Alexandra de Lima
Carina Souza Viegas
Maria Elizarda Machado de Paula

Uma abordagem qualitativa das interações entre os domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Ferreira Sampaio
Co-orientadora: Fabiana Caetano Martins Silva (T.O.)

Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
2010

SUMÁRIO

RESUMO	4
ABSTRACT	5
INTRODUÇÃO	6
METODOLOGIA	7
RESULTADOS	9
DISCUSSÃO	11
REFERÊNCIAS	18
APÊNDICES	20

Uma abordagem qualitativa das interações entre os domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*

A qualitative approach of interactions between the domains of the International Classification of Functioning, Disability and Health*

Alexandra de Lima[1], Carina Souza Viegas[1], Maria Elizarda Machado de Paula[1], Fabiana Caetano Martins Silva[2], Rosana Ferreira Sampaio[3]

1. Graduanda de Fisioterapia pela Universidade Federal de Minas Gerais;
2. Terapeuta Ocupacional e Mestre em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais;
3. Fisioterapeuta pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Doutora em Saúde Pública pela Universidad Autonoma de Barcelona; Professora do Departamento de Fisioterapia, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais

*Este artigo será submetido à revista Acta Fisiátrica e encontra-se formatado segundo suas normas.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Rosana Ferreira Sampaio

Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
Av. Antonio Carlos, 6627, Campus Pampulha, Belo Horizonte, Minas Gerais CEP- 31270901
e-mail: rosana@netuno.lcc.ufmg.br

RESUMO

Doenças crônicas acometem uma porcentagem importante da população brasileira e estão associadas à assistência continuada de serviços e incapacidade funcional. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) baseia-se no modelo biopsicossocial e permite a compreensão dos processos de funcionalidade e incapacidade através da interação dos seus componentes. O objetivo deste estudo foi analisar as inter-relações entre os domínios da CIF, descrevendo o processo de funcionalidade e de incapacidade a partir da percepção do individuo. Utilizou-se abordagem qualidade com realização de entrevistas e de grade de vida, construídas a partir dos domínios da CIF, aplicadas a 11 pacientes, seguida por preenchimento de um diário de atividades semanais. Algumas condições crônicas de saúde, pré-existentes ao período focado no estudo foram registradas, mas na percepção dos entrevistados estas resultaram em poucas repercussões negativas em sua funcionalidade. As diversas condições de saúde analisadas tiveram impacto negativo nas funções e estruturas do corpo, limitaram principalmente as atividades de cuidado pessoal, tarefas domésticas e mobilidade, e foram associadas a restrições importantes na participação social. A maioria dos entrevistados fez ou faz uso de produtos e tecnologias como bengalas, prótese ou órteses, e não teve dificuldade na aquisição dos mesmos através do SUS. Os fatores pessoais que se destacaram foram as formas de enfrentamento da nova condição de saúde e a ressignificação de suas vidas. Durante as entrevistas, a importância do suporte social, sobretudo aquele oferecido pelos familiares e amigos, as barreiras encontradas na utilização do transporte público, além do acesso aos serviços de saúde e benefícios da Previdência Social foram ressaltados. A elaboração de estratégias foi um tema que aponta para a reorganização do cotidiano e que os entrevistados desenvolveram para minimizar as dificuldades vivenciadas em seu dia-a-dia. A análise das entrevistas permitiu confirmar a existência de interação entre os componentes da CIF. Este modelo mostrou-se uma ferramenta importante para compreender o processo de funcionalidade e incapacidade humana a partir da subjetividade e individualidade do paciente, bem como para elaborar intervenções e nortear políticas públicas e pesquisas na área de saúde.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), Enfrentamento, Suporte Social, Grade de vida, Pessoas com deficiência.

ABSTRACT

Chronic diseases affect a significant percentage of the Brazilian population and are associated with continuous attention and functional disability. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is based on the biopsychosocial model and enables understanding of the processes of functioning and disability through the interaction of its components. The aim of this study was to analyze the interrelationships between the domains of the ICF, describing the process of functioning and disability from the perspective of the individual. A qualitative approach was used with interviews and life grid, built out of ICF domains, applied to 11 patients, followed by filling in a diary of weekly activities. Some chronic health conditions, pre-existing at the time focused on the study were recorded, but the perception of those interviewed have resulted in fewer adverse effects on their functionality. The various health conditions examined had a negative impact on the functions and structures of the body, limited especially to the activities of personal care, household tasks and mobility, and were associated with significant restrictions in social participation. Most respondents made use of products and technologies such as canes, prostheses or orthoses, and they didn't have difficulty in the acquisition of the same ones through the SUS. Personal factors that stood out were the new ways of coping with health conditions and new meaning to their lives. During the interviews, the importance of social support, particularly that offered by family and friends, the barriers encountered in the use of public transport, in addition to access of health care and Social Security benefits were covered. The elaboration of strategies was a topic that points to the reorganization of daily life that respondents developed to minimize the difficulties experienced in their day-to-day. The data analysis confirmed the existence of interaction between the components of ICF. This model is an important tool for understanding the process of human functioning and disability from the patient's subjectivity and individuality, and to develop interventions and guide public policy and research in health.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF), Coping, Social Support, Life grid, Disabled Persons.

INTRODUÇÃO

A Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2003, estimou que 29,2% da população brasileira foi diagnosticada com uma doença crônica, como diabetes, hipertensão, reumatismo, cardiopatias e problemas de coluna, entre outras[1]. Muitas dessas doenças demandam assistência continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos[2]. A incapacidade funcional é citada como a conseqüência negativa mais importante, e recebe influência das condições de saúde e de fatores psicológicos e sociais[3]. Segundo Almeida *et al*. com base nos dados da PNAD de 1998, a ocorrência de doenças crônicas se associou à má avaliação do estado de saúde e à restrição de atividades do cotidiano[4].

Obter informações sobre a vida dos pacientes após um diagnóstico de doença crônica e/ou acidente, torna-se cada vez mais importante, uma vez que conhecer as causas de morte e a incidência de doenças, em época em que a expectativa de vida aumenta e a tecnologia ajuda a prolongar a vida humana, pode não ser suficiente para o planejamento das ações do setor saúde[5]. Assim a análise e as discussões sobre funcionalidade e incapacidade humana podem ajudar na concepção de indicadores de saúde mais específicos, direcionados para as consequências das doenças, bem como na elaboração de políticas públicas mais efetivas[6].

Em meio a esses debates a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou, em 2001, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que se constitui em um modelo de funcionalidade e incapacidade e em um sistema de classificação. O modelo proposto baseia-se na junção dos modelos médico e social e, para tanto, uma abordagem biopsicossocial é utilizada buscando uma integração das várias dimensões da saúde (biológica, individual e social)[7].

