

Autoria

Elaine Cristina da Silva¹ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7170-0096>Rafaela Batista Souza¹ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5012-136X>Celso Vilella Matos¹ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8099-3043>

Instituição

¹Centro de Medicina de Reabilitação Lucy Montoro, Santos, SP, Brasil.

Autor Correspondente

Elaine Cristina da Silva

e-mail: <c.pesquisa.lm@cejam.org.br>

Como citar este artigo

Silva EC, Souza RB, Matos CV. Implantação do modelo biopsicossocial em um centro de reabilitação física para acompanhamento da funcionalidade. Rev. Tec. Cient. CEJAM. 2023;2:e202320020. DOI: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202320020>.

Submissão

21/08/2023

Aprovação

27/10/2023

Artigo Original

Implantação do modelo biopsicossocial em um centro de reabilitação física para acompanhamento da funcionalidade

Implementation of the biopsychosocial model in a physical rehabilitation center to monitor functionality

Resumo

Objetivo: Apresentar a implantação do modelo biopsicossocial para os pacientes amputados atendidos no centro de reabilitação física do município de Santos-SP.

Método: Como proposta inicial de implantação da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade) que se baseia num modelo biopsicossocial, num centro de reabilitação física, optou-se pela população amputada atendida. Foram realizadas reuniões técnico científicas com a equipe interdisciplinar para levantamento dos principais objetivos de tratamento, seus desfechos e medidas de mensurações clínicas. E na sequência, o levantamento de categorias da CIF relacionadas aos desfechos clínicos, para sua codificação e assim a elaboração de um *check list* de acompanhamento. **Resultados:** Por meio desse levantamento, um *check list* foi criado composto por 27 categorias envolvendo todos os domínios da CIF (estrutura e função, atividade e participação e fatores ambientais) divididos por áreas de atuação da equipe interdisciplinar. **Conclusão:** A implementação de um *check list* baseado no modelo biopsicossocial favoreceu a padronização e atualização da linguagem universal entre a equipe assistencial. Assim como o acompanhamento mais assertivo da qualidade de atendimento levando em consideração as funcionalidades e potencialidades das pessoas atendidas.

Descritores: Classificação Internacional de Funcionalidade; Incapacidade e Saúde; Pessoas com Amputação; Pessoa com Deficiência; Centro de Saúde.

Abstract

Objective: To present the implementation of the biopsychosocial model for amputee patients treated at the physical rehabilitation center in the city of Santos-SP. **Method:** As an initial proposal for the implementation of the ICF (International Classification of Functioning), which is based on a biopsychosocial model, in a physical rehabilitation center, the amputee population served was chosen. Technical-scientific meetings were held with the interdisciplinary team to survey the main treatment objectives, their results and clinical measurements. And then, the survey of ICF categories related to clinical results, for their collection and thus the elaboration of a follow-up checklist. **Results:** Through this survey, a checklist was created consisting of 27 categories, involving all ICF domains (structure and function, activity and participation and environmental factors) divided by areas of action of the interdisciplinary team. **Conclusion:** The implementation of a checklist based on the biopsychosocial model favored the standardization and updating of the universal language among the care team. As well as the more assertive monitoring of the quality of care, taking into account the functionalities and potential of the people served.

Descriptors: International Classification of Functioning; Disability and Health; Amputees; Disabled persons; Health Centers.

INTRODUÇÃO

A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) trata-se de um instrumento classificatório proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Possui objetivo de proporcionar uma linguagem padronizada e unificada entre profissionais, pesquisadores, autoridades de saúde e condições que envolvam políticas públicas e sociais relacionadas a diversos aspectos da saúde⁽¹⁻³⁾.

Trata-se também de uma abordagem biopsicossocial e integrativa centrada no indivíduo e na família, que contempla e analisa condições de saúde através da divisão dos componentes de funções e estrutura do corpo, atividades e participação e fatores ambientais^(3,4). Apresenta uma adequada descrição do cuidado em saúde, sendo utilizada como ferramenta de referência nos serviços de saúde assistenciais. Também leva em consideração as características pessoais, condições ambientais e condições relacionadas às funcionalidades e incapacidades sob a perspectiva de cada indivíduo^(5,6).

