. Veja-se o seguinte exemplo: duas pessoas com a mesma condição de saúde podem ter níveis diferentes de funcionalidade, e

duas pessoas com o mesmo nível de funcionalidade não têm necessariamente a mesma condição de saúde. Uma vez que a condição de saúde está dependente dos diversos factores contextuais (quer ambientais, quer pessoais).

Figura 2 – Modelo conceptual da CIF – Interacção entre os seus componentes



Fonte: *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Direcção-Geral da Saúde, Lisboa (2004).

Com o objectivo de operacionalizar a utilização desta classificação, de forma generalizada, foram construídos dois instrumentos genéricos baseados nesta classificação que incluíssem todas as dimensões da saúde identificadas pela CIF a *ICF Checklist* (Anexo 1, pág. 110) e *WHO Disability Assessment Schedule II* (WHO DAS II).

A *ICF Checklist* é um instrumento construído para que a aplicação desta classificação não permita ao utilizador classificar pessoas, mas descrever a situação de cada pessoa dentro de uma gama de domínios de saúde ou relacionados com a saúde. Afasta-se da abordagem patogénica e do modelo de interpretação biomédico, passando a registar perfis úteis da funcionalidade dos indivíduos em vários domínios, segundo Battistella (2002).

A WHO DAS II é um instrumento de avaliação que determina um *score* de incapacidade baseado nos domínios da participação e actividade presentes na CIF. De acordo com esta classificação, o conceito de funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, actividades e participação, enquanto o termo incapacidade inclui as deficiências, limitação da actividade ou restrição na participação. A classificação relaciona também com estes componentes os factores ambientais (Battaglia, 2004; CIF, 2004).

A CIF ao intitular-se uma classificação de abordagem universal, com aplicação não só em domínios da saúde, como em domínios sociais, educacionais, políticos, epidemiológicos e profissionais, poderá dar um contributo para a compreensão do porquê «certas pessoas certas vezes, sofrem menos que outras e progridem para o pólo da vitalidade» (Antonovsky, 1967).

Apesar do interesse pela adopção desta classificação, existem ainda poucos estudos que avaliem o seu impacto na área da saúde, talvez devido ao facto de ser ainda uma classificação recente, complexa e que apresenta um certo grau de dificuldade na sua aplicação, segundo Farias e Buchalla (2005). Do ponto de vista prático, a sua aplicação requer alguma disponibilidade, além dos aspectos inerentes à mudança de conduta por parte dos profissionais da área da saúde.

2.3.1 Aplicações da CIF

A CIF é versátil e mais abrangente que os tradicionais sistemas da classificação de saúde e incapacidade, possuindo um elaborado sistema de codificação que, segundo a OMS, garante a sua fidedignidade, pretendendo, assim, dar um contributo para a recolha de informação por níveis de funcionalidade de forma consistente e comparável internacionalmente e ser um instrumento para descrever funcionalidade na sociedade, não interessando quais as razões das suas deficiências.

Devido às suas características, a CIF tem vários níveis de aplicação (Quadro 2, pág. 22), podendo ser utilizada em diversos sectores (Quadro 3, pág. 23), saúde, seguros, segurança social, trabalho, educação, economia, política social, desenvolvimento de políticas e de legislação. Permite ainda a descrição e comparação da saúde das populações num contexto internacional (CIF, 2004; Cieza e colaboradores, 2004; Farias e Buchalla, 2005; WHO, 2002).

Referindo a experiência do Canadá, como um dos países que contribuiu para a formulação da CIF, segundo Bickenbach (2003) a razão da introdução da CIF no sistema estatístico canadiano foi a utilização da informação do estado funcional das populações, não apenas para expandir a informação da saúde das populações, mas também para tratar a incapacidade como uma variável demográfica. Esta variável é usada para analisar o grau de participação de pessoas com incapacidade em vários contextos de vida, incluídos nos inquéritos sociais, como

Quadro 2 – Níveis de aplicação da CIF

Nível individual	<p>Avaliação dos indivíduos: qual o nível de função da pessoa?</p> <p>Para planeamento individual de tratamento: que tratamento ou intervenções podem maximizar a função?</p> <p>Para avaliação do tratamento e outras intervenções: quais são os resultados de um tratamento? Qual a utilidade de uma intervenção?</p> <p>Para a comunicação entre médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, serviços sociais e comunitários</p> <p>Para a regulação dos consumidores: como é que avalio ou classifico a minha capacidade na mobilidade e comunicação?</p>
Nível institucional	<p>Para efeitos de educação e formação</p> <p>Como um recurso para o planeamento e desenvolvimento: que cuidados de saúde e aumento de serviços vão ser necessários?</p> <p>Para o aumento da qualidade: como vai servir os clientes, quais os indicadores básicos para avaliação da qualidade e se são válidos e fidedignos?</p> <p>Para efeitos da gestão e avaliação dos resultados: qual a utilidade dos serviços fornecidos?</p> <p>Para modelos de gestão de cuidados de saúde: qual a relação custo-eficácia, como é que o serviço pode ser aperfeiçoado com melhores resultados e menos custos?</p>
Nível social	<p>Criar critérios de selecção, para benefícios sociais – subsídios de incapacidade ou compensação e seguros</p> <p>Desenvolvimento de políticas sociais, incluindo revisões legislativas modelos legislativos, regulação e linhas orientadoras, definição e legislação anti-discriminativa</p> <p>Para efeitos de avaliação – quais as necessidades das pessoas com vários níveis de incapacidades, deficiência ou limitações da actividade restrições à participação nas actividades?</p> <p>Para a avaliação de ambientes – Para o desenho ou construção universal, implementação de acessibilidades, identificação de facilitadores e barreiras ambientais</p> <p>Alterações político-sociais – como é que podemos construir ambientes sociais mais acessíveis para todas as pessoas com ou sem incapacidade e se podemos medir os ganhos?</p>

Fonte: *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Direcção-Geral da Saúde, Lisboa (2004).

Quadro 3 – Áreas de intervenção da CIF

Decisão política	<p>Desenvolvimento de políticas com mais rigor e fidedignidade: nas áreas da saúde, segurança social, emprego, educação e transportes</p> <p>Definição de legislação e regulamentação de incapacidade segundo um modelo coerente. Exemplo: sistema regulador para o acesso às tecnologias de apoio, definição de critérios de selecção para pensões de incapacidade</p> <p>Impacto da incapacidade ao nível económico e social</p>
Análise económica	<p>Determinação de recursos utilizados na saúde e nos serviços sociais, para serem custeados e comparados internacionalmente</p> <p>Informação do custo (peso) da deficiência em várias doenças e condições de saúde</p> <p>Contabilização do impacto económico na limitação funcional, comparado com os custos de alterações ambientais.</p>
Avaliação de necessidades	<p>Avaliação e comparação de resultados em populações similares, por existirem padrões de utilização e permitir comparação de diferentes intervenções:</p> <p>Áreas de avaliação de necessidades – satisfação do consumidor; desempenho de serviços; resultados; custo-eficiência; registos electrónicos e terminologia clínica</p>
Investigação	<p>Avaliações comuns à doença e à funcionalidade</p> <p>Capacidade explicativa e de comparação em diferentes áreas: utilização; necessidades; custos; resultados; custo-eficiência das intervenções</p> <p>Avaliações comuns à doença e à funcionalidade</p>
Clínica de reabilitação	<p>Distinguir a intervenção e a codificação de ganhos em saúde à luz dos aspectos da incapacidade</p> <p>Ajuste no modelo de raciocínio clínico – modelo biomédico/modelo bio-psico-social</p> <p>Intervenção focada no aumento da actividade, desempenho e modificação do ambiente</p>
Factores ambientais	<p>Identificação de barreiras ambientais e facilitadores da capacidade e do desempenho do indivíduo</p> <p>Construção de instrumentos que avaliem o ambiente – presença de barreiras ou facilitadores para diferentes tipos de incapacidade</p> <p>Desenho de linhas orientadoras universais de reguladores ambiental que ampliem o nível de funcionalidade das pessoas com incapacidade, em determinado tipo de actividade</p>

Fonte: *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Direcção-Geral da Saúde, Lisboa (2004).

educação, emprego, transportes. Esta informação possibilita decisões políticas alargadas, que ligam os resultados e os gastos do sistema de saúde com os custos e resultados dos serviços sociais.

Esta é uma oportunidade para salientar o valor de recolher dados comparáveis acerca do estado funcional em vários contextos clínicos. Os avanços científicos na terapêutica médica, juntamente com a inovação da medicina na área da geriatria, estão a fornecer novos contextos clínicos que melhoram a funcionalidade do paciente (Bierman e Spector, 2001).

2.3.2 Implementação da CIF

Com o objectivo de facilitar a gestão de recursos e de dar resposta às necessidades políticas, a OMS e as equipas de trabalho das Classificações Internacionais (FIC *Network*), definiram critérios para a selecção de áreas prioritárias que beneficiariam com a implementação da CIF, valorizando as oportunidades internacionais que permitiram definir uma estratégia de implementação.

Crítérios para selecção das áreas prioritárias para a implementação da CIF

1. Áreas de saúde pública mais importantes (actuais e no futuro)
2. Necessidades precisas e fraca capacidade de terminar com as falhas de informação sobre o estado de saúde das populações
3. Área onde a CIF pode produzir o máximo impacto

Áreas prioritárias que beneficiam com a implementação da CIF

1. Saúde e estatísticas da incapacidade
2. Medição de resultados para uso clínico e epidemiológico
3. Certificação da incapacidade

Oportunidades internacionais que facilitaram o processo de implementação da CIF

1. Exigência dos governos/governantes em obterem informação e resultados
2. Direitos dos consumidores começam a ser reconhecidos
3. Necessidade de um trabalho de equipa comum para uma melhor recolha de dados
4. Medição efectiva na maior parte das iniciativas de saúde

5. Gestão de desafios eficientemente
6. Ultrapassar a resistência à mudança

2.3.3 Estratégia de implementação da CIF

Na tentativa de responder às seguintes questões:

1. Quais as vantagens de implementação da CIF?
2. O que é que a OMS e as *FIC Network* fazem bem?
3. Quais os estudos a realizar?
4. O que é que os utilizadores finais identificam como pontos fortes?

Caulfeild (2003) realizou uma análise SWOT (Quadro 4, pág. 27) do acesso e implementação da CIF, com o objectivo de identificar uma estratégia que facilitasse o processo de implementação da CIF, nos países membros da OMS. Isto permitiu à OMS e às *FIC Network* estabelecerem linhas orientadoras, assim como pontos de referência para a implementação da CIF. As direcções estratégicas pretendem traçar áreas de intervenção prioritárias, enquanto as linhas de orientação e os pontos de referência pretendem orientar e avaliar o progresso da implementação da CIF nos diferentes sectores.

Direcções estratégicas para a implementação da CIF, sugeridas pela OMS:

1. Estabelecer a CIF como um modelo conceptual oficial para a medição da saúde e incapacidade na população em geral através dos Estados-membros, de forma a promover a qualidade e comparabilidade das estatísticas da saúde e incapacidade para objectivos nacionais e internacionais;
2. Instituir a CIF como a principal medida de resultados a nível administrativo e clínico com o objectivo de quantificar ganhos em saúde, resultantes de programas de tratamento e compreender como esses ganhos se traduzem em ganhos de produtividade a nível individual e populacional;
3. Implementar a CIF na política social direccionada para a certificação da incapacidade no modelo conceptual da CIF;
4. Utilizar os aspectos políticos da CIF, para identificar níveis de funcionalidade baseados na evidência, como a nova dimensão da participação e do ambiente na análise de dados, ao contrário de definir incapacidade com categorias de deficiências.

Com o objectivo de facilitar o processo de demonstração e construção de infra-estruturas de suporte para a implementação da CIF, a OMS sugere a adopção de um conjunto de medidas, tais como:

1. Implementação de mecanismos de partilha do conhecimento baseado na *web*, com protocolos de registo comuns, assegurado por *websites* da OMS-CIF;
2. Desenvolvimento de material educacional e planos de formação – genéricos, específicos por país ou sector, suportados por *websites* da OMS-CIF;
3. Operacionalização da aplicação de instrumentos de medida dos diferentes componentes da saúde: WHO DAS II, ICF *Checklist*, ICF *Core Sets*⁶, Manual de Aplicação Clínica, Mapa de Instrumentos, etc.

Diferentes países membros da OMS organizaram-se em grupos de trabalho internacionais, que definiram prioridades para o trabalho de cooperação internacional e identificaram as forças estratégicas e oportunidades a nível nacional e internacional que conduzem à implementação da CIF (Quadro 5, pág. 28).

A OMS, em conjunto com o Departamento de Medicina Física e Reabilitação da Universidade de Munique, programou conferências internacionais com o objectivo de estabelecer quais os domínios essenciais da CIF; domínios que permitam caracterizar os diferentes estados de saúde e as suas consequências para o indivíduo e a sociedade. A primeira conferência decorreu em Abril de 2002, especialmente direccionada para as doenças crónicas, uma vez que se tratam de condições potencialmente incapacitantes e de alta prevalência (Battistella e Brito, 2002).

⁶ Lista de componentes de saúde mais frequentes em determinadas condições, de saúde, doenças músculo-esqueléticas, doenças crónicas degenerativas, doenças cardiovasculares e doenças neurológicas.

Quadro 4 – Análise SWOT do acesso e implementação da CIF

POTENCIAIS PONTOS FORTES INTERNOS	POTENCIAIS OPORTUNIDADES EXTERNAS
<p>Especialistas peritos neste produto</p> <p>Grupos de peritos entusiastas que percorrem muitas quilómetros para implementar a CIF</p> <p>Marketing e experiência de implementação de outras classificações</p> <p>A CIF pode ser aplicada em diferentes contextos – estudos, áreas clínicas e programas políticos</p> <p>A CIF pode ser usada com a CID e a Classificação de Intervenções (CI)</p>	<p>Capitalizar nas iniciativas locais</p> <p>Alguns governos olharem para a informação resultante</p> <p>Vantagens ou alianças estratégicas com a CIF e outras classificações</p> <p>Interesse inesperado no estudo da comunidade</p> <p>Aumento do interesse governamental na população com incapacidade</p> <p>Universidades adoptarem a CIF</p>
POTENCIAIS FRAQUEZAS INTERNAS	POTENCIAIS AMEAÇAS EXTERNAS
<p>Mudança de actores e alguns grupos de <i>stakeholders</i></p> <p>Diminuição do entusiasmo com uma forte liderança</p> <p>Fraca consolidação</p> <p>Perda de promotores da CIF e peritos de implementação</p> <p>Os produtos e benefícios da CIF não são bem estabelecidos ou entendidos</p> <p>Localização do negócio geograficamente dispersa</p>	<p>Aprovação e cooperação ao nível dos países</p> <p>Aplicação e uso inconsistente da CIF nos diferentes governos dos países membros da OMS</p> <p>Não haver vencedores na aplicação da CIF</p> <p>Perdas de entusiasmo nos dirigentes internacionais</p> <p>Custos de implementação da CIF</p>

Fonte: (Caulfeild, 2003) Report of the Ninth Annual North American Collaborating Center Conference on ICF, *Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications*, Cologne, Germany: 19-25 October.

Quadro 5 – Estratégias de implementação da CIF realizadas por diferentes países membros da OMS

Alemanha (Schuntermann, 2003)	<p>Adopção da CIF por diversos ministérios, ex.: segurança social</p> <p>Criação de material de treino, definido segundo as necessidades da população alemã</p> <p>Aplicação da <i>checklist</i> em vários projectos no contexto da reabilitação, facilitando o diagnóstico funcional, planeamentos, medicação e reabilitação</p> <p>Definição de <i>Core Sets</i></p>
Austrália (Madden, 2003)	<p>Estabelecer um acordo nacional na definição do termo incapacidade</p> <p>Criação do guia de utilização da CIF</p> <p>Operacionalização do conceito e utilização da CIF em áreas prioritárias; compensação de acidente, reabilitação, cuidados continuados</p> <p>Colaboração em projectos de investigação</p> <p>Utilização de um quadro de registo da informação recolhida segundo a CIF</p> <p>Criação de um dicionário de informação nacional de acordo com a CIF</p>
EUA (Reed et al., 2003)	<p>Aumento da consciência da CIF</p> <p>Definição de linhas orientadoras para a codificação, incluindo a delimitação e a validação dos qualificadores</p> <p>Treino incluindo garantia qualitativa</p> <p>Medidas de organização de instrumentos existentes para uso da CIF nos estudos estatísticos, registos clínicos e administrativos</p> <p>Introdução da CIF nos currículos e projectos universitários</p> <p>Revisão dos cuidados financiados segundo a CIF</p>
França (Barral, 2003)	<p>Criação de um centro de disseminação da CIF com um grupo de interesse e um programa de formadores da CIF</p> <p>Criação de uma ferramenta educacional composta por cinco módulos</p>
Hungria (Kullmann, 2003)	<p>Utilização sistemática da CIF nas reformas legislativas relacionadas com a pessoa com deficiência</p> <p>Treino e aplicação em publicações</p> <p>Uso de qualificadores de acordo com a CIF (médicos, engenheiros de</p>

	<p>reabilitação, educadores especiais)</p> <p>Construção de um programa informático para os cuidados crónicos e com o uso da CIF criaram um algoritmo para calcular os reembolsos/subsídios</p>
<p>Itália (Leonardi, 2004)</p>	<p>Alteração legislativa</p> <p>Iniciativas locais (sociedade científica, universidades, hospitais, individuais)</p> <p>Levantamento das necessidades</p> <p>Levantamento da melhor metodologia para a Itália</p> <p>Os governos com diferentes parcerias construíram uma plataforma <i>web</i> (instrumento de registo) para aplicação da CIF. Aplicado em vinte e cinco Ministérios de Saúde Pública e com aplicação laboral em cinco regiões piloto, com equipas multidisciplinares</p>
<p>Finlândia (Talo, 2003)</p>	<p>Identificação das diferentes áreas de gestão de conhecimento que beneficiariam da utilização da CIF</p> <p>Constituição de uma equipa multidisciplinar que definisse planos de acção</p> <p>Formação e material educacional comum para profissionais de diferentes áreas</p> <p>Plano prático dos centros de segurança social para começarem a trabalhar na disseminação da CIF na Finlândia a curto prazo</p>
<p>Reino Unido (UK WHO Collaborating Centre, 2003)</p>	<p>Constituição de um grupo de formadores com o objectivo de a utilizar nas diferentes áreas e níveis de intervenção da CIF</p> <p>Conseguir que a funcionalidade seja uma componente avaliada em contexto clínico e simultaneamente registada</p> <p>Identificar as linhas orientadoras de codificação</p> <p>Formação de profissionais de saúde</p>

Portugal	<p>13/12/2001 – Indicação do Conselho Superior de Estatística para o grupo de trabalho de estatísticas da deficiência e reabilitação para acompanhar o desenvolvimento dos trabalhos de elaboração da «Classificação Internacional de Funcionalidades»</p> <p>13/11/2002 – Aprovação nacional na 240.^a Deliberação do Conselho Superior de Estatística</p> <p>07/01/2003 – Publicação no D.R, II.^a Série, da aprovação da CIF para uso no sistema estatístico nacional</p> <p>Março de 2004 – Publicação oficial no site da DGS da tradução da CIF para português</p> <p>19 e 20/10/2004 – Seminário «Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Sua implementação em Portugal», promovido pelo o Secretariado Nacional de Reabilitação</p> <p>08/11/2004 – Formação de grupo interdisciplinar formal para promoção de implementação da CIF – DGS</p> <p>05/07/2005 – Seminário de divulgação da CIF, promovido pela DGS</p> <p>2005 – Instituto Nacional para a Reabilitação traduziu o <i>Guia do Participante para uma Linguagem Comum de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF</i></p> <p>07/01/2008 – Decreto-Lei n.º 3/2008 refere que os resultados decorrentes da avaliação constantes no relatório técnico-pedagógico devem ser obtidos por referência à CIF</p>
-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.3.4 Estratégias educacionais para a implementação da CIF

As diferentes estratégias de implementação desenvolvidas pelos países membros da OMS, incluíram os materiais educacionais e modelos de formação como uma estratégia de implementação. Contudo, países como a Austrália, EUA, França e Itália promoveram diferentes modelos de formação agrupados e organizados em planos educacionais, com o objectivo de divulgar e facilitar a implantação da CIF.

Plano educacional adoptado pela Austrália para promover a implementação da CIF

A estratégia educacional desenvolvida para facilitar a implementação da CIF na Austrália, (Sykes, 2004) foi definida após a identificação das necessidades nacionais e internacionais na percepção dos diferentes conceitos e *constructs* da CIF. Os modelos de formação adoptados

por este país foram a formação presencial e a formação *outdoor* – seminários, congressos, *workshops*. Os destinatários do plano de formação eram pessoas com incapacidade, departamentos governamentais, grupos profissionais, serviços prestadores e peritos de aconselhamento. Com o propósito de apoiar estes modelos de formação e alargar os destinatários, elaboraram-se materiais educacionais (brochuras e panfletos) e criou-se a página *web*.

O modelo de formação presencial adoptado foi vocacionado para os serviços relacionados com a saúde, funcionalidade, doença e incapacidade e direccionado para as necessidades específicas dos utilizadores da CIF. As acções de formação foram compostas por diferentes títulos: «CIF, O Que É – e Porque Deves Usá-la»; «CIF – Aplicação a Nível Nacional», «CIF para Profissionais de Saúde»; «Classificação com a CIF»; «A Família das Classificações Internacionais».

O modelo de formação *outdoor* compreendia seminários, congressos e *workshops*, onde se realizaram apresentações genéricas, contemplando exemplos contextualizados nas áreas das doenças crónicas e reabilitação. Os títulos dos seminários foram: «CIF – Introdução, Antecedentes e Aplicações Actuais»; «Aplicações Potenciais da CIF na Reabilitação»; «CIF e Registo da Incapacidade»; «Relevância da CIF nos Programas Específicos da Saúde»; «Modelos de Informação e Resultados Funcionais»; «CIF e Registo da Incapacidade Funcional no Registo Electrónico da Saúde».

Os *workshops* realizados tinham como tema central, «CIF e Qualidade de Vida», onde foram abordados os temas: «Paralelismo entre Saúde e Qualidade de Vida» e «Implicações de Medir Saúde».

Os materiais educacionais desenvolvidos – brochuras – foram organizados segundo os seguintes conteúdos – «Introdução, Informação sobre a CIF, Componentes e suas Funções, Valor Acrescentado com o Uso da CIF, Aplicação Nacional, Interacção com o Sistema de Registo de Informação».

Plano educacional adoptado pelos EUA para promover a implementação da CIF

A estratégia educacional desenvolvida pelos EUA seguiu uma sequência pré-definida, começando pela implementação de programas de formação a distância financiada e promovida por organizações não governamentais e pelos ministérios da saúde e segurança

social. Posteriormente, desenvolveram-se materiais educativos generalistas, de apresentação da CIF – ex.: vídeos educativos da CIF, brochuras e expositores (Greenberg, 2004). Outra das estratégias educacionais adoptada foi a integração da CIF em currículos académicos de cursos superiores – ex.: Saúde Pública; Fisioterapia; Terapia Ocupacional; Educação Especial; Saúde; Ciências da Reabilitação; Saúde Materno-Infantil; Saúde Ambiental; Financiamento de Serviços de Saúde; Leis e Éticas da Saúde; Promoção da Saúde e Prevenção da Doença; Organizações de Serviços Sociais e Bio-estatística (Greenberg, 2004).

A formação a distância intitulada «CODE CIF» teve como destinatários pessoas e instituições que pertencem ou colaboram no sector público, e visava no geral: «Promover a formação e treino interactivo segundo a CIF» e especificamente: «Aprender a descrever o estado de saúde de um indivíduo, usando os domínios de codificação e qualificadores da CIF»; e «Aprender a manusear a CIF em registo informático, para facilitar e promover a sua utilização» (Placek, 2003). Os conteúdos programáticos eram os seguintes: «Vocabulário e Conceitos da CIF»; «Princípios de Governação»; «Influência dos Facilitadores e Barreiras Ambientais na Função e Incapacidade»; «Utilização e Prática da CIF em Diferentes Contextos: Clínica, Decisão Política, Investigação»; «Discussão da Inter-relação de Instrumentos de Avaliação, como o Índice de Bartel, FIM, SF36, com a CIF» (Placek, 2003).

Dos materiais educativos generalistas de apresentação da CIF, os vídeos educativos tiveram mais destaque, realizando-se diversos registos de vídeo que tinham como objectivo geral apoiar a formação e como objectivo específico introduzir tópicos e assuntos, facilitando a operacionalidade da CIF no contacto directo como utente.

Plano educacional adoptado pela França para promover a implementação da CIF

Em França, a exigência de formadores para a implementação da CIF foi uma necessidade expressa. Consequentemente, foi construído um programa de formação de formadores para a divulgação da CIF, assim como um guia de utilização com os contributos dos formadores e um fórum de discussão na *web* (Barral, 2003).

O programa de formação de formadores para divulgação da CIF, segundo Barral (2003) teve como objectivos gerais:

1. Aumentar a capacidade de informação e disseminação da CIF a nível local;

2. Desenvolver capacidades locais de apoio técnico.

Quanto aos fins específicos, estes foram os seguintes:

1. Promoção do apoio técnico para a construção de instrumentos específicos de avaliação da população em situações de incapacidade – idosos, doença mental, crianças com alterações do comportamento;
2. Promoção do apoio técnico para a construção de instrumentos de avaliação de práticas profissionais em domínios específicos – terapia ocupacional, treino vocacional e aconselhamento a pessoas desempregadas.

Os destinatários da formação foram: instituições governamentais; organizações nacionais de pessoas com deficiência; escolas de saúde pública e acção social; autoridades nacionais envolvidas na mudança de políticas sociais; organismos regionais para o estudo de incapacidade e treino de utilizadores; organismos regionais para a integração vocacional e emprego; instituições especializadas e profissionais do sector da saúde e segurança social. A formação foi realizada em cinco módulos compostos por 100 *slides* onde se abordaram diversos conteúdos (Quadro 6, pág. 34).

Plano educacional adoptado pela Itália para promover a implementação da CIF

Em Itália, constituiu-se um grupo de trabalho nacional composto por elementos que já tivessem elaborado trabalhos com a CIF ou ICIDH desde 1998 (Leonardi, 2004). A finalidade deste grupo foi dar resposta às necessidades identificadas pelos departamentos governamentais do trabalho, saúde/acção social, reabilitação, estatística e educação, realizando-se um plano de formação, constituído por um curso de formação básico e um curso avançado.

O curso de formação básico pretendia fornecer uma chave de leitura da CIF, que habilitasse os formandos a comunicar com uma linguagem comum para a recolha de informação da função humana. Os conteúdos apresentados foram: «Breve História da CIF»; «Princípios Básicos da CIF»; «Estruturas da Classificação»; «Aplicação da CIF em Diferentes Áreas»; «Ferramentas e Instrumentos Relacionados com a CIF»; «Aspectos Éticos e Implicações Relacionadas com o Uso da CIF» (Leonardi, 2004).

Quadro 6 – Conteúdos dos módulos de formação

1.º Módulo	História da CIF e CID na OMS
2.º Módulo	<ol style="list-style-type: none">1. Tipologia da incapacidade2. Modelos individuais (médicos e de reabilitação)3. Modelos sociais (meio ambiente e direitos humanos)4. Modelo sistémico
3.º Módulo	<ol style="list-style-type: none">1. Apresentação da CIF: Modelo conceptual; Definição das dimensões; Definição dos qualificadores e Exemplos de utilização2. Determinantes históricos, sociais e políticos da CIF
4.º Módulo	<ol style="list-style-type: none">1. Movimentos sociais e grupos de pessoas2. Abordagem teórica de utentes com incapacidade3. Objectivos da CIF4. Abordagem sistemática e universal da função humana5. Da <i>Handicap</i> (ICIDH) à participação social6. Nova abordagem de iniquidades sociais7. Factores ambientais
5.º Módulo	Legislação nacional em saúde e acção social

O curso de formação avançado teve com destinatários todos os que mostraram interesse após frequentarem a formação base. Foi planeado para decorrer em três dias – 8 horas/dia, formação presencial, três meses de formação a distância e um dia de avaliação.

Os conteúdos da formação presencial enumeram-se de seguida: «Estrutura da CIF, Capítulos e Domínios; «Como Codificar; Como e Quando Usar os Diferentes Qualificadores e Dificuldade de Utilização dos Utilizadores»; «Checklist: Como Usá-la; Retratar um Caso Codificado»; «Uso da Checklist em Diferentes Áreas»; «Estrutura da Checklist (fundamentada e apresentada por objectivos clínicos)»; «Codificação e Re-codificação de Casos Clínicos Fornecidos por Formadores e Grupos de 4 a 5 Indivíduos»; «Descrição do Uso

da DAS II (Instrumentos de Avaliação de Incapacidades)» e «Casos de Entrevistas Codificação; Comparação de Codificações Anteriores» (Leonardi, 2004).

