

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ  
ESCOLA POLITÉCNICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

**KATREN PEDROSO CORRÊA**

**CONTRIBUIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE  
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE AO MONITORAMENTO DA  
ARTRITE REUMATOIDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA**

**CURITIBA**

**2021**

Dados da Catalogação na Publicação  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR  
Biblioteca Central  
Pamela Travassos de Freitas – CRB 9/1960

Corrêa, Katren Pedroso

C824c  
2021 Contribuição da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde ao monitoramento da artrite reumatoide no contexto da atenção farmacêutica / Katren Pedroso Corrêa ; orientadora: Auristela Duarte de Lima Moser. – 2021.  
178 f. : il. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba,  
2021

Bibliografias: f. 128-148

1. Artrite reumatóide. 2. CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde). 3. Prática farmacêutica baseada em evidências.  
4. Promoção da saúde. I. Moser, Auristela Duarte de Lima. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde.  
III. Título.

CDD 20. ed. – 616.7227

**KATREN PEDROSO CORRÊA**

**CONTRIBUIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE  
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE AO MONITORAMENTO DA  
ARTRITE REUMATOIDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA**

Tese de doutorado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Tecnologia em Saúde da Pontifícia  
Universidade Católica do Paraná.

Orientador: Prof. Dra. Auristela Duarte de  
Lima Moser

**CURITIBA**

**2021**



Programa de  
**PÓS-GRADUAÇÃO  
EM TECNOLOGIA EM SAÚDE  
PUCPR**

### TERMO DE APROVAÇÃO DE TESE Nº 018

A Tese de Doutorado intitulada: "CONTRIBUIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE AO MONITORAMENTO DA ARTRITE REUMATOIDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO FARMACÉUTICA" defendida em sessão pública pelo(a) candidato(a) **Katren Pedroso Correa** no dia **26 de janeiro de 2021**, foi julgada para a obtenção do título de Doutor em Tecnologia em Saúde, e aprovada em sua forma final, pelo Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde.

#### BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Auristela Duarte de Lima Moser – Orientador e Presidente – PUCPR

Prof. Dr. Rita Tonocchi – UTP

Prof. Dr. Cláudia Giglio – UTP

Prof. Dr. Vera Regina Fernandes da Silva Marães - UNB

Prof. Dr. Mauren Abreu de Souza - PUCPR

A via original deste documento encontra-se arquivada na Secretaria do Programa, contendo a assinatura da Coordenação após a entrega da versão corrigida do trabalho.

Curitiba, 08 de fevereiro de 2022.

Prof. Dr. Percy Nohama,  
Coordenador do PPGTS PUCPR

**CONTRIBUIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE  
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE AO MONITORAMENTO DA  
ARTRITE REUMATOIDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde. Área de concentração: Tecnologia em Saúde. Linha de pesquisa: Avaliação de Tecnologia em Saúde da Escola Politécnica, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito à obtenção do grau de doutor.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos  
meninos Miguel e Joaquim, que  
enchem nossas vidas de alegria,  
que saibam valorizar o amor e a  
família, que se tornem homens  
de virtudes e valores.

## AGRADECIMENTOS

Expresso aqui, nomeadamente, meus agradecimentos aos que colaboraram com a execução deste trabalho:

À Deus pela vida e pelos milagres concedidos ao longo desta trajetória, pela fé, pela força e pelas boas pessoas colocadas em meu caminho durante toda a vida.

Aos meus pais Pedro e Elena, todos vocês são meu porto seguro, sem vocês essa conquista não seria possível.

Às minhas amigas, irmãs de coração, graças a vocês este sonho se tornou realidade, minha eterna gratidão por tudo, tudo o que fizeram e fazem por mim.

À minha família, pelo apoio, incentivo, credibilidade e confiança.

**À minha orientadora, professora Doutora Auristela Moser, com sua experiência e genialidade com as palavras, generosidade, paciência, dedicação e empenho como nossa mentora.**

Aos colegas e amigos de caminhada do grupo do Projeto de Tecnologia em Saúde Funcional, tantas reflexões, incentivos mútuos, momentos de tristeza e alegria divididos, vida partilhada, nos faz tornar família, que continuidade seja dada nos laços formados.

A CAPES pela bolsa de mestrado e a Fundação Araucária pelo apoio financeiro prestado ao estudo.

Aos participantes da pesquisa, sem vocês nada seria possível, mesmo em meio às turbulências da atualidade, as limitações impostas pela doença, vocês se doaram e compartilharam sua vivência para que eu pudesse completar mais esta etapa em minha vida.

À Secretaria de Saúde do Paraná, ao Departamento de Assistência Farmacêutica do Paraná, aos profissionais Farmacêuticos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica da 2ª Regional de Saúde do Paraná, pelo apoio, disponibilidade, prestatividade e cessão de seu tempo em nosso favor.

Ao coordenado do PPGTS, prof<sup>o</sup> Percy Nohama, a todos os professores do programa e os demais que proporcionaram o conhecimento e nos conduziram nesta jornada.

A secretaria do PPGTS, pela compreensão e auxílio nesta trajetória.

## EPÍGRAFE

A maturidade deve reger nossa vida, pois teremos que seguir o caminho com responsabilidade.