Atualmente, os serviços de saúde estão incorporando a CIF em suas práticas diárias com o propósito de desenvolver ferramentas apropriadas e direcionadas ao acompanhamento longitudinal específico às potencialidades e deficiências dos indivíduos⁽³⁾.

Um estudo⁽⁷⁾ brasileiro realizou um levantamento de categorias que melhor descrevessem a funcionalidade de pacientes internados em hospitais atendidos por fisioterapeutas, envolvendo condições de saúde agudas e pós agudas. Os achados contribuíram para avaliação do grau de complexidade de tratamentos e definições de estratégias para melhora do estado funcional pós alta, sendo considerado uma prática clínica fundamental. Zhang et al⁽⁸⁾ também realizaram um consenso de uma seleção de 30 categorias da CIF (*ICF Rehabilitation Set*), entre uma equipe interdisciplinar (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais). Esta dinâmica facilitou o direcionamento destas categorias, por tipo de profissional, contribuindo para a implementação da CIF na prática clínica. E assim, favoreceu seu uso como ferramenta de acompanhamento, uma vez que cada área se responsabilizou por categorias de melhor domínio para sua aplicação.

A implementação da CIF nos centros de reabilitação tem se tornado um facilitador para os serviços de assistência que contemplam equipes interdisciplinares. Contribui com propósitos e vantagens que facilitam o planejamento e o estabelecimento de objetivos e intervenções específicas e direcionadas. Desta forma, possibilita uma visão geral dos recursos e necessidades para a melhoria do cuidado e atenção perante as condições de saúde atendidas⁽⁹⁾.

Dentre as diversas condições de saúde que inferem incapacidades no âmbito físico-funcional, psíquico-emocional e social pode-se destacar as amputações de membros. Nota-se que tal condição de saúde necessita de um acompanhamento pelas equipes assistenciais de caráter interdisciplinar para a construção de um plano terapêutico singular, cujas deficiências geralmente enfrentam barreiras em seu desempenho ocupacional e/ou social⁽¹⁰⁾.

A CIF torna-se uma importante interface para nortear especialistas no atendimento à pessoa com deficiência física, no qual o instrumento classificatório induz à padronização da mensuração de resultados, favorecendo o gerenciamento de intervenções perante as equipes de centros de reabilitação

como ressalta a OMS no *World Report on Disability*⁽¹¹⁾. Portanto, o objetivo do presente estudo foi apresentar a implantação do modelo biopsicossocial para os pacientes amputados atendidos no centro de reabilitação física do município de Santos-SP.

MÉTODO

Desenho, período e cenário

A pesquisa se baseia num estudo metodológico, com objetivo de construir e implementar um *check list* baseado no modelo biopsicossocial (CIF) para pacientes amputados atendidos num centro de reabilitação física, no município de Santos. Para a garantia da qualidade e critérios, o estudo foi norteador pela ferramenta de qualidade *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR)⁽¹²⁾.

O Centro de Medicina e Reabilitação Lucy Montoro Santos (CMRLMS) é um centro especializado em atendimentos de pacientes com grandes incapacidades (Lesão Medular, Amputado, Lesão Encefálica, Doenças Neuromusculares e Neurodegenerativas e afecções infantis).

Todos os pacientes são acompanhados por uma equipe interdisciplinar composta por médico, assistente social, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiólogo, nutrição, educador físico e enfermagem. Esses setores possuem objetivos específicos de tratamento, assim como diferentes instrumentos avaliativos para acompanhamento dos desfechos clínicos e da qualidade do programa de reabilitação.

Protocolo de Estudo

Como proposta de implantação da CIF, optou-se como modelo inicial o ambulatório de pacientes amputados. Este ambulatório faz parte dos macroprocessos atendidos no CMRLMS, o qual atualmente recebe um selo de qualidade internacional reconhecido pela Comissão on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF). A CARF é um grupo de empresas privadas, sem fins lucrativos, que credenciam serviços de saúde⁽¹³⁾ com qualidade de processos e atendimentos assistenciais.

Para a construção desse *check list*, buscou-se relacionar os objetivos de tratamento e medidas de avaliações mais frequentemente usadas nos setores assistenciais. O processo ocorreu em três etapas: treinamento da equipe, reuniões e discussões clínicas (levantamento dos objetivos, desfechos e instrumentos de avaliações dos setores) e a eleição das categorias da CIF para codificação da funcionalidade (Figura 1).