A formação a distância foi estruturada com: acesso restrito dos participantes ao *website*; espaço de questões e respostas feitas por participantes sobre trabalhos de casa/problemas e assuntos – gerido pelos formadores; fórum de discussão reservado aos formandos e promovido pelos formadores e distribuição de casos clínicos para discussões via *net*. Os formandos colocavam questões, que foram respondidas pelos formadores, era ainda pedido aos formadores para codificar dez casos pré-definidos e cinco casos da prática profissional dos formandos. Por fim, foi realizado um exame final, seguido de um fórum de discussão relacionado com a aplicação da CIF. Esta formação era certificada por uma entidade formadora (Leonardi, 2004).

Análise crítica aos planos educacionais referidos para promover a implementação da CIF

Com o intuito de fomentar a divulgação da CIF e recolher percepções sobre a estratégia de formação mais adequado para promover a implementação da CIF em Portugal, a DGS, no âmbito de um seminário de divulgação da CIF, em Julho de 2005, promoveu a constituição de grupos de trabalho para analisar os planos educacionais referidos anteriormente.

Os aspectos positivos mais identificados pelos grupos de trabalho foram: definição das entidades alvo de formação na CIF; existência de mais do que um modelo de formação em cada um dos planos educacionais e construção de um plano educacional segundo um diagnóstico de necessidades.

Os aspectos negativos mais referenciados pelos grupos de trabalho foram: conteúdos muito generalistas e teóricos; falta de inclusão da CIF nos currículos académicos dos cursos que se relacionam directa ou indirectamente com a CIF; utilização do modelo de formação a distância como modelo preferencial e falta de definição dos sistemas de avaliação e monitorização da formação.

Dos planos educacionais em análise foram os planos educacionais desenvolvidos pelos EUA e pela Itália que obtiveram o maior número de apreciações positivas, segundo os parâmetros de apreciação crítica utilizados pelos grupos de trabalho (Anexo 2, pág. 124).

2.3.5 Barreiras à implementação da CIF

Apesar do empenho e iniciativas dos diferentes países membros da OMS para impulsionar a implementação da CIF, foram identificadas algumas barreiras ao processo de disseminação e aplicação da CIF. Algumas dessas barreiras são referidas por Bickenbach (2003) como obstáculos que se opõem à incorporação de informação padronizada acerca do estado funcional, idênticos aos obstáculos que os sistemas de informação encontram na sua implementação, como convencer todos os *stakeholders* para a necessidade de uma estrutura de informação integrada e a importância para complementar a informação sobre o estado de saúde.

A OMS reconhece, igualmente, que na implementação internacional da CIF existem algumas limitações que podem condicionar os objectivos da CIF, nomeadamente;

1. Até que ponto pode servir como medida de desempenho dos serviços de saúde através de indicadores baseados nos resultados dos utilizadores?
2. Em que medida ela é aplicável a todas as culturas de tal maneira que possam ser feitas comparações internacionais para identificar necessidades e recursos para o planeamento e para a investigação?
3. A CIF não é, directamente, um instrumento político. A sua utilização, no entanto, pode contribuir de forma positiva para o estabelecimento de políticas, fornecendo informações que ajudem a estabelecer políticas de saúde, a promover a igualdade de oportunidades para todos e a apoiar na luta contra a discriminação das pessoas com incapacidade.

Bickenbach (2003) alerta para o facto de a CIF, ao ser apoiada pelos sistemas estatísticos nacionais, não assegurar o seu uso através dos sistemas de informação, especialmente pelos clínicos⁷. Uma questão primária, e difícil, identificada por este autor é se a informação encontra um lugar permanente no desenvolvimento de sistemas de

⁷ Em termos nacionais, a 240.ª Deliberação do Conselho Superior de Estatística, de 13 de Novembro de 2002, publicada no D.R. II.ª Série, de 7 de Janeiro de 2003, aprovou a CIF para uso no sistema estatístico nacional, não existindo nenhuma deliberação da DGS indicando a sua utilização.

informação, para que esta seja regularmente recolhida, analisada, avaliada e usada para aumento da qualidade e desempenho dos sistemas de saúde.

2.3.5.1 Barreiras à implementação da CIF identificadas em Portugal

Segundo o trabalho desenvolvido pelo Grupo de reflexão sobre a CIF da DGS, constituído por peritos de diferentes áreas da saúde, segurança social e finanças, foram identificados problemas com a aplicação da *checklist* ilustrativa da CIF sugerida pela OMS. Os problemas identificados relacionam-se com o desconhecimento do sistema de qualificadores, ausência de sistema métrico de quantificação, tempo de aplicação, pertinência da aplicação da classificação em contexto específico e desconhecimento da classificação.

O mesmo grupo de reflexão refere ainda nas suas conclusões que existe falta de conhecimento generalizado sobre a CIF, falta de mecanismos de cooperação entre diferentes agentes que podem utilizar a CIF, ausência de plano estratégico para a implementação desta classificação, no contexto do Sistema de Saúde.

2.4 Delimitação da problemática

É reconhecido, por diversos autores, que para as pessoas que sofrem de doenças crónicas o conceito de diagnóstico não é suficiente para estes doentes, como descrição dos problemas de saúde, nem como base para a monitorização, planeamento e evolução de serviços de saúde.

Muitas das organizações do Sistema de Saúde, que têm como população alvo as pessoas com doenças crónicas, acreditam que estão a contribuir para o aumento dos componentes de saúde, nomeadamente do estado funcional da sua população. A intervenção destas organizações é sustentada pela crescente evidência que demonstra que a implementação de modelos de gestão de doenças crónicas está relacionado com o aumento dos ganhos funcionais em saúde. Contudo, qualquer modelo de gestão da doença está dependente de acesso aos dados de saúde individuais e populacionais, distinguindo e estratificando os doentes com doenças crónicas.

Neste contexto, Badley (1993) considera pertinente tomar algumas medidas para reconhecer as consequências das doenças crónicas e criar um esquema que determine as consequências

do aumento da saúde, para facilitar a comunicação entre profissionais de saúde, entre governantes políticos e identificar ganhos em saúde.

A CIF é uma ferramenta para a identificação de ganhos em saúde, nomeadamente nas doenças crónicas, que pretende definir de forma mais global o estado de saúde do indivíduo, ou populações, identificando diferentes componentes de saúde.

Portugal na sequência da Resolução WHA54.21 de 22 de Maio de 2001, da 54.^a Assembleia Mundial da Saúde da OMS, co-aprovou a utilização da CIF, como uma estrutura para classificar a saúde e a incapacidade tanto a nível individual como populacional, valorizando não só o diagnóstico clínico (classificação de doença), como o desempenho e a participação do indivíduo, assim como a interacção dos factores contextuais na sua saúde. Até à data ainda não foi elaborado um plano nacional de implementação desta classificação no Sistema de Saúde, apesar dos possíveis benefícios que daí resultam, designadamente no desenho de sistema de recolha de informação, não só para classificar os componentes de saúde dos utentes como para identificar ganhos em saúde.

2.4.1 Problema

Apesar de se realizar o registo das doenças crónicas, não se realiza o registo dos componentes de saúde dos indivíduos portadores de doenças crónicas, de forma a identificar ganhos na saúde desta população.

2.4.2 Questão orientadora

Sendo a CIF uma classificação de componentes de saúde, como introduzir esta classificação para identificar ganhos em saúde na população portadora de doenças crónicas no Sistema de Saúde?

2.4.3 Objectivo geral

Definir orientações estratégicas/linhas orientadoras para o desenho da estratégia para a implementação da CIF no Sistema de Saúde.

Foram identificados três objectivos específicos sequenciais, para os quais foram delineados procedimentos metodológicos de investigação distintos, utilizando amostras diferentes dentro do mesmo universo de estudo.

2.4.4 Objectivos específicos

1.º Objectivo específico:

Identificar as barreiras à implementação da CIF no Sistema de Saúde.

2.º Objectivo específico:

Identificar critérios relevantes para o planeamento de uma acção educacional que facilite a implementação do registo das dimensões da funcionalidade para as doenças crónicas, no Sistema de Saúde.

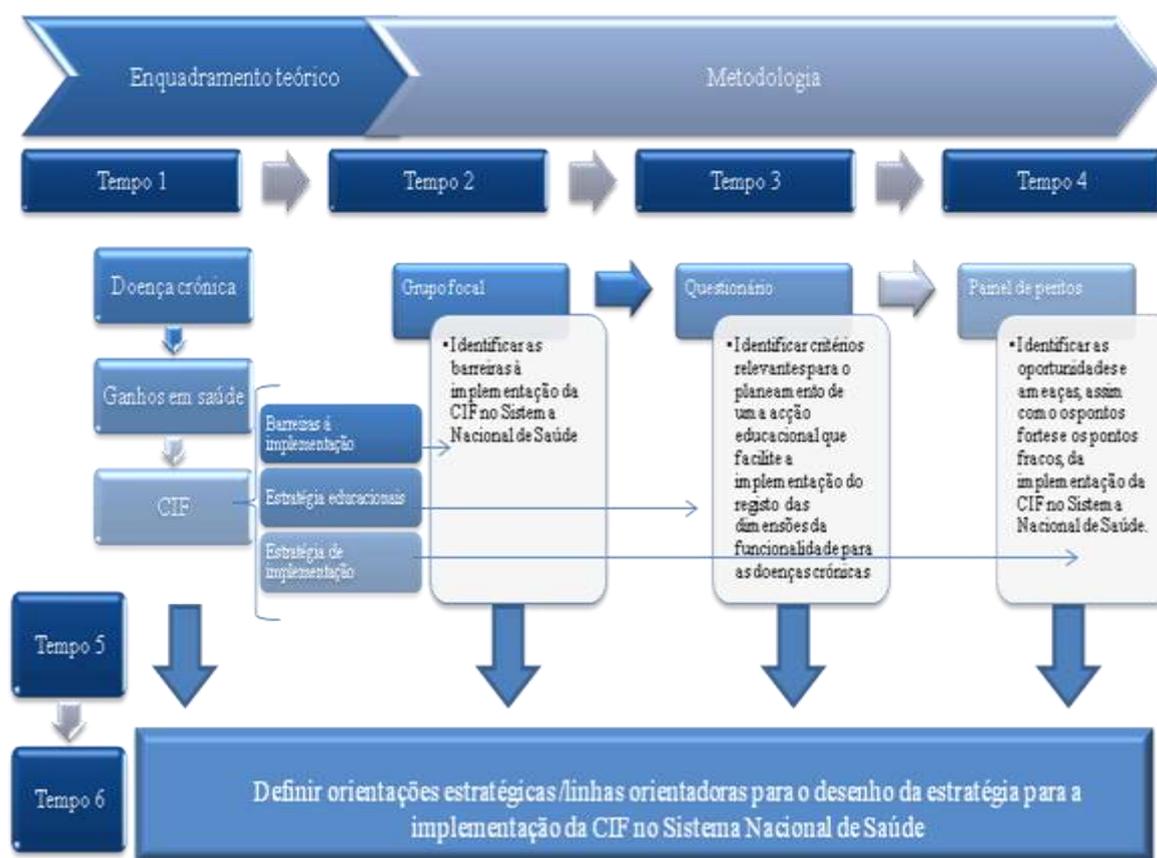
3.º Objectivo específico:

Identificar as oportunidades e ameaças, assim como os pontos fortes e os pontos fracos da implementação da CIF no Sistema de Saúde.

3. METODOLOGIA

«As metodologias não são nem apropriadas e nem inapropriadas, até que sejam aplicadas a um problema específico de pesquisa» Downey e Ireland (Zotti, 1996). Seguindo este princípio, para realizar este projecto de investigação, o desenho de estudo (Figura 3) inclui diferentes metodologias de investigação para a concretização dos objectivos específicos.

Figura 3 – Desenho de estudo



De acordo com Greene (1989), todos os métodos têm enfiusamentos e limitações e o uso de mais do que um método aumenta a sua validade. De forma a diminuir os possíveis enfiusamentos e limitações dos métodos escolhidos para recolha de informação, optou-se por

aplicar a «triangulação». Na triangulação efectua-se uma combinação de tantas perspectivas metodológicas quanto possível no estudo de mesmo fenómeno (Bagdan, 1998), ou seja o termo triangulação (Creswell, 1994), retirado da estratégia militar, refere-se ao uso de diferentes métodos num estudo, com o objectivo de anular os erros inerentes a cada um deles. O presente estudo utiliza três metodologias diferentes para recolha de informação e propõe-se discutir os resultados à luz de duas formas de triangulação: dos dados, (uso de múltiplas fontes de informação) e metodológica (uso de múltiplos métodos para estudar um problema único).

3.1 Tipo de estudo

Depois da definição do problema e objectivos do estudo foi necessário definir qual o método de estudo a utilizar para realizar a recolha de informação relevante e fidedigna, de modo a dar resposta à questão orientadora. Esta escolha esteve dependente da informação que se pretendia recolher em cada um dos objectivos específicos.

Sabendo que utilização de métodos qualitativos é recomendada quando o objecto de estudo não é bem conhecido, como é o caso deste estudo, uma vez que a CIF não é do conhecimento público, considerou-se que uma metodologia qualitativa era a que mais se adequava para alcançar o objectivo geral deste estudo – definir orientações estratégicas/linhas orientadoras, para o desenho da estratégia para a implementação da CIF no SNS.

Os argumentos que justificam esta escolha são:

1. Os métodos qualitativos são de grande importância na fase preliminar da pesquisa (Serapioni, 1998) – o tema em estudo ainda não foi alvo de uma reflexão empírica e consensual a nível nacional;
2. É a metodologia que melhor se adequa à geração de proposições Larsson e Lower (1996), citado por Lee (1999);
3. É recomendado para quando o investigador está interessado nas diferenças entre as políticas organizacionais declaradas e a sua implementação Marshall e Rossman (1995), citado por Lee (1999).

Segundo Miles e Huberman (1994), citado por Lee (1999), os estudos qualitativos reúnem ainda algumas características consideradas pertinentes para este estudo, exemplo:

1. Importância das características específicas – organização, participantes e processos;
2. Riqueza descritiva e holismo;
3. Continuidade e causalidade;
4. Importância das significações atribuídas pelos sujeitos da amostra.

Reconhecendo que o objecto de estudo desta investigação se relaciona, não só com o sector da saúde, mas também com diferentes sectores sociais com os quais o sector da saúde interage, optou-se por utilizar uma metodologia qualitativa recorrendo a diferentes métodos de recolha de informação, segundo os objectivos específicos em estudo (Quadro 7, pág. 43).

Sendo um estudo qualitativo, caracteriza-se igualmente por seguir uma metodologia descritiva transversal: descritivo porque é um exercício exploratório que pretende descrever um problema em grupos diferentes e transversal porque tenta retratar a realidade num determinado momento.

3.2 População do estudo

Profissionais que se relacionam com o sector da saúde, com experiência profissional com pessoas portadoras de doenças crónicas e com conhecimento das classificações da OMS, nomeadamente da CIF.

3.3 Técnica de amostragem

Tendo em conta que os objectivos deste estudo – sequenciais – realizados em três períodos de tempo distintos, e com diferentes técnicas de recolha de informação, não foi possível estabelecer uma amostra única, identificando-se uma amostra de estudo para cada um dos objectivos específicos.

Sendo a dimensão e delimitação da população desconhecida foi utilizada uma amostra intencional, para cada um dos procedimentos de recolha de informação (Quadro 7, pág. 43).

A amostra intencional é uma forma de amostragem por conveniência, em que as unidades de amostra são seleccionadas intencionalmente pelo investigador, que considera que esses casos possuem as características representativas do universo de estudo ou porque de alguma forma os considera apropriados. A utilização desta técnica de amostragem intencional (amostra de conveniência), segundo Silva (1997), tem como pressuposto básico uma «boa» intuição e uma estratégia adequada para seleccionar os elementos que devem ser incluídos na amostra.

Quadro 7 – Objectivos específicos, metodologia e amostra de estudo

Objectivos específicos	Método de recolha de informação	Amostra de estudo
1.º Identificar as barreiras à implementação da CIF no Sistema de Saúde	Grupo focal	Nove profissionais relacionados com o sector da saúde, convidados e nomeados pela DGS, constituintes de um grupo de reflexão para a implementação da CIF, no contexto da saúde em Portugal (Anexo 3, pág. 127).
2.º Identificar critérios relevantes para o planeamento de uma acção educacional que facilite a implementação do registo das dimensões da funcionalidade para as doenças crónicas no Sistema de Saúde	Questionário fechado de resposta individual, construído para o efeito	Setenta e sete profissionais relacionados com o sector da saúde, com formação prévia sobre a CIF
3.º Identificar as oportunidades e ameaças, assim como os pontos fortes e os pontos fracos da implementação da CIF no Sistema de Saúde	Painel de <i>Delphi</i>	Nove peritos relacionados com o sector da saúde com conhecimentos reconhecidos em gestão de serviços de saúde e na CIF

3.3.1 Amostra do 1.º objectivo específico

Para a constituição do grupo focal foram convidadas doze pessoas que reuniam os critérios de inclusão definidos para esta recolha de informação, de acordo com o sugerido na literatura.

CrITÉrios de selecção dos elementos constituintes do grupo focal

1. Experiência profissional nos sectores da saúde, educação e segurança social;
2. Experiência profissional com população portadora de doenças crónicas;
3. Conhecimento e manuseio de classificações da OMS;
4. Conhecimento da CIF;
5. Experiência de participação em grupo de reflexão.

De forma a estabelecer os elementos com as características descritas anteriormente, realizou-se o grupo focal com os elementos que constituíam o grupo de reflexão sobre a operacionalidade da CIF legitimado pela DGS (Anexo 3, pág. 127).

3.3.2 Amostra do 2.º objectivo específico

A amostra desta recolha de informação foi uma amostra intencional, composta por 77 profissionais relacionados com o sector da saúde, participantes no seminário de implementação da CIF, organizado pela DGS, no dia 5 de Julho de 2005, no Hospital Pulido Valente, em Lisboa (Anexo 4, pág. 129).

O questionário de recolha de informação foi distribuído após as apresentações teóricas do seminário e sessão de trabalho, onde se realizou uma análise crítica de diferentes estratégias educacionais implementadas por países membros da OMS, para a implementação da CIF. Desta forma, visava garantir-se que todos os elementos da amostra possuíssem formação prévia sobre a CIF e conhecessem as estratégias de formação utilizadas por outros países para a implementação da CIF.

Os motivos que justificaram a escolha de uma amostra de conveniência para aplicação do questionário foram:

1. Dificuldade em quantificar a amostra representativa: Quantos profissionais de saúde, educação e acção social, que trabalhem com uma população portadora de doenças crónicas, têm conhecimento da CIF?
2. Dificuldade em localizar a amostra: Onde estão os profissionais de saúde, educação e acção social, que prestam cuidados à população portadora de doenças crónicas?
3. Ausência de organizações que tenham um registo formal dos profissionais de saúde, educação e acção social, que prestam cuidados à população portadora de doenças crónicas com conhecimento da CIF.

3.3.3 Amostra do 3.º objectivo específico

De acordo com Cayton (1997), o número de peritos necessários para realizar um painel de *Delphi* é variável, pode ser entre cinco e dez, Depende da homogeneidade dos peritos do grupo. De modo a garantir a homogeneidade do painel foram definidos critérios de selecção de peritos.

Perito é aqui entendido como «aquele que possui um conhecimento e experiência necessária para participar». Este aspecto permitiu caracterizar a amostra desta metodologia como uma amostra de conveniência.

Critérios de inclusão dos peritos na amostra

1. Conhecimento da CIF
2. Experiência profissional na área da gestão ou direcção de serviços
3. Experiência na actividade de docência
4. Publicação ou apresentação de trabalho nas áreas referidas anteriormente

Após a identificação dos elementos constituintes do painel, estes foram convidados telefonicamente a participar no painel. Cada perito foi questionado acerca da concordância dos pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças à implementação da CIF no SNS.

3.4 Método de recolha de informação

3.4.1 Grupo focal

Dos diferentes métodos de recolha de informação que se adequam a metodologias qualitativas, seleccionou-se a técnica do grupo focal, uma vez que o principal intuito do grupo focal é obter informações e realizar constatações, sem provocar mudanças.

Segundo Westphal (1996), esta técnica prevê a obtenção de dados a partir de discussões cuidadosamente planeadas, onde os participantes expressam as suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica num ambiente permissivo e não constrangedor.

A entrevista do grupo focal realizada envolveu uma discussão objectiva e conduzida com uma apresentação prévia do tema de discussão ao grupo de respondentes. A discussão foi direccionada sobre o tema em estudo, de uma maneira semi-estruturada e natural como sugere Parasuraman (1986). A preparação e condução do grupo focal realizou-se segundo as etapas sugeridas por Simon (Quadro 8, pág. 48).

Condução do grupo focal

Para a condução dos trabalhos foi necessário um moderador, como sugere Westphal (1996), cuja função foi a de colocar questões aos participantes, manter o foco da discussão, fazer resumos e retomar o assunto em eventuais desvios. De acordo com Carlini-Cotrim (1996), a presença do moderador é vital para o trabalho e o seu papel é imprescindível. Porém, a intervenção deve ser discreta, a fim de permitir a emergência dos conteúdos sem uma abordagem directiva que impeça a expressão dos participantes. Os critérios de selecção de moderador foram: experiência em condução de reuniões; experiência como moderador de grupo focal; conhecimento da CIF; experiência reconhecida em conteúdos de gestão da saúde e envolvente profissional com o SNS.

Esteve, igualmente, presente um assistente, na função de observador, relator de acontecimentos e eventuais intervenções, no sentido de facilitar o andamento dos trabalhos, tal como é recomendado por Carlini-Cotrim (1996).

O guião utilizado (Anexo 5, pág. 130) para a condução do grupo focal visava organizar a recolha de informação de forma estruturada e objectiva, permitindo que os participantes expressassem as suas opiniões e crenças.

Quadro 8 – Cronograma da preparação do grupo focal

17/12/04 Oito semanas antes da sessão	<ol style="list-style-type: none">1. Escrever uma questão orientadora2. Identificar os participantes3. Obtenção dos contactos dos participantes convidados
7/01/05 Cinco semanas antes da sessão	<ol style="list-style-type: none">1. Seleccionar um facilitador/moderador e redactor2. Desenvolver as questões3. Desenvolver um guião4. Escolher e reservar o local da sessão5. Redigir e enviar os convites aos participantes
28/01/05 Duas semanas antes da sessão	Confirmação dos convites via telefónica
4/02/06 Uma semana antes da sessão	Confirmação da disponibilidade e equipamento da sala
9/02/05 Dois dias antes da sessão	<ol style="list-style-type: none">1. Confirmar a presença dos participantes na sessão2. Garantir o material da sessão
11/02/05 Dia da sessão	Condução do grupo focal
14/02/05 Dois dias depois da sessão	Agradecimentos aos participantes
18/02/05 Uma semana depois da sessão	Envio de sumário da sessão aos participantes
25/02/06 Depois de toda a informação recolhida	<ol style="list-style-type: none">1. Sessão de análise escrita do relatório2. Redacção final do relatório

3.4.1.1 Análise de Conteúdo

Para a sistematização da informação recolhida no grupo focal realizou-se uma análise de conteúdo. É uma técnica exaustiva e metódica que pode ser definida, na opinião de Bardin (2004), como «um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens».

Esta técnica, tal como Berelson (1948) a definiu, permite «a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação» (Costa, A. 1987, referenciado em Vala, J., 1987), mas não serve somente para descrição, pois, segundo Bardin (2004), é a inferência que permite a passagem da descrição e interpretação, enquanto atribuição de sentido, às características do material, as quais foram levantadas, enumeradas e organizadas.

Trata-se de uma técnica de análise que constitui um processo complexo, exigindo muito rigor e objectividade, pois torna possível a apreensão e estruturação de informações de carácter qualitativo, deduzindo resultados e conclusões. Ou ainda, na linha de Berelson (1952, Cartwright, 1953 e Krippendorff, 1980, como refere Vala J., 1987), a análise de conteúdo é considerada uma «técnica de investigação que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto».

A análise de conteúdo pode ser utilizada em pesquisas que se refiram a qualquer um dos níveis de investigação empírica, com a vantagem de, em muitos casos, funcionar como técnica não obstrutiva. Mas pelo facto de não possuir um formato rígido mas somente algumas regras, por vezes dificilmente transponíveis (Bardin, 2004), exige, por isso, a adaptação aos objectivos pretendidos e, conseqüentemente, uma maior explicitação de todos os procedimentos utilizados.

Esta técnica envolve, com refere Bardin, (2004), um conjunto de processos (classificação, diferenciação e submodelo) que têm por base critérios previamente definidos, os quais, ainda segundo aquele autor, devem ser aplicados seguindo três critérios: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Recorre-se, portanto, a uma primeira fase, de inventariação, onde se tentam isolar todos os elementos e, a uma segunda, de classificação, em que se distribuem os elementos pelas categorias, de forma a organizar as mensagens.

Foi realizada a leitura exaustiva do conjunto das transcrições e definidas as categorias de análise. As categorias, na opinião de Bardin (2004), definidas como rubricas que, sob um título genérico, reuniriam um grupo de elementos, as unidades de registo, em função dos caracteres comuns daqueles elementos, são classes constituídas como meio de classificar e codificar os dados recolhidos e que Vala (1987) refere poderem ser concebidas «*a priori ou a posteriori*, ou ainda através da combinação destes dois processos».

Neste estudo, o critério de categorização foi semântico, ou seja, recorreu-se a categorias temáticas. A unidade de registo, unidade de significação a codificar, correspondente ao segmento de conteúdo a considerar como base da categorização, foi o tema. A unidade de contexto, definida como aquela que serviu de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo, foi o parágrafo (Bardin, 2004).

Como recomenda Miles *et al.* (1994), foram construídas grelhas para entradas, recolhidas em forma de matriz de submodelos, para evidenciar as frases retiradas da análise efectuada e fazer emergir as características de cada um dos quadros de referência dos entrevistados, bem como permitir a comparação entre os diferentes informadores.

Quando se efectua uma análise de conteúdo é necessário definir as categorias de agrupamento de informação. Segundo Berelson (1948), «uma análise de conteúdo vale o que valem as suas categorias» As categorias obedeceram às regras da exaustividade, pertinência, exclusividade, homogeneidade e objectividade (Gonçalves, 1998).

Não sendo concedida autorização do registo áudio, optou-se pelo registo escrito. De forma a validar a informação recolhida, o registo foi realizado por duas pessoas – a autora e a assistente nomeada para o efeito. Posteriormente, com o objectivo de validar a informação recolhida, foram comparados os registos realizados pelas redactoras.

O modelo de registo utilizado permitiu que a informação recolhida fosse analisada segundo os procedimentos sugeridos por Bardin (2004). Contudo, foi indispensável a construção de um dicionário de subcategorias, que explicam e limitam a amplitude do conteúdo de cada subcategoria, (Anexo 6, pág. 131).

3.4.2 Questionário

O instrumento utilizado para alcançar o 2.º objectivo específico deste estudo foi um questionário, construído, para o efeito, com base na documentação consultada sobre metodologia e construção de questionários e em questionários utilizados noutros estudos de natureza e objectivos semelhantes.

A utilização de um questionário como instrumento de medida permitiu efectuar o tratamento homogéneo de dados obtidos e recolher os dados junto dos profissionais de saúde, educação e acção social com conhecimento da CIF, que prestam cuidados à população portadora de doenças crónicas.

Desenho do questionário

Elaborou-se um questionário constituído por respostas fechadas de escolha múltipla para facilitar a recolha de informação e para a construção das questões determinou-se os critérios relevantes para o planeamento de acções educacionais para o sector público da saúde.

Entende-se por critério os elementos que é necessário definir ou ponderar quando se pretende planear uma formação.

Tal como sugerido na literatura, realizou-se o pré-teste (validação de conteúdo), recorrendo a três professores académicos, de diferentes instituições de ensino superior, com experiência de docência em curso superiores de saúde e em formação pós-graduada.

Foi pedido a cada perito, que acerca de cada critério referissem se:

1. Incluía ou excluía algum dos itens? Qual ou quais?
2. Faria algumas alterações? Quais?
3. Se sentiu dificuldade de compreensão/interpretação?

O questionário de validação de conteúdo pretendia verificar: se o questionário estava apto a recolher os dados pretendidos; se continha erros metodológicos e se existia alguma questão que não se enquadrava no contexto desejado.