A CIF classifica os componentes de saúde, organizando-os em duas partes: a primeira se refere à Funcionalidade e à Incapacidade e inclui os componentes Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e, a segunda se refere aos Fatores Contextuais cujos componentes são Fatores Pessoais (internos ao indivíduo) e Ambientais, ou fatores externos, que podem atuar como facilitadores ou barreiras. A funcionalidade é resultante da interação entre a condição de saúde apresentada pelo indivíduo e os fatores do contexto[7]. Cada um desses domínios age e sofre a ação dos demais[5], sendo que essas interações são específicas, mas nem sempre ocorrem de forma previsível e linear[7].

Estudos apontam que a experiência da enfermidade pode ser entendida como a forma como os indivíduos situam-se perante a doença e o déficit funcional ou assumem a situação, conferindo-lhe significado e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com os mesmos. As respostas aos problemas criados pela doença/incapacidade constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores[8].

Para Ueda e Okawa[9], o caráter subjetivo da funcionalidade e incapacidade leva em conta o estado cognitivo, emocional e motivacional do indivíduo. Assim, a experiência da incapacidade não é apenas uma resposta passiva do paciente às suas condições de saúde e condições ambientais, mas sim, um cenário de reações ativas baseadas na personalidade e nos fatores psicossociais tais como, sistema de valores, auto-imagem, ideais, propósito de vida e experiências anteriores de enfrentamento[9].

Neste contexto, a subjetividade da experiência das limitações funcionais e incapacidades é uma dimensão independente de função e incapacidade e pode nos ajudar a entender o indivíduo enquanto pessoa[6].

Poucos estudos exploram a percepção do sujeito acerca de sua funcionalidade e como os fatores intrínsecos a ele interagem com o ambiente social para produzir a incapacidade. De acordo com o modelo biopsicossocial proposto pela OMS e, a partir do entendimento da experiência do processo de adoecimento e de incapacidade como essencialmente individuais e dependentes do contexto, o objetivo deste estudo foi analisar as inter-relações entre os domínios da CIF, descrevendo o processo de funcionalidade e de incapacidade a partir da percepção do indivíduo.

METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido numa abordagem qualitativa, cujos métodos possuem a capacidade de fazer emergir aspectos novos, de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito, facilitando a explicação de significados e a descoberta de relações. Estas informações emergem com frequência durante a pesquisa e podem envolver variáveis, motivações e comportamentos de forma completamente inesperada[10].

Para este estudo foram selecionados 11 pacientes atendidos no Hospital Maria Amélia Lins da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (HMAL – FHEMIG), de ambos os sexos, idade entre 18 e 60 anos e com condições de saúde diversas, tais como trauma de mão, acidente vascular encefálico, lombalgia, artrite reumatóide, entre outras. Estes foram selecionados de forma proposital, já que, na abordagem qualitativa de pesquisa, a composição do grupo de investigação busca envolver os principais atores sociais que vivenciam o fenômeno de interesse do estudo[11]. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos de coleta de dados e aqueles que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1). Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Comitê de Ética do HMAL/FHEMIG, pareceres números 132/09 e 153B-2009/10, respectivamente.

O encerramento da coleta ocorreu de acordo com o critério de saturação, que se entende como o momento no qual as informações são suficientemente confirmadas, o surgimento de novos dados torna-se raro e o pesquisador consegue compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo[12].

Os procedimentos deste estudo incluíram dois momentos: o preenchimento de um questionário para coleta de informações sociais e demográficas e a aplicação das técnicas de grade de vida, entrevista semiestruturada e preenchimento do diário semanal.

A grade de vida (*life grid)* é um método que permite obter informações sobre a trajetória de vida dos participantes, possibilitando a criação de um diagrama cronológico e a incorporação da experiência da doença na história de vida do participante. Na prática, a grade de vida é uma tabela, com as linhas representando a faixa temporal e, as colunas, as diversas áreas da vida[13]. Neste estudo, as linhas representam três fases

da vida dos participantes: um ano antes da doença/acidente, logo após a alta hospitalar e atualmente, que corresponde ao período superior a três meses após a alta hospitalar. As colunas representam os diferentes domínios da CIF agrupados em uma mesma coluna de forma a facilitar o entendimento e elaboração de respostas (Quadro 1). A escolha dessa técnica teve como objetivo analisar como cada participante percebe sua vida e a relaciona com sua condição de saúde, ou seja, qual o impacto da patologia/acidente em diferentes áreas da sua vida.

O preenchimento da grade foi realizado pelos pesquisadores a partir das informações coletadas através da entrevista semiestruturada dirigida por um roteiro de questões (Apêndice 2). Segundo Haguette[14], a entrevista pode ser definida como um processo de interação entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. A entrevista semi-estruturada é aquela realizada de acordo com um roteiro, o qual serve de orientação e guia para o andamento da interlocução[12]. Ela combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada[15].

As entrevistas foram gravadas em gravador marca *Sony®* modelo ICD-P620, com autorização prévia dos participantes. As gravações foram utilizadas como material de consulta para esclarecer possíveis dúvidas no preenchimento da grade após o término da entrevista. Ao final desta, o participante recebeu um diário semanal no qual deveria escrever as atividades que realiza no dia a dia, durante o período de uma semana. O objetivo de sua aplicação foi identificar os facilitadores e as barreiras encontradas durante a realização de tarefas do cotidiano. Após uma semana da data de entrega, o diário foi recolhido e dúvidas sobre seu preenchimento foram esclarecidas.

A análise dos dados foi feita com base em unidades temáticas ou temas, que podem ser entendidos como “unidades de significação que se libertam naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”[16]. As etapas para análise dos dados, de acordo com Bardin[16], foram pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos dados obtidos.

A pré-análise envolveu uma leitura profunda para estabelecer contato com as entrevistas e para conhecer melhor o texto deixando-se invadir por impressões e orientações. Neste processo o material bruto foi organizado em unidades temáticas, retomando os objetivos iniciais da pesquisa[16]. Estas unidades temáticas seguiram a organização prévia das grades de vida. Na etapa da exploração do material, as unidades temáticas selecionadas na primeira fase foram categorizadas e organizadas em diagramas de acordo com os domínios da CIF.

O tratamento e interpretação das categorias e dos diagramas obtidos, última etapa proposta por Bardin[16] para análise qualitativa dos dados, forneceu representações esquemáticas (diagramas) que são úteis para visualizar a interação dos vários componentes envolvidos no processo de incapacidade. Nesta etapa, buscou-se por em destaque, dentro das categorias da CIF, outros aspectos que merecem discussão como as estratégias desenvolvidas pelos pacientes. Foi também nesta etapa que se propôs inferências e interpretações. Para estabelecer a discussão dos resultados foram utilizadas as informações bibliográficas pesquisadas na literatura.