Como base de estruturação do estudo, a pesquisa se baseou nos seguintes pontos: quais os principais objetivos de tratamento de cada setor, quais instrumentos de avaliação utilizados para cada desfecho clínico e em quais componentes da CIF, os instrumentos de avaliação e objetivos clínicos se baseavam.

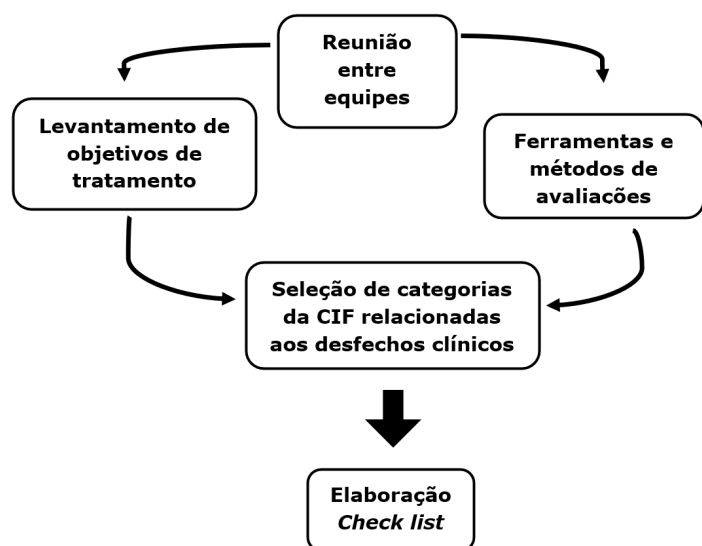


Figura 1. Etapas de construção do *check list*, Santos, Brasil, 2023.

Implantação do Projeto

Treinamento da equipe

O treinamento da equipe de reabilitação se baseou na compreensão e familiarização dos termos e abordagem do modelo biopsicossocial da CIF (funcionalidade, restrição à participação, atividade limitada, entre outros). Na sequência, o mesmo treinamento se expandiu para compreensão e formas de sua codificação quanto à classificação da funcionalidade e sua aplicabilidade.

Reuniões e discussões clínicas

Foram realizadas reuniões e discussões clínicas com a equipe assistencial envolvida no atendimento dos pacientes amputados (médico, assistente social, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, enfermeiros e educadores físicos). O objetivo era a identificação das principais medidas de avaliação que contemplavam a maioria destes pacientes durante seu processo avaliativo, para os desfechos esperados em cada setor atendido.

Como base levou-se em consideração os pontos principais do estudo. Para isto, foram considerados os processos de cada setor: objetivos de tratamento, medidas de avaliação, intervenções e instrumentos de reavaliação⁽¹⁴⁾. Durante as reuniões clínicas, os profissionais compartilharam suas experiências frente ao manejo do ambulatório de amputados e revisaram instrumentos de avaliações pertencentes às suas áreas de atuação.

Eleição de categorias CIF e codificação da funcionalidade

Após elencar os principais objetivos de tratamento e desfechos clínicos, os mesmos puderam ser classificados em quais componentes se baseavam. Ou seja, se os objetivos de tratamento se baseavam na estrutura, função, atividade e participação. A partir desta identificação, cada setor selecionou as categorias da CIF, com auxílio do seu manual⁽¹⁾, que descrevessem o acompanhamento deste estado de saúde. As categorias selecionadas foram as discutidas entre cada setor em consenso de relevância clínica para aplicação dentro da instituição, como rotina de acompanhamento.

O processo de seleção das categorias levou em consideração

a rotina e dinâmica de atendimentos já estruturada, de maneira que não houvesse impactos na demora e/ou sobrecarga dos colaboradores. Portanto, deveriam ser itens que melhor representassem o perfil dos pacientes envolvidos de forma otimizada. E tão pouco que substituíssem as avaliações padronizadas pré-existentes.