Após a definição dos critérios relevantes para o desenho de um modelo de formação para profissionais de saúde, identificaram-se os itens constituintes de cada critério na revisão da literatura sobre desenho, planeamento, avaliação e acreditação de formação (Quadro 9, pág. 52).

O questionário apresenta uma secção com duas questões (Anexo 7, pág. 132):

Questão 1.a) – Da listagem de critérios relevantes para o planeamento de uma acção educacional, assinale com uma cruz, coluna esquerda: 5 dos critérios que considere mais relevantes para o planeamento de acções educacionais para sector público da saúde.

Objectivo – conhecer quais os critérios relevantes para o planeamento de acções de formação mais valorizados pela amostra.

Questão 1.b) – Da listagem de critérios relevantes para o planeamento de uma acção educacionais, assinale com uma cruz, Coluna da direita: Os itens a serem equacionados no planeamento de acções educacionais para sector público da saúde, nos vários critérios.

Objectivo – identificar quais os itens que caracterizam cada critério, mais valorizados pela amostra.

Quadro 9 – Critérios e itens relevantes para o planeamento de uma acção de formação sobre a CIF

CRITÉRIOS	ITENS CONSTITUINTES DE CADA CRITÉRIO
Modelos de formação	<p>Formação presencial</p> <p>Formação a distância – <i>e-learning</i></p> <p>Formação semipresencial – <i>b-learning</i></p> <p>Formação <i>outdoor</i> – congressos, seminários, <i>workshops</i></p> <p>Formação em exercício – estágio</p> <p>Formação estratégica organizativa – estudo de caso</p> <p>Formação pós-graduada</p>
Horário da formação	<p>Pós-laboral</p> <p>Laboral</p> <p>Bipartido</p>
Finalidades da formação	<p>Facilitar a mudança</p> <p>Aumentar a produtividade</p> <p>Aumentar as aptidões</p> <p>Aumentar os conhecimentos</p> <p>Aumentar a qualidade dos serviços prestados</p>
Tempo de formação	<p>Até 8 horas – 1 dia</p> <p>Até 30 horas – 1 semana</p> <p>Uma semana a 4 semanas – 1 mês</p> <p>Mais de 1 mês</p>
Metodologia pedagógica	<p>Trabalho de equipa</p> <p>Trabalho individual</p> <p>Utilização das TIC</p>
Destinatários da formação	<p>Grupos multiprofissionais</p> <p>Serviços/sectores institucionais</p> <p>Populações específicas</p> <p>População geral</p>

Motivos da formação	Interesse pessoal Estratégia institucional
Métodos de formação	Baseado na formação Baseado na literatura Baseado nos problemas Estudos de caso reais do contexto profissional e institucional
Avaliação da formação	Avaliação de diagnóstico Avaliação formativa de formação Avaliação somativa do formando
Aplicação prática	Diagnóstico Definição de objectivos Plano da acção Programação Plano de sessão Organização e acompanhamento Avaliação directa e <i>a posteriori</i>
Custos da formação	
Creditação da formação	

3.4.3 Painel de *Delphi*

Considerou-se que a metodologia sugerida por *Delphi* seria a mais adequada, uma vez que o objectivo desta recolha de informação era gerar um consenso quanto ao resultado da análise SWOT⁸ (identificação dos pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças).

⁸ A Análise SWOT é uma ferramenta utilizada para fazer análise de cenário (ou análise de ambiente), sendo usada como base para a gestão e planeamento estratégico de uma organização ou empresa, mas podendo, devido à sua simplicidade, ser utilizada para qualquer tipo de análise de cenário. O termo SWOT é uma sigla oriunda do idioma inglês, e é um acrónimo de *strengths* (forças), *weaknesses* (fraquezas), *opportunities* (oportunidades) e *threats* (ameaças). Esta análise de cenário divide-se em ambiente interno (forças e fraquezas) e ambiente externo (oportunidades e ameaças). As forças e fraquezas são determinadas pela posição actual da empresa e relacionam-se, quase sempre, com factores internos. Já as oportunidades e ameaças são antecipações do futuro e estão relacionadas com factores externos (Weihrich, 1982).

O painel de *Delphi* é um método utilizado desde 1950, desenvolvido por uma equipa de investigadores chamados Dalkey e Helmer, citado por Ludwig (1997), e tem como objectivo recolher e agregar sistematicamente informação e opiniões de grupos de peritos, numa área específica ou assunto na tentativa de atingir uma decisão de consenso. Baseia-se numa representação estruturada de informação relevante e esta informação adquire-se através da resposta individual de cada perito que responde ao estudo. A comparação e ordenação das suas respostas promovem um consenso.

Os pré-requisitos apontados por Ludwig (1997) para a escolha da metodologia de *Delphi* são idênticos às condições existentes para a identificação dos pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças da implementação da CIF no SNS:

1. Necessidade de decisões políticas ou planeamento para o futuro;
2. Necessidade de consensos de grupo sem existirem condições para um encontro presencial de peritos;
3. Existência de um grupo de peritos que possa ser identificado.

Este método pode ser caracterizado por seis vertentes (Strauss, 1975):

1. Utilizar um grupo de peritos para obter informação ou opiniões;
2. Usar uma distribuição sequencial de questionário com informação sumarizada;
3. Fazer uma tentativa sistemática para reproduzir um consenso de opiniões e identificar opiniões divergentes;
4. Garantir o anonimato dos elementos do painel e das suas declarações;
5. Usar uma inter-relação e um *feedback* controlados;
6. Ser conduzido por uma série, onde o sumário de resultados das séries é comunicado aos participantes.

O resultado desta recolha de informação foi um conjunto de ideias e opiniões que foram redistribuídas, pedindo, posteriormente, a cada perito que reconsiderasse sobre o consenso de opiniões que voltaram a ser comparadas (Reid, 1988).

A realização de várias séries de recomendações de consenso pode tornar-se inútil, pois normalmente após três recolhas de questionários poderá atingir-se a estabilidade e o consenso (Walker, 1986).

Foi necessário desenhar três questionários de recolha de informação, para os quais foram adoptados procedimentos de construção de questionário idênticos ao desenho do questionário do 2.º objectivo específico.

Segundo a literatura, pretende-se que o 1.º questionário de recolha de informação num painel de peritos, seja construído com questões abertas, com o objectivo de recolher a maior variedade e quantidade de informação, para posteriormente se organizar e se redistribuir ao painel, para que este expresse o seu grau de concordância, recorrendo à escala de Likert.

Para facilitar o preenchimento do questionário e diminuir o tempo de resposta do 1.º questionário, optou-se por desenhar um questionário de escolha múltipla com uma questão aberta. Esta alteração metodológica, prevista na literatura, é designada por painel de *Delphi* modificado.

A técnica de *Delphi* modificada é idêntica ao *Delphi* completo em termos de procedimentos e intenções. A maior modificação consiste quando o início do processo é feito com um conjunto de itens cuidadosamente seleccionados para construção do 1.º questionário de recolha de informação (Rodney, 1999).

Segundo Rodney (1999), estes itens pré-seleccionados podem ser identificados de várias maneiras: revisões sistemáticas da literatura, entrevistas com comentários dos peritos, etc. Para este estudo, os itens pré-seleccionados foram elaborados com base em três fontes:

1. Revisão da literatura;
2. Dados recolhidos no grupo focal realizado para o 1.º objectivo específico;
3. Relatório intercalar de actividade da DGS desenvolvido pelo grupo de reflexão para a implementação da CIF.

A primeira vantagem desta modificação ao *Delphi* é que aumenta consideravelmente o número de respostas recolhidas, na 1.^a recolha de questionários, e promove uma fundamentação sólida do trabalho previamente desenvolvido.

Outra vantagem adicional relacionada com esta modificação da técnica de *Delphi* inclui a redução dos efeitos de viés resultantes da interação do grupo, o anonimato assegurado e promove um *feedback* controlado dos participantes (Dalkey, 1969), (Judd, 1972) e (Brooks, 1979).

Desenho do 1.º questionário de recolha de informação (Anexo 8, pág. 133)

O 1.º questionário era constituído por três secções:

- 1.^a **secção** – Apresentação do estudo e seus objectivos. Pedido de participação no painel;
- 2.^a **secção** – Caracterização dos peritos;
- 3.^a **secção** – Constituída por quatro dimensões, cada uma com uma questão fechada e uma questão aberta.

Os itens constituintes de cada uma das dimensões da análise SWOT foram identificados previamente como exercício preparatório para a construção do questionário (Anexo 9, pág. 140). Os peritos foram convidados a realizar comentários fundamentados em relação à adição ou subtracção de itens em cada dimensão.

A distribuição do questionário realizou-se dia 24 de Julho de 2006, via *e-mail*. O *e-mail* continha um texto explicativo dos procedimentos de resposta e reenvio do questionário assim como o questionário anexado. A recolha do 1.º questionário terminou no dia 30 de Agosto de 2006.

Desenho do 2.º questionário de recolha de informação (Anexo 10, pág. 142)

O 2.º questionário foi realizado com base na informação recolhida na primeira distribuição, a fim de os peritos reverem os itens identificados na primeira recolha. O questionário continha uma secção que incluía as dimensões da análise SWOT. Cada dimensão era composta pelos itens que tiveram um grau de concordância superior a 50% dos peritos. Aos peritos foi pedido

que identificassem os cinco itens que melhor representassem a dimensão em que estavam inseridos.

A distribuição do 2.º questionário realizou-se no dia 17 de Setembro de 2006, através de procedimento idêntico ao 1.º questionário, tendo sido recolhido o último no dia 16 de Outubro de 2006.

Desenho do 3.º questionário de recolha de informação (Anexo 11, pág.146)

Após a recolha do 2.º questionário, verificou-se uma redução significativa no número de itens que reuniam um consenso de inclusão nas diferentes dimensões. Só os itens que tiveram consenso de inclusão na sua dimensão superior a 50% foram valorizados.

Para a construção do 3.º questionário, associou-se uma escala de concordância tipo Likert aos itens que constituem as diferentes dimensões da análise SWOT, solicitou-se aos peritos que manifestassem a sua opinião quantificando o grau de concordância em relação à inclusão de cada item em cada dimensão.

A distribuição do questionário realizou-se no dia 2 de Novembro de 2006, sendo o último recolhido no dia 16 de Novembro de 2006.

3.4.3.1 Análise SWOT

A análise SWOT, tal como é descrita por vários autores, Escoval (2004), foi criada em 1951 por Kenneth Andrews e Roland Christensen, professores da *Harvard Business School*, a qual foi posteriormente aplicada por numerosos académicos (Andrews, 1971).

A análise SWOT é um dos modelos mais difundidos para fazer o diagnóstico estratégico da organização. O que se pretende é definir as relações existentes entre os pontos fortes e fracos da organização, com as tendências mais importantes que se verificam na sua envolvente global, seja ao nível do mercado global, do mercado específico, da conjuntura económica ou das imposições legais, entre outras. Através desta metodologia poderá, fazer-se a identificação das forças e fraquezas da organização, das oportunidades e ameaças do meio envolvente e do grau de adequação entre elas.

Esta análise, tendo presentes as «ambições» explícitas na missão e grandes objectivos, deve incidir em dois pontos-chave: o ambiente externo (quais são as oportunidades e as ameaças?) e o ambiente interno à organização (quais são as forças e as fraquezas?). Mas o seu objectivo principal é estudar as capacidades internas da organização e capacitar os decisores a formular as metas e os objectivos com fins apropriados às exigências do meio envolvente em que a organização existe.

A análise SWOT examina a organização segundo quatro variáveis: (1) *strengths* (forças) e (2) *weaknesses* (fraquezas), referentes à organização – análise interna; (3) *opportunities* (oportunidades) e (4) *threats* (ameaças) para o meio envolvente, segundo Hindle, T. *et al.* (1994). Esta análise cruza os pontos fortes e fracos da organização com as oportunidades e ameaças da respectiva envolvente externa.

Daquele cruzamento resultam os quatro quadrantes, para cada um dos quais se traçam estratégias globais. O conceito de análise SWOT, embora aparentemente estático, encerra uma força e dinâmica superiores às que se podem detectar à primeira vista.

As forças (*strengths*) são vantagens internas da organização em relação às concorrentes e que, uma vez identificadas, devem ser olhadas sob três vertentes: (i) explorar (de que modo se pode aproveitar para ganhar ou acentuar as vantagens concorrenciais?); (ii) reforçar (o que é necessário fazer para as reforçar?) e (iii) proteger (são algo tão importante que deve ser protegido?).

As fraquezas (*weaknesses*) são desvantagens internas da organização em relação às concorrentes. Poderá ser útil encará-las sob duas perspectivas: (i) inverter (será possível inverter a situação que lhe deu origem?) e (ii) minimizar (caso não seja possível eliminá-la, que acções podem ser tomadas para minimizar os seus efeitos?).

As oportunidades (*opportunities*) são aspectos positivos da envolvente com o potencial de aumentar a vantagem competitiva da organização. Há dois pontos a considerar: (i) *timing* (muitas são válidas apenas numa janela temporal muito limitada, pelo que há que ponderar bem a altura de intervir) e (ii) explorar (no processo de selecção, e em ligação directa com o que foi dito sobre a atractividade destas, as respostas às seguintes questões podem fornecer pistas valiosas para realizar a escolha sobre: o que se ganha ou perde explorando a oportunidade? e o que se ganha ou perde não explorando a oportunidade?).

As ameaças (*threats*) são aspectos negativos da envolvente com o potencial de diminuir a vantagem competitiva da organização. Existem várias atitudes que podem ser seguidas, nomeadamente: (i) combater, tentando inverter, eventualmente com recurso a alianças estratégicas e (ii) aproveitar a força do adversário para lhe levar a melhor. Para o sistema de saúde a ideia é a de avaliar, através de uma reflexão aprofundada na qual devem participar a maioria dos actores intervenientes na área, quais são estes elementos, sendo que a elaboração do diagnóstico estratégico, através do modelo SWOT, deve levar à formulação de objectivos estratégicos,

Todo Bom (1999) considera que esta metodologia apresenta fundamentalmente duas limitações, a saber:

1. Não existe relação entre a análise interna e a análise externa;
2. A falta deste relacionamento pode não destacar alguma força ou fraqueza, as quais individualmente não são relevantes, mas quando articuladas com uma oportunidade ou ameaça do meio envolvente permitem atribuir-lhe o seu real valor relativo.

O autor fundamenta a sua opinião no facto de a análise SWOT ser uma observação estática, que carece da integração da variável «tempo», cuja inclusão poderá reforçar o seu dinamismo, embora a sequência da análise temporal apenas permita observar as mudanças internas ocorridas pela análise interna e a verificação da turbulência envolvente pela análise externa (Todo Bom, 1999).

Assim, a análise SWOT é um instrumento precioso para qualquer gestor analisar, em profundidade, o ambiente interno em articulação com a envolvente externa da organização, e daí construir uma grelha para as decisões estratégicas a tomar (Escoval, 2004).

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

4.1 1.º Objectivo específico

Caracterização da amostra

Características dos doze elementos constituintes de grupo focal:

1. Experiência profissional nos sectores da saúde, educação e segurança social. Identificando-se a profissão, local de trabalho e habilitações académicas;
2. Experiência profissional com população portadora de doenças crónicas;
3. Conhecimento e manuseio de classificações da OMS;
4. Conhecimento da CIF;
5. Experiência de participação em grupos de reflexão.

Quanto à actividade profissional, dez dos elementos constituintes do grupo focal eram médicos, um era assistente social e um era economista. Quanto aos elementos médicos representavam as especialidades clínicas de endocrinologia, reumatologia, psiquiatria, oftalmologia, saúde pública, clínica geral, pneumologia e cardiologia.

Relativamente ao local de trabalho, todos os elementos exercem a sua actividade em instituições públicas, dos quais sete elementos exercem a actividade profissional em Hospitais, um num Centro de Saúde, um no Ministério da Segurança Social, um no Ministério das Finanças e dois na DGS. Dos dez elementos, seis exercem actividade de docência simultaneamente, pertencendo cinco elementos à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e dois elementos à Escola Nacional de Saúde Pública.

Todos os elementos possuem mais de vinte anos de experiência profissional com pessoas portadoras de doenças crónicas, tinham conhecimento e utilizavam a CIF.

Relativamente ao conhecimento da CIF, na data de que se realizou o grupo focal, dois elementos tinham conhecimento da CIF há cinco anos, quatro elementos há quatro anos e seis elementos há seis meses, o que demonstra que 50% dos elementos do participantes neste grupo focal têm um conhecimento recente da CIF.

Quanto à participação em grupos de reflexão, todos os elementos pertenciam ao grupo de reflexão sobre a operacionalidade da CIF, constituído e formalizado pela DGS.

Análise de conteúdo da informação recolhida

1.ª Questão: O que pensa da CIF?

Quadro 10 – Classificação da informação recolhida para as questões «O que pensa da CIF?» no grupo focal realizado em 11 de Fevereiro de 2005

Unidade de contexto	Categorias	Subcategorias	Citações	Frequência
Aplicação da CIF	Níveis de aplicação	Individual	<ol style="list-style-type: none"> 1. «(...) A CIF introduz uma avaliação quantitativa no efeito de causalidade da intervenção comunitária(...) 2. «(...) Necessidade de medir função (...) 3. «(...) Passa da observação da doença para a observação do utente (...) 4. «(...) Outra dimensão de olhar a saúde. (...) 5. «(...) Põe em evidência outros componentes que coexistem em cada doente para além da doença orgânica(...) 6. “(...) Trabalha a pessoa nas suas diferentes dimensões (...) 7. «(...) Ferramenta amiga da pessoa(...) 8. «(...) Permite um melhor conhecimento da pessoa(...) 	8
		Institucional		0
		Social	<ol style="list-style-type: none"> 1. «(...) Reconheço como um instrumento social Instrumento útil que já foi aplicado e utilizado(...) 2. «(...) A CIF é uma etapa de civilização e humanização.(...) 3. «(...) Reconhece um componente humanizante (...) 	6

Aplicação da CIF			«(...) Permite transparência de critérios(...)» «(...) Levanta questões sociais como as reformas e subsídios (...)» «(...) É um modelo social (...)»	
	Áreas de intervenção	Decisão política		0
		Análise económica	«(...) Contributo para o país em termos de factores económicos, sociais e financeiros(...)»	1
		Avaliação de necessidades		0
		Investigação	«(...) Instrumento que permite um avanço Ferramenta de investigação (...)»	1
		Clínica de reabilitação	«(...) Instrumento que permite um avanço extraordinário para o utente e para o profissional(...)» «(...) Reconhecida pelos médicos (...)» «(...) Será para aplicar os todos os tipos de doentes? (...)» «(...)Para que tipo de doentes? (...)»	4
Factores ambientais	«(...) Reconhece diferentes impactos ambientais na saúde das pessoas(...)»	1		
Total				21

A informação recolhida após a 1.^a questão foi agrupada em duas categorias que permitissem qualificar a CIF quanto aos níveis de aplicação e áreas de intervenção.

Quando questionados cada um dos elementos do grupo focal acerca da percepção que tinham sobre a CIF, verificou-se que foram referidos mais aspectos que qualificam a CIF quanto ao seu nível de aplicação (n=14) por comparação com a área de intervenção (n=7). Analisando os componentes de cada categoria, observa-se que o grupo reconhece que a aplicação CIF é uma mais-valia a nível individual (n=8) e social (n=6), sendo a área clínica de reabilitação (n=4) a mais mencionada.

Este resultado pode justificar-se pelo facto de a maioria dos elementos constituintes do grupo focal serem médicos, e devido ao seu perfil profissional centram-se mais no indivíduo e no

processo clínico do que nos aspectos contextuais da sua intervenção, como por exemplo os aspectos institucionais, de decisão política e avaliação de necessidades. Contudo, é de realçar que o grupo focal mostrou estar atento ao nível da intervenção na área social, referindo aspectos de aplicação da CIF a este nível.

Salienta-se, ainda, que, a nível internacional, a investigação científica publicada que tem como objecto de estudo a aplicação da CIF, foi efectuada na área da aplicação clínica e de reabilitação a nível individual. O que vai de encontro às percepções dos elementos do grupo focal. Acredita-se que a confirmação da aplicabilidade desta classificação na área clínica e a nível individual, é o primeiro argumento para a sua utilização como instrumento de identificação de ganhos em saúde, nomeadamente a nível das doenças crónicas.

Quando o grupo focal reconhece que a aplicação da CIF é uma mais-valia a nível individual, é notório o reconhecimento desta classificação como um contributo para a mudança da interpretação da saúde segundo o modelo biomédico para o modelo holístico (citações 3, 4, 5, 6 e 8), o que vai de encontro à evolução da definição do conceito de saúde, defendida por diversos autores e pela OMS. Estas citações reconhecem ainda que a CIF permite identificar aspectos da saúde individual para além da doença orgânica, sendo esta uma das premissas desta classificação, o que permite afirmar que os elementos constituintes deste grupo focal estão conscientes de que a classificação da doença poderá não ser representativa do seu estado de saúde, tendo estes diversos componentes.

Sendo referenciada a aplicação da CIF de forma significativa, a nível social, e estando os elementos constituintes do grupo focal em contacto directo com a doença crónica, é revelador (citações 11, 12 e 13) a preocupação com a equidade da atribuição de reformas e subsídios, assim como a consciência do custo social da doença crónica.

2.ª Questão: Quais as dificuldades que reconhece para a implementação da CIF?

Quadro 11 – Classificação da informação recolhida para a questão «Quais as dificuldades que reconhece para a implementação da CIF?» no grupo focal realizado em 11 de Fevereiro de 2005.

Unidade de contexto	Categorias	Subcategorias	Citações	Frequência
Dificuldades de implementação	Barreiras à implementação	Políticas	«(...) Incompatibilidade com a Tabela Nacional de Incapacidade (...)» «(...) Coloca em causa a Tabela Nacional de Incapacidades (...)» «(...) Necessidade de se adoptar uma conjuntura legislativa (...)» «(...) Vontade política, resistências nos órgão de gestão (...)»	4
		Aplicabilidade clínica	«(...) Parece não ser fácil de utilizar(...)» «(...) Necessita de uma abordagem multiprofissional (...)» «(...) Necessidade de criar equipas multidisciplinares para utilização (...)» «(...) Implica necessidade de criar equipas para a aplicar (...)» «(...) Deverá ser aplicada em equipa multidisciplinar orientada por um médico (...)» «(...) Necessidade de trabalho em equipa (...)»	6

Dificuldades de implementação	Barreiras à implementação	Educacionais	<p>«(...) Implica a necessidade de aprender a utilizá-la (...)»</p> <p>«(...) Querer fazer (...)»</p> <p>«(...) Saber fazer (...)»</p> <p>«(...) todos os profissionais de saúde aprenderem a intenção da CIF (...)»</p> <p>«(...) Divulgação (...)»</p> <p>«(...) Falta de formação, sensibilização (...)»</p> <p>«(...) Criar equipas multidisciplinares (...)»</p> <p>«(...) Não existência de respostas de reabilitação (...)»</p>	8
		Sistemas e modelos de registo	<p>«(...) Complexa (...)»</p> <p>«(...) Complexidade da CIF (...)»</p> <p>«(...) Dificuldade de aplicação (...)»</p> <p>«(...) Ter condições, equipas e materiais (...)»</p> <p>«(...) Instituições, falta de meios (...)»</p> <p>«(...) Necessidade de simplificação dos instrumentos de aplicação (...)»</p> <p>«(...) Instrumento, grande variabilidade de componentes (...)»</p> <p>«(...) Complexidade do instrumento de aplicação (...)»</p>	8

Dificuldades de implementação	Barreiras à implementação	Aspecto cultural	«(...) Como convencer as pessoas a utilizá-la? (...)» «(...) Falta de humanismo dos técnicos de saúde (...)» «(...) Cultura médica (...)» «(...) Falta de hábitos de cooperação (...)» «Falta de visão abrangente sobre a pessoa doente (...)»	5
		Reconhecimento de utilidade	«(...) Necessidade de demonstrar a importância e objectivos (...)» «(...) Falta de demonstração prática da sua utilidade (...)» «(...) Segurança na utilidade de aplicação (...)»	3
Total				34

Quando questionados sobre quais as dificuldades que reconheciam para a implementação da CIF, foi possível organizar a informação em seis subcategorias: barreiras políticas à implementação; barreiras à implementação da aplicabilidade clínica; barreiras educacionais à implementação; barreiras à implementação relacionadas com os sistemas e modelos de registo; barreiras à implementação de aspecto cultural e barreiras à implementação relacionadas com o reconhecimento e utilidade.

Verificou-se que todos os elementos identificaram mais do que três barreiras de implementação da CIF no contexto nacional, sendo as barreiras educacionais (n=8) e as barreiras relacionadas com os sistemas e modelos de registo (n=8) as mais referenciadas, seguidas das barreiras relacionadas com a aplicabilidade clínica (n=6). As barreiras de implementação política (n=5) e as barreiras relacionadas com os aspectos culturais (n=5) também foram dificuldades referidas com alguma representatividade.

As barreiras educacionais foram as barreiras mais referenciadas como dificuldade para a implementação da CIF, o que vai ao encontro das conclusões do grupo de reflexão para a

implementação da CIF, tutelado pela DGS que refere o desconhecimento da classificação como uma das principais barreiras à implementação da CIF no Sistema de Saúde. A OMS previu esta barreira, uma vez que sugere o desenvolvimento de material educacional e planos de formação – genéricos, específicos por país ou sector, suportados por *websites* da OMS-CIF. Vários autores de diferentes países membros da OMS, Reed *et al.* (2003), nos EUA, Barral (2003) em França e no Reino Unido, são alguns dos autores que dão primazia às medidas educacionais como promotoras do processo de implementação da CIF.

As barreiras à aplicabilidade clínica identificadas são igualmente partilhadas por Farias e Buchalla (2005) que reconhecem que a CIF é recente, complexa e que apresenta um certo grau de dificuldade na sua aplicação. Bickenbach (2003) afirma que existem ainda poucos estudos que avaliem o seu impacto na área da saúde e do ponto de vista prático, a sua aplicação requer alguma disponibilidade. Em Portugal, esta também foi uma das barreiras identificadas pelo grupo de reflexão da CIF tutelado pela DGS, nomeadamente, na aplicação da *checklist* ilustrativa da CIF sugerida pela OMS. O desconhecimento do sistema de qualificadores, a ausência de sistema métrico de quantificação, o tempo de aplicação, a pertinência da aplicação da classificação em contexto específico, foram algumas das dificuldades referidas como barreiras ao processo de implementação da CIF.

A identificação de barreiras políticas no processo de implementação da CIF foi considerada em alguns países que iniciaram o processo de implementação da CIF, nomeadamente em Itália. Segundo Leonardi (2003), a primeira medida adoptada para promover a implementação da CIF naquele país foi a alteração legislativa das definições associadas à saúde.

Os aspectos culturais referidos como barreiras à implementação da CIF não são muito referidos na revisão da literatura, apenas Bickenbach (2003) refere que os aspectos inerentes à mudança de conduta, por parte dos profissionais da área da saúde, poderão ser uma barreira ao processo de implementação da CIF, mais especificamente a adopção de uma abordagem biopsico-social, em vez da tradicional abordagem biomédica.

3.ª Questão: Como deverá ser utilizada esta classificação?

Quadro 12 – Classificação da informação recolhida para a questão «Como deverá ser utilizada esta classificação?» no grupo focal realizado em 11 de Fevereiro de 2005.

Unidade de contexto	Categorias	Subcategorias	Citações	Frequência
Condições de aplicabilidade da CIF	Local de aplicação	Unidade de saúde	«(...) unidades de saúde com as quais os clientes de saúde se inter-relacionam (...)» «(...) duas equipas, centro de saúde e hospital com linguagem integrada (...)»	2
		Centro de saúde	«(...) no centro de saúde, onde a longo prazo é mais fácil avaliar a pessoa como um todo (...)»	1
		Hospital	«(...) nos outros locais só para fins especiais (...)» «(...) no hospital (...)» «(...) nos hospitais justifica-se que existam equipas (...)»	3
	Quem aplica	Equipas	«(...) equipas com formação (...)» «(...) equipa nomeada pelo responsável do núcleo de saúde (...)» «(...) considero esta <i>checklist</i> tão longa e com mínimos que obrigam para a sua aplicação à existência de uma equipa personalizada (...)» «(...) equipa personalizada (...)» «(...) é inevitável a existência de um grupo homogéneo único com formação e tempo (...)» «(...) com competências especiais constituídas em grupos homogéneos (...)»	6
		Autopreenchimento	«(...) considero que o doente deve participar directamente preenchendo a <i>checklist</i> (...)» «(...) o melhor meio seria o auto preenchimento (...)»	2

	Quando	Por episódio	«(...) por cada episódio de internamento à entrada e à saída (...)» «(...) é preciso tipificar as situações que se pretendem analisar - fotografia à entrada, fotografia à saída (...)» «(...) que faça a primeira avaliação e depois reavalie segundo as mesmas regras (...)»	3
		Periodicamente	«(...) o filme é um conjunto de fotografias e portanto terá de ser avaliado periodicamente (...)» «(...) em dois níveis dependendo dos objectivos em causa (...)» «(...) a pessoa deve preencher um inquérito todos os anos (...)»	3
Total				20

Quando questionados sobre como deverá ser utilizada esta classificação, foi possível organizar a informação em três categorias: local de aplicação, quem aplica e quando é aplicada.