RESULTADOS

Onze pacientes participaram deste estudo relatando as suas percepções de saúde e de funcionalidade, além de descreverem processos de incapacidades em diversos estágios de suas vidas. Destes participantes, cinco eram homens e seis eram mulheres. Em relação ao estado civil, a maioria dos pacientes era casada (5), três deles eram solteiros, dois eram separados ou divorciados e um era viúvo. A idade do grupo variou entre 40 e 59 anos, com média de idade de 49 anos (DP = 6,17). A escolaridade (em anos de estudo) variou entre 1 e 11 anos, com média de 6,9 anos de estudo (DP = 3,85). A renda familiar mensal variou entre R$ 510,00 e R$ 1.600,00, com média de 853,81 reais (DP = 382,86).

Quanto à profissão exercida pelos participantes antes do início da doença ou do acidente, diversas ocupações foram identificadas. Duas participantes eram empregadas domésticas, havia um representante comercial, um mecânico industrial, um pedreiro, um cobrador de ônibus, um diarista, um costureira, um auxiliar de cozinheiro e um motorista. Uma das participantes era dona-de-casa e não estava exercendo atividade remunerada. Em relação à atual situação de trabalho, a maioria dos participantes estava afastada do trabalho devido à condição de saúde (seis pacientes), quatro sujeitos estavam ativos para o trabalho e um foi aposentado devido a sua condição de saúde. As condições de saúde apresentadas pelo grupo entrevistado foram diversas, incluindo condições ortopédicas e neurológicas, tais como, amputação da perna, amputação de dedos, lesão tendinosa e nervosa de membro superior, acidente vascular encefálico (AVE), lombalgia crônica, politraumatismo, epicondilite e fratura de quadril. Quanto aos hábitos de vida dos participantes, atualmente, um paciente tinha o hábito de fumar e dois praticavam atividade física regularmente. Todos esses dados encontram-se descritos de forma detalhada na tabela 1.

As entrevistas geraram 6 horas e 32 minutos de gravação, tiveram duração média de 35 minutos e o conteúdo foi transcrito, selecionado e reunido de acordo com a estrutura das grades de vida. As informações referentes às deficiências, limitações e restrições na vida dos pacientes foram organizadas em três diagramas construídos com base no diagrama da CIF[7], os quais demonstram as possíveis interações entre os componentes do modelo biopsicossocial. Estes três diagramas representam os processos de incapacidade analisados a partir de três fases da vida dos pacientes, a saber: fase anterior ao início da doença/acidente (1 ano), fase aguda da doença/acidente (até 3 meses) e fase atual. Essa variou entre 1 mês e 29 meses, com média de 11,54 meses (DP = 9,25).

Na figura 1, o primeiro diagrama representa os processos de funcionalidade e incapacidade dos pacientes anteriores ao início da doença ou acidente. Pode-se observar que os participantes já apresentavam várias condições de saúde um ano antes das doenças/acidentes consideradas neste estudo. Hipertensão arterial, lombalgia e déficit visual são as condições de saúde prévias mais comuns dentre os entrevistados. Estas condições de saúde, quando analisadas levando-se em consideração os fatores contextuais, geraram deficiências nas estruturas e funções do corpo tais como dor na coluna ou membros e dificuldade de enxergar. Este impacto negativo nas estruturas e funções corporais talvez se devam às barreiras ambientais relatadas pelos pacientes, como a presença excessiva de escadas no ambiente físico e a dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde. Em contrapartida, os pacientes

relataram poucas limitações de atividades, principalmente na mobilidade e na realização de tarefas domésticas e nenhuma restrição na participação social decorrente dessas condições. O pequeno impacto nas atividades e na participação sugere que estratégias e fatores facilitadores do contexto como acesso a óculos, medicamentos e estratégias positivas de enfrentamento da doença, podem diminuir o impacto negativo de uma condição de saúde na funcionalidade dos pacientes.

No diagrama referente à fase aguda (Figura 2), observaram-se as seguintes condições de saúde: amputações de membros inferiores (MMII) e dedos, traumas de mão, politraumatismo, paralisia facial, AVE, lombalgia, fratura de quadril e epicondilite. Essas condições de saúde ao interagirem com fatores do contexto tiveram um impacto nas estruturas e funções corporais dos entrevistados, tais como: dor, edema, parestesia, paresia, limitação de amplitude de movimento (ADM), fraqueza muscular, hematomas e depressão. Os participantes da pesquisa relataram diversas limitações nas atividades, principalmente no cuidado pessoal, nas tarefas domésticas e na mobilidade. Além disso, as narrativas apontam restrições significativas na participação dos pacientes, como abandono das atividades de lazer, afastamento do trabalho e isolamento social. Os fatores contextuais apresentaram um importante papel na interação entre os domínios analisados. Em relação aos fatores ambientais a maioria dos participantes apresentou um bom suporte social e tiveram acesso aos serviços de saúde e benefícios da Previdência Social. Os produtos e tecnologias como próteses, órteses, cadeira de rodas e medicamentos foram outros fatores ambientais citados como facilitadores do processo de funcionalidade. Ainda em relação aos fatores ambientais, alguns entrevistados destacaram o transporte público como barreira ambiental relacionada principalmente à sua participação em situações sociais. Ao analisar aos fatores pessoais, o que mais se destacou nas entrevistas foi a capacidade de elaboração de estratégias de enfrentamento e de ressignificação pelos próprios participantes.

No diagrama referente à atual fase da vida (Figura 3) são mantidas as deficiências apresentadas na fase anterior, como dor, limitação de ADM e fraqueza muscular, além das limitações nas atividades, principalmente no cuidado pessoal, tarefas domésticas e na mobilidade. As restrições na participação, em especial nas principais áreas da vida como trabalho e lazer e na vida comunitária e social, são impactos negativos da condição de saúde na funcionalidade dos pacientes. A importância do suporte social é muitas vezes relatada pelos entrevistados e destacada entre os facilitadores do processo de funcionalidade. A ajuda financeira e o cuidado dos amigos e familiares são interpretados como fatores que minimizam as deficiências e facilitam a realização de atividade e a participação social. O acesso aos serviços de saúde e aos benefícios da Previdência Social pela maioria dos entrevistados, acrescido da possibilidade de aquisição de órteses, próteses, cadeiras de roda, andador e cadeiras de banho ressaltam os serviços, políticas, produtos e tecnologias como importantes facilitadores do processo de funcionalidade. Barreiras ambientais importantes são os terrenos acidentados e rampas, e a dificuldade específica com o transporte público, relatada pela maioria dos entrevistados. Quanto aos fatores pessoais, a capacidade de elaboração de estratégias, de enfrentamento e de ressignificação estão novamente presentes e foram destacadas como importantes para lidar com a nova situação de vida.