Para esta construção do *check list* foi considerado o sistema de codificação da CIF, com seu sistema alfanumérico, caracterizado pelas letras que precedem os números das categorias: (b), (s), (d) e (e). A letra (b) refere-se às funções corporais, a letra (s) estrutura corporal, a letra (d) atividade e participação e (e) fatores ambientais. Neste processo foram estabelecidas correspondências entre os aspectos de cada medida de avaliação clínica e/ou desfechos esperados com os componentes da CIF, acima citados⁽¹⁾.

No Quadro 1 encontram-se os qualificadores genéricos que devem ser utilizados para classificação da funcionalidade de acordo com cada categoria. Notem que o "x", que antecede a pontuação, se refere aos níveis das categorias pré-selecionadas.

Para a classificação dos fatores ambientais (Quadro 2), acrescenta-se a escala positiva e negativa, que indica quando o fator ambiental age como barreira ou facilitador. A aplicação desse *check list* com o devido preenchimento dos qualificadores deve ser realizada no momento de admissão e alta do tratamento de reabilitação de cada paciente.

Quadro 1. Qualificadores genéricos para os diferentes tipos de categorias para classificação da funcionalidade, Santos, Brasil, 2023.

xxx.0 NENHUMA deficiência	0-4 %
xxx.1 Deficiência LEVE	5-24 %
xxx.2 Deficiência MODERADA	25-49 %
xxx.3 Deficiência GRAVE	50-95 %
xxx.4 Deficiência COMPLETA	96-100 %
xxx.8 não especificada	-
xxx.9 não aplicável	-

Quadro 2. Qualificadores para os fatores ambientais, Santos, Brasil, 2023.

Qualificador no ambiente/ Barreiras ou facilitadores	
0 NENHUMA barreira	0 + NENHUM facilitador
1 Barreira LEVE	1 +Facilitador LEVE
2 Barreira MODERADA	2 +Facilitador MODERADA
3 Barreira GRAVE	3 +Facilitador GRAVE
4 Barreira COMPLETA	4 +Facilitador COMPLETA
8 Barreira não especificada	
+8 Facilitador não especificado	
9 não aplicável	

RESULTADOS

Por se tratar de uma rotina de serviço de um Centro de Reabilitação Física, os setores envolvidos no processo de desenvolvimento e aprimoramento foram sete: médicos ⁽¹⁾, assistente social⁽³⁾, fisioterapeutas⁽⁷⁾, terapeutas ocupacionais⁽⁵⁾, nutricionistas⁽²⁾, educadores físicos⁽²⁾, enfermagem ⁽³⁾, totalizando 23 profissionais. Todos acompanham regularmente o processo de atendimento das pessoas amputadas.

As categorias selecionadas pela equipe envolveram todos os componentes da CIF: (s) estrutura, (b) função corporal, (d) atividade e participação, (e) fatores ambientais. Ao todo foram eleitas 27 categorias, sendo quatro referentes a (s) estrutura, nove à (b) função corporal, 12 à (d) atividade e participação e

Quadro 3. Categorias selecionadas para classificação dos componentes (s) estrutura, (b) função corporal dos pacientes amputados, (d) atividade e participação e (e) fator ambiental, pela equipe assistencial, Santos, Brasil, 2023.