Relativamente ao local de aplicação não existe um consenso evidente entre os membros do grupo. A única opinião consensual é a de que a CIF deverá ser aplicada em unidades de saúde, sendo o local mais referido o hospital. A relevância do local de aplicação da CIF pode ser subestimada, uma vez que o factor mais relevante a ter em conta na escolha do local de aplicação desta classificação é a possibilidade de introdução dos dados recolhidos num sistema de informação integrado, possível de ser partilhado por prestadores de cuidados e por outros subsistemas, como Segurança Social, Ministério das Finanças e seguradoras.

Na categoria «Quem aplica a CIF?» foram identificadas duas subcategorias; equipas (n=6) e autopreenchimento (n=2). Apesar de não existirem indicações específicas na revisão bibliográfica sobre quem deve aplicar esta classificação, nomeadamente os seus instrumentos, ICF Checklist e WHO Disability Assessment Schedule II (WHO DAS II), a resposta do grupo vai ao encontro dos pressupostos de aplicação dos modelos de gestão das doenças crónicas. Nestes modelos de gestão pretende-se desenvolver uma abordagem de prestação de cuidados baseada em equipas, defendendo-se o princípio de que os cuidados deverão ser prestados por equipas multidisciplinares. Em simultâneo preconiza o envolvimento do doente

como elemento activo no processo de gestão, nomeadamente os seus autocuidados promovendo um papel mais activo de autogestores da sua doença. Todavia, salienta-se que os elementos do grupo que mencionaram que a CIF deveria ser aplicada por equipas, referiram também que estas deveriam ser «homogéneas» com «formação» e «personalizadas», o que vai ao encontro do que é preconizado pela OMS, que aponta o desenvolvimento de material educacional e planos de formação como facilitadores do processo de implementação.

A informação agrupada na categoria «Quando» distribui-se por duas subcategorias: «por episódios» (n=3) e «periodicamente» (n=3), não existindo consenso. Na literatura disponível não existe evidência sobre a periodicidade ideal para a aplicação da CIF, apenas a referência de que a CIF tem por objectivo permitir a comparação de dados entre países, entre entidades sanitárias, entre os serviços e em diferentes momentos ao longo do tempo, assumindo que a utilidade desta classificação está dependente da sua aplicação ao longo do tempo. Não existe menção quanto à periodicidade de aplicação, estando esta dependente das áreas de intervenção da CIF e os objectivos da recolha de informação sobre o estado de saúde do indivíduo ou da população.

4.2 2. ° Objectivo específico

Identificar critérios relevantes para o planeamento de uma acção educacional que facilite a implementação do registo das dimensões da funcionalidade para as doenças crónicas no Sistema de Saúde.

Caracterização da amostra

Os elementos da amostra apenas foram caracterizados segundo a sua profissão, uma vez que não foi considerado relevante a caracterização pessoal de cada elemento.

Tabela 1 – Actividade profissional dos elementos da amostra que responderam ao questionário do 2.º objectivo específico

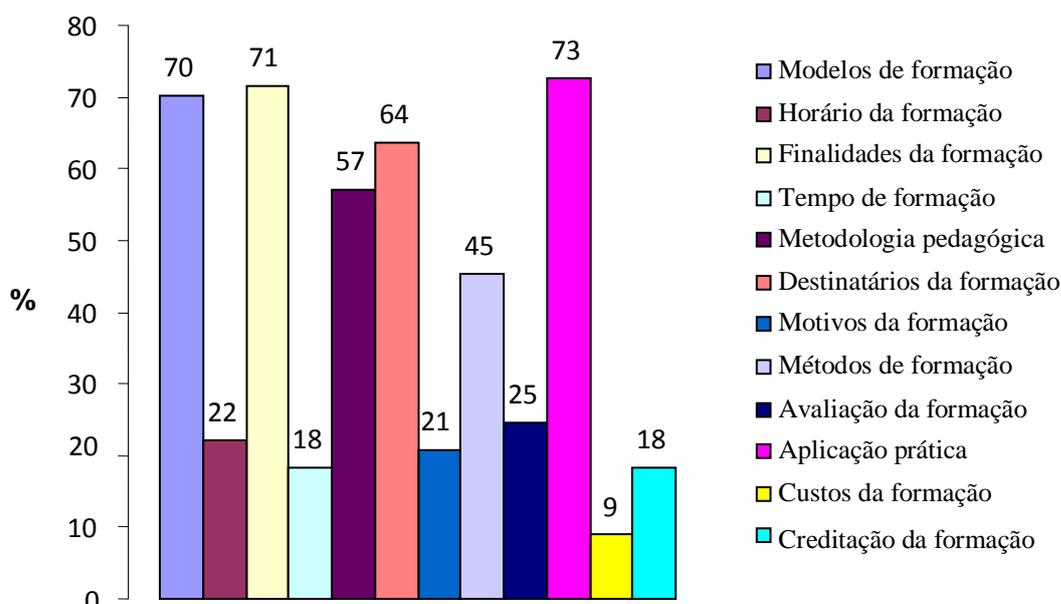
ACTIVIDADE PROFISSIONAL	N.º
Assistente Social	7
Enfermagem	13
Fisioterapeuta	13
Médico	16
Ortoptista	1
Professor	7
Psicólogo	10
Terapeuta Ocupacional	2
Outros	5
Sociólogo	2
Terapeuta da Fala	1
TOTAL	77

Verifica-se que a amostra dos profissionais relacionados com a saúde que responderam ao questionário é heterogénea, uma vez que estão representadas mais de onze profissões, que conhecem a CIF e têm um papel primordial na sua implementação. Todavia, observa-se que existe uma predominância de profissionais médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. A heterogeneidade da amostra relativamente às profissões representadas permitiu que a recolha de informação não fosse condicionada por «percepções corporativistas» dos grupos profissionais representados.

Efectuou-se uma análise estatística descritiva para analisar a informação recolhida, e para o tratamento dos dados foi utilizado o programa *Microsoft Excel* e o programa *Microsoft Word* para o processamento de texto.

Critérios relevantes para o planeamento de uma acção de formação

Gráfico 3 – Representação em percentagem da frequência de critérios relevantes para o planeamento de uma acção de formação assinalados pela amostra



Observa-se que os critérios relevantes para o planeamento da acção de formação, mais assinalados pela amostra, com uma representatividade superior a 50%, foram: «Modelos de formação»; «Finalidades da formação»; «Metodologia pedagógica»; «Destinatários da formação» e «Aplicação prática». Estes são também os critérios mais descritos na revisão da literatura, nomeadamente quando são descritas os planos educacionais desenvolvidos por alguns países membros da OMS para promover a implementação e aplicação da CIF.

Questão 1.b) – Da listagem de critérios relevantes para o planeamento de uma acção educacional, assinale com uma cruz, coluna direita, os itens a serem equacionados no planeamento de acções educacionais para o sector público da saúde, nos vários critérios.

Tabela 2 – Representação em percentagem da frequência dos itens constituintes dos critérios relevantes para o planeamento de acções de formação

CRITÉRIOS	ITENS CONSTITUINTES DE CADA CRITÉRIO	FREQUÊNCIA	%
Modelos de formação (n=70)	Formação presencial	51	66
	Formação <i>e-learning</i>	17	22
	Formação <i>b-learning</i>	26	34
	Formação <i>outdoor</i>	24	31
	Formação em exercício	43	56
	Formação estudo de caso	31	40
	Formação pós-graduada	16	21
Horário da formação (n=22)	Horário pós-laboral	3	4
	Horário laboral	30	39
	Horário bipartido	26	34
Finalidades da formação (n=71)	Facilitar a mudança	52	68
	Aumentar a produtividade	15	19
	Aumentar as aptidões	26	34
	Aumentar os conhecimentos	33	43
	Aumentar a qualidade	57	74
Tempo de formação (n=18)	Um dia	4	5
	Uma semana	29	38
	Um mês	7	9
	Mais de um mês	9	12
Metodologia pedagógica (n=57)	Trabalho de equipa	53	69
	Trabalho individual	17	22
	Utilização das TIC	39	51
Destinatários da formação	Grupos multiprofissionais	54	70

Contributo para a implementação da CIF para a identificação de ganhos em saúde nas doenças crónicas

(n=64)	Serviços	29	38
	Populações específicas	29	38
	População geral	8	10
Motivos da formação (n=21)	Interesse pessoal	26	34
	Estratégia institucional	43	56
Métodos de formação (n=45)	Baseado na formação	21	27
	Baseado na literatura	10	13
	Baseado nos problemas	32	42
	Estudos de caso	48	62
Avaliação da formação (n=25)	Avaliação de diagnóstico	25	32
	Avaliação formativa de formação	39	51
	Avaliação somativa do formando	21	27
Aplicação prática (n=73)	Diagnóstico	34	44
	Definição de objectivos	41	53
	Plano da acção	44	57
	Programação	34	44
	Plano de sessão	23	30
	Organização	46	60
	Avaliação directa e <i>a posteriori</i>	36	47
Custos da formação (n=9)	Custos da formação	22	29
Acreditação da formação (n=18)	Creditação da formação	32	42

Observa-se que os itens que a amostra considera que devem ser equacionados para o planeamento de uma acção de formação, com uma representatividade superior a 50%, são os seguintes: «Formação presencial»; «Formação em exercício»; «Facilitar a mudança»;

«Aumentar a qualidade»; «Trabalho em equipa»; «Utilização das TIC»; «Grupos multiprofissionais»; «Estratégia institucional»; «Avaliação formativa da formação»; «Definição de objectivos»; «Plano de acção» e «Organização da instituição».

Os modelos de formação mais referidos são a «Formação presencial» (n=51) e a «Formação em exercício» (n=46). Estes são modelos de formação adoptados por países como a Austrália, França e Itália, como estratégia de implementação da CIF. Esta constatação vai ao encontro da análise crítica realizada pelos participantes no seminário de 5 de Julho de 2005, quando identificaram os pontos fortes e pontos fracos de vários planos educacionais. Apesar de identificarem como ponto forte a utilização de mais do que um modelo de formação um aspecto positivo, consideraram que a utilização de modelo de formação a distância, como preferencial, é um dos aspectos negativos dos planos em estudo.

Enquanto finalidade da formação nas acções educacionais para o sector público da saúde, cerca de 70% da amostra admite que os critérios mais relevantes são: «Facilitar a mudança»; (n=52) e «Aumentar a qualidade de serviços» (n=57). Estes parecem ser também os critérios adoptados por países como os EUA e Itália para a definição de objectivos de acções de formação que promovam a implementação da CIF, sendo também finalidades definidas pelos EUA: «Promover a formação e treino interactivo segundo a CIF» e «Aprender a manusear a CIF em registo informático, para facilitar e promover a sua utilização», enquanto a Itália apresenta como objectivo das suas formações: «Fornecer uma chave de leitura da CIF, que habilita os formandos a comunicar com uma linguagem comum para recolha de informação da função humana».

Relativamente à metodologia pedagógica, a amostra identifica o «Trabalho em equipa» (n=53) e a «Utilização das TIC» (n=46) como estratégia adequada para o planeamento de acções educacionais para o sector público da saúde. Apesar de na literatura não existir referência ao trabalho de equipa como método de formação, não se pode assumir que esta metodologia não fosse utilizada nas diversas formações desenvolvidas pelos países membros da OMS para promoção e implementação da CIF. Em contrapartida, a utilização das TIC é referenciada pela OMS quando sugere como estratégia pedagógica para a implementação da CIF, construir *websites* para divulgação da CIF. Países como a Austrália, também criaram páginas *web* para divulgação da CIF, assim como os EUA e a Itália utilizaram plataformas de *e-learning* como modelo de formação para a implementação e divulgação da CIF.

A amostra referiu que os destinatários mais adequados para realizar a formação no sector público da saúde seriam «Grupos multidisciplinares» (n=54), como proposto por todos os países que desenvolveram planos educacionais para implementação da CIF, referidos anteriormente na revisão da bibliografia, sendo um dos aspectos considerados positivos nas conclusões do seminário de 5 de Julho de 2005 quando analisou diversos planos educacionais.

O método de formação assinalado pela amostra, com mais representatividade (n=48), foi o «Estudo de caso». Esta também foi uma metodologia seguida por países como a Itália, quer em modelos de formação presencial, quer em modelos de formação a distância.

A aplicação prática da formação (n=73) foi o critério mais referenciado pela amostra como relevante para a construção de acções de formação, sendo os itens: «Definição de objectivos» (n=41); «Plano de acção» (n=44) e «Organização da instituição» (n=46) os critérios mais assinalados. Quando se analisam os planos educacionais desenvolvidos para divulgação e implementação da CIF, verifica-se que este foi também o critério que os países membros da OMS valorizaram nos seus planos educacionais.

Apesar de a amostra não ter considerado o critério «Motivo da formação» (n=21) e «Avaliação da formação» relevante para o planeamento de uma acção de formação, esta reconhece que a «Estratégia institucional» (n=43) e a «Avaliação formativa de formação» (n=39) são itens a valorizar no planeamento de uma acção de formação para o sector público da saúde. O facto de nos planos educacionais em análise não ser referida a avaliação da formação, este já tinha sido um aspecto negativo referenciado nas conclusões do seminário de 5 de Julho de 2005.

4.3 3. ° Objectivo específico

Identificar as oportunidades e ameaças, assim como os pontos fortes e os pontos fracos da implementação da CIF no Sistema de Saúde.

Caracterização dos peritos

A caracterização dos peritos constituintes do painel *Delphi* modificado (Anexo 12, pág 148) realizou-se segundo os seguintes critérios:

1. Actividade profissional;
2. Habilitações académicas;
3. Anos e experiência profissional na área da gestão e docência;
4. Estudos desenvolvidos e publicados.

O painel de *Delphi* modificado foi constituído por nove elementos, na primeira recolha de informação, oito na segunda recolha e sete na terceira. Estavam representadas quatro profissões: médico (n=6); enfermeira (n=1); fisioterapeuta (n=1) e sociólogo (n=1). Quanto às habilitações académicas, o painel era composto por três licenciados, quatro mestres e dois doutorados. Todos os peritos tinham experiência profissional na área da gestão e direcção de serviços, cinco dos quais com mais de dezasseis anos de prática nesta área. Verificou-se ainda que o painel de peritos tinha desenvolvido ou publicado estudos na área de gestão dos serviços de saúde (n=5), ganhos em saúde (n=5), políticas de saúde (n=4) e CIF (n=3).

Apresentação dos dados recolhidos no 1.º questionário

Efectuou-se uma análise estatística descritiva para analisar a informação recolhida, e para o tratamento dos dados foi utilizado o programa *Microsoft Excel* e o programa *Microsoft Word* para o processamento de texto.

1.º Questionário, Agosto de 2006

Percentagem de concordância com os pontos fortes identificados para promover a implementação da CIF no Sistema de Saúde

Tabela 3 – Frequência e percentagem de concordância, do painel de peritos, com os pontos fortes identificados em Agosto de 2006, para promover a implementação da CIF no SNS

PONTOS FORTES	Frequência de resposta «sim»	%
Incluir a utilização da CIF como objectivo do Plano Nacional de Saúde	7	77,7
Definir as áreas para a utilização da CIF	7	77,7
Utilizar a CIF para identificar ganhos em saúde	8	88,8
Existência de alguns peritos entusiastas desta classificação	9	100
Existência de experiência de implementação de outros produtos da família das classificações da OMS	8	88,8
Utilizar a CIF em diferentes contextos como estudos, áreas clínicas e programas políticos	8	88,8
Utilizar a CIF em complementaridade com a CID e futuramente com a CI (Classificação de Intervenções)	8	88,8
Custo de implementação da CIF	5	55,5
Capacidade de construção do plano de formação nacional para aplicação da CIF	6	66,6
Possibilidade de utilizar a CIF nos diferentes níveis de cuidados	9	100
Centrar a observação na pessoa e não exclusivamente na doença	8	88,8
Promover outra dimensão de olhar a saúde	7	77,7
Possibilitar a participação da pessoa na sua avaliação global	8	88,8
Reconhecimento da importância da CIF pelos profissionais de saúde	8	88,8
Utilizar a CIF como instrumento que valoriza a pessoa de forma positiva	8	88,8
Reconhecer a utilidade da CIF para a realização de uma avaliação de programas de saúde pública	9	100
Instrumentos de formação académica integrador da área da saúde e da área social	7	77,7
A normalização das condições da aplicação da CIF pode facilitar a avaliação de resultados em saúde	9	100

Com uma percentagem de concordância superior a 55%, o painel de peritos, na sua primeira reflexão, refere que todos os aspectos eram pontos fortes que promoviam a implementação da CIF. Salienta-se o facto de existirem quatro itens que foram referidos por unanimidade da amostra (100%), são eles: «Existência de alguns peritos entusiastas desta classificação»; «possibilidade de utilizar a CIF nos diferentes níveis de cuidados»; «Reconhecer a utilidade da CIF para a realização de uma avaliação de programas de saúde pública» e «A normalização das condições da aplicação da CIF pode facilitar a avaliação de resultados em saúde».

O facto de o painel de peritos concordar na sua totalidade com a existência de alguns peritos entusiastas desta classificação, como ponto forte, pode estar associada à constituição de diversos grupos de trabalho e reflexão sobre a CIF, implementados por diferentes entidades públicas, nos quais estão inseridos os peritos constituintes deste painel. Alguns desses grupos de trabalho são: Grupo de trabalho de estatísticas da deficiência e reabilitação do Conselho Superior de Estatística para acompanhar o desenvolvimento dos trabalhos de elaboração da CIF; Grupo de implementação da CIF do Secretariado Nacional de Reabilitação, para apoio a estudos sobre a avaliação de contextos; Grupo interdisciplinar formal para a promoção da implementação da CIF da DGS. A existência destes grupos de trabalho cria a possibilidade de formação de peritos sobre a CIF e o seu processo de implementação.

O painel de peritos ao reconhecer unanimemente que a normalização das condições da aplicação da CIF pode facilitar a avaliação de resultados em saúde como um ponto forte, assume dois pressupostos: 1.º a CIF facilita a avaliação de resultados; 2.º a utilização da CIF para avaliação de resultados está dependente da normalização das condições de aplicação. O uso da CIF na avaliação de resultados é uma das indicações da OMS, não só para uso clínico e epidemiológico mas também para nível administrativo com o objectivo de quantificar ganhos em saúde. As condições de aplicação da CIF já tinham sido um tema abordado no grupo focal quando questionado sobre «Como deverá ser utilizada desta classificação?», verificando-se falta de concordância relativamente ao local de aplicação e à periodicidade da aplicação. Este facto permite afirmar que apesar de ser unânime para o painel de peritos que a normalização das condições da aplicação da CIF pode facilitar a avaliação de resultados em saúde, segundo o grupo focal, é necessário definir quais as condições de aplicação desta classificação.

Percentagem de concordância com as oportunidades identificadas para promover a implementação da CIF no Sistema de Saúde

Tabela 4 – Frequência e percentagem das oportunidades identificadas pelo painel de peritos em Agosto de 2006, para promover a implementação da CIF no Sistema de Saúde

OPORTUNIDADES	Frequência de resposta «sim»	%
Introdução da CIF em currículos académicos de diferentes universidades	9	100
Existência de diferentes iniciativas locais para a divulgação da CIF	9	100
Interesse político em utilizar a informação resultante da aplicação da CIF	9	100
Vantagem de alianças estratégicas da CIF com outras classificações	8	88,8
Aumento do interesse governamental na população com incapacidade	9	100
Necessidade de identificar um indicador de saúde comum ao Sistema de Saúde e à Segurança Social	7	77,7
Reconhecimento da CIF como instrumento de comunicação com os diferentes parceiros e interlocutores do Sistema de Saúde	8	88,8
Existência de mecanismos de cooperação entre os diferentes profissionais que podem aplicar a CIF	8	88,8
Necessidade de transparência de critérios para a atribuição de subsídios	9	99,9
Falta de modelos de uma abordagem integradora da pessoa nas suas diferentes dimensões	6	66,6
Reconhecimento da componente humanizante introduzida pela CIF	8	88,8
Reconhecimento da CIF como um modelo e um instrumento que promove a equidade social	8	88,8
Valorização dos diferentes impactos ambientais na saúde da população	7	77,7
Necessidade de respostas reabilitativas	9	100
Reconhecimento da utilização da CIF como um contributo para o país em termos de factores financeiros, económicos e sociais	7	77,7
Falta de mecanismos de parceria com as diferentes escolas do sector social, da saúde e da educação	8	88,8
Necessidade de mecanismos integradores da pessoa no mercado de trabalho	7	77,7
Necessidade de discussão pública sobre a CIF de forma a evitar criar falsas expectativas quanto ao seu contributo	8	88,8

Todos os itens apresentados ao painel de peritos como potenciais oportunidades externas referentes à implementação da CIF no Sistema de Saúde, tiveram uma concordância superior a 77%, existindo cinco itens com concordância de 100%. As oportunidades identificadas por unanimidade foram: «Introdução da CIF em currículos académicos de diferentes universidades»; «Existência de diferentes iniciativas locais para a divulgação da CIF»; «Interesse político em utilizar a informação resultante da aplicação da CIF»; «Aumento do interesse governamental na população com incapacidade» e «Necessidade de respostas reabilitativas».

Percentagem de concordância com as fraquezas identificadas na implementação da CIF no Sistema de Saúde

Tabela 5 – Frequência e percentagem das fraquezas identificadas pelo painel de peritos em Agosto de 2006, para promover a implementação da CIF no Sistema de Saúde

FRAQUEZAS	Frequência de resposta «sim»	%
Ausência de estratégias de implementação da CIF a nível local e regional	8	88,8
Diminuição do entusiasmo de uma forte liderança	5	55,5
Fraca consolidação	6	66,6
Perda de promotores de implementação da CIF	8	88,8
Desconhecimento dos benefícios da utilização da CIF	6	66,6
Mudança dos intervenientes no sector da saúde responsáveis pelo processo de implementação da CIF	7	77,7
Indefinição dos mecanismos de operacionalidade da CIF no Sistema de Saúde	8	88,8
Ausência de instrumentos para medir a funcionalidade humana	4	44,4
Resistência à mudança e ausência de motivação para a implementação da CIF	9	100
Falta de disponibilidade dos profissionais de saúde para aprender e aplicar a CIF	8	88,8
Falta de segurança na utilidade de aplicação da CIF	7	77,7
Falta de humanismo dos profissionais de saúde	3	33,3
Falta de visão abrangente em relação à pessoa doente	7	77,7
Falta de hábitos de cooperação entre os profissionais de saúde	8	88,8
Persistência da cultura biomédica	8	88,8
Necessidade de demonstração prática da utilidade da CIF	9	100
Necessidade de formação e sensibilização para a aplicação da CIF	8	88,8
Identificar a CIF apenas como uma ferramenta de investigação e não de aplicação clínica	7	77,7
Falta de competências dos profissionais de saúde para a operacionalização da CIF	6	66,6

Dos itens que representam as fraquezas na implementação da CIF no Sistema de Saúde, salientam-se três: a «Necessidade de demonstração prática da utilidade da CIF» teve uma percentagem de concordância de 100%. A «Ausência de instrumentos para medir a funcionalidade humana» e «Falta de humanismo dos profissionais de saúde» obtiveram uma percentagem de concordância inferior a 50%.

Percentagem de concordância com as ameaças identificadas à implementação da CIF no Sistema de Saúde

Tabela 6 – Frequência e percentagem das ameaças identificadas pelo painel de peritos em Agosto de 2006, para promover a implementação da CIF no Sistema de Saúde

AMEAÇAS	Frequência de resposta «sim»	%
Falta de aprovação e cooperação ao nível da OMS e outros países	4	44,4
Aplicação e uso inconsistente da CIF nas conduções internacionais da CIF	8	88,8
Perdas de entusiasmos nos responsáveis internacionais para a implementação da CIF	5	55,5
Falta de financiamento para a implementação da CIF	8	88,8
Domínio multidisciplinar e multisectorial da CIF	5	55,5
Alteração do actual plano de reformas e subsídios sociais	5	55,5
Incompatibilidade com a legislação existente	6	66,6
Necessidade de se adaptar à conjuntura legislativa	5	55,5
Incompatibilidade com a actual Tabela Nacional da Incapacidade	6	66,6
Ausência de vontade política	5	55,5
Resistência dos órgãos de gestão dos parceiros do Sistema de Saúde, Segurança Social, Educação e Finanças	8	88,8
Clivagem da área social com a área da saúde	5	55,5
Expectativas dos grupos de doentes	3	33,3
Construção de instrumento que meça a funcionalidade para uma área social diferente da área da saúde	3	33,3

Verifica-se que dos itens identificados na literatura como ameaças ao processo de implementação da CIF na Sistema de Saúde, três não tiveram uma concordância superior a 50%: «Falta de aprovação e cooperação ao nível da OMS e outros países»; «Expectativas dos grupos de doentes» e «Construção de instrumento que meça a funcionalidade para uma área social diferente da área da saúde».

2.º Questionário

Pontos fortes referentes à implementação da CIF no Sistema de Saúde

Tabela 7 – Frequência e percentagem dos pontos fortes identificados pelo painel de peritos em Setembro e Outubro de 2006, para promover a implementação da CIF no Sistema de Saúde

PONTOS FORTES	Frequência de resposta «sim»	%
Incluir a utilização da CIF como objectivo do Plano Nacional de Saúde	4	50
Definir as áreas para a utilização da CIF	1	12,5
Utilizar a CIF para identificar ganhos em saúde	4	50
Existência de alguns peritos entusiastas desta classificação	3	37,5
Existência de experiência de implementação de outros produtos da família das classificações da OMS	3	37,5
Utilizar a CIF em diferentes contextos como estudos, áreas clínicas e programas políticos	6	75
Utilizar a CIF em complementaridade com a CID e futuramente com a CI (Classificação de Intervenções)	3	37,5
Custo de implementação da CIF	0	0
Capacidade de construção de plano de formação nacional para aplicação da CIF	0	0
Possibilidade de utilizar a CIF nos diferentes níveis de cuidados	5	62,5
Centrar a observação na pessoa e não exclusivamente na doença	3	37,5
Promover outra dimensão de olhar a saúde	2	25
Possibilitar a participação da pessoa na sua avaliação global	2	25
Reconhecimento da importância da CIF pelos profissionais de saúde	0	0
Utilizar a CIF como instrumento que valoriza a pessoa de forma positiva	1	12,5
Reconhecer a utilidade da CIF para a realização de uma avaliação de programas de saúde pública	2	25
Instrumentos de formação académica integrador da área da saúde e da área social	1	12,5
A normalização das condições da aplicação da CIF pode facilitar a avaliação de resultados em saúde	2	25

Quando foi pedido ao painel de peritos que identificassem cinco potenciais pontos fortes referentes à implementação da CIF no Sistema de Saúde, quatro referências tiveram concordância superior a 50%. São elas: «Incluir a utilização da CIF como objectivo do Plano Nacional de Saúde»; «Utilizar a CIF para identificar ganhos em saúde»; «Utilizar a CIF em diferentes contextos como estudos, áreas clínicas e programas políticos» e «Possibilidade de utilizar a CIF nos diferentes níveis de cuidados».