Os participantes destacaram em seus relatos as dificuldades que apresentaram e as rupturas que a condição de saúde impôs em seu cotidiano. Estes apontaram estratégias que precisaram desenvolver, adaptações nas tarefas e, em um segundo momento, indicaram novos arranjos e reorganizações em suas vidas.

DISCUSSÃO

A funcionalidade tem sido um tema muito discutido na literatura nos últimos anos, apesar de poucos estudos abordarem a questão sob a perspectiva do sujeito. De acordo com a CIF, a experiência do adoecimento é essencialmente individual e dependente do contexto[7], contudo esse modelo tem sido criticado por explorar de forma superficial a dimensão subjetiva da incapacidade[9]. Os recursos pessoais e sociais de que o indivíduo dispõe são um caminho na determinação das implicações da incapacidade funcional, por isso, se torna relevante avaliar não apenas o declínio funcional, mas como tais limitações são vivenciadas por cada um[17].

A ocorrência de diferentes eventos ao longo da vida tais como o surgimento de novas condições de saúde, pode impactar de forma distinta o comportamento ao longo do tempo. Esse processo deve ser analisado em uma linha de tempo, para que se possa compreender a ruptura na trajetória de vida dos indivíduos. Nesse sentido, o presente estudo utilizou a grade de vida (*life grid)* como método para explorar as associações entre os acidentes e doenças e a ocorrência de alterações nos domínios da CIF durante três fases da vida dos participantes. Esse método facilitou o resgate das lembranças, a reflexão e reconstrução das biografias dos sujeitos, como referido por Parry *et al*[13]. No Brasil são escassos as estudos que utilizaram a grade de vida *(life grid),* contudo pesquisas realizadas em outros países [13,18,19,20] obtiveram dados de forma aprofundada e detalhada através da utilização desse método.

Ao analisar as inter-relações entre os componentes de funcionalidade propostas pela CIF com base na percepção dos entrevistados pôde-se observar que apesar de possuírem condições de saúde distintas os mesmos apresentaram déficits funcionais e desenvolveram estratégias semelhantes. Esse fato reforça os achados de outros autores, de que, uma mesma doença, diagnosticada em diferentes indivíduos, não causa o mesmo impacto na funcionalidade, e este não se restringe apenas ao domínio estrutura e função do corpo, ou seja, as atividades e a participação social também podem ser impactadas[7, 21, 22]. A condição de saúde, embora relevante para a definição da conduta terapêutica não deve ser utilizada de forma exclusiva para nortear o tratamento dos profissionais de reabilitação[23]. Uma avaliação abrangente e atualizada deve focar o indivíduo e levar em consideração, com o mesmo grau de importância, todas as dimensões da saúde, incluindo as atividades, a participação social e os fatores contextuais dos pacientes.

No presente estudo, vários sujeitos destacaram o suporte social como facilitador do processo de funcionalidade, em especial, o auxílio de amigos e familiares, o que minimizou as deficiências e permitiu a realização de um maior número de atividades, além de ter viabilizado a participação social. Esse achado corrobora com os dados da literatura, em que indivíduos com maior suporte social têm apresentado melhor condição de saúde, desempenho físico e psicológico, além de aumentar a adesão ao tratamento[24,25,26]. O suporte social também tem sido considerado como fator facilitador para o enfrentamento e a recuperação do indivíduo com doenças crônicas[27] e um

elemento chave para o bem estar e manutenção da saúde[28]. A presença de elevado suporte social é ainda associado a baixos níveis de estresse, depressão, incapacidade funcional e maior capacidade de enfrentamento[27,29].

O envolvimento de outras pessoas no cuidado e apoio para o manejo de consequências negativas de uma doença ou acidente parece favorecer a adaptação e o ajustamento do paciente a esta nova condição de saúde[26]. Na fase atual da vida dos participantes desse estudo, evidenciou-se a elaboração de estratégias para minimizar os problemas na mobilidade, tarefas de cuidado pessoal e tarefas domésticas, o que ressalta a capacidade dos sujeitos em lidar com situações adversas e novas demandas. Essas estratégias visam reconstruir ou reorganizar o cotidiano, de acordo com as vivências anteriores[30] e são influenciadas pelos contatos sociais estabelecidos, pela natureza dos sintomas, pela percepção das pessoas acerca delas mesmas e pelo olhar do outro[31]. Estas estratégias consistem em ações e atitudes que os indivíduos desenvolvem para maximizar resultados positivos e amenizar os efeitos negativos das condições de saúde. Elas não se referem apenas à habilidade da pessoa manipular o ambiente ou minimizar o impacto da doença, mas também a tentativa de mobilizar recursos para melhorar e estabelecer metas realistas para a manutenção da vida diária[30].

Varias estratégias foram elaboradas pelos sujeitos para enfrentar as dificuldades vivenciadas na utilização do transporte público, que se apresentou como principal barreira ambiental. Elas emergiram na tentativa de solucionar esse problema, mas, em alguns casos, a necessidade de ajuda foi inevitável. Políticas sociais no âmbito dos transportes têm sido tradicionalmente centradas em questões de segurança e acesso para deficientes. Com a introdução do conceito de inclusão social foi ampliado o debate sobre as questões de acesso e a importância das necessidades sociais de inclusão. Contudo, os objetivos sociais nos transportes não são suficientemente compreendidos e ainda são mal definidos[32], o que ressalta a importância de se discutir ainda mais as questões que envolvem o planejamento e a implementação de políticas públicas na área do transporte coletivo.

Em contrapartida, o acesso aos serviços de saúde foi um fator ambiental que atuou como facilitador da funcionalidade. Os entrevistados não tiveram dificuldade de acesso aos serviços, produtos e tecnologias oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que corrobora o artigo 196 da Constituição Federal[33], que institui a saúde como direito de todos e dever do Estado. Percebe-se, neste estudo, uma efetividade das políticas sociais, econômicas e de saúde que visam a redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde[33]. Cabe destacar que alguns participantes relataram demora no atendimento, o que pode ser justificado pela grande demanda dos usuários em busca dos serviços de saúde.