Componente	Categoria		Setor responsável
(s) estrutura	s720	Região de ombro	Médico
(s) estrutura	s730	Extremidade superior (braço, mão)	Médico
(s) estrutura	s740	Pelve	Médico
(s) estrutura	s750	Extremidade inferior (perna, pé)	Médico
(b) função corporal			
(b) função corporal	b1269	Funções de temperamento e da personalidade	Psicologia
(b) função corporal	b4550	Resistência física geral	Condicionamento físico
(b) função corporal	b525	Funções de defecação	Enfermagem
(b) função corporal	b530	Manutenção do peso	Nutrição
(b) função corporal	b620	Funções urinárias	Enfermagem
(b) função corporal	b7303	Força dos músculos da metade inferior do corpo	Fisioterapia
(b) função corporal	b810	Funções protetoras da pele	Enfermagem
(b) função corporal	b820	Funções reparadoras da pele	Enfermagem
(b) função corporal	b840	Sensação relacionada à pele	Enfermagem
(d) atividade e participação			
(d) atividade e participação	d2409	Lidar com estresse e outras demandas psicológicas não especificadas	Psicologia
(d) atividade e participação	d4500	Andar distâncias curtas (menos 1 km)	Fisioterapia
(d) atividade e participação	d4501	Andar distâncias longas (mais 1 km)	Fisioterapia
(d) atividade e participação	d465	Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento.	Fisioterapia
(d) atividade e participação	d470	Utilização de transporte (carros, ônibus, trem, avião, etc.)	Serviço social
(d) atividade e participação	d510	Lavar-se (banhar-se, secar-se, lavar as mãos, etc)	Terapia Ocupacional
(d) atividade e participação	d520	Cuidado das partes do corpo (<i>escovar os dentes, barbear-se, etc.</i>)	Terapia Ocupacional
(d) atividade e participação	d540	Vestir-se	Terapia Ocupacional
(d) atividade e participação	d550	Comer	Terapia Ocupacional
(d) atividade e participação	d560	Beber	Terapia Ocupacional
(d) atividade e participação	d640	Tarefas domésticas (<i>limpar a casa, lavar louça, roupas, passar a ferro, etc.</i>)	Terapia Ocupacional
(d) atividade e participação	d920	Recreação e lazer	Serviço social
(e) fatores ambientais			
(e) fatores ambientais	e310	Família imediata (<i>cônjuges, parceiros, pais, irmãos, filhos, pais de criação, pais adotivos, avós</i>)	Serviço social
(e) fatores ambientais	e530	Serviços, sistemas e políticas dos serviços públicos (<i>abastecimento de água, combustível, energia elétrica, saneamento, transporte público e serviços essenciais</i>)	Serviço social

Quadro 4. Proposta de *check list* final, pela equipe assistencial, para uso no ambulatório de pacientes amputados, Santos, Brasil, 2023.

CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade) Ambulatório Amputados		Serviço responsável	Admissão ___/___/___	Alta ___/___/___
Estrutura (s)			Qualificador	Qualificador
s720	Região de ombro	Médico		
s730	Extremidade superior (braço, mão)	Médico		
s740	Pelve	Médico		
s750	Extremidade inferior (perna, pé)	Médico		
Função corporal (b)				
b1269	Funções de temperamento e da personalidade	Psicologia		
b4550	Resistência física geral	Condicionamento Físico		
b525	Funções de defecação	Enfermagem		
b530	Manutenção do peso	Nutrição		
b620	Funções urinárias	Enfermagem		
b7303	Força dos músculos da metade inferior do corpo	Fisioterapia		
b810	Funções protetoras da pele	Enfermagem		
b820	Funções reparadoras da pele	Enfermagem		
b840	Sensação relacionada à pele	Enfermagem		
Atividade e participação (d)				
d2409	Lidar com estresse e outras demandas psicológicas não especificadas	Psicologia		
d4500	Andar distâncias curtas (menos 1 km)	Fisioterapia		
d4501	Andar distâncias longas (mais 1 km)	Fisioterapia		
d465	Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento.	Fisioterapia		
d470	Utilização de transporte (carros, ônibus, trem, avião, etc.)	Serviço Social		
d510	Lavar-se (<i>banhar-se, secar-se, lavar as mãos, etc.</i>)	Terapia Ocupacional		
d520	Cuidado das partes do corpo (<i>escovar os dentes, barbear-se, etc.</i>)	Terapia Ocupacional		
d540	Vestir-se	Terapia Ocupacional		
d550	Comer	Terapia Ocupacional		
d560	Beber	Terapia Ocupacional		
d640	Tarefas domésticas (<i>limpar a casa, lavar louça, roupas, passar a ferro, etc.</i>)	Terapia Ocupacional		
d920	Recreação e lazer	Serviço Social		
Fatores ambientais (e)				
e310	Família imediata (<i>cônjuges, parceiros, pais, irmãos, filhos, pais de criação, pais adotivos, avós</i>)	Serviço Social		
e530	Serviços, sistemas e políticas dos serviços públicos (<i>abastecimento de água, combustível, energia elétrica, saneamento, transporte público e serviços essenciais</i>)	Serviço Social		

duas referentes a fatores ambientais. Os únicos componentes da CIF que apresentaram a prevalência de um único setor envolvido foram (s) estrutura e (e) fator ambiental, pelos serviços médico e social (Quadro 3). No Quadro 3 abaixo se apresentam as categorias selecionadas de acordo com seu respectivo domínio/componente e os setores responsáveis por cada uma.