Potenciais oportunidades externas referentes à implementação da CIF no Sistema de Saúde

Tabela 8 – Frequência e percentagem das oportunidades identificadas pelo painel de peritos em Setembro e Outubro de 2006, para promover a implementação da CIF no Sistema de Saúde

OPORTUNIDADES	Frequência de resposta «sim»	%
Introdução da CIF em currículos académicos de diferentes universidades	5	62,5
Existência de diferentes iniciativas locais para a divulgação da CIF	4	50
Interesse político em utilizar a informação resultante da aplicação da CIF	6	75
Vantagem de alianças estratégicas da CIF com outras classificações	1	12,5
Aumento do interesse governamental pela população com incapacidade	5	62,5
Necessidade de identificar um indicador de saúde comum ao Sistema de Saúde e ao serviço de Segurança Social	4	50
Reconhecimento da CIF como instrumento de comunicação com os diferentes parceiros e interlocutores do Sistema de Saúde	3	37,5
Existência de mecanismos de cooperação entre os diferentes profissionais que podem aplicar a CIF	0	0
Necessidade de transparência de critérios para a atribuição de subsídios	4	50
Falta de modelos de uma abordagem integradora da pessoa nas suas diferentes dimensões	2	25
Reconhecimento da componente humanizante introduzida pela CIF	1	12,5
Reconhecimento da CIF como um modelo e um instrumento que promove a equidade social	1	12,5
Valorização dos diferentes impactos ambientais na saúde da população	3	37,5
Necessidade de respostas reabilitativas	2	25
Reconhecimento da utilização da CIF como um contributo para o país em termos de factores financeiros, económicos e sociais	2	25
Falta de mecanismos de parceria com as diferentes escolas do sector social, da saúde e da educação	0	0
Necessidade de mecanismos integradores da pessoa no mercado de trabalho	0	0
Necessidade de discussão pública sobre a CIF de forma a evitar criar falsas expectativas quanto ao seu contributo	0	0

Na segunda reflexão sobre as oportunidades externas, referentes à implementação da CIF no Sistema de Saúde, o painel de peritos identificou seis oportunidades com representatividades igual e superior a 50%, são elas: «Introdução da CIF em currículos académicos de diferentes universidades»; «Existência de diferentes iniciativas locais para a divulgação da CIF»; «Interesse político em utilizar a informação resultante da aplicação da CIF»; «Aumento do interesse governamental pela população com incapacidade» e «Necessidade de transparência de critérios para atribuição de subsídios».

Potenciais fraquezas referentes à implementação da CIF no Sistema de Saúde

Tabela 9 – Frequência e percentagem das fraquezas identificadas pelo painel de peritos em Setembro e Outubro de 2006, para promover a implementação da CIF no Sistema de Saúde

FRAQUEZAS	Frequência de resposta «sim»	%
Ausência de estratégias de implementação da CIF a nível local e regional	5	62,5
Diminuição do entusiasmo de uma forte liderança	2	25
Fraca consolidação	1	12,5
Perda de promotores de implementação da CIF	2	25
Desconhecimento dos benefícios da utilização da CIF	4	50
Mudança dos intervenientes no sector da saúde responsáveis pelo processo de implementação da CIF	2	25
Indefinição dos mecanismos de operacionalidade da CIF no Sistema de Saúde	6	75
Resistência à mudança e ausência de motivação para a implementação da CIF	5	62,5
Falta de disponibilidade dos profissionais de saúde para aprender e aplicar a CIF	5	62,5
Falta de segurança na utilidade de aplicação da CIF	0	0
Falta de visão abrangente em relação à pessoa doente	2	25
Falta de hábitos de cooperação entre profissionais de saúde	1	12,5
Persistência da cultura biomédica	1	12,5
Necessidade de demonstração prática da utilidade da CIF	1	12,5
Necessidade de formação e sensibilização para a aplicação da CIF	2	25
Identificar a CIF apenas como uma ferramenta de investigação e não de aplicação clínica	2	25
Falta de competências dos profissionais de saúde para a operacionalização da CIF	1	12,5

As fraquezas, com representatividade superior a 50%, que o painel de peritos assinalou quando foi solicitada a identificação dos cinco potenciais fraquezas à implementação da CIF no Sistema de Saúde foram: «Ausência de estratégias de implementação da CIF a nível local e regional»; «Desconhecimento dos benefícios da utilização da CIF»; «Indefinição dos mecanismos de operacionalidade da CIF no Sistema de Saúde»; «Resistência à mudança e ausência de motivação para a implementação da CIF» e «Falta de disponibilidade dos profissionais de saúde para aprender e aplicar a CIF».

Potências ameaças referentes à implementação da CIF no Sistema de Saúde

Tabela 10 – Frequência e percentagem das ameaças identificadas pelo painel de peritos em Setembro e Outubro de 2006, para promover a implementação da CIF no Sistema de Saúde

AMEAÇAS	Frequência de resposta «sim»	%
Aplicação e uso inconsistente da CIF nas conduções internacionais da CIF	1	12,5
Perdas de entusiasmo dos responsáveis internacionais para a implementação da CIF	2	25
Falta de financiamento para a implementação da CIF	6	75
Domínio multidisciplinar e multisectorial da CIF	1	12,5
Alteração do actual plano de reformas e subsídios sociais	2	25
Incompatibilidade com a legislação existente	2	25
Necessidade de se adaptar à conjuntura legislativa	5	62,5
Incompatibilidade com a actual Tabela Nacional de Incapacidade	3	37,5
Ausência de vontade política	6	75
Resistência dos órgãos de gestão dos parceiros do Sistema de Saúde, Segurança Social, Educação e Finanças	6	75
Clivagem da área social com a área da saúde	4	50

As ameaças, com representatividade superior a 50%, identificadas pelo painel de peritos foram: «Falta de financiamento para a implementação da CIF»; «Necessidade de se adaptar à conjuntura legislativa»; «Ausência de vontade política»; «Resistência dos órgãos de gestão dos parceiros do Sistema de Saúde, Segurança Social, Educação e Finanças» e «Clivagem da área social com a área da saúde».

3.º Questionário – Dezembro de 2006

Grau de concordância relativamente à identificação dos pontos fortes, oportunidades, fraquezas e ameaças.

Tabela 11 – Frequência e percentagem dos pontos fortes, oportunidades, fraquezas e ameaças identificados pelo painel de peritos em Dezembro de 2006, para promover a implementação da CIF no Sistema de Saúde

PONTOS FORTES	% Concordância
Incluir a utilização da CIF como objectivo do Plano Nacional de Saúde	85,7
Utilizar a CIF para identificar ganhos em saúde	100
Utilizar a CIF em diferentes contextos como estudos, áreas clínicas e programas políticos	85,7
Possibilidade de utilizar a CIF nos diferentes níveis de cuidados	100
OPORTUNIDADES	
Introdução da CIF em currículos académicos de diferentes universidades	85,7
Existência de diferentes iniciativas locais para a divulgação da CIF	100
Interesse político em utilizar a informação resultante da aplicação da CIF	100
Aumento do interesse governamental na população com incapacidade	85,7
Necessidade de identificar um indicador de saúde comum ao Sistema de Saúde e ao serviço de Segurança Social	71,4
Reconhecimento da CIF como instrumento de comunicação com os diferentes parceiros e interlocutores do Sistema de Saúde	85,7
Necessidade de transparência de critérios para atribuição de subsídios	71,4
FRAQUEZAS	
Ausência de estratégias de implementação da CIF a nível local e regional	100
Desconhecimento dos benefícios da utilização da CIF	100
Indefinição dos mecanismos de operacionalidade da CIF no Sistema de Saúde	100
Resistência à mudança e ausência de motivação para a implementação da CIF	85,7
Falta de disponibilidade dos profissionais de saúde para aprender e aplicar a CIF	85,7

AMEAÇAS	
Falta de financiamento para a implementação da CIF	71,4
Necessidade de se adaptar à conjuntura legislativa	71,4
Ausência de vontade política	28,5
Resistência dos órgãos de gestão dos parceiros do Sistema de Saúde, Segurança Social, Educação e Finanças	42,8
Clivagem da área social com a área da saúde	71,4

Na terceira reflexão os peritos constituintes de painel assinalaram, com percentagens superiores a 50%, quatro pontos fortes, sete oportunidades, cinco fraquezas e três ameaças ao processo de implementação da CIF no Sistema de Saúde.

Os quatro pontos fortes apontados pelos peritos estão centrados nas mais-valias que a utilização da CIF pode promover enquanto ferramenta nas diferentes áreas de actuação do Sistema de Saúde. Porém, a implementação destes pontos fortes está condicionada pelas cinco fraquezas identificadas e que são inerentes ao próprio sistema. Estas cinco fraquezas apontadas pelo painel de peritos estão muito relacionadas com as barreiras à implementação definidas pelo grupo focal, na primeira recolha de informação.

As oportunidades identificadas podem resumir-se em Oportunidades Educacionais, («Introdução da CIF em currículos académicos de diferentes universidades»; «Existência de diferentes iniciativas locais para a divulgação da CIF»); e em Oportunidades Políticas, («Interesse político em utilizar a informação resultante da aplicação da CIF»; «Aumento do interesse governamental na população com incapacidade»). Todavia, as ameaças identificadas («Falta de financiamento para a implementação da CIF», «Necessidade de se adaptar à conjuntura legislativa», «Clivagem da área social com a área da saúde») estão muito dependentes do interesse legislativo e das prioridades políticas.

5. CONCLUSÕES

Ao efectuar a revisão da literatura, foi possível verificar que diferentes países adoptaram diferentes estratégias de implementação da CIF. Estas podem ser agrupadas em estratégias políticas, estratégias para a aplicabilidade clínica e estratégias educacionais:

Estratégias políticas

1. Alterações da conjuntura legislativa;
2. Revisão dos subsídios de incapacidade; Sistema Nacional de Pensões; Políticas de trabalho; reformas legislativas das pessoas com deficiências, etc.;
3. Financiamento de estratégias de implementação;
4. Desenvolvimento de planos de actualização e manutenção da aplicabilidade da CIF;
5. Introdução da funcionalidade como parâmetro de caracterização da população;
6. Introdução da CIF como parâmetros de avaliação de resultados e desempenho do sector da saúde e segurança social;
7. Introdução dos ganhos funcionais nos programas de políticas de saúde;
8. Associação do *status* funcional ao índice de *case mix*.

Estratégias para a aplicabilidade clínica

1. Realização de estudos piloto de aplicação directa da CIF, como classificação e como instrumento em diferentes áreas clínicas, especialmente nas doenças crónicas (reabilitação, neurologia, psiquiatria, doenças crónicas, doenças do foro cardio-respiratório, doenças reumatológicas e do foro músculo-esquelético, gerontologia, etc.);
2. Realização de estudos de medição e calibração da CIF – relacionar os instrumentos existentes com a CIF;

3. Realização de estudos de relacionamento conceptual – estado funcional/incapacidade/deficiências/qualidade de vida.
4. Utilização da CIF nos registos clínicos e estatísticos – em sistema de registo electrónico;
5. Introdução da CIF no ensino clínico e nos manuais de boas práticas;

Estratégias educacionais

1. Construção de guias de implementação e de utilização da CIF;
2. Desenvolvimento de pacotes de formação diferenciados;
3. Construção de ferramentas educacionais para a disseminação da CIF;
4. Inclusão da CIF em todos os programas académicos – desde bacharelatos até doutoramentos;
5. Realização de eventos nacionais e internacionais com centros colaboradores de países membros da OMS;
6. Construção de *websites* para divulgação da CIF.

Relativamente ao estudo efectuado, em Portugal, o grupo focal, quando questionado sobre o que pensa da CIF, assinala com mais facilidade níveis de aplicação do que áreas de intervenção, sugerindo que a CIF é uma mais-valia na sua aplicação individual e em contextos sociais, mais especificamente na área clínica de reabilitação. O facto de a amostra do 1.º objectivo específico não reconhecer a área da decisão política e avaliação de necessidades como área de intervenção da CIF, poderá ser uma barreira ao seu processo de implementação, uma vez que não é reconhecida a abrangência desta classificação, nomeadamente a relevância da identificação de componentes de saúde, da pessoa e das populações para o processo de tomada de decisão política, especialmente no contexto das doenças crónicas.

A mesma amostra reconhece como barreiras à implementação desta classificação, barreiras educacionais, barreiras relacionadas com o sistema e modelos de registo e barreiras à aplicabilidade clínica, o que pressupõe que a CIF e a sua operacionalidade é desconhecida da maioria dos seus potenciais utilizadores no Sistema de Saúde.

Esta amostra sugere ainda que a operacionalidade da CIF está dependente de equipas multiprofissionais, pressupondo que um único profissional de saúde não está apto a classificar as dimensões da saúde genéricas identificadas na *checklist* desta classificação. Esta constatação leva a concluir que os diversos profissionais de saúde que interagem com os utentes, portadores de doenças crónicas, não se revêem em abordagem biopsico-sociais, sendo este um dos pressupostos da CIF.

Ao identificar os critérios relevantes para o planeamento de uma acção educacional que facilite a implementação do registo das dimensões da funcionalidade para as doenças crónicas, verifica-se que os modelos de formação mais adequados parecem ser a formação presencial e a formação em exercício, com a finalidade de facilitar a mudança e aumentar a qualidade de serviços. Quanto à metodologia pedagógica, refira-se o trabalho em equipa e a utilização das TIC. Sendo os destinatários grupos multidisciplinares, deve recorrer-se ao estudo de caso, como método de formação, valorizando a aplicação prática da formação, assim como a «definição de objectivos», a «definição do plano de acção» e a «organização da instituição», não esquecendo a avaliação formativa de formação, devendo esta formação ser concordante com a estratégia institucional.

De acordo com esta informação, propõe-se um programa de formação generalista de dois níveis:

1. Nível 1 – para divulgação da CIF (Anexo 13, pág. 150), sendo a finalidade reconhecer a necessidade de utilização da CIF para identificar ganhos em saúde no contexto das doenças crónicas, tendo como destinatários grupos multiprofissionais da área da saúde que prestam cuidados nos diferentes serviços do Sistema de Saúde;
2. Nível 2 – a realizar 60 dias após o 1.º nível com o objectivo de desenvolver competências de registo utilizando a CIF. Durante o intervalo de tempo entre o 1.º e 2.º nível de formação poderá recorrer-se à utilização das TIC para construção de fóruns de discussão e partilha de saberes entre os diferentes formandos e formadores.

A identificação das oportunidades e ameaças, assim como dos pontos fortes e fracos da implementação da CIF no Sistema de Saúde leva-nos a concluir que há alguns princípios orientadores fundamentais que importa levar em consideração (Quadro 13, pág. 99):

1. Desenvolver um modelo de operacionalização da CIF no SNS;

2. Desenhar modelos de identificação de ganhos em saúde na população com doenças crónicas, utilizando os domínios da CIF;
3. Promover a utilização da CIF como um dos instrumentos de comunicação no SNS;
4. Uniformizar conceitos entre a área da saúde e a área social para a utilização da CIF;
5. Desenhar módulos de formação para apresentação e divulgação da CIF para os profissionais do SNS e restantes parceiros,
6. Testar a aplicação da CIF no SNS em diferentes contextos;
7. Identificar e divulgar os potenciais benefícios que as organizações de saúde podem ter a curto prazo com a implementação da CIF.

Tendo em conta os princípios orientadores identificados nos resultados deste estudo, assim como as barreiras à implementação de uma classificação de componentes de saúde (CIF), considerou-se pertinente propor a constituição de um comité nacional para a sua implementação, tal como o sugerido pela OMS (Anexo 14, pág. 152).

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Conscientes de que a mensuração de ganhos em saúde para os doentes portadores de doenças crónicas depende do conhecimento do diagnóstico, a dificuldade na sua identificação, por parte da população portadora de doença crónica, é, por si só, uma limitação à implementação das estratégias para a obtenção de ganhos em saúde. Contudo, a classificação periódica dos componentes de saúde da população que recorre ao Sistema de Saúde poderá ajudar a perceber se as decisões clínicas modificam o estado de saúde do indivíduo ou população, nomeadamente dos portadores de doenças crónicas.

Relativamente às metodologias adoptadas para este estudo podem eventualmente ser referidas limitações metodológicas que, de acordo com Payton (1993), podem interferir na credibilidade científica do estudo e que são: amostragem desadequada; eventual selecção de pontos de partida inadequados para a formulação das questões; interpretações menos rigorosas e formulação de questões tendenciosas.

No entanto, as limitações que nos parecem ser de referir são critérios eventualmente desadequados para caracterizar a amostra do grupo focal e painel de peritos; amostra limitada, uma vez que o conhecimento da CIF ainda é limitado e falta o confronto de autores ou de análises o que enriqueceria o estudo. Mas, esta situação justifica-se pela falta de estudos publicados em Portugal, nomeadamente para as seguintes temáticas: ganhos em saúde, doenças crónicas e CIF. Uma dificuldade sentida pelos peritos envolvidos no estudo foi o uso da terminologia nos diferentes instrumentos de recolha de informação, devido à utilização de termos que não são do conhecimento comum.

Quadro 13 – Diagrama SWOT para a implementação da CIF no Sistema de Saúde

		SISTEMA DE SAÚDE	
		<u>PONTOS FORTES</u>	<u>FRAQUEZAS</u>
		Utilizar a CIF como objectivo do Plano Nacional de Saúde Utilizar a CIF para identificar ganhos em saúde Utilizar a CIF em diferentes contextos do Sistema de Saúde Utilizar a CIF nos diferentes níveis de cuidados	Ausência de estratégias de implementação Desconhecimento dos benefícios da utilização da CIF Mecanismos de operacionalidade da CIF no Sistema de Saúde Resistência à mudança e ausência de motivação Falta de disponibilidade para aprender e aplicar a CIF
Meio envolvente	<u>OPORTUNIDADES</u>		
	Introdução da CIF em currículos académicos Iniciativas locais para a divulgação da CIF Interesse político Interesse na população com incapacidade Necessidade de identificar um indicador de saúde CIF como instrumento de comunicação Transparência de critérios para atribuição de subsídio	Desenhar um modelo de identificação de ganhos em saúde na população com incapacidade, utilizando os domínios da CIF Promover a utilização da CIF como instrumento de comunicação no Sistema de Saúde	Construir formação para apresentação e divulgação da CIF para os profissionais do Sistema de Saúde e seus parceiros, valorizando a mais-valia da sua utilização Desenvolver um modelo operacionalização da CIF no Sistema de Saúde Testar a aplicação da CIF no Sistema de Saúde em diferentes contextos
	<u>AMEACAS</u>		
	Falta de financiamento para a implementação da CIF Necessidade de se adaptar à conjuntura legislativa Clivagem da área social com a área da saúde	Identificar incongruências legislativas que podem surgir com a utilização da CIF para identificar ganhos em saúde Uniformizar conceitos com a área social utilizando a CIF	Recrutar elementos do Sistema de Saúde com domínio da CIF para promover a sua implementação Identificar quais os benefícios que as organizações de saúde podem ter a curto prazo se implementarem a CIF

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, C. e C. Oliveira (2002), Percepções de saúde e doença: significações e perspectivas em mudança, *Millenium – Revista do ISPV* 25, http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm.

Australian Institute of Health and Welfare, (2003), ICF Australian user guide 1.0 ICF websites, The Australian ICF www.aihw.gov.au/disability/icf/.

Andrews, K. (1971), *The Concept of Corporate Strategy*. Howewood, Ill.: Dow Jones - Irwin.

Antonovsky, A. (1967), Social class, life expectancy and overall mortality, *Milbank Quarterly* 45, 31-73.

Australian Institute of Health and Welfare (2002), History of the international classification of functioning, disability and health (ICF), *Disability Data Briefing* 21.

Badley, E.M. (1993), An introduction to the concepts and classifications of the international classification of impairments, disabilities, and handicaps, *Disabilities Rehabilities* 15, 161-170.

Bardin, L. (2004), *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barral, C. e M. Maudinet (2003), ICF French collaborating centre. ICF, Training Tool for Trainers, *Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications*. Cologne, Germany;19-25 October.

Battaglia, M., E. Russo, A. Bolla, A. Chiusso, S. Bertelli, A. Pellegrini, G. Borri, e A. Martinuzzi (2004), International classification of functioning, disability and health in a cohort of children with cognitive, motor, and complex disabilities, *Developmental Medicine and Child Neurology* 46.

Battistella, L. e C. Brito (2002), Classificação internacional de funcionalidade (CIF), *Acta Fisiátrica* 9(2), 98-101, www.pacin.com.br/_scripts/congresso15.asp.

Bellingham C. (2004), Better chronic disease management. *Pharmaceutical Journal*. May 15; 272: 601-02.

Berelson, B. e P. Lazarsfeld (1948), *The Analysis of Communication Content*. Columbia University.

Berelson, A (1997), *Content Analysis in Communication Research*. New York: Free Press.

Bickenbach J.E., S. Chatterji, E.M. Badley e T.B. Üstün (1999), Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps, *Social Science & Medicine* 48, 1173–87.

Bickenbach, J.E. (2003), Disability and equality, *Journal of Law and Equality* 2(1), 7-15.

Bickenbach, J.E. (2003) Functional status and health information in Canada: proposals and prospects, *Health Care Financing Review* 24(3), 89-102.

Bickenbach, J.E., S. Chatterji, N. Kostansjek, e T.B. Üstün (2003), Ageing, disability and the WHO's international classification of functioning, disability and health (ICF), *The Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice* 28(2),294-303.

Bierman, A. e W. Spector (2001), Improving the health and health care of older Americans: a report of the AHQ task force on aging, Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

Branco M., P. Nogueira e T. Contreiras (2005), Uma observação sobre estimativas da prevalência de algumas doenças crónicas em Portugal Continental, Lisboa, http://www.onsa.pt/conteu/re_l_preval-doencas-cronicas_onsa.pdf.

Brooks, K. W. (1979), Delphi technique: expanding applications, *North Central Association Quarterly* 54(3), 377-385.

Carlini-Cotrim, B. (1996), Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias, *Revista de Saúde Pública* 30(3), 285-293.

Caulfeild, D., Renahan M. (2003), Report of the ninth annual North American collaborating center conference on ICF, *Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications*, Cologne, Germany: 19-24 October.

Caulfeild, D. (2003), A SWOT analysis approach to the implementation of ICF, *Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications*. Cologne, Germany: 19-24 October.

Cayton, M. J. (1997), Delphi: a technique to harness expert opinion or critical decision-making tasks in education, *Educational Psychology* 17(4), 373-386.

Cieza A., T. Ewert e T.B. Üstün (2004), Development of ICF core sets for patients with chronic conditions, *Journal of Rehabilitation Medicine* 44 (Suppl.), 9-11.

Clauser, S., Bierman, A. (2003), Significance of functional status data for payment and quality, *Health Care Financing Review* 24(3), 1-12.

Conselho Superior de Estatística (2002), 240.^a Deliberação do Conselho Superior de Estatística, Aprovação para fins estatísticos da classificação internacional da Funcionalidade, incapacidade e saúde, <http://ine-nx01.ine.pt/xportal/xmain>.

Dalkey, N.C. e O. Helmer (1963), An experimental application of the Delphi method to the user of experts, *Management Science* 9(3), 458-67.

Dalkey, N.C., D.L. Rourke, R. Lewis e D. Snyder (1972), *Studies in the Quality of Life*. Lexington, Massachusetts: Lexington Books.

Department of Health (2004), Improving chronic disease management, http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4075214.

Despacho Conjunto n.º 861/99, Diário da República n.º 235, II.^a Série, de 8 de Outubro, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

Diário da República n.º 5 de 7 de Janeiro de 2003, II.^a Série, Deliberação n.º 10/2003, <http://www.dgs.pt/>.

Escoval, A. (2004), *Evolução da Administração Pública da Saúde: O Papel da Contratualização: Factores Críticos do Contexto Português*. Tese de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas, ISCTE.

Farias, N. e C.M. Buchalla (2005), A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas, *Revista Brasileira de Epidemiologia* 8(2), 187-93.

Ferreira, F. (1990), Sistemas de saúde e o seu funcionamento – sistemas de cuidados de saúde no mundo – o caso particular de Portugal, Lisboa; Fundação Calouste Gulbenkian, primeira parte, 7-112 e terceira parte, 449-534.

Fitzpatrick, J.L. (1994), Alternative models for the structuring of professional preparation programs, *The Preparation of Professional Evaluators* 62, 41-50.

Gonçalves, L.A. e P.G. Silva (1998), *O Jogo das Diferenças; O Multiculturalismo e Seus Contextos*. Belo Horizonte: Autêntica.

Greenberg, M. (2004), Discussion paper on developing an international plan for ICF, *WHO Family of International Classifications Network Meeting*, Iceland: October 24-30.

Haley, S. e A. Jette (2000), Extending the frontier of rehabilitation outcome measurement and research, *Journal of Rehabilitation Outcome Measurement* 4(4), 31-41.

Haley, S.M e L. Langmuir (2000), How do current post-acute functional assessments compare with the activity dimensions of the international classification of functioning and disability (ICIDH-2)?, *Journal of Rehabilitation Outcome Measurement* 4(4), 51-56.

Hasson F., Keeney e H. McKenna (2000), Research guidelines for the Delphi survey technique, *Journal of Advanced Nursing* 32(4), 1008-1015.

Hawes, C., J.N. Morris e C.D. Phillips (1995), Reliability estimates for the minimum data set for nursing home resident assessment care screening, *The Gerontologist* 35(2), 172-178.

Helmer, O. (1966), *The Delphi method for systematizing judgments about the future*, Institute of Government and Public Affairs, Los Angeles: University of California.

Hindle, T. e M. Lawrence (1994), *Guide to Strategy – A Glossary of Essential Tools and Concepts of Today Managers*, Harvard Business School Press.

Instituto Nacional de Estatística (2002), Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde, <http://www.ine.pt/prodserv/nomenclaturas/Pdf/a.pdf>.

Jette A.M. (1994), Physical disablement concepts for physical therapy research and practice, *Physical Therapy*. 74, 380–386.

Jette A.M., Haley S.M. e Kooyoomjian J.T. (2003), Are the ICF activity and participation dimensions distinct? *Journal of Rehabilitation Medicine* 35, 145–149.

Judd, R. C. (1972), Forecasting to consensus gathering: Delphi grows up to college needs, *College and University Business* 53(1), 35-38, 43.

Martins M. e C. Bógus (2004), Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das acções de humanização em saúde, *Saúde e Sociedade* 13(3), 44-57.

Juhn, P. (1998), Criando abordagens inovadoras na prestação de cuidados de saúde para o novo milénio. *Lisbon Conference on Disease Management*. Lisboa, Portugal 81-110

Krech, R. (2000), Europe at a crossroads of health development. Discussion notes to the United Nations economic Council of Europe Healthy Ageing, World Health Organization, Regional Office for Europe, www.unece.org.

Kullmann, L. (2003), ICF – developments in Hungary. *Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications*, Cologne, Germany: 19-25 October.

Leonardi, M. (2003), The “ICF in Italy project” and the activities of the disability Italian network, *Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications*, Cologne, Germany: 19-25 October.

Ludwig, B. (1997), Predicting the future: have you considered using the Delphi methodology?, *Journal of Extension* 3(5), <http://www.joe.org/joe/1997october/tt2.html>.

Madden, R. (2003), ICF implementation activities of the ACC: priorities, challenges and opportunities, *Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications*, Cologne, Germany: 19-25 October.

McColl, M.A. (1997), Social support and occupational therapy, *Occupational therapy: overcoming human performance deficits*, 411–425.

McWhinney, I. (1994), *Manual de Medicina Familiar*, Lisboa: Inforsalus.

Mendes, M. (2004), *Mudanças Familiares ao Ritmo da Doença: As Implicações da Doença Crónica na Família e no Centro de Saúde*. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho.

Miles, M.B. e A.M. Hubermann (1994), *Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods*, Beverly Hills: Sage.

Minayo, M.C. e O. Sanches (1993), Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública* 9(3), 239-262.

Ministério da Saúde (1998), Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século 1998-2000, Lisboa: Ministério da Saúde.

Nagi S. (1965), Some conceptual issues in disability and rehabilitation, *Sociology and Rehabilitation*, 100–113.

Napel, H. (2003), The Dutch ICF electronic tool for following the ICF in applications (statistics, surveys, records), *Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications*, Cologne, Germany. 19-25 October

Nunes A. (1999), *O Sentido de Coerência*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública.

Reed, G., Bufka, L., Saleeby, P., Stark, S., Threats, T. e D.Brandt (2003), Health professions' manual for ICF: Results of clinician field trials. Presentation at 2003 *Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications*, Cologne, Germany. 19-25 October

Relatório de Primavera (2003), Saúde que rupturas? *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Publica.

Relatório de Primavera (2004), Gestão da mudança na saúde, *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Publica.

Parasuraman, A. (1986), *Qualitative research in marketing research*, Canada: Addison-Wesley.

Payton, O. (1990) *Research the validation of clinical practice*, F. A. Davis: Company Philadelphia 115-31

Pereira, J. (1987), Será possível uma nova medicina? *Revista Crítica de Ciências Sociais* n.º 23, 185-191.

Perenboom, R. (2003), Health expectancies and the international classification of functioning, disability and health (ICF), *Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications*, Cologne, Germany: 19-25 October.

Placek, P. (2003), Dissemination of ICF: six tools *Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications*, Cologne, Germany: 19-25 October.

Reid, N. (1988), The Delphi technique: Its contribution to the evaluation of professional practice, em Ellis R. (Ed.), *Professional Competence and Quality Assurance in the Caring Professions*, London: Croom Helm.