A área da saúde, assim como as de educação, Previdência Social, estatística e políticas públicas, podem se beneficiar do uso da CIF, pois ela contém uma série de ferramentas e possibilita várias abordagens, podendo ser aplicada na prática clínica, ensino e pesquisa[5]. A utilização da CIF na prática clínica e em pesquisas permite analisar todos os componentes envolvidos no processo de funcionalidade e de incapacidade humana, o que potencializa abordagens terapêuticas abrangentes, centradas no paciente[23]. Além disso, a CIF também pode nortear as políticas públicas direcionadas às pessoas com deficiência[6] e responder a questões importantes da

Saúde Pública como as necessidades e tipos de intervenções mais adequadas para reduzir condições secundárias e promover a saúde das pessoas com deficiências[5] e a influência de fatores ambientais no processo de funcionalidade, entre outras.

Com base nos relatos dos sujeitos desse estudo é possível então perceber a ocorrência das interações entre os componentes da saúde propostos pela CIF e apontar para a importante utilização desse modelo sob a perspectiva do indivíduo para uma descrição ampliada do processo de funcionalidade e incapacidade humana.

Quadro 1 - Grade de vida

	Estrutura e função corporal	Aprendizagem e aplicação do conhecimento	Vida Doméstica*	Comunicação	Mobilidade	Cuidado pessoal
1 ano Antes						
Após alta hospitalar						
Atualmente						

* Vida Doméstica = Tarefas e exigências gerais + Vida doméstica

	Educação	Vida Econômica **	Vida Social ***	Atitudes	Uso de produtos e tecnologias	Meio Ambiente e suas alterações	Serviços e políticas de benefícios
1 ano Antes							
Após alta hospitalar							
Atualmente							

** Vida Econômica = Trabalho e emprego + Vida econômica

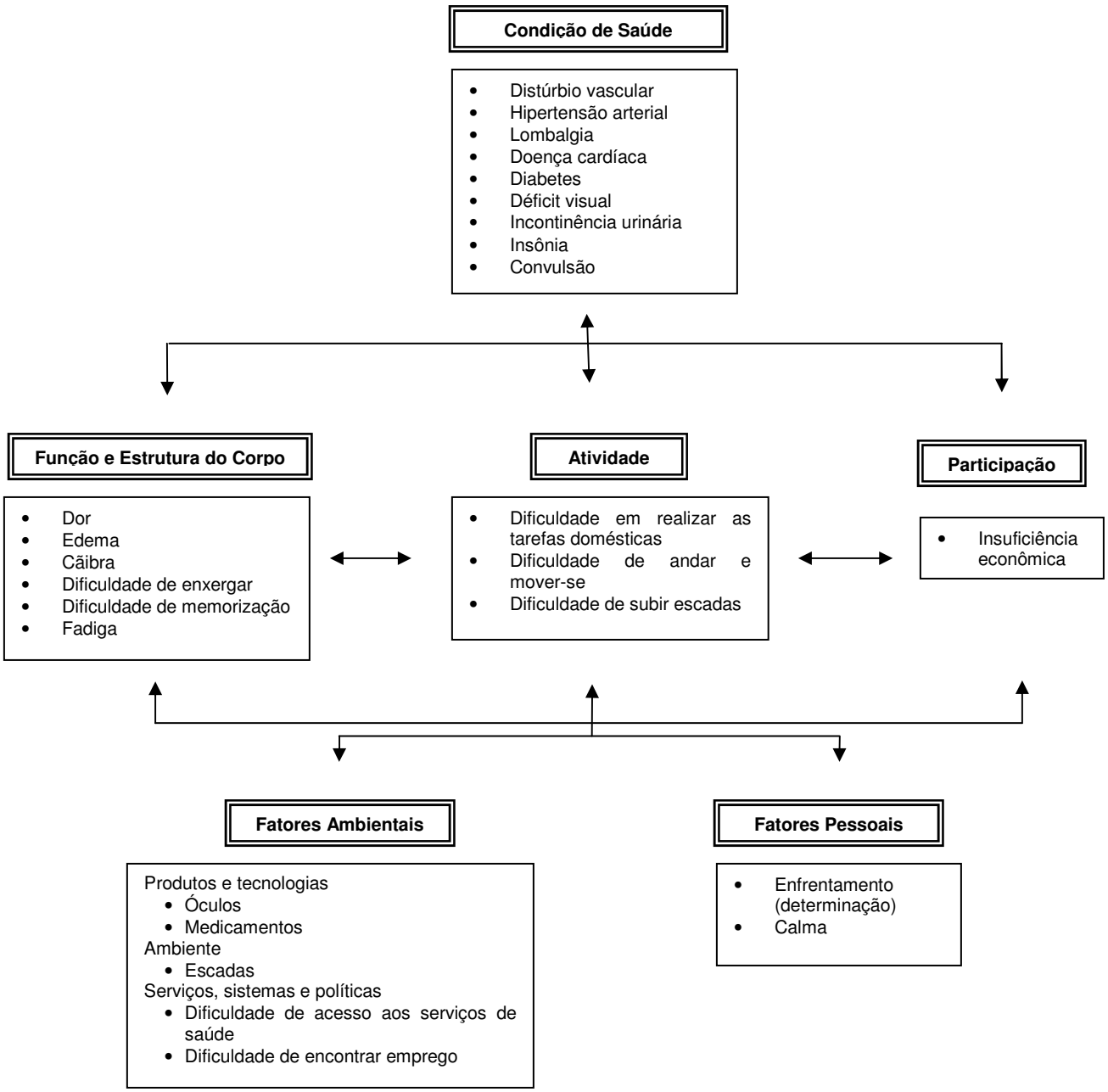
*** Vida Social = Interações e relacionamentos interpessoais + Apoio e relacionamentos + Vida comunitária, social e cívica

Tabela 1 – Caracterização clínica e sociodemográfica dos participantes do estudo. Belo Horizonte, 2010

Entrevista	Sexo*	Idade	Anos de estudo	Ocupação	Renda (R$)	Condição de Saúde	Estado Civil	Situação de Trabalho	Hábito de Fumar	Atividade Física
1	M	55	4	Representante comercial	600	Amputação da perna	Solteiro	Afastado	Não	Não
2	M	43	11	Mecânico industrial	1412	Amputação de dedos	Casado	Afastado	Não	Não
3	M	59	2	Pedreiro	1600	Lesão de tendão e nervo de MMSS**	Casado	Afastado	Não	Não
4	F	47	1	Dona de casa	1020	Paralisia facial periférica	Casado	Ativo	Não	Não
5	M	43	8	Cobrador de ônibus	800	Lesão de tendão e nervo de MMSS**	Separado/ Divorciado	Afastado	Não	Não
6	F	55	5	Diarista	510	AVE***	Solteiro	Aposentado	Não	Sim
7	F	51	8	Costureira	1020	Lombalgia	Casado	Ativa	Não	Não
8	F	40	11	Empregada doméstica	510	Politraumatismo	Separado/ Divorciado	Afastado	Não	Sim
9	F	55	11	Auxiliar de cozinha	900	Lombalgia	Viúva	Ativa	Não	Não
10	F	47	4	Empregada doméstica	510	Epicondilite	Casado	Ativa	Não	Não
11	M	46	11	Motorista	510	Fratura do quadril	Solteiro	Afastado	Sim	Não