Como resultado final no Quadro 4, o *check list* apresenta a proposta integral de aplicação pela equipe assistencial. Nota-se que os setores responsáveis pela classificação de cada item são mencionados ao lado da categoria, tornando o processo mais didático para o próprio profissional. Após a elaboração do *check list*, cada setor se manteve responsável por incluir a classificação na sua rotina de acompanhamento destes pacientes.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi apresentar a implantação e introdução do uso da CIF no ambulatório de amputados do CMRLMS. Esta implantação se deu por meio da criação de um *check list*, com a seleção de categorias que retratam as condições de saúde desta população atendida. A ideia central foi estabelecer um meio de comunicação interna, para acompanhamento destes pacientes desde sua admissão até sua alta na instituição.

Por se tratar de um centro de reabilitação física, que contempla uma equipe interdisciplinar composta por oito especialidades, é imprescindível a padronização de medidas de avaliações baseadas no modelo biopsicossocial^(3,8,14). E desta forma, a facilidade para classificar a funcionalidade levando em consideração as potencialidades, por meio de um *check list* específico para esta população.

O trabalho em equipe interdisciplinar apresenta como vantagem a facilitação e a qualidade dessa rotina, pois é possível direcionar a codificação para setores mais amplamente envolvidos, como abordado por Zhang et al.⁽⁸⁾. Essa divisão por área favoreceu o aproveitamento do tempo de avaliação por cada setor, o que torna viável sua aplicação. E dessa forma, um acompanhamento mais completo em relação à classificação da funcionalidade das pessoas atendidas.

Existe *core sets* validados e disponíveis para aplicações em diversas condições de saúde⁽¹⁶⁻²⁰⁾, contudo ainda não se encontra para a população de amputados. Entretanto, a ideia não foi validar um *core set*. E sim selecionar categorias específicas, que melhor se aplicassem a este perfil de pacientes com amputações de membros, de acordo com a rotina e objetivos específicos desta instituição.

Nota-se que, a maioria das categorias selecionadas pela equipe assistencial para o *check list* se baseou no componente atividade e participação da CIF. Tal fato se justifica pelo enfoque dos objetivos de tratamento para esta população, que visa o máximo de independência funcional. Isso traduz o atual raciocínio clínico direcionado para a funcionalidade, levando em consideração as funções corporais, porém sem limitar-se a elas. Para tanto, os objetivos de tratamento estão pautados, em grande maioria, nas tarefas cotidianas.

Independente da capacidade que o paciente apresenta para execução da tarefa em questão, o máximo de barreira deverá ser minimizada e/ou adaptada. Portanto, o seu desempenho não necessariamente dependerá da sua capacidade funcional. E sim, muitas vezes do olhar detalhado, cuidadoso e acolhedor do terapeuta para ajustes de fatores ambientais. Com isso,

haverá contribuição e facilitação não somente para uma atividade cotidiana, como também para sua participação social, seja em ambiente familiar e/ou social⁽¹⁹⁾. O entendimento do modelo biopsicossocial contribui para o desenvolvimento do raciocínio clínico e planejamento do plano de tratamento⁽¹⁴⁾.

O processo de construção desse *check list* proporcionou um momento de reflexão entre a equipe assistencial frente às abordagens de tratamento, assim como em relação aos seus instrumentos de avaliação. Promoveu atualização de termos técnicos voltados ao modelo biopsicossocial para melhor compreender e definir o processo de doença e incapacidade.

Favoreceu também o enfoque do olhar do terapeuta para um tratamento centrado no paciente e na família, visto que se deve levar em consideração não apenas a deficiência e sim suas potencialidades. E com base nessas reflexões tornou-se possível a construção deste *check list*, a fim de acompanhar o processo de evolução da funcionalidade, por meio de sua classificação.

Além disso, este acompanhamento garante a excelência do atendimento destacando a importância do tratamento centrado no paciente^(7,14-15,21-23). Cabe ressaltar que, a proposta não foi substituir a rotina de avaliação institucional, mas sim, corroborar e implementar a qualidade de acompanhamento dos desfechos clínicos atualizados e pautados no modelo biopsicossocial de tratamento.