Rentsch, H. Bucher, P., Nyffeler, I. D., Wolf, C., Hefti, H., Fluri, E., (2003), The implementation of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in day practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland, *Disability and Rehabilitation* 25(8), 411-421.

Reuben, D.B. (2002), Organizational interventions to improve health outcomes of older persons, *Medical Care* 40(9), 16-428.

Rosenbaum, A. e T.P. Stewart (1994), Point/counterpoint: treatment standards for abuser programs, *Violence Up Date*, 5(1).

Ribeiro, J.L. P., Meneses, R. F (1998), Avaliação da qualidade de vida em crianças com diabetes tipo 1, *Revista Análise Psicológica* 1 (XVI), 91-100.

Rodin J. e P. Salovey (1989), Health psychology, *Annual Review of Psychology*, 40, 533-79.

Rodney L., Custe , Scarcella, J. e B. Stewart, (1999), The modified Delphi technique: a rotational modification, *Journal of Vocational and Technical Education* 15(2).

Sakkeus, L. (2003), Application and dissemination of international classifications in health information systems of Estonia, *Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications*, Cologne, Germany: 19-25 October.

Schuntermann, M. (2003), Implementation of the ICF in Germany, *Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications*, Cologne, Germany: 19-25 October.

Serapioni, M. (1998), Avaliação da Qualidade em Saúde, *A Contribuição da Sociologia da Saúde para a Superação da Polarização entre a Visão dos Usuários e a Perspectiva dos Profissionais de Saúde*, Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará.

Silva, A. e J. Pinto (1997), *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto, 9.^a edição, Edições Afrontamento.

Simon, R. (1972), *Relações Públicas: Perspectivas de comunicação*. São Paulo, Atlas, 1972.

Strauss, H. J. e L.H. Zeigler (1975), The Delphi technique and its uses in social research, *Journal of Creative Behaviour* 9, 253-259. Updated revision.

Sykes, C., R. Madden, e N. Fortune (2004), ICF measurement and calibration: developments in Australia, *WHO Family of Internacional Classifications Network Meeting*, Iceland.

Syme, L., Berkman F., e L. Syme, (1976), Social class, susceptibility and sickness, *American Journal of Epidemiology*, 104, 1976.

Talo, S. (2003), ICF – a frame to develop aspects in knowledge management in social and health care, a Finnish perspective, *Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications*, Cologne; 19-25 October.

Teixeira, J. (2007), Gestão da doença crónica para abordagem da SAHOS na comunidade, *Revista Hospital do Futuro*, na secção Fórum Hospital do Futuro – G&E. Gestão & Economia da Saúde. <http://hospitaldofuturo.typepad.com/economia/2007/06/artigo-de-junho.html>.

Terms of Reference for WHO FIC Implementation Committee (2003), *Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications*, Cologne, Germany: 19-25 October.

Todo Bom, L. (1999), A systemic approach to the SWOT analysis, *Economia Global e Gestão* IV (1).

Vala, J. (1987), Análise de conteúdo, em Silva, S. e J. Pinto, *Metodologias das Ciências Sociais*, 2.^a edição, Porto: Edições Afrontamento.

Videtic, A. (2003), Information on the translation of the full version of the ICF in Slovenia, *Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications*, Cologne, Germany: 19-25 October.

UK WHO collaborating centre (2003), *Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications*, Cologne, Germany: 19-25 October.

Walker, R. (1993), The conduct of educational case studies: ethics, theory and procedures, *Controversies in Classroom Research*, 2.^a edição, Buckingham: Edições M. Hammersley.

Wehrich, H. (1982), The TOWS matrix -- a tool for situational analysis, *Journal of Long Range Planning* 15(2).

Westphal, H., S. Koch e A. Schmand (1996), Differential scattering of Na-Na in the subthermal energy range, *Physical Review* 54, 4577-4580.

World Health Organization (2001), International classification of functioning, disability and health, Geneva: WHO.

World Health Organization (2001), Fifty-Fourth World Health Assembly, ftp.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54d9.pdf.

World Health Organization (2001), International classification of functioning, disability and health, <http://www.who.int/classifications/icf/site/icftemplate.cfm>. 17-05-08 15:00.

World Health Organization (2007), Facts related to chronic diseases, www.who.int/topics/chronic_diseases/en/ - 17k.

Zotti D. (1996), Quale quantità e quanta qualità nella ricerca sociale, *Tra Integrazione e Convergenza*, 136-166.

8. ANEXOS

Anexo 1 – Checklist da CIF

Checklist da CIF, Organização Mundial de Saúde, Setembro 2001

Checklist da CIF (16.10.2002)

Versão 2.1ª, Modelo Clínico

Para a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Nesta lista estão enumeradas categorias major da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde. A checklist da CIF constitui uma ferramenta prática para a obtenção e o registo de informação sobre a funcionalidade e a incapacidade a nível individual. Esta informação pode ser sintetizada para ser incluída em processos individuais (por exemplo, ficheiros clínicos ou ficheiros no âmbito do trabalho social). Esta lista deve ser utilizada somente com a CIF ou com a CIF na versão mais reduzida (livro de bolso).

H1. Ao preencher este documento utilize toda a informação disponível. Por favor assinale as fontes utilizadas:

[1] registos escritos [2] próprio inquirido [3] outros [4] observação directa

Se não se dispõe de informação médica ou informação relativa a diagnósticos, sugere-se o preenchimento do apêndice 1: Informação Sucinta sobre Saúde (pág. 9-10) que pode ser preenchido pelo inquirido

H2. Data ____/____/____ H3. ID do caso ____ . ____ . ____ H4 Participante nº ____ . ____ . ____
Dia Mês Ano

A Informação Demográfica

A1. Nome (opcional) Nome Próprio _____ Apelido _____

A2. Sexo (1) [] feminino (2) [] masculino

A3. Data de Nascimento -----/-----/----- (dia, mês, ano)

A4. Residência (opcional)

A5. Número de anos de educação formal _____

A6. Estado civil: (assinale apenas um local apropriado)

(1) solteiro [] (2) casado [] (3) separado []
(4) divorciado [] (5) viúvo [] (6) coabitando []

A7 Ocupação habitual (selecione apenas a hipótese mais apropriada)

(1) emprego remunerado	(6) reformado
(2) trabalho por conta própria	(7) desempregado (motivo saúde)
(3) trabalho não remunerado	(8) desempregado (outros motivos)
(4) estudante	(9) outro
(5) trabalho doméstico	Especifique

A8. DIAGNÓSTICO MÉDICO das principais condições de saúde existentes se possível indicar os códigos da CID

1. não existem condições de saúde
2. código CID _____
3. código CID _____
4. código CID _____
5. Existe uma condição de saúde (doença, perturbação, ferimento) mas desconhece-se a natureza ou o diagnóstico

Parte 1ª: DEFICIÊNCIAS DAS FUNÇÕES DO CORPO

Funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções mentais)

Qualificador: 0 – nenhuma deficiência 1- Deficiência ligeira 2 Deficiência moderada
 Magnitude da Deficiência 3 – Deficiência grave 4 – Deficiência completa 5 – Não especificada
 6 – Não aplicável

Lista Abreviada das Funções do corpo	Qualificador
b1. FUNÇÕES MENTAIS	
b110 Funções da consciência	
b114 Funções da orientação	
b117 Funções intelectuais	
b130 Funções da energia e dos impulsos	
b134 Funções do sono	
b140 Funções da atenção	
b144 Funções da memória	
b152 Funções emocionais	
b156 Funções da percepção	
b164 Funções cognitivas de nível superior	
b167 Funções mentais da linguagem	
b2. FUNÇÕES SENSORIAIS E DOR	
b210 Funções da visão	
b230 Funções auditivas	
b235 Funções vestibulares (incluindo funções do equilíbrio)	
b280 Sensação de dor	
b3. FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA	
b310 Funções da voz	
b4. FUNÇÕES DO APARELHO CARDIOVASCULAR, DOS SISTEMAS HEMATOLÓGICO E IMUNOLÓGICO E DO APARELHO RESPIRATÓRIO	
b41 Funções cardíacas	
b420 Funções da pressão arterial	
b430 Funções do sistema hematológico (sangue)	
b435 Funções do sistema imunológico (alergias, hipersensibilidade)	
b440 Funções da respiração	
b5. FUNÇÕES DO APARELHO DIGESTIVO E DOS SISTEMAS HEMATOLÓGICO E ENDÓCRINO	
b515 Funções digestivas	
b525 Funções de defecação	
b530 Funções de manutenção do peso	
b555 Funções das glândulas endócrinas	
b6. FUNÇÕES GENITURINÁRIAS E REPRODUTIVAS	
b620 Funções miccionais	
b640 Funções sexuais	
b7. FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E FUNÇÕES RELACIONADAS COM O MOVIMENTO	
b710 Funções relacionadas com a mobilidade das articulações	
b730 Funções relacionadas com a força muscular	
b735 Funções relacionadas com o tónus muscular	
b765 Funções relacionadas com os movimentos involuntários	
b8. FUNÇÕES DA PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS	
OUTRAS FUNÇÕES DO CORPO	

Parte 1b: DEFICIÊNCIAS DAS ESTRUTURAS DO CORPO

Estruturas do Corpo são partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes

Deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda.

Primeiro Qualificador: <i>Extensão/Magnitude da deficiência</i>	Segundo Qualificador: <i>Natureza da mudança</i>	Terceiro Qualificador: (sugerido) <i>Localização</i>
0 – Nenhuma deficiência	0 – Nenhuma mudança na estrutura	0 – Mais de uma região
1 – Deficiência ligeira	1 – Ausência total	1 – Direita
2 – Deficiência moderada	2 – Ausência parcial	2 – Esquerda
3 – Deficiência grave	3 – Parte adicional	3 – Ambos os lados
4 – Deficiência completa	4 – Dimensões aberrantes	4 – Parte anterior
5 – Não especificada	5 – Descontinuidade	5 – Parte posterior
6 – Não aplicável	6 – Posição desviada	6 – Proximal
	7 – Mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acumulação de fluidos	7 – Distal
	8 – Não especificada	
	9 – Não aplicável	

Lista abreviada de Estruturas do Corpo	Primeiro Qualificador: Magnitude da deficiência	Segundo Qualificador: Natureza da mudança	Terceiro qualificador: Localização
s1. Estrutura do Sistema Nervoso			
s110 Estrutura do cérebro			
s120 medula espinal e estruturas relacionadas			
s2. Olho, ouvido e estruturas relacionadas			
s3. Estruturas relacionadas com a voz e a fala			
s4. Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório			
s410 estrutura do aparelho cardiovascular			
s430 estrutura do aparelho respiratório			
s5. Estruturas relacionadas com o aparelho digestivo e com os sistemas metabólico e endócrino			
s6. Estruturas relacionadas com os aparelhos genitourinário e reprodutivo			
s610 estrutura aparelho urinário			
s630 estrutura aparelho reprodutivo			
s7. Estruturas relacionadas com o movimento			
s710 estrutura da região da cabeça e pescoço			
s720 estrutura da região do ombro			
s730 estrutura do membro superior			
s740 estrutura da região pélvica			
s750 estrutura do membro inferior			
s760 estrutura do tronco			
s8. Pele e estruturas relacionadas			
Outras Estruturas do Corpo			

Parte 2: Limitações da Actividade e Restrições de Participação

Actividade é a execução de uma tarefa ou de uma acção por um indivíduo.

Participação é o envolvimento de um indivíduo numa situação de vida real.

Limitações da actividade são dificuldades que o indivíduo pode ter na execução de actividades.

Restrições de participação são problemas que o indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real.

O qualificador de Desempenho descreve o que o indivíduo faz no seu ambiente de vida habitual. Como este ambiente implica um contexto social, o desempenho também pode ser entendido como "envolvimento numa situação da vida" ou "a experiência vivida" das pessoas no contexto habitual em que vivem. Este contexto inclui os factores ambientais – todos os aspectos do mundo físico, social e atitudinal que podem ser codificados através do componente Factores Ambientais.

O qualificador de Capacidade descreve a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma acção. Este constructo visa indicar o provável nível máximo de funcionalidade que uma pessoa pode atingir num dado domínio, num dado momento. Para avaliar a capacidade plena do indivíduo é necessário ter um ambiente "padronizado" para neutralizar o impacto variável dos diferentes ambientes sobre a capacidade do indivíduo. Esse ambiente padronizado pode ser (a) um ambiente real, utilizado, geralmente, para avaliação da capacidade em situações de teste, ou (b) nos casos em que isto não é possível, um ambiente que possa ser considerado como tendo um impacto uniforme.

Nota: Se for necessário colher informações sobre Actividades e Participação do indivíduo, utilizar o anexo 2.

Primeiro Qualificador: desempenho Extensão da Restrição da Participação	Segundo Qualificador: Capacidade (sem assistência) Extensão da limitação da Actividade
0 nenhuma dificuldade	0 nenhuma dificuldade
1 dificuldade ligeira	1 dificuldade ligeira
2 dificuldade moderada	2 dificuldade moderada
3 dificuldade grave	3 dificuldade grave
4 dificuldade completa	4 dificuldade completa
8 não especificada	8 não especificada
9 não aplicável	9 não aplicável

<i>Lista Abreviada dos domínios de A e P</i>	<i>Qualificador de Desempenho</i>	<i>Qualificador de Capacidade</i>
d1. Aprendizagem e Aplicação de Conhecimentos		
d110 Observar		
d115 Ouvir		
d140 Aprender a ler		
d145 Aprender a escrever		
d150 Aprender a calcular (aritmética)		
d175 Resolver problemas		
d2. Tarefas e exigências gerais		
d210 Realizar uma tarefa única		
d220 Realizar tarefas múltiplas		
d3. Comunicar e receber mensagens		
d310 Comunicar e receber mensagens orais		
d315 Comunicar e receber mensagens não verbais		
d330 falar		
d335 Produzir mensagens não verbais		
d350 Conversação		

<i>Lista Abreviada dos domínios de A e P</i>	<i>Qualificador de Desempenho</i>	<i>Qualificador de Capacidade</i>
d4. Mobilidade		
d430 Levantar e transportar objectos		
d440 Movimentos finos da mão		
d450 Andar		
d465 Deslocar-se, utilizando algum tipo de equipamento (<i>cadeira de rodas, patins, etc.</i>)		
d470 Utilização de transporte (<i>automóvel, autocarro, comboio, etc.</i>)		
d475 Conduzir (bicicleta, motorizada, automóvel, etc.)		
d5. Auto cuidados		
d510 Lavar-se		
d520 Cuidar de partes do corpo		
d530 Cuidados relacionados com os processos de excreção		
d540 Vestir-se		
d550 Comer		
d560 Beber		
d570 cuidar da própria saúde		
d6. Vida doméstica		
d620 Aquisição de bens e serviços		
d630 Preparar refeições		
d640 Realizar as tarefas domésticas		
d660 Ajudar os outros		
d7. Interações e relacionamentos interpessoais		
d710 Interações interpessoais básicas		
d720 Interações interpessoais complexas		
d730 Relacionamento com estranhos		
d740 Relacionamento formal		
d750 Relacionamentos sociais informais		
d760 Relacionamentos familiares		
d770 relacionamentos íntimos		
d8. Áreas principais da vida		
d810 Educação informal		
d820 Educação escolar		
d830 Educação de nível superior		
d850 Trabalho remunerado		
d860 Transacções económicas básicas		
d870 Auto suficiência económica		
d9. Vida comunitária, social e cívica		
d910 Vida comunitária		
d920 Recreação e lazer		
d930 Religião e vida espiritual		
d940 Direitos Humanos		
d950 Vida política e cidadania		

Parte 3: Factores Ambientais

Os Factores Ambientais constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida

Qualificadores do ambiente: Barreiras ou facilitadores	0 nenhum obstáculo 1 obstáculo ligeiro 2 obstáculo moderado 3 obstáculo grave 4 obstáculo completo	0 nenhum facilitador +1 facilitador leve +2 facilitador moderado +3 facilitador grave +4 facilitador completo
-----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Lista abreviada do Ambiente	Qualificador Barreira ou Facilitador
e1. Produtos e Tecnologia	
e110 Para consumo pessoal (comida, medicamentos)	
e115 Para uso pessoal na vida diária	
e120 Para facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores	
e125 Para a comunicação	
e150 Produtos e tecnologias para a arquitectura, a construção para uso público	
e155 Produtos e tecnologias para a arquitectura, a construção para uso privado	
e2. Ambiente Natural, e Mudanças Ambientais Feitas pelo Homem	
e225 Clima	
e240 Luz	
e250 Som	
e3. Apoio e Relacionamentos	
e310 Família próxima	
e320 Amigos	
e330 Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade	
e340 Pessoas em posição de autoridade	
e355 Profissionais de saúde	
e360 Outros profissionais	
e4. Atitudes	
e410 Atitudes individuais da família próxima	
e420 Atitudes individuais de amigos	
e440 Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e de assistentes pessoais	
e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde	
e455 Atitudes individuais de outros profissionais	
e460 Atitudes sociais (comunidade)	
e465 Normas, práticas e ideologias sociais	
e5. Serviços, sistemas e políticas	
e525 Relacionados com a habitação	
e535 Relacionados com a comunicação	
e540 Relacionados com os transportes	
e550 Relacionados com a área jurídico-legal	
e570 Relacionados com a segurança social	
e575 Relacionados com o apoio social	
e580 Relacionados com a saúde	
e585 Relacionados com a educação e a formação profissional	
e590 Relacionados com o trabalho e o emprego	
Quaisquer outros factores ambientais	

Parte 4: Outras Informações Contextuais

4.1 Dar, esquematicamente, informações sobre o indivíduo e outras consideradas relevantes

4.2 Incluir quaisquer Factores Pessoais com impacto na Funcionalidade (e.g., estilo de vida, hábitos, passado social, educação, episódios da vida, raça/etnia, orientação sexual e disponibilidades financeiras do indivíduo)

Anexo I:

Informação Sucinta sobre Saúde

respondido pelo inquirido

respondido com base em dados clínicos

X1. *Altura:* _____ cm

X2. *Peso:* _____ Kg

X3. *Mão dominante (antes da condição de saúde):* direita esquerda ambas igualmente

X4. Como classifica a sua saúde física no último mês?

Muito boa Boa Moderada Má Muito Má

X5. Como classifica a sua saúde mental e emocional no último mês?

Muito boa Boa Moderada Má Muito Má

X6. Costuma ter doença(s) ou perturbação(s)?

NÃO

SIM

se responde SIM, especifique _____

X7. Alguma vez teve ferimentos importantes que tenham afectado o seu nível de funcionalidade?

NÃO

SIM

se responde SIM, especifique _____

X8. Esteve internado num hospital no último ano?

NÃO

SIM

se responde SIM, indique o(s) motivo(s) e por quanto tempo

1 _____ dias

2 _____ dias

3 _____ dias

X9. Está a tomar alguns medicamentos (receitados pelo médico ou adquiridos sem receita médica)?

NÃO

SIM

se responde SIM, indique o(s) motivo(s) e por quanto tempo

1 _____ dias

2 _____ dias

3 _____ dias

X10. Fuma?

NÃO

SIM

X11 Bebe bebidas alcoólicas ou consome drogas?

NÃO SIM

se responde SIM, especifique as quantidades diárias

Tabaco _____
Álcool _____
Drogas _____

X12 Utiliza algum dispositivo de apoio, tais como, óculos, aparelho auditivo, cadeira de rodas, etc.?

NÃO SIM

se responde SIM, especifique _____

X13 Tem alguém a dar-lhe apoio nos auto cuidados, nas compras ou noutras actividades diárias?

NÃO SIM

se responde SIM, especifique quem lhe presta apoio e que tipo de apoio

X14 Está a fazer algum tipo de tratamento relacionado com a sua saúde?

NÃO SIM

se responde SIM, especifique _____

X15 Outras informações importantes sobre a sua saúde presente e passada

X16 NO ÚLTIMO MÊS, diminuiu ou reduziu as suas actividades habituais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde? (doença, ferimento, razões emocionais, consumo de álcool, de drogas)

NÃO SIM se respondeu SIM, indique o número de dias _____

X17 NO ÚLTIMO MÊS, esteve totalmente incapaz de levar a cabo as suas actividades habituais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde? (doença, ferimento, razões emocionais, consumo de álcool, de drogas)

NÃO SIM se respondeu SIM, indique o número de dias _____

Anexo 2:

Questões Gerais sobre Participação e Actividade

Os assuntos que se seguem constituem uma proposta de trabalho para ser utilizada como guia para orientar o inquiridor na entrevista a realizar sobre problemas relacionados com a funcionalidade e actividades diárias, de maneira a distinguir entre capacidade e desempenho. Tenha em consideração todas as informações pessoais conhecidas sobre o inquirido e questione sobre tópicos adicionais sempre que necessário. Se for preciso obter maior quantidade de informação, estes assuntos devem ser formulados como questões de resposta aberta.

Em cada domínio há dois aspectos a considerar:

Com o primeiro, pretende-se que o inquirido se concentre na sua capacidade para fazer uma tarefa ou acção, e em particular, nas limitações da capacidade resultantes das características inerentes ou intrínsecas à própria pessoa. Estas limitações devem corresponder a manifestações directas do estado de saúde da pessoa, sem qualquer tipo de assistência. Por assistência, entende-se a ajuda de outra pessoa, ou o apoio dado por ou adaptado ou especialmente concebido, de um equipamento ou veículo, ou qualquer alteração do ambiente num quarto, casa, local de trabalho, etc. O nível de capacidade deve ser avaliado comparando-o com o nível normalmente esperado dessa pessoa, ou com o nível de capacidade que essa pessoa tinha antes de existir a condição de saúde presente.

O segundo, incide sobre o desempenho actual na realização de uma tarefa ou acção na situação ou no ambiente actual da pessoa, tendo como objectivo obter informações sobre os efeitos das barreiras ou dos facilitadores do ambiente.

É importante sublinhar que o inquiridor apenas está interessado na extensão ou magnitude da dificuldade que o inquirido tem em "fazer coisas", assumindo que quer mesmo fazê-las. Se a não realização das tarefas ou das acções for resultante de uma decisão da pessoa, não deve ser considerada neste contexto.

I Mobilidade

(Capacidade)

(1) no seu estado de saúde presente, que dificuldades tem ou sente para caminhar distâncias grandes (tais como, 1 quilómetro ou mais) sem auxílio ou apoio?

(2) Como compara esta dificuldade com a de outra pessoa semelhante, sem a sua condição de saúde.
(Ou "... com a sua capacidade antes de ter este problema de saúde ou de ter sofrido o acidente?)

(Desempenho)

(1) No seu ambiente actual, quais as dificuldades que tem para caminhar distâncias grandes (tais como, 1 quilómetro ou mais)?

(2) Tendo em conta as suas dificuldades no caminhar, a situação piorou ou melhorou no seu ambiente actual?

(3) A sua capacidade para caminhar distâncias grandes, sem qualquer apoio ou auxílio, é maior ou menor da que tem no seu ambiente actual?

II Auto cuidados

(Capacidade)

- (1) No seu estado de saúde actual quais as dificuldades que tem para se lavar sem apoio ou auxílio?
- (2) Como compara essa situação com a de outra pessoa semelhante sem a sua condição de saúde?
- (Ou "...com a sua capacidade antes de ter este problema de saúde ou de ter sofrido o acidente?)

(Desempenho)

- (1) Na sua casa quais as dificuldades que tem actualmente para se lavar sozinho sem apoio ou auxílio?
- (2) Este problema piorou ou melhorou desde que a sua casa foi arranjada ou desde que usa equipamentos de auxílio especialmente adaptados para o seu problema?
- (3) A sua capacidade para se lavar sem apoio ou auxílio é maior ou menor da que tem no ambiente actual?

III Vida doméstica

(Capacidade)

- (1) No seu estado de saúde actual quais as dificuldades que tem para, sem apoio ou auxílio, limpar o chão da casa onde vive?
- (2) Como compara essa situação com a de alguém semelhante, sem a sua condição de saúde?
- (Ou "...com a sua capacidade antes de ter este problema de saúde ou de ter sofrido o acidente?)

(Desempenho)

- (1) Na sua casa quais as dificuldades que tem actualmente para limpar o chão sem apoio ou auxílio?
- (2) Este problema piorou ou melhorou desde que a sua casa foi arranjada ou desde que usa equipamentos de auxílio especialmente adaptados para o seu problema ?
- (3) A sua capacidade para lavar o chão, sem apoio ou auxílio, é maior da que tem no ambiente actual?

IV Interações interpessoais

(Capacidade)

- (1) No seu estado de saúde actual quais as dificuldades que tem para fazer novos amigos, sem apoio ou auxílio?
- (2) Como compara essa situação com a de alguém semelhante, sem a sua condição de saúde?
(Ou "...com a sua capacidade antes de ter este problema de saúde ou de ter sofrido o acidente?)

(Desempenho)

- (1) Na sua situação presente quais as dificuldades que tem actualmente para fazer novos amigos, sem apoio ou auxílio?
- (2) Este problema piorou ou melhorou em virtude de algo ou de alguém no seu ambiente habitual?
- (3) A sua capacidade para fazer amigos, sem apoio ou auxílio, é maior ou menor da que tem no ambiente actual?

V Áreas principais da vida

(Capacidade)

- (1) No seu estado de saúde actual quais as dificuldades que tem para fazer tudo o que é necessário no seu trabalho/ ocupação, sem apoio ou auxílio?
- (2) Como compara essa situação com a de alguém semelhante, sem a sua condição de saúde?
(Ou "...com a sua capacidade antes de ter este problema de saúde ou de ter sofrido o acidente?)

(Desempenho)

- (1) No seu estado de saúde presente quais as dificuldades que tem actualmente para fazer tudo o que é necessário no seu trabalho/ocupação, sem apoio ou auxílio?
- (2) Este problema piorou ou melhorou a realização de tudo o que o seu trabalho/ocupação exige, pelo facto de o ambiente ter sido arranjado ou por utilizar equipamentos especialmente adaptados?
- (3) A sua capacidade para fazer o seu trabalho, sem apoio ou auxílio, é maior ou menor da que tem no ambiente actual?

VI Vida Comunitária, Social e Cívica

(Capacidade)

- (1) No seu estado de saúde actual quais as dificuldades que sente em participar em reuniões, festivais ou outros eventos locais, sem apoio ou auxílio?
- (2) Como compara essa situação com a de alguém semelhante, sem a sua condição de saúde?
- (Ou ".....com a sua capacidade antes de ter este problema de saúde ou de ter sofrido o acidente?")

(Desempenho)

- (1) Na sua comunidade, quais as dificuldades que sente actualmente em participar em festivais ou outros eventos locais, sem apoio ou auxílio?
- (2) Este problema piorou ou melhorou depois das alterações introduzidas na sua comunidade ou por utilizar equipamentos, veículos especialmente adaptados ou qualquer outro dispositivo de auxílio?
- (3) A sua capacidade para participar em eventos na comunidade, sem apoios ou auxílio, é maior ou menor da que tem no ambiente actual?