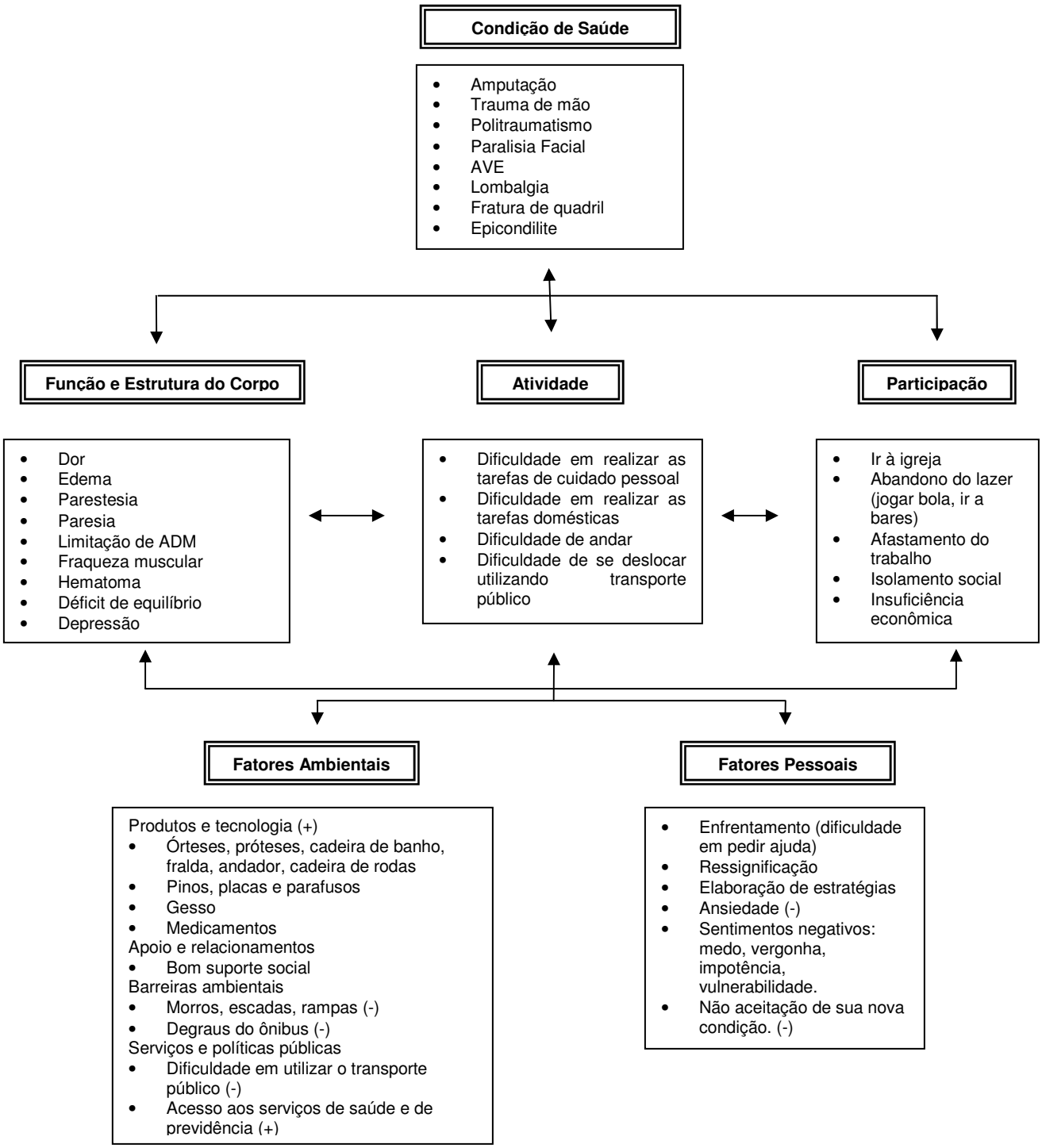
* M = masculino; F = feminino.
** MMSS = Membros superiores.
*** AVE – Acidente vascular encefálico.

Figura 1 – Diagrama referente à incapacidade dos pacientes na fase anterior a doença/acidente. Belo Horizonte, 2010.



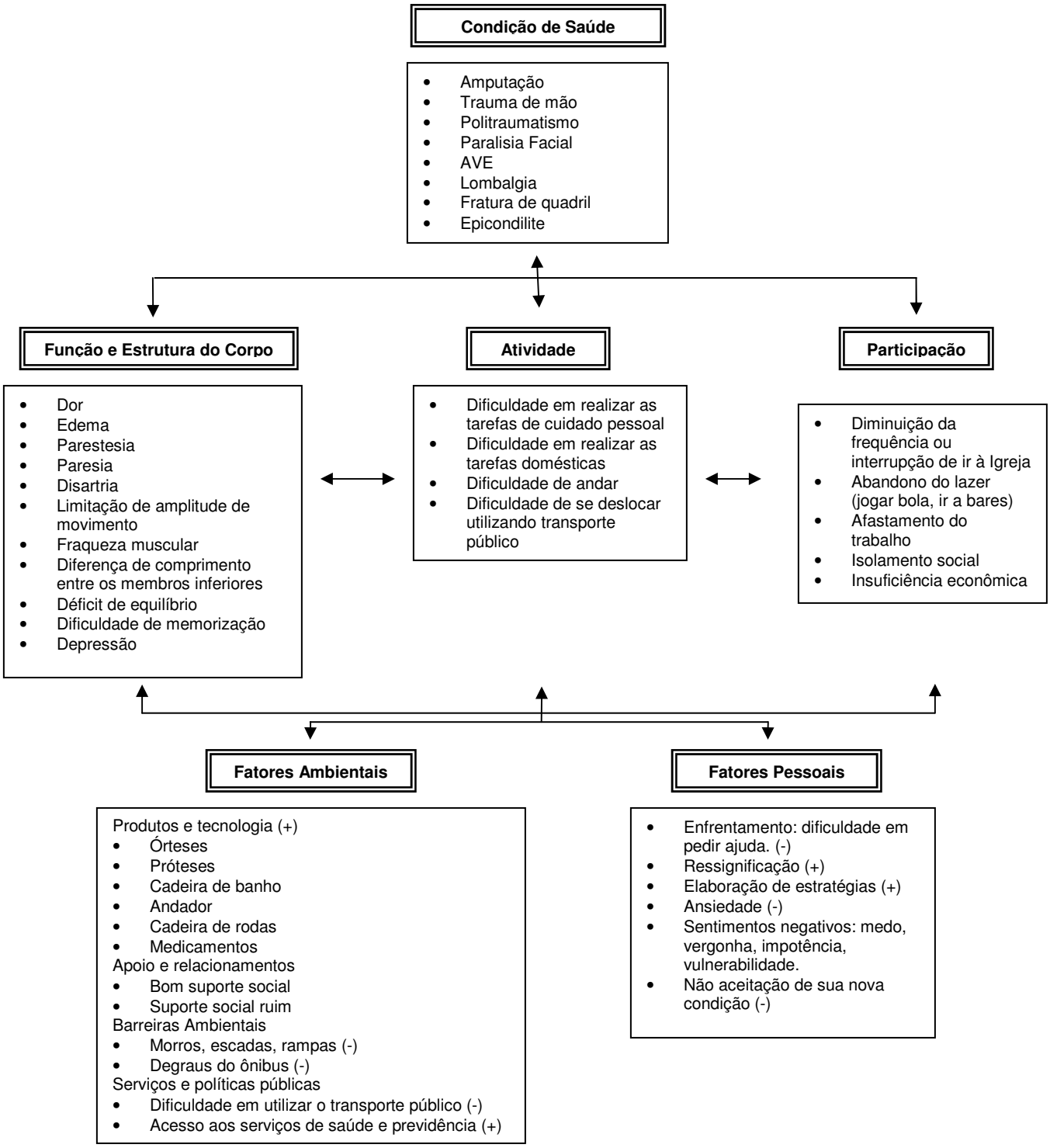
Fonte: Figura adaptada de OPAS e OMS, 2003[7].