O acompanhamento a longo prazo, poderá nos beneficiar com melhorias de possíveis indicadores de funcionalidade, para acompanhamento desses pacientes durante seus retornos em consultas pós alta. Como rotina do setor, os pacientes que recebem alta do programa de reabilitação se mantêm em acompanhamento médico a cada seis meses. Se a cada período houver a possibilidade para o acompanhamento da funcionalidade, um perfil poderá ser traçado como controle dessa qualidade.

O levantamento e a seleção destas categorias foram realizados em conjunto com toda a equipe assistencial envolvida no atendimento deste ambulatório. Sabe-se que a CIF não é um instrumento de avaliação e sim classificação.

Para tanto, a maior parte dos itens de funcionalidade a serem classificados podem se basear em medidas de avaliações padronizadas como, por exemplo, Medida de Independência Funcional (MIF), Índice de Barthel⁽²⁴⁾e, Teste de caminhada de 10m (TC10M), entre outros utilizados na instituição.

Resultados provenientes destas mensurações podem direcionar o qualificador adequado para classificar a funcionalidade. Desta forma pode-se elencar como ponto de limitação, a familiaridade com o instrumento classificatório (CIF) e instrumentos de avaliações padronizadas de rotina da instituição por novos colaboradores.

Para que haja uma harmonia e efetividade na classificação é necessária uma linguagem universal sobre os componentes da CIF. Ainda se nota a necessidade de treinamentos de profissionais para seu uso. Sendo assim, torna-se um desafio manter uma equipe constantemente treinada para utilização destes instrumentos de avaliação.

Além disso, a proposta futura com esta seleção de categorias é acompanhar e verificar a viabilidade desta aplicação utilizando este *check list* no ambulatório referido (amputados) e, assim, identificar possíveis ajustes e aprimoramentos necessários.

CONCLUSÃO

A implantação do *check list* para a pessoa amputada baseado no modelo biopsicossocial favoreceu o raciocínio clínico da equipe interdisciplinar, uniformizando a linguagem atualizada e padronizada entre todos.

Paralelo a isso, o produto também permite o compartilhamento de informações entre a equipe interdisciplinar, a fim de otimizar sistemas ambulatoriais, os quais contribuem para uma melhor estruturação dos processos terapêuticos.