Anexo 3:

Orientações para a utilização da *Checklist* da CIF, versão 2.1^a

1. Esta é uma lista das categorias maior da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde. A *Checklist* da CIF constitui uma ferramenta prática para a obtenção e o registo de informação sobre a funcionalidade e a incapacidade de um indivíduo. Esta informação pode ser sintetizada para ser incluída em processos individuais (como por exemplo, ficheiros clínicos ou ficheiros no âmbito do trabalho social).
2. Esta versão (2.1 a) destina-se a ser utilizada por médicos, profissionais de saúde ou profissionais de serviço social.
3. A *checklist* deve ser utilizada juntamente com a CIF, na sua versão detalhada ou na versão abreviada. As pessoas que atribuem os valores aos qualificadores devem conhecer e estar familiarizadas com a CIF, pelo que devem participar numa breve acção de formação ou seguir um pequeno curso de auto aprendizagem.
4. Pode ser usada nesta lista toda a informação proveniente de registos escritos, do inquirido, de outros informadores e da observação directa. Por favor indique na primeira página todas as fontes de informação utilizadas.
5. As partes 1, 2 e 3 devem ser preenchidas com o código do qualificador correspondente a cada uma das funções, estruturas, actividades e participação indicadas, que tenham relação com o caso que está a ser avaliado. Em cada uma dessas páginas estão indicados os códigos dos qualificadores apropriados para serem seleccionados.
6. Qualquer informação que se considere importante para o caso em questão, ou que possa ser utilizada como um qualificador adicional, pode ser incluída em comentários.
7. Na parte 4 (Meio Ambiente) há códigos negativos (barreiras) e positivos (facilitadores) de qualificadores. Em todos os qualificadores com códigos positivos, por favor utilize sempre o sinal + antes do código.
8. As categorias da *checklist* foram seleccionadas da CIF e não constituem uma lista exaustiva. Se for necessário utilizar uma categoria que não consta da lista, use o espaço no fim de cada tabela para a registar

Anexo 2 – Avaliação dos planos de acção educacional para a implementação da CIF

AVALIAÇÃO DOS PLANOS DE ACÇÃO EDUCACIONAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA CIF

		Mau	Bom
Modelos de formação	Formação presencial.....	B	A D
	Formação a distancia – <i>e-learning</i>		D B
	Formação semipresencial – <i>b-learning</i>		
	Formação <i>outdoor</i> – congresso, seminários, <i>workshop</i>		A
	Formação em exercício, estágio.....	A	
	Formação estratégica organizativa – estudo de caso.....	A	
	Formação pós-graduada.....	A	
Horário da formação	Pós-laboral.....		
	Laboral.....		B
	Bipartido.....		
Finalidades da formação	Facilitar a mudança.....	A C	B D
	Aumentar a produtividade.....	A	B
	Aumentar as aptidões.....		AB D
	Aumentar os conhecimentos.....	A	B D
	Aumentar a qualidade dos serviços prestados.....	A	B D
Tempo de formação	Até 8 horas – Um dia.....		
	Até 30 horas – Uma semana.....		
	Uma semana a 4 semanas – Um mês.....		
	Mais de 1 mês.....		D
Metodologia pedagógica	Trabalho de equipa.....	D	A
	Trabalho individual.....		A B
	Utilização das TIC (Tecnologias de Informação e comunicação).....		B D
Destinatários da formação	Grupos multiprofissionais.....		ABCD
	Serviços/sectores institucionais.....		ABCD
	Populações específicas.....		B
	População geral.....	A	B
Motivos da formação	Interesse pessoal.....		D
	Estratégia institucional.....		B D
Métodos de formação	Baseado na formação.....		A B
	Baseado na literatura.....	A	B
	Baseado nos problemas.....		B D
	Estudos de caso reais do contexto profissional e institucional..	A	B D
Avaliação da formação	Avaliação de diagnóstico.....		
	Avaliação formativa.....	D	
	Avaliação do formando.....		D
Aplicação prática	Diagnóstico.....		
	Definição de objectivos.....		
	Plano da Acção.....		
	Programação.....	D	A B
	Plano de sessão.....		
	Organização e acompanhamento.....	C	
	Avaliação directa e <i>a posteriori</i>	C	

Registo dos aspectos positivos e negativos identificados nos Planos Educacionais em estudo

(Grupo de trabalho – dia 5 de Julho de 2005)

	<u>ASPECTOS POSITIVOS</u>	<u>ASPECTOS NEGATIVOS</u>
	<u>Pontos fortes</u>	<u>Pontos fracos</u>
<p>PLANO</p> <p>A</p> <p>(Anexo 3)</p> <p>Austrália</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificação das necessidades 2. Convergência da linguagem conceptual para vários grupos 3. Contemplar diferentes vertentes da formação e diversidades de destinatários 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plano muito genérico 2. Não contempla para diferentes destinatários, planos de formação contextualizados 3. Não inclui as escolas 4. Não define parcerias ou entidade responsável pelo plano 5. Não define objectivos a x anos 6. Não prevê controlo ou avaliação da formação 7. Não há identificação de formadores 8. Não há monitorização dos elementos que estão na aplicabilidade da CIF 9. Não define outro tipo de formação que não seja a de exposição 10. Falta de um fórum de discussão <i>on-line</i> 11. Formação em exercício deverá ter supremacia 12. Formação nas escolas de diversas profissões que podem interagir com a CIF

<p>PLANO B (Anexo 4)</p> <p>EUA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Múltiplas profissões abrangidas na integração da CIF 2. Integração da CIF nos currículos académicos 3. Disponibilização da formação pelo <i>e-learning</i> 4. Ter em consideração o público em geral 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não está definido o papel das organizações não governamentais na implementação da CIF 2. Ausência de entidade de coordenação estatal 3. Falta de contacto directo entre peritos 4. Formação muito à distancia, (falta de contacto directo e experiências de aplicação) 5. Estratégia muito teórica sem acompanhamento local 6. Conteúdo de <i>e-learning</i> muito vago
<p>PLANO C (Anexo 5)</p> <p>França</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. População específica 2. Programa sensibilizante 3. Projecto de motivação 4. Fórum de discussão 5. Abrangência de formandos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generalista 2. Com populações diferentes 3. Primário 4. Pouco ambicioso 5. Pouco prático 6. Discrepância entre objectivos específicos e gerais 7. Pouco definido
<p>PLANO D (Anexo 6)</p> <p>Itália</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existe uma estrutura organizativa e conteúdos pedagógicos/formativos ajustados 2. Parece haver uma estratégia subjacente ao 8.º ano de formação 3. Existe um grupo nacional de coordenação e de gestão para a implementação da CIF 4. Diagnóstico prévio de necessidades 5. Envolve vários departamentos públicos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Os destinatários devem ser indicados pela instituição e corresponder ao plano estratégico da instituição 2. Não define os objectivos e destinatários da formação 3. Não prevê <i>follow-up</i> pós-formativo 4. Não prevê avaliação intercalar 5. A formação <i>e-learning</i> tem limites 6. Não prevê forma de trabalho de equipa

Anexo 3 – Grupo de reflexão sobre a operacionalização da CIF



PARECER
PROPOSTA
INFORMAÇÃO

PARA: <u>Consideração Superior</u>	Nº: <u>260/2004</u>
DE: <u>DGCG – J. Alexandre Diniz</u>	Data: <u>8/11/2004</u>

ASSUNTO: *Criação de Grupo de Reflexão sobre a operacionalização da CIF*

1. Portugal co-aprovou, em sede de Assembleia Mundial da Saúde, a Classificação Internacional da Funcionalidade, da Incapacidade e da Saúde (CIF), da OMS.
2. A referida Classificação para além de servir fins estatísticos parece vir a ser, simultaneamente, um excelente instrumento, quando aplicada seriadamente, para medir os ganhos de saúde obtidos pela intervenção dos serviços prestadores de cuidados de saúde junto de determinada pessoa ou população.
3. Tal eventualidade, se concretizável, seria de extrema utilidade na avaliação dos programas nacionais de saúde incluídos no Plano Nacional de Saúde 2004-2010.
4. No entanto, não se encontram identificados os constrangimentos que poderão inviabilizar a aplicação da referida Classificação, de uma forma imediata e generalizada, nos serviços prestadores de cuidados de saúde.

Concordo.

*J. Pereira Pires
11/11/2004*

*Para de vários outros
se aflição profeta e as
sugestões que foram em
a sua operacionalização na sua
sequência, ple que será de
interesse a implementação
sobrem a implementação
suprim a implementação*

2004
Direção de Serviços de Estatística e Informação de Saúde
Ana Maria Santos Silva

5. Tivemos conhecimento, através da Prof.ª Doutora Ana Escoval, que existe interesse e disponibilidade do ISCTE para que uma sua Mestranda desenvolva investigação nesta área, em articulação e colaboração com a Direcção-Geral da Saúde.
6. Neste sentido, coloca-se à Consideração do Senhor Director-Geral a constituição, no âmbito da DGS, de um Grupo de Reflexão para a Implementação da CIF nos Serviços de Saúde, que seria constituído por especialistas em diversas áreas e coordenado pela Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas, como a seguir se sugere:

Prof. Doutora Ana Escoval (Gestão)
Prof. Doutor Jaime Branco (Reumatologia)
Prof. Doutora Maria João Marques Gomes (Pneumologia)
Prof. Doutor Gorção Clara (Cardiologia)
Prof. Doutor José Ferro (Neurologia)
Prof. Doutor Henrique de Barros (Epidemiologia)
Prof. Doutor António Barata Tavares (Saúde Comunitária)
Dr. José Boavida (Diabetologia)
Dr. Álvaro de Carvalho (Psiquiatria)
Dr.ª Joaquina Madeira (Segurança Social)
Assessora a designar pelo Ministério das Finanças (Finanças)
Dr. Jaime Botelho (Direcção de Serviços de Informação e Análise)
Aluna do ISCTE

7. O trabalho de investigação a desenvolver pela Mestranda do ISCTE, terá como pontos de partida a própria Classificação, as conclusões do Grupo de Reflexão e o levantamento do estado da arte na Europa e terá como objecto a identificação dos constrangimentos à aplicabilidade imediata e generalizada da CIF nos serviços prestadores de cuidados de saúde e elaboração de sugestões para o seu respectivo desbloqueamento.

J. Alexandre Dourz

Chefe de Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

Anexo 4 – Seminário – Sensibilização à Implementação da CIF



Ministério da Saúde
Direcção-Geral da Saúde

SEMINÁRIO

Sensibilização à Implementação da Classificação Internacional da
Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Auditório do Hospital Pulido Valente, SA, 5 de Julho de 2005

09h00	Recepção e entrega da documentação
09h30	Abertura
	<i>Enquadramento e contextualização da CIF</i>
09h45	A evolução histórica da CIF <i>Prof.ª Doutora Amélia Leão (DGS)</i>
10h00	O desenvolvimento da CIF no contexto europeu <i>Dr. Jaime Botelho (DGS)</i>
10h15	Áreas e experiências da aplicação da CIF <i>Dr.ª Carla Pereira (ISCTE)</i>
10h30	A CIF e os ganhos em saúde <i>Dr. Alexandre Diniz (DGS)</i>
10h45	Pausa
	<i>A investigação em Portugal</i>
11h15	Aspectos conceptuais da CIF <i>Prof. Doutor Joaquim Bairrão Ruivo (FPCE/UP)</i>
11h30	Aplicação da CIF nos contextos: clínico, educacional e de investigação - um recurso para pensar a funcionalidade e a saúde <i>Dr.ª Anabela Martins (ESTS de Coimbra)</i>
11h45	CIF – um modelo de intervenção e um instrumento de medição de resultados <i>Dr. José Emanuel Nunes Vital (Centro de Saúde do Bombarral)</i>
	Processo de avaliação de crianças e alunos com necessidades educativas especiais <i>Prof.ª Doutora Graça Franco (DG de Inovação e Desenvolvimento Curricular)</i>
12h15	Principais conclusões do trabalho para a implementação da CIF <i>Dr.ª Carla Pereira (ISCTE) e Dr. Mário Carreira (DGS)</i>
12h45	Debate
13h00	Almoço
14h30	<i>Ateliers</i> a) Estratégias de Formação b) Planos de Formação
16h45	Apresentação e discussão das conclusões dos <i>Ateliers</i> <i>Prof.ª Doutora Ana Escoval (DGS)</i>
17h30	Encerramento

Anexo 5 – Guião do grupo focal

Guião do grupo focal

Dia 11 de Fevereiro de 2005

1.ª Questão

O que pensa da CIF?

Aspectos positivos

Aspectos negativos

Dúvidas de aplicabilidade

Condições de aplicação

2.ª Questão

Quais as dificuldades que reconhece na implementação da CIF?

Condições de aplicabilidade

Instrumentos de aplicação

Formação

3.ª Questão

Uma classificação única ou sectorial?

4.ª Questão

Onde devem estar as equipas?

Local de aplicação

Quem aplica

Como e quando

Anexo 6 – Dicionário de subcategorias

Dicionário de subcategorias

Questões	Unidade de contexto	Categorias	Subcategorias
O que pensa da CIF?	Aplicação da CIF	Níveis de aplicação	Individual Institucional Social
		Áreas de intervenção	Decisão política Análise económica Avaliação de necessidades Investigação Clínica de reabilitação Factores ambientais
Quais as dificuldades que reconhece para a implementação da CIF?	Dificuldades de implementação	Barreiras à implementação	Políticas Aplicabilidade clínica Educaçãois Sistemas e modelos de registo Aspecto cultural Reconhecimento de utilidade
Como deverá ser utilizada desta classificação?	Condições de aplicabilidade da CIF	Local de aplicação	Unidade de saúde Centro de saúde Hospital
		Quem aplica?	Equipas Autopreenchimento
		Quando?	Por episódios Periodicamente

Anexo 7 – Questionário de recolha de informação do 2.º objectivo específico

CRITÉRIOS RELEVANTES PARA PLANEAMENTO E AVALIAÇÃO DE UMA ACÇÃO EDUCACIONAL

1 - Da listagem de critérios relevantes para o planeamento de uma acção educacional, assinale com uma cruz;

1. **Coluna esquerda:** 5 dos critérios que considere mais relevantes para o planeamento de acções educacionais para Fisioterapeutas
2. **Coluna direito:** Os itens a serem equacionados no planeamento de acções educacionais para Fisioterapeutas, nos vários critérios

	CRITÉRIOS	ITENS CONSTITUINTES DE CADA CRITÉRIO	
<input type="checkbox"/>	Modelos de formação	Formação presencial Formação a distancia – <i>e-learning</i> Formação semipresencial – <i>b-learning</i> Formação <i>outdoor</i> – congressos, seminários, <i>workshops</i> Formação em exercício – estágio..... Formação estratégica organizativa – estudo de caso..... Formação pós-graduada.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Horário da formação	Pós-laboral..... Laboral..... Bipartido.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Finalidades da formação	Facilitar a mudança..... Aumentar a produtividade..... Aumentar as aptidões..... Aumentar os conhecimentos..... Aumentar a qualidade dos serviços prestados.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Tempo de formação	Até 8 horas - 1 Dia Até 16 horas –2 dias..... Períodos distintos de 8 h cada Períodos distintos de 16 h cada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Metodologia pedagógica	Método expositivo Trabalho de equipa..... Trabalho individual..... Utilização das TIC (Tecnologias de Informação e comunicação).....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Destinatários da formação	Grupos multiprofissionais..... Serviços / sectores institucionais..... Populações específicas.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Motivos da formação	Interesse pessoal..... Estratégia institucional.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Métodos de formação	Baseado na formação..... Baseado na literatura..... Baseado nos problemas..... Estudos de caso reais do contexto profissional e institucional.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Avaliação da formação	Avaliação de diagnóstico..... Avaliação formativa de formação..... Avaliação somativa do formando.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Aplicação prática	Diagnóstico..... Definição de Objectivos..... Plano da Acção..... Programação..... Plano de sessão..... Organização e Acompanhamento..... Avaliação directa e <i>a posteriori</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Custos da formação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Creditação da formação	<input type="checkbox"/>

Anexo 8 – 1.º Questionário de recolha de informação do 3.º objectivo específico

APRESENTAÇÃO

No âmbito do Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, leccionado pelo ISCTE, em parceria com a Direcção-Geral da Saúde (DGS), tem vindo a ser desenvolvido um projecto de investigação que tem por objectivo geral contribuir para a implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este estudo realiza-se no âmbito dos ganhos em saúde, no contexto das doenças crónicas.

Os objectivos específicos deste estudo são:

- 1.º Identificar barreiras de implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade no Sistema de Saúde;
- 2.º Analisar os modelos de formação utilizados por outros países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a implementação da CIF;
- 3.º Identificar estratégias de formação que facilitem a implementação do registo das dimensões da funcionalidade para as doenças crónicas no SNS;
- 4.º Identificar as oportunidades e ameaças, assim como os pontos fortes e fracos da implementação da CIF no SNS;
- 5.º Definir as linhas orientadoras, para o desenho da estratégia de implementação da CIF no SNS.

Estando este projecto na fase final de recolha de informação, solicitamos a sua colaboração integrando um painel de peritos em políticas da saúde, sociais e financeiras (metodologia de *Delphi*). A análise de informação recolhida por este painel de peritos tem com o objectivo validar a informação recolhida anteriormente, com diferentes metodologias, assim como identificar linhas orientadoras para o desenho de uma estratégia de implementação da CIF no SNS.

Procedimento do painel de peritos (metodologia de *Delphi*)

Cada perito é questionado acerca de um determinado assunto, do qual resulta um conjunto de ideias e opiniões que são analisadas e redistribuídas, solicitando-se a cada perito que reconsidere sobre o consenso de opiniões. A realização de várias séries de reconsiderações de consenso pode tornar-se inútil e normalmente, após três reconsiderações de consenso a estabilidade do consenso pode ser alcançada.

O período de resposta para cada questionário distribuído será de quatro dias úteis. Serão distribuídas três séries de questionários.

A distribuição e recolha dos questionários será feita pessoalmente ou via e-mail.

Uma das condições para a realização desta metodologia é a garantia do anonimato de cada elemento do painel de peritos.

Antecipadamente grata

No decurso da 5.^a Assembleia Mundial de Saúde, em 2001, foi adoptada a *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*, através da Resolução WHA54.21 de 22 de Maio de 2001 que insta os Estados-membros a utilizarem esta classificação em actividades de investigação, vigilância e notificação. A adopção desta classificação culminou os esforços, de quase três décadas, desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com a colaboração de vários peritos e de serviços especializados de diversos Estados-membros. Portugal co-aprovou esta resolução.

A CIF é um dos elementos da família das classificações internacionais desenvolvida pela OMS. Esta família de classificações é composta pela Classificação Internacional das Doenças (CID), que classifica as doenças e as causas de morte, e a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), que classifica a saúde. Em conjunto, a aplicação destas duas classificações permite conhecer a saúde de uma população e a maneira como o ambiente interage com o indivíduo dificultando ou promovendo o estado de saúde em todo o seu potencial.

A OMS considera a CIF uma estrutura que descreve a situação de cada pessoa dentro de uma gama de domínios da saúde ou relacionados com a saúde. O objectivo geral desta classificação é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e dos domínios com ela relacionados⁹.

Esta classificação define as componentes da saúde e certos elementos relativos ao bem-estar, tendo em conta as perspectivas orgânicas e da pessoa enquanto indivíduo e enquanto ser social, assentando em dois pilares fundamentais: as funções orgânicas e estruturas anatómicas e as actividades de participação.

A CIF abandona a análise, segundo um perfil exclusivo de deficiência, para se centrar na funcionalidade apesar da incapacidade existente. Isto é, conjuga a funcionalidade orgânica, às actividades da pessoa e à sua participação no seio da sociedade, ao mesmo tempo que tem em conta as deficiências, as limitações de actividade ou as restrições de participação social.

A CIF é uma classificação polivalente, concebida para responder a várias necessidades, pelo que deve ser utilizada para fins de investigação (por ex.: medir a qualidade de vida); clínicos (por ex.: avaliar os resultados de intervenções e procedimentos clínicos); estatísticos (por ex.: Inquérito Nacional de Saúde, Sistema Estatístico Nacional); de política de saúde, social e financeira (por ex. concepção e avaliação de programas de saúde, medição de ganhos em saúde, planificação dos sistemas de participações e de apoio social, visando uma maior equidade nos benefícios atribuídos).

A OMS, através do *World Health Survey – Global Programme on Evidence for Health Policy*, sediado em Genebra, tem aconselhado e convidado os Estados-membros, através dos seus Ministérios da Saúde, a implementarem com o apoio deste programa, os seus sistemas de vigilância de saúde.

⁹ Exemplo de domínios da saúde incluem ver, ouvir, andar, aprender e recordar. Exemplo de domínios relacionados com a saúde incluem transportes, educação e interacções sociais.

Cronograma de realização do painel de peritos

	Entrega	Recolha
1.º Questionário	24 de Julho	27 de Julho
2.º Questionário	31 de Julho	3 de Agosto
3.º Questionário	7 de Agosto	10 de Agosto

Caracterização dos peritos

	Bacharelato	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Habilitações académicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2002	2003	2004	2005
Quando teve conhecimento da Classificação Internacional de Funcionalidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 – 5 anos	6 – 10 anos	11 – 15 anos	+ de 16 anos
Número de anos de experiência profissional na área da gestão ou direcção de serviços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número de anos de experiência na actividade de docência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Profissão / Especialidade: (escreva neste espaço)

Cargos de gestão ou direcção desempenhados: (escreva neste espaço)

Desenvolveu ou publicou estudos nas seguintes áreas?	Sim	Não
Gestão de Serviços de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganhos em Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Políticas de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Classificação Internacional de Funcionalidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Este questionário tem por objectivo contribuir para a identificação de linhas orientadoras, para o desenho da estratégia da implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Instruções de preenchimento

A informação deste questionário está agrupada em quatro dimensões e solicita-se ao respondente que manifeste a sua opinião relativamente à inclusão dos itens nas diferentes dimensões.

1.ª Concorda com os seguintes POTENCIAIS PONTOS FORTES referentes à implementação da CIF no SNS?

POTENCIAIS PONTOS FORTES	SIM	NÃO
Vantagem intrínsecas ao sector da saúde que podem promover a implementação da CIF a nível nacional		
1. Incluir a utilização da CIF como objectivo do Plano Nacional de Saúde.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Definir as áreas para a utilização da CIF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Utilizar a CIF para identificar ganhos em saúde.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Existência de alguns peritos entusiastas desta classificação.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Existência de experiência de implementação de outros produtos da família das classificações da OMS – Classificação Internacional de Doenças (CID)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Utilizar a CIF em diferentes contextos como estudos, áreas clínicas e programas políticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Utilizar a CIF em complementaridade com a CID e futuramente com a CI (Classificação de Intervenções)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Custo de implementação da CIF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Capacidade de construção de plano de formação nacional para aplicação da CIF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Possibilidade de utilizar a CIF nos diferentes níveis de cuidados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Centrar a observação na pessoa e não exclusivamente na doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Promover outra dimensão de olhar a saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Possibilitar a participação da pessoa na sua avaliação global.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Reconhecimento da importância da CIF pelos profissionais de saúde.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Utilizar a CIF como instrumento que valoriza a pessoa de forma positiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Reconhecer a utilidade da CIF para a realização de uma avaliação de programas de saúde pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Instrumentos de formação académica integrador da área da saúde e da área social....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. A normalização das condições da aplicação da CIF pode facilitar a avaliação resultados em saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros: (escreva neste espaço)

2.ª Concorda com as seguintes POTENCIAIS OPORTUNIDADES EXTERNAS referentes à implementação da CIF no SNS?

POTENCIAIS OPORTUNIDADES	SIM	NÃO
Aspecto externos ao sector da saúde, que podem potenciar a implementação da CIF no contexto do SNS:		
1. Introdução da CIF em currículos académicos de diferentes Universidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Existência de diferentes iniciativas locais para a divulgação da CIF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Interesse político em utilizar a informação resultante da aplicação da CIF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vantagem de alianças estratégicas da CIF com outras classificações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Interesse no estudo da comunidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aumento do interesse governamental na população com incapacidade.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Necessidade de identificar um indicador de saúde comum ao SNS e ao Serviço de Segurança Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Reconhecimento da CIF como instrumento de comunicação com os diferentes parceiros e interlocutores do SNS.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Existência de mecanismos de cooperação entre os diferentes profissionais que podem aplicar a CIF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Necessidade de transparência de critérios para atribuição de subsídios.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Falta de modelos de uma abordagem integradora da pessoa nas suas diferentes dimensões.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Reconhecimento da componente humanizante introduzida pela CIF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Reconhecimento da CIF como um modelo e um instrumento que promove a equidade social.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Valorização dos diferentes impactos ambientais na saúde da população.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Necessidade de respostas reabilitativas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Reconhecimento da utilização da CIF como um contributo para o país em termos de factores financeiros, económicos e sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Falta de mecanismos de parceria com as diferentes escolas do sector social, da saúde e da educação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Necessidade de mecanismos integradores da pessoa no mercado de trabalho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Necessidade de discussão pública sobre a CIF de forma a evitar criar falsas expectativas quanto ao seu contributo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros: (escreva neste espaço)

3.ª Concorda com as seguintes POTENCIAIS FRAQUEZAS referentes à implementação da CIF no SNS?

POTENCIAIS FRAQUEZAS	SIM	NÃO
Desvantagem intrínseca ao sector da saúde que podem comprometer a implementação da CIF a nível nacional		
1. Ausência de estratégias de implementação da CIF a nível local e regional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Diminuição do entusiasmo de uma forte liderança.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fraca consolidação.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Perda de promotores de implementação da CIF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Desconhecimento dos benefícios da utilização da CIF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mudança dos intervenientes no sector da saúde responsáveis pelo processo de implementação da CIF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Indefinição dos mecanismos de operacionalidade da CIF no SNS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ausência de instrumentos para medir a funcionalidade humana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Resistência à mudança e ausência de motivação para a implementação da CIF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Falta de disponibilidade dos profissionais de saúde para aprender e aplicar a CIF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Falta de segurança na utilidade de aplicação da CIF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Falta de humanismo dos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Falta de visão abrangente em relação á pessoa doente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Falta de hábitos de cooperação entre profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Persistência da cultura biomédica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Necessidade de demonstração prática da utilidade da CIF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Necessidade de formação e sensibilização para a aplicação da CIF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Identificar a CIF apenas como uma ferramenta de investigação e não de aplicação clínica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Falta de competências dos profissionais de saúde para a operacionalização da CIF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros: (escreva neste espaço)

4.ª Concorda com as seguintes POTENCIAIS AMEAÇAS referentes à implementação da CIF no SNS?

POTENCIAIS AMEAÇAS	SIM	NÃO
Aspectos negativos do meio que possam comprometer a liderança do sector da saúde na implementação da CIF		
1. Falta de aprovação e cooperação ao nível da OMS e outros países.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Aplicação e uso inconsistente da CIF nas conduções internacionais da CIF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Perdas de entusiasmo nos responsáveis internacionais para a implementação da CIF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Falta de financiamento para a implementação da CIF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Domínio multidisciplinar e multissetorial da CIF.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alteração do actual plano de reformas e subsídios sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Incompatibilidade com a legislação existente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Necessidade de se adaptar à conjuntura legislativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Incompatibilidade com a actual Tabela Nacional da Incapacidade.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ausência de vontade política	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Resistência dos órgãos de gestão dos parceiros do SNS, Segurança Social, Educação e Finanças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Clivagem da área social com a área da saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Expectativas dos grupos de doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Construção de instrumento que meça a funcionalidade para uma área social diferente da área da saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros: (escreva neste espaço)

Comentários: (escreva neste espaço)

Obrigada pela sua colaboração.