Figura 2 – Diagrama referente à incapacidade dos pacientes na fase após a alta hospitalar. Belo Horizonte, 2010.



Fonte: Figura adaptada de OPAS e OMS, 2003[7].

Figura 3 – Diagrama referente à incapacidade dos pacientes na fase atual de suas vidas. Belo Horizonte, 2010.



Fonte: Figura adaptada de OPAS e OMS, 2003[7].

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).[texto na internet]. Brasil: [citado 01 Mar 2010]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br .
2. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. Ciência e Saúde Coletiva 2004; v. 9, n. 4, p. 833-840.
3. Rabelo DF, Néri AL. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. Psicologia em Estudo. 2005 set./dez; v. 10, n. 3, p. 403-412.
4. Almeida MF, Barata RB, Montero, CV, Silva ZP. Prevalência de doenças e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. 2002; v.7, n.4, p.743-756.
5. Farias N, Buchalla CMA. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. Rev Bras Epidemiol. 2005; v. 8, n.2, p. 187-93.
6. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. Cad. Saúde Pública. 2009; v.25, n.3, p. 475-483.
7. Organização Mundial da Saúde (OMS)/ Organização Panamericana da Saúde (OPAS). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP, 2003.
8. Alves PC, Rabelo MC. Significado e metáforas na experiência da enfermidade. In: Alves PC, Rabelo MC, Souza IMA. Experiência de doença e narrativas**.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.
9. Ueda S, Okawa Y. The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for? Disability and Rehabilitation. 2003; v. 25, n. 11–12, p. 596–601.
10. Serapioni M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. Ciência e Saúde Coletiva. 2000; 5 (1), p. 187–192.
11. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde e Sociedade. 2004 set-dez; v.13, n.3, p.44-57.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
13. Parry O, Thomson C, Fowkes G. Life course data collection: qualitative interviewing using the Life Gride. Sociological Research Online. 1999; v.4, n.2, p.152-165.
14. Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes, 1992.
15. Minayo MCS. Assis SG, Souza E.R. (orgs). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fioruz, 2005.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa. Edições: 70, 1979.
17. Kjeken I, Dagfinrud H, Slatkowsky-Christensen B, Mowinckel P, Uhlig T, Kvien TK. Activity limitations and participation restrictions in women with hand ostheoarthrits: patients´ descriptions and associations between dimensions of functioning. Ann Rheum Dis. 2005; 64, 1633–1638.

18. Richardson JC, Ong BN, Sim J. Is chronic widespread pain biographically disruptive? Social Science & Medicine. 2006; 63, 1573–1585.
19. Richardson JC, Ong BN, Sim J. Experiencing and controlling time in everyday life with chronic widespread pain: a qualitative study. BMC Musculoskeletal Disorders. 2008; 9:3.
20. De Souza V, MacFarlane A, Murphy AW, Hanahoe B, Barber A, Cormican M. A qualitative study of factors influencing antimicrobial prescribing by non-consultant hospital doctors. Journal of Antimicrobial Chemotherapy. 2006; 58, 840–843.
21. Sampaio RF, Mancini MC, Fonseca ST, Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. Rev. Bras. Fisioterapia. 2002; 6 (3); 113-118.
22. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. Phys Ther. 2002; 82 (11):1098 –1107.
23. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na Prática Clínica do Fisioterapeuta. Rev. bras. fisioter. 2005; vol. 9, No. 2, 129-136.
24. Lindsay GM, Smith LN, Hanlon P, Wheatley DJ. The influence of general health status and social support on symptomatic outcome following coronary artery bypass grafting. Heart. 2001; 85:80-6.
25. Coelho M, Ribeiro MJ. Influência do suporte social e do coping sabre a percepção subjetiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. Psicologia, Saúde e Doenças. 2000; 1 (1), 79-87.
26. Abreu-Rodrigues M, Seidl EMF. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. Paidéia. 2008; vol.18; n.40.
27. Moraes TPR, Dantas RAS. Avaliação do suporte social entre pacientes cardíacas cirúrgicos: subsídio para o planejamento da assistência de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem. 2007 março-abril; 15(2).
28. Borrero, CLC. Soporte social informal, salud y funcionalidad en el anciano. Hacia La Promoción de la Salud. 2008 enero – diciembre; vol. 13, 42-58.
29. Greenglass E, Fiksenbaum L, Eaton J. The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. Anxiety, Stress, and Coping. 2006 March; 19(1): 15-31.
30. Silva FCM. Experiência da dor crônica: compreendendo as repercussões na participação de trabalhadores. [Dissertação] Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais: 2007.
31. Bury M. The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. Sociology of Health and Illness. 1991; v. 13, n. 4, p. 451-468.
32. Stanley J, Vella-Brodrick D. The usefulness of social exclusion to inform social policy in transport. Transport Policy. 2009; 16, 90–96 .
33. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil – Título VIII, Capítulo II, Seção II. Brasília: Senado, 1988.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: "**UMA ABORDAGEM QUALITATIVA DA DIMENSÃO BIOPSSICOSOCIAL DA** CIF".