Com esse acompanhamento mais assertivo é possível garantir a qualidade do atendimento e contribuir para criação de novos indicadores de saúde nesta instituição. Além disso, o acompanhamento da evolução da funcionalidade garante a excelência do atendimento destacando a importância do tratamento centrado no paciente.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp, 2003.
2. Leonardi, M, Lee H, Kostanjsek N, Fornari A, Raggi A, Martinuzzi A, Yáñez M, Almborg AH, Fresk, M, Besstrashnova Y et al. 20 Years of ICF-International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19: 11321. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph191811321>.
3. Kostanjsek, N. Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. *BMC Public Health*. 2011;11 (Suppl4),S3. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S4-S3>.
4. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade e incapacidade em saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2): 187-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>.
5. Abdi S, Spann A, Borilovic J, de Witte L, Hawley M. Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatr*. 2019 Jul 22;19(1):195. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1189-9>. Erratum in: *BMC Geriatr*. 2020 Jan 22;20(1):23.
6. Tempest S, Harries P, Kilbride C, De Souza L. To adopt is to adapt the process of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England. *Disabil Rehabil*. 2012;34(20):1686-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2012.658489>.
7. Paschoal LN, Souza PN, Buchalla CM, Brito CMM, Battistella LR. Identification of relevant categories for inpatient physical therapy care using the International Classification of Functioning, Disability and Health: a Brazilian survey. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. 2019;23(3):212-20. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.08.006>.
8. Zhang M, Zhang Y, Xiang Y, Ziling L, Shen W, Wang Y, Wang L, Yu J, Yant T. A Team Approach to applying the international classification of functioning, disability and health rehabilitation set in clinical evaluation. *J Rehabil Med* 2021;53:jrm00147. DOI: <https://doi.org/10.2340/16501977-2756>.
9. Biz MCP, Chun RYS. Operationalization of the International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, in a Specialized Rehabilitation Center. *CoDAS*. 2019 Oct 28;32(2):e20190046. Portuguese, English. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192019046>. Erratum in: *Codas*. 2019 Dec 13;32(2):e20190085.
10. Scura D, Piazza VM. Disability Evaluation. [Updated 2023 Apr 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570598/>.
11. World Health Organization (WHO). World Report on Disability: Summary, 2011, WHO/NMH/VIP/11.01, available at: <http://www.refworld.org/docid/50854a322.html>.
12. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research. A Synthesis of Recommendations. *Academic medicine*. 2014;89(9):1245-1251. DOI: <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000388>.
13. Medical Rehabilitation Standards Manual. 2023.
14. Lustenberger NA, Prodinger B, Dorjbal D, Rubinelli S, Schmitt K & Scheel-Sailer A. Compiling standardized information from clinical practice: using content analysis and ICF Linking Rules in a goal-oriented youth rehabilitation program. *Disability and Rehabilitation*. 2019;41(5):613-621. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1380718>.
15. Wiśniowska-Szurlej A, Ćwirlej-Sozańska A, Wilmowska-Pietruszyńska A, Sozański B. Development of a clinical tool for rating categories of the ICF Rehabilitation Set in Polish practice. *Sci Rep*. 2023 24;13(1):1359. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-28441-2>.
16. Schiariti V, Mahdi S, Bölte S. International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for cerebral palsy, autism spectrum disorder, and attention-deficit-hyperactivity disorder. *Dev Med Child Neurol*. 2018;60(9):933-941. DOI: <https://doi.org/10.1111/dmcn.13922>.
17. Paramasivam A, Jaiswal A, Minhas R, Holzhey P, Keyes K, Lopez R, Wittich W. The development of the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for deafblindness: A study protocol. *PLoS One*. 2021 Dec 14; 16(12):e0261413. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261413>.
18. Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, Stucki G, Üstün B, Cieza A. A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2015;51(1):105-17. Available from: <https://www.minervamedica.it/en/journals/europa-medicophysica/article.php?cod=R33Y2015N01A0105>.
19. Leonardi, M, Lee H, Kostanjsek N, Fornari A, Raggi A, Martinuzzi A, Yáñez M, Almborg AH, Fresk, M, Besstrashnova Y et al. 20 Years of ICF—International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(18):11321. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph191811321>.
20. Noten S, Selb M, Troenosemito LAA, Thorpe DE, Rodby-Bousquet E, van der Slot WMA, Roebroek ME. ICF Core Set

- for Adults with CP Consensus Group. ICF Core Sets for the assessment of functioning of adults with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2022;64(5):569-577. DOI: <https://doi.org/10.1111/dmcn.15104>.
21. Stefanac S, Oppenauer C, Zauner M, Durechova M, Dioso D, Aletaha D, Hobusch G, Windhager R, Stamm T. From individualised treatment goals to personalised rehabilitation in osteoarthritis: a longitudinal prospective mapping study using the WHO international classification for functioning, disability and health. *Ann Med.*2022;54(1):2816-2827. DOI: <https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2131326>.
22. Madden RH, Dune T, Lukersmith S, Hartley S, Kuipers P, Gargett A, Llewellyn G. The relevance of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in monitoring and evaluating Community-based Rehabilitation (CBR). *Disabil Rehabil.* 2014;36(10):826-37. DOI: <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.821182>.
23. Noten S, Troenosemito LAA, Limsakul C, Selb M, de Groot V, Konijnenbelt M, Driessen DMF, Hilberink SR, Roebroek ME. ICF Core Set for Adults with Cerebral Palsy Study Group. Development of an ICF Core Set for adults with cerebral palsy: capturing their perspective on functioning. *Dev Med Child Neurol.* 2021;63(7):846-852. DOI: <https://doi.org/10.1111%2Fdmcn.14841>.
24. Silva SM, Brandão TCP, Silva FPD, Buchalla CM. Identification of categories of the International Classification of Functioning, Disability and Health in functional assessment measures for stroke survivors: a systematic review. *Disabil Rehabil.* 2020;42(2):156-162. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1496149>.