Anexo 9 – Itens constituintes de cada uma das dimensões da análise SWOT

Implementação da CIF no SNS				
Referência	POTENCIAIS PONTOS FORTES INTERNOS	POTENCIAIS OPORTUNIDADES EXTERNAS	POTENCIAIS FRAQUEZAS INTERNAS	POTENCIAIS AMEAÇAS EXTERNAS
Revisão sistemática da literatura	<ol style="list-style-type: none"> Incluir a utilização da CIF como objectivo do PNS Identificar as áreas para a utilização da CIF Implementar a CIF para identificar ganhos em saúde Especialistas peritos neste produto Células de peritos entusiasta que percorrem muitos quilómetros para implementar a CIF Marketing e experiência de implementação de outros produtos de classificações A CIF pode ser aplicada de diferentes maneiras – estudos, áreas clínicas e programas políticos A CIF pode ser usada com a CID e a CI (Classificação de Intervenções) 	<ol style="list-style-type: none"> Implementar a CIF como instrumento de previsão para o Serviço de Segurança Social Utilizar a nomenclatura conceptual da CIF Capitalizar nas iniciativas locais Alguns governos olharem para a informação resultante Vantagens ou alianças estratégicas com a CIF e outras classificações Interesse inesperado no estudo da comunidade Aumento do interesse governamental na população com incapacidade Universidades adoptarem a CIF 	<ol style="list-style-type: none"> Definir estratégias de implementação nível local e regional (por ex.: ARSS) Definir estratégias de implementação nacionais/regionais Mudança de actores e alguns grupos de <i>stakeholders</i> Diminuição do entusiasmo com uma forte liderança. Fraca consolidação. Perda de promotores da CIF e peritos de implementação Os produtos e benefícios da CIF não são bem estabelecidos ou entendidos Localização do negócio – geograficamente dispersa 	<ol style="list-style-type: none"> Aprovação e cooperação ao nível dos países Aplicação e uso inconsistente da CIF nas conduções internacionais Não haver campeões para a CIF Perdas de entusiasmo nos condutores internacionais. Diferentes Países têm diferentes condutores Custo de implementação da CIF
Grupo focal	<ol style="list-style-type: none"> Construção de plano de formação nacional para aplicação da CIF Utilização da CIF no Hosp. Dia, ambulatório Hospitalar e Centro de saúde, preferencialmente Permite passar da observação da doença para a observação do utente Outra dimensão de olhar saúde Aplicação da CIF de forma abrangente, global e presencial Põe em evidência outros componentes que coexistem em cada doente para além da doença orgânica 	<ol style="list-style-type: none"> Desenvolver mecanismos de cooperação entre os profissionais que podem aplicar a CIF Contributo para o país em termos de factores financeiros, económicos e sociais Transparência de critérios Necessidade de criar equipas multidisciplinares para utilização Reconhece um componente humanizante Instrumento social Trabalha com as pessoas nas suas diferentes dimensões 	<ol style="list-style-type: none"> Pode ser identificada apenas como uma ferramenta de investigação e não de aplicação clínica Necessário criar condições de aplicabilidade Aferir mecanismos de operacionalização Necessidade de medir função Necessidade de se aprender a utilizar Resistência à mudança Ausência de motivação Dificuldade de utilização Complexidade da CIF Falta de disponibilidade para aprender a aplicar Falta de segurança na 	<ol style="list-style-type: none"> Domínio multidisciplinar da CIF, na sua aplicação Levanta questões sociais como as reformas e subsídios Levanta questões do aparelho legislativo Está dependente da compatibilidade com legislação existente Necessidade de se adaptar à conjuntura legislativa Incompatibilidade com a actual tabela nacional da incapacidade Vontade política Resistência dos órgãos de gestão

Contributo para a implementação da CIF para a identificação de ganhos em saúde nas doenças crónicas

	<ul style="list-style-type: none"> 7. Reconhecida pelos médicos 8. Ferramenta amiga da pessoa 9. Permite um melhor conhecimento da pessoa 10. Introduce uma avaliação quantitativa do programa de saúde pública 	<ul style="list-style-type: none"> 8. É um modelo social 9. Reconhece diferentes impactos ambientais na saúde das pessoas 10. Existência de respostas reabilitativas 	<ul style="list-style-type: none"> utilidade de aplicação 12. Falta de humanismo dos técnicos de saúde 13. Falta de visão abrangente sobre a pessoa doente 14. Falta de hábitos de cooperação 15. Cultura médica 16. Falta de demonstração prática da utilidade da CIF 17. Falta de formação e sensibilização 18. Instrumentos de grande variabilidade de componentes 19. Complexidade do instrumento de aplicação 	
<p>Seminário 5 de Julho 2005</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Incluir a CIF nos currículos académicos 2. Criação de uma ferramenta para a área da saúde diferente da área social 3. Definir as condições de aplicação do instrumento da CIF 4. Formação de aplicação do instrumento – Saber fazer, Saber transmitir 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Utilizar a CIF como instrumento de comunicação com os interlocutores e parceiros do SNS 2. Integração nas empresas. 3. Discussão pública para esclarecimento de forma a evitar criar falsas expectativas 4. Primazia das escolas na parceria com as escolas 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Falta de competências para operacionalização da CIF 2. Necessidade de formação direccionada e monitorizada 3. Formação para conhecimento da CIF e formação para aplicação da CIF 4. Formação de aplicação do instrumento – Saber fazer, Saber transmitir 5. Necessidade de conhecer a operacionalização 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Clivagem da área social com a área da saúde 2. Expectativas dos grupos de doentes 3. Discussão pública para esclarecimento a evitar falsas expectativas 4. Criação de uma ferramenta para a área da saúde diferente da área social

Anexo 10 – 2.º Questionário de recolha de informação do 3.º objectivo específico

Este questionário tem por objectivo contribuir para a identificação de linhas orientadoras, para o desenho da estratégia da implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Instruções de preenchimento

A informação deste questionário está agrupada em quatro dimensões, solicita-se ao respondente que manifeste a sua opinião relativamente à selecção de cinco itens que, na sua opinião, melhor representam a dimensão em que estão inseridos.

1.ª Assinale cinco POTENCIAIS PONTOS FORTES, referentes à implementação da CIF no SNS?

POTENCIAIS PONTOS FORTES Vantagens intrínsecas ao sector da saúde que podem promover a implementação da CIF a nível nacional	
• Incluir a utilização da CIF como objectivo do Plano Nacional de Saúde.....	<input type="checkbox"/>
• Definir as áreas para a utilização da CIF.....	<input type="checkbox"/>
• Utilizar a CIF para identificar ganhos em saúde.....	<input type="checkbox"/>
• Existência de alguns peritos entusiastas desta classificação.....	<input type="checkbox"/>
• Existência de experiência de implementação de outros produtos da família das classificações da OMS – Classificação Internacional de Doenças (CID).....	<input type="checkbox"/>
• Utilizar a CIF em diferentes contextos como estudos, áreas clínicas e programas políticos.....	<input type="checkbox"/>
• Utilizar a CIF em complementaridade com a CID e futuramente com a CI (Classificação de Intervenções).....	<input type="checkbox"/>
• Custo de implementação da CIF.....	<input type="checkbox"/>
• Capacidade de construção de plano de formação nacional para aplicação da CIF.....	<input type="checkbox"/>
• Possibilidade de utilizar a CIF nos diferentes níveis de cuidados.....	<input type="checkbox"/>
• Centrar a observação na pessoa e não exclusivamente na doença.....	<input type="checkbox"/>
• Promover outra dimensão de olhar a saúde.....	<input type="checkbox"/>
• Possibilitar a participação da pessoa na sua avaliação global.....	<input type="checkbox"/>
• Reconhecimento da importância da CIF pelos profissionais de saúde.....	<input type="checkbox"/>
• Utilizar a CIF como instrumento que valoriza a pessoa de forma positiva.....	<input type="checkbox"/>
• Reconhecer a utilidade da CIF para a realização de uma avaliação de programas de saúde pública.....	<input type="checkbox"/>
• Instrumentos de formação académica integrador da área da saúde e da área social.....	<input type="checkbox"/>
• A normalização das condições da aplicação da CIF pode facilitar a avaliação resultados em saúde.....	<input type="checkbox"/>

Comentários: (escreva neste espaço)

2.ª Assinale cinco POTENCIAIS OPORTUNIDADES EXTERNAS referentes à implementação da CIF no SNS?

POTENCIAIS OPORTUNIDADES	
Aspectos externos ao sector da saúde, que podem potenciar a implementação da CIF no contexto do SNS:	
• Introdução da CIF em currículos académicos de diferentes Universidades.....	<input type="checkbox"/>
• Existência de diferentes iniciativas locais para a divulgação da CIF.....	<input type="checkbox"/>
• Interesse político em utilizar a informação resultante da aplicação da CIF.....	<input type="checkbox"/>
• Vantagem de alianças estratégicas da CIF com outras classificações.....	<input type="checkbox"/>
• Interesse no estudo da comunidade.....	<input type="checkbox"/>
• Aumento do interesse governamental na população com incapacidade.....	<input type="checkbox"/>
• Necessidade de identificar um indicador de saúde comum ao SNS e ao Serviço de Segurança Social.....	<input type="checkbox"/>
• Reconhecimento da CIF como instrumento de comunicação com os diferentes parceiros e interlocutores do SNS.....	<input type="checkbox"/>
• Existência de mecanismos de cooperação entre os diferentes profissionais que podem aplicar a CIF.....	<input type="checkbox"/>
• Necessidade de transparência de critérios para atribuição de subsídios.....	<input type="checkbox"/>
• Falta de modelos de uma abordagem integradora da pessoa nas suas diferentes dimensões....	<input type="checkbox"/>
• Reconhecimento da componente humanizante introduzida pela CIF.....	<input type="checkbox"/>
• Reconhecimento da CIF como um modelo e um instrumento que promove a equidade social.	<input type="checkbox"/>
• Valorização dos diferentes impactos ambientais na saúde da população.....	<input type="checkbox"/>
• Necessidade de respostas reabilitativas.....	<input type="checkbox"/>
• Reconhecimento da utilização da CIF como um contributo para o país em termos de factores financeiros, económicos e sociais.....	<input type="checkbox"/>
• Falta de mecanismos de parceria com as diferentes escolas do sector social, da saúde e da educação	<input type="checkbox"/>
• Necessidade de mecanismos integradores da pessoa no mercado de trabalho.....	<input type="checkbox"/>
• Necessidade de discussão pública sobre a CIF de forma a evitar criar falsas expectativas quanto ao seu contributo.....	<input type="checkbox"/>

Comentários: (escreva neste espaço)

3.ª Assinale cinco POTENCIAIS FRAQUEZAS, referentes à implementação da CIF no SNS?

POTENCIAIS FRAQUEZAS	
Desvantagem intrínsecas ao sector da saúde que podem comprometer a implementação da CIF a nível nacional	
• Ausência de estratégias de implementação da CIF a nível local e regional.....	<input type="checkbox"/>
• Diminuição do entusiasmo de uma forte liderança.....	<input type="checkbox"/>
• Fraca consolidação.....	<input type="checkbox"/>
• Perda de promotores de implementação da CIF.....	<input type="checkbox"/>
• Desconhecimento dos benefícios da utilização da CIF.....	<input type="checkbox"/>
• Mudança dos intervenientes no sector da saúde responsáveis pelo processo de implementação da CIF.....	<input type="checkbox"/>
• Indefinição dos mecanismos de operacionalidade da CIF no SNS.....	<input type="checkbox"/>
• Resistência à mudança e ausência de motivação para a implementação da CIF.....	<input type="checkbox"/>
• Falta de disponibilidade dos profissionais de saúde para aprender e aplicar a CIF.....	<input type="checkbox"/>
• Falta de segurança na utilidade de aplicação da CIF.....	<input type="checkbox"/>
• Falta de visão abrangente em relação a pessoa doente.....	<input type="checkbox"/>
• Falta de hábitos de cooperação entre profissionais de saúde.....	<input type="checkbox"/>
• Persistência da cultura biomédica.....	<input type="checkbox"/>
• Necessidade de demonstração prática da utilidade da CIF.....	<input type="checkbox"/>
• Necessidade de formação e sensibilização para a aplicação da CIF.....	<input type="checkbox"/>
• Identificar a CIF apenas como uma ferramenta de investigação e não de aplicação clínica.....	<input type="checkbox"/>
• Falta de competências dos profissionais de saúde para a operacionalização da CIF.....	<input type="checkbox"/>

Comentários: (escreva neste espaço)

4.^a Assinale cinco POTENCIAIS AMEAÇAS, referentes à implementação da CIF no SNS?

POTENCIAIS AMEAÇAS	
Aspectos negativos do meio que possam comprometer a liderança do sector da saúde na implementação da CIF	
• Aplicação e uso inconsistente da CIF nas conduções internacionais da CIF.....	<input type="checkbox"/>
• Perdas de entusiasmo nos responsáveis internacionais para a implementação da CIF.....	<input type="checkbox"/>
• Falta de financiamento para a implementação da CIF.....	<input type="checkbox"/>
• Domínio multidisciplinar e multisectorial da CIF.....	<input type="checkbox"/>
• Alteração do actual plano de reformas e subsídios sociais.....	<input type="checkbox"/>
• Incompatibilidade com a legislação existente.....	<input type="checkbox"/>
• Necessidade de se adaptar à conjuntura legislativa.....	<input type="checkbox"/>
• Incompatibilidade com a actual tabela nacional da incapacidade.....	<input type="checkbox"/>
• Ausência de vontade política.....	<input type="checkbox"/>
• Resistência dos órgãos de gestão dos parceiros do SNS, Segurança Social, Educação e Finanças.....	<input type="checkbox"/>
• Clivagem da área social com a área da saúde.....	<input type="checkbox"/>

Comentários: (escreva neste espaço)

Obrigada pela sua colaboração.

Anexo 11 – 3.º Questionário de recolha de informação do 3.º objectivo específico

Este 3º, e último, questionário têm por objectivo contribuir para a identificação de linhas orientadoras, para o desenho da estratégia da implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Instruções de preenchimento

A informação deste questionário está agrupada em quatro dimensões, solicita-se ao respondente que assinale o seu nível concordância, relativamente aos itens que constituem cada dimensão.

1 -Discordo totalmente 2 - Discordo 3 - Indeciso 4 - Concordo 5 - Concordo totalmente

POTENCIAIS PONTOS FORTES

Vantagens intrínsecas ao sector da saúde que podem promoverem a implementação da CIF a nível nacional

1 – Assinale o grau de concordância relativamente á identificação dos seguintes itens como potenciais pontos fortes para a implementação da CIF no actual Sistema Nacional e Saúde	1	2	3	4	5
• Incluir a utilização da CIF como objectivo do Plano Nacional de Saúde.....	<input type="checkbox"/>				
• Utilizar a CIF para identificar ganhos em saúde.....	<input type="checkbox"/>				
• Possibilidade de utilizar a CIF nos diferentes níveis de cuidados	<input type="checkbox"/>				
• Utilizar a CIF em diferentes contextos como estudos, áreas clínicas e programas políticos.....	<input type="checkbox"/>				

POTENCIAIS OPORTUNIDADES

Aspectos externos ao sector da saúde, que podem potenciar a implementação da CIF no contexto do SNS:

2 – Assinale o grau de concordância relativamente á identificação dos seguintes itens como potenciais oportunidades para a implementação da CIF no actual SNS	1	2	3	4	5
• Introdução da CIF em currículos académicos de diferentes Universidades.....	<input type="checkbox"/>				
• Existência de diferentes iniciativas locais para a divulgação da CIF.....	<input type="checkbox"/>				
• Interesse político em utilizar a informação resultante da aplicação da CIF.....	<input type="checkbox"/>				
• Aumento do interesse governamental na população com incapacidade.....	<input type="checkbox"/>				
• Necessidade de transparência de critérios para atribuição de subsídios.....	<input type="checkbox"/>				
• Necessidade de identificar um indicador de saúde comum ao SNS e ao Serviço de Segurança Social.....	<input type="checkbox"/>				
• Reconhecimento da CIF como instrumento de comunicação com os diferentes parceiros e interlocutores do SNS.....	<input type="checkbox"/>				

POTENCIAIS FRAQUEZAS

Desvantagem intrínsecas ao sector da saúde que podem comprometer a implementação da CIF a nível nacional

3 – Assinale o grau de concordância relativamente á identificação dos seguintes itens como potenciais fraquezas para a implementação da CIF no actual S N S	1	2	3	4	5
• Ausência de estratégias de implementação da CIF a nível local e regional.....	<input type="checkbox"/>				
• Desconhecimento dos benefícios da utilização da CIF.....	<input type="checkbox"/>				
• Indefinição dos mecanismos de operacionalidade da CIF no SNS.....	<input type="checkbox"/>				
• Resistência à mudança e ausência de motivação para a implementação da CIF.....	<input type="checkbox"/>				
• Falta de disponibilidade dos profissionais de saúde para aprender e aplicar a CIF.....	<input type="checkbox"/>				

POTENCIAIS AMEAÇAS

Aspectos negativos do meio que possam comprometer a liderança do sector da saúde na implementação da CIF

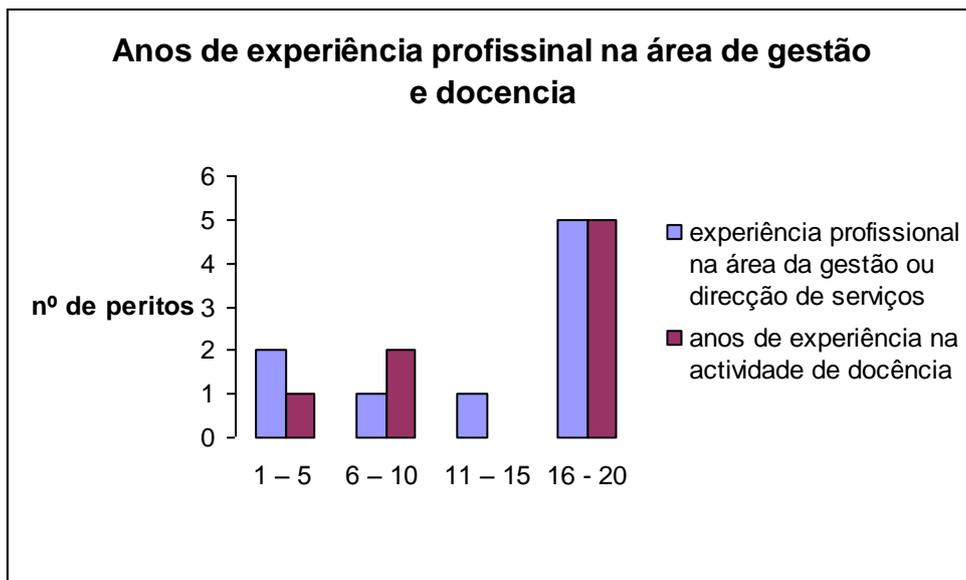
4 – Assinale o grau de concordância relativamente á identificação dos seguintes itens como potenciais ameaças para a implementação da CIF no actual S N S	1	2	3	4	5
• Falta de financiamento para a implementação da CIF.....	<input type="checkbox"/>				
• Necessidade de se adaptar à conjuntura legislativa.....	<input type="checkbox"/>				
• Ausência de vontade política.....	<input type="checkbox"/>				
• Resistência dos órgãos de gestão dos parceiros do SNS, Segurança Social, Educação e Finanças.....	<input type="checkbox"/>				
• Clivagem da área social com a área da saúde.....	<input type="checkbox"/>				

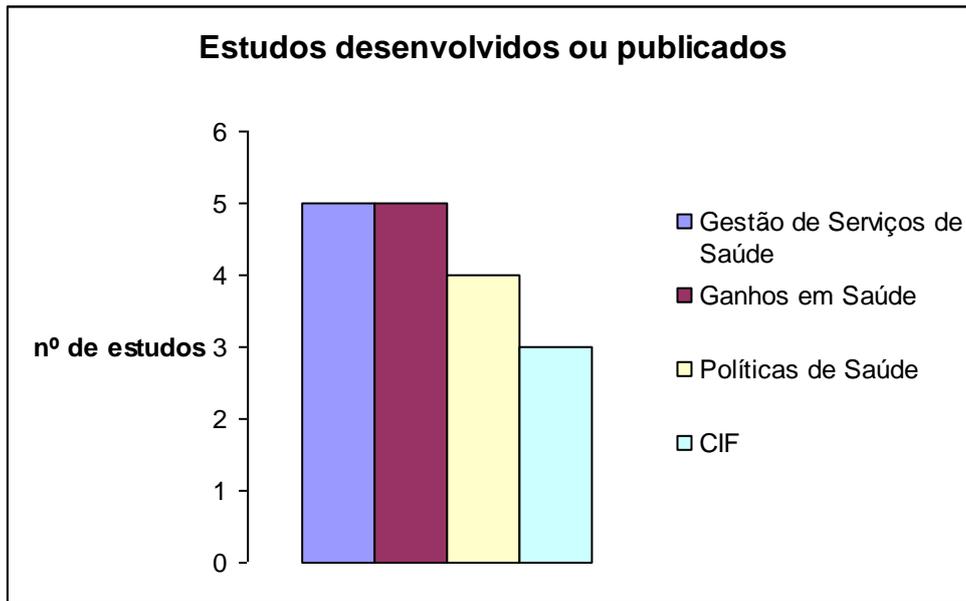
Comentários: (escreva neste espaço)

Obrigada pela sua colaboração.

Anexo 12 – Caracterização dos peritos constituintes do painel *Delphi* modificado

Caracterização dos peritos constituintes do painel *Delphi* modificado





Primeiro conhecimento da CIF	Frequência
2001	2
2002	5
2003	0
2004	1
2005	1

Anexo 13 – Acção de formação para a divulgação da CIF

Acção de Formação

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

14 HORAS Nível 1

Objectivos

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) representa uma ferramenta que os profissionais de saúde podem usar de forma a encorajar a prática centrada na pessoa e a aumentar a sua participação no processo de tomada de decisões, para um prática mais efectiva e de menores custos, facilitando a demonstração de resultados e servindo as necessidades exigidas pela prática clínica, investigação e educação. O recurso ao modelo e à classificação permite considerar factores que contribuam para repensar a saúde e a funcionalidade humana.

Neste contexto, emergem necessidades de formação dos profissionais a diferentes níveis, para aquisição de conhecimentos que facilitem a informação mais consistente e regular sobre a CIF para melhorar a comunicação entre os diferentes utilizadores.

No final do Curso, cada formando deve ser capaz de:

1. Identificar os conceitos e a terminologia veiculados no modelo e na classificação CIF;
2. Distinguir as componentes da CIF (alterações estruturais e funcionais, limitação de actividades, restrições na participação social e factores contextuais);
3. Descrever impacto do meio ambiente na funcionalidade/incapacidade (factores facilitadores e barreiras);
4. Registrar a funcionalidade/incapacidade da pessoa;
5. Aplicar a CIF no contexto da avaliação e resolução de problemas nos diferentes locais de prestação de serviços;
6. Analisar o impacto que um sistema de avaliação e registo baseado na CIF pode exercer na rentabilização de recursos (humanos e materiais) e, conseqüentemente, aumentar os resultados;
7. Avaliar as necessidades de intervenção adequada para responder aos problemas identificados, recorrendo a métodos e técnicas específicos, assim como a novas abordagens, incluindo as tecnologias de apoio;
8. Identificar estratégias institucionais para implementação da CIF.

Conteúdos Programáticos:

Módulos

O modelo CIF

1. História
2. Objectivos da CIF
3. Visão Geral da CIF
4. Conceitos e Terminologia

A classificação CIF

1. Estrutura
2. Códigos
3. Qualificadores

Utilização da CIF

1. Descrição de alguns projectos e parcerias nacionais e internacionais
2. Apresentação de iniciativas e estratégias de implementação, compatíveis com soluções baseadas na evidência, com vista a obter melhores resultados em saúde

Aplicação da CIF no Sistema de Saúde

1. Descrição do Modelo de Avaliação da Funcionalidade
2. Uso da CIF no estudo de casos clínicos
3. Potencialidades da CIF na investigação

Modelo de formação:

Formação presencial.

Metodologia:

Exposição teórica acompanhada de simulação de casos práticos para aplicação dos conteúdos teóricos (estudo de caso).

Aplicação prática:

Facilitar a organização de informação recolhida pelos profissionais de saúde.

Facilitar a definição de objectivos de intervenção e de um plano de acção que promova ganhos funcionais.

Anexo 14 – Termos de referência para o Comité Nacional para a Implementação da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CNI/CIF)

Termos de referência para o Comité Nacional para a Implementação da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CNI/CIF)

Objectivos

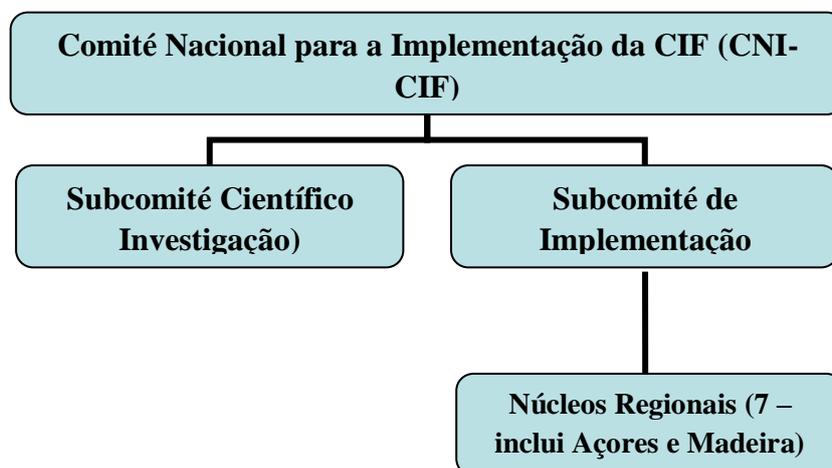
Apoiar, dinamizar e aconselhar para a melhor utilização da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na área da saúde e ainda colaborar com a OMS nesta matéria.

Funções

1. Conduzir permanentemente todas as actividades para implementação da CIF, através do Ministério da Saúde (MS) e contribuir para esse mesmo objectivo a nível internacional, através da OMS, de forma sistemática e abrangente, desenvolvendo, entre outras, as seguintes actividades:
 - 1.1 Revisão periódica da utilização prevista ou praticada da CIF nos sectores público e privado em termos de: áreas e objectivo da utilização, versão em uso, grau da informação que se reporta à OMS, controlo de qualidade, método de codificação (automático, códigos médicos, códigos administrativos, etc.), impacto da mudança da classificação (deficiência/funcionalidade), medição do impacto da mudança e ainda compreender o efeito da mudança na produção de dados e nas estatísticas publicadas e estudos comparativos;
 - 1.2 Preparar um resumo periódico do estado da implementação da CIF;
 - 1.3 Trabalhar com a OMS no desenvolvimento e apuramento dos mecanismos utilizados na recolha e análise de dados gerados pela implementação da CIF (através de questionários, entrevistas e outras técnicas metodológicas);
 - 1.4 Controlar e fazer propostas para a melhoria da qualidade técnica e científica dos estudos relacionados com a implementação e apresentados às reuniões nacionais e internacionais da OMS e outras.
2. Apoiar o MS no desenvolvimento e na aplicação das linhas orientadoras da implementação da CIF.
3. Orientar o MS quanto às necessidades dos utilizadores em termos de instrumentos, ferramentas, materiais pedagógicos, etc.
4. Apoiar o MS e a OMS na criação de metodologias para o uso da CIF nos sistemas de informação e inquéritos.
5. Servir como rede internacional de apoio a países (nomeadamente os PALOP), através da OMS, nas áreas relacionadas com a implementação da CIF.
6. Actuar como defensores, tanto nacional como internacionalmente, para a obtenção de apoios a alto nível e compromissos financeiros, a fim de desenvolver e implementar melhores sistemas de informação usando a CIF, especialmente nos países em desenvolvimento.

Estrutura e métodos de trabalho

A estrutura que parece mais adequada para a implementação da CIF, deverá contar com as seguintes áreas:



O Comité Nacional deverá ter um mandato para a implementação da CIF e ser responsável pelo desenvolvimento de princípios genéricos globais a ser aplicados e ter dois sub-comités, um científico e um de implementação, que garantirão a exequibilidade dos trabalhos a desenvolver em tempo útil. Serão ainda constituídos núcleos regionais que contribuirão para a operacionalização desta implementação nas suas diferentes fases.

A estrutura do CNI-CIF é constituída por 15 membros que irão dedicar-se, inicialmente, ao desenvolvimento efectivo de métodos e à aplicação de experiências piloto. Este comité será apoiado a nível regional por núcleos regionais que a ele reportam e que serão o garante da operacionalização da classificação.

O Comité Nacional deverá ter na sua composição nuclear especialistas de várias áreas do conhecimento médico, epidemiológico, social, de reabilitação e de gestão e, para além dos membros permanentes, contará ainda com representações dos Ministérios das Finanças, do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação, da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e do Secretariado Nacional para Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência – SNRIPD (dadas as implicações nacionais, a nível económico, financeiro e de formação, da aplicação da referida classificação).

A presidência do Comité Nacional deverá ser assegurada pelo Ministério da Saúde, de forma unipessoal, para realçar a integração da implementação da CIF.

O comité irá estruturar um plano de acção com a lista pormenorizada de objectivos, actividades, metas, cronogramas e responsabilidades.

Os métodos de trabalho deverão incluir *e-mail*, telefone e reuniões por teleconferência, para além das reuniões presenciais.

Os membros do Comité Nacional deverão comprometer-se a trabalhar tanto nas tarefas do comité, como dos subcomités e, para o efeito, deverão assumir um guião de mandato que lhes será apresentado.

Subcomités

Dentro da estrutura e mandato da CIF, os subcomités científico e de implementação terão como funções:

Subcomité científico:

Para além de apoiar e aconselhar o Comité Nacional, nas questões de implementação, será responsável pela dinamização de um núcleo de investigação, que procurará conhecer e divulgar os projectos de investigação em curso, a nível nacional e internacional, e procurará motivar o meio académico para o desenvolvimento de projectos de investigação imprescindíveis à sua dinamização e desenvolvimento.

Subcomité de implementação:

Para além da responsabilidade directa para a operacionalização da CIF, terá ainda a responsabilidade de organizar a formação indispensável a essa mesma implementação, em directa articulação com o Comité Nacional e o subcomité científico e ainda com a colaboração dos núcleos regionais.

Núcleos regionais

Os núcleos regionais deverão começar a ser constituídos nas regiões onde se irão desenvolver os projectos-piloto. Os referidos núcleos apoiam e aconselham o subcomité nas questões de implementação, específicas de cada uma das regiões, no desenvolvimento efectivo de métodos e na aplicação a nível local e têm representação no subcomité de implementação, o que para além de garantirem a «operacionalização desta implementação nas suas diferentes fases» se responsabilizam por dar contributos para o Comité Nacional e para o Subcomité Científico, assim como articularem-se com a sub-regiões de saúde de referência nas iniciativas de formação e implementação.

Os núcleos deverão especificar as suas funções num plano de acção pormenorizado. Este plano de trabalho incluirá igualmente uma lista de objectivos, actividades, metas, cronogramas e responsabilidades a nível regional.