Prezado(a) Sr(a), obrigada pelo seu interesse em participar deste estudo.

Uma doença pode trazer diferentes impactos no dia-a-dia de uma pessoa. Este impacto ocorre nas estruturas e nas funções do corpo da pessoa, nas atividades que ela realiza e na sua participação social, os quais constituem a funcionalidade de um indivíduo. A funcionalidade é o resultado da interação entre estes três diferentes domínios ou áreas da vida da pessoa. O impacto de uma doença nestas três áreas da vida é influenciado por fatores pessoais e ambientais.

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que avalia o impacto da doença nas três áreas da vida de uma pessoa (estrutura e função do corpo, atividade e participação). A CIF foi desenvolvida levando-se em consideração o Modelo Biopsicossocial. Este modelo explica a funcionalidade humana como uma interação entre fatores biológicos, pessoais e ambientais. Isto significa que quando uma pessoa tem uma doença, esta doença pode trazer diferentes consequências na vida desta pessoa dependendo da estrutura biológica que ela tenha, do ambiente no qual ela vive e dos seus hábitos pessoais. Assim, uma mesma doença pode trazer diferentes impactos na vida de pessoas diferentes.

Este estudo tem o objetivo de testar na prática o modelo da CIF e verificar se existem os impactos e as relações entre uma doença e os fatores pessoais e ambientais na funcionalidade das pessoas.

Caso o(a) Sr.(a) concorde em participar desta pesquisa irá fornecer algumas informações pessoais como idade, sexo, estado civil, etc., e informações sobre a sua doença como tempo de adoecimento, etc.

Em seguida, o(a) Sr.(a) participará de uma entrevista com perguntas sobre como o(a) Sr.(a) realiza suas atividades e sobre as dificuldades que tem, que será gravada.

Após está entrevista, será realizada uma filmagem da atividade de vida diária que o(a) sr.(a) tem dificuldades de realizar.

Todas estas avaliações serão realizadas pelas pesquisadoras envolvidas nesta pesquisa, previamente treinadas, e terão duração de cerca de uma hora e trinta minutos.

O(a) Sr.(a) não terá nenhum risco em participar desse projeto, além daqueles presentes no seu dia-a-dia.

Para assegurar o sigilo e a privacidade das informações, o(a) Sr.(a) receberá um número de identificação ao entrar no estudo e seu nome não será revelado em nenhuma situação.

Embora as informações resultantes deste estudo não ofereçam nenhum benefício direto, os resultados podem ajudar os profissionais da saúde a entenderem o processo de funcionalidade e de incapacidade humana. Os resultados deste estudo podem ajudar a identificar formas de avaliar o impacto de uma doença nas várias áreas da vida do indivíduo.

A participação o(a) Sr.(a) é inteiramente voluntária. O(a) Sr.(a) é livre para se recusar a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo. A sua identidade não será revelada e suas informações serão tratadas de forma sigilosa.

Não haverá nenhuma forma de pagamento.

DECLARAÇÃO E ASSINATURA:

Declaro que li e entendi todas as informações sobre o estudo, sendo os objetivos e procedimentos explicados claramente. Declaro também que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Desta forma, eu _____ concordo em participar deste estudo.

_____ _____

Assinatura do voluntário Data

_____ _____

Assinatura do pesquisador Data

PESQUISADORAS RESPONSÁVEIS:

Fabiana Caetano Martins Silva – pesquisadora (9288-1888)

Prof.a. Dra. Rosana Ferreira Sampaio – orientadora (3409-4790)

Comissão de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar de Minas Gerais

Telefone: (31) 3239 – 9500

Endereço: Alameda Álvaro Celso, 100. Bairro Santa Efigênia, CEP: 30150-260, Belo Horizonte – MG

E-mail: fhemig@fhemig.mg.gov.br

APÊNDICE 2

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. Estrutura e função corporal

Você se acha(va) uma pessoa saudável? Tinha algum problema de saúde antes do acidente/doença?Como era o seu corpo e o que mudou após o acidente/doença?

2. Aprendizagem e aplicação do conhecimento

Você já teve ou tem dificuldade para aprender coisas novas e utilizar o que você aprendeu? Se sim, isso aconteceu antes ou após o acidente/doença?

3. Vida Doméstica

Quais as atividades normalmente são (eram) realizadas na sua casa? Você ajuda(va) a realizar as tarefas domésticas? Quais?

4. Comunicação

Como você se comunica(va) com seus amigos e parentes? Você teve algum problema para se comunicar após o acidente/doença? Qual?

5. Mobilidade

Você se movimenta/anda(va) dentro e fora de casa sozinho? Consegue(ia) segurar e manusear objetos? Tem alguma dificuldade e/ou precisa da ajuda de alguém para fazer isso após o acidente/ doença?

6. Cuidado pessoal

Você realiza(va) seus cuidados pessoais (como alimentar-se, tomar banho, vestir-se) sozinho? Sente alguma dificuldade e/ou precisa da ajuda de alguém após o acidente/doença?

7. Vida Social

Como eram (são) seus relacionamentos? Você se relaciona com as mesmas pessoas depois do acidente/doença? Você recebia (recebe) apoio dos outros?
Você participa(va) de atividades culturais, de lazer ou religiosas? Se sim, a frequência com que você participa foi afetada pelo acidente/doença?

8. Educação

Você estudava antes do acidente/doença? Tinha alguma dificuldade para estudar? O acidente/doença interferiu nos seus estudos? Você deseja voltar a estudar?

9. Vida Econômica

Você tinha alguma renda antes do acidente/doença? Tem agora? Ela (era) é suficiente para pagar os seus gastos? Você trabalha(va)? Acha que terá alguma dificuldade para retornar ou obter um novo emprego?

10. Atitudes

Como você percebe(ia) as atitudes dos outros para com você? Houve alguma mudança após o acidente/doença?

11. Uso de Produtos e Tecnologias

Você precisa(ou) utilizar algum aparelho/equipamento especial para auxiliar na realização das tarefas do seu dia-a-dia?

12. Meio Ambiente e suas alterações

O ambiente em que você vive interfere na realização de suas atividades?

13. Serviços e políticas de benefícios

Você acha que a maneira como os serviços públicos (transporte, saúde, emprego, aposentadoria, beneficio para aquisição de carros, entre outros) são oferecidos afetam a sua vida?