Quando fazemos nossas escolhas com consciência, então suportamos com responsabilidade o que nos vier. (Reflexão de uma novena com Maria)

Autor desconhecido



## RESUMO

**Introdução:** a artrite reumatoide (AR) causa altos índices de limitações e incapacidade para a realização das atividades rotineiras, sendo a terceira Doença Crônica não Transmissível (DCNT) mais prevalente no Brasil. A vigilância epidemiológica dessas doenças é essencial. O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para o acompanhamento das condições de saúde é de extrema importância para a operacionalização de seu uso e pode contribuir com o cuidado farmacêutico, proporcionando uma base de dados para monitoramento e apoio às decisões clínicas ao longo dos ciclos de vida dos usuários com condições crônicas, em específico, com AR. Uma vez que a classificação permite o uso de uma linguagem universal, que expressa a influência da própria condição de saúde, do ambiente, dos fatores pessoais, funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação na capacidade funcional das pessoas. **Objetivo:** A partir de um modelo ampliado de saúde, contemplando o modelo biopsicossocial, elaborar e validar um instrumento para uso no cuidado farmacêutico, no monitoramento de usuários com AR em uma Unidade de Assistência Farmacêutica no Estado do Paraná. **Método:** estudo qual quantitativo realizado na central de dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) da 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná. O instrumento proposto foi elaborado a partir de categorias da CIF escolhidas com base num cotejo do core set da CIF para AR com os resultados de um grupo focal realizado com os farmacêuticos do CEAF. Foi redigida uma pergunta referente ao conteúdo de cada categoria elegida. Três Farmacêuticos e 21 usuários do CEAF validaram a importância de cada categoria. Seis especialistas com notório saber sobre a CIF realizaram a validação de conteúdo e clareza das perguntas. Para a realização do teste de confiabilidade 50 usuários do CEAF, com AR, responderam ao questionário. Para medir a consistência interna do instrumento foi utilizado o Coeficiente alfa de Cronbach e para testar a confiabilidade, o coeficiente de correlação intraclasse. **Resultados e discussão:** os diálogos com os farmacêuticos fizeram emergir temas como a necessidade de saúde dos usuários com AR sob

o ponto de vista dos farmacêuticos do CEAF, que identificaram a necessidade de gerar o autocuidado como principal necessidade, além disso, acreditam na importância de trazer autonomia ao usuário, para que este consiga observar o processo de evolução de sua condição de saúde. Os farmacêuticos do CEAF identificam como lacunas para a monitorização da capacidade funcional destes usuários, a grande demanda no serviço e a falta de um instrumento padronizado para o registro de tais informações. Os 4 componentes da CIF fazem parte do instrumento, sendo Atividades e Participação o predominante. Farmacêuticos e usuários validaram a importância das categorias elegidas, 4 perguntas/categorias foram excluídas e uma, ajustada. Por ter conteúdo não pertinente; por não ser possível trazer dados referentes a exames radiológicos e laboratoriais; e por ter repetição de conteúdo. Especialistas com notório saber em CIF validaram o conteúdo, que teve percentual de concordância maior que 80% para validade de conteúdo. Considerando-se a clareza, grande parte das questões foram consideradas pouco claras, tendo sua redação adequada conforme sugestões dos especialistas. O instrumento foi considerado válido e confiável. A aplicação do Q-FAR permitiu verificar a prevalência da limitação a funções rotineiras, Atividades e Participação e a influência dos Fatores Ambientais no ciclo da doença, neste momento, para estes usuários. Com relação a Funções do Corpo: sensações desagradáveis como dor, peso, desconforto, sensação de formigamento; manter um esforço muscular ao executar as tarefas rotineiras; e andar, apresentaram os maiores índices de limitações e restrições. **Considerações finais:** o instrumento foi considerado válido e confiável, e sugere-se que o instrumento seja aplicado pelo serviço, como piloto, para aprimoramento, em um processo de validação empírica.

**Palavras chave:** Artrite reumatoide; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Cuidado Farmacêutico; Capacidade Funcional; Promoção da saúde.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Rheumatoid arthritis (RA) causes high rates of limitations and inability to perform routine activities, being the third most prevalent Chronic Diseases (NCD) in Brazil. Epidemiological surveillance of these diseases is essential. The use of the International Classification of Functionality, Disability and Health (ICF) to monitoring health conditions is extremely important to operationalization of its use and can contribute to pharmaceutical care, providing a database for monitoring and supporting clinical decisions throughout of the life cycles of users with chronic conditions, specifically, with RA. Since the classification allows the use of a universal language, which expresses the influence of one's own health condition, environment, personal factors, body functions and structures, activities and participation in people's functional capacity. **Aims:** to elaborate and validate an instrument, based on the ICF, for pharmaceutical care, in monitoring users with rheumatoid arthritis, in a pharmaceutical care unit in the state of Paraná. **Method:** which quantitative study was carried out in the dispensing center of the specialized component of pharmaceutical assistance (SCPA) of the 2nd regional health in the state of Paraná. The proposed instrument was developed based on ICF categories chosen based on a comparison of the ICF core set for RA with the results of a focus group conducted with SCPA pharmacists. A question was written regarding the content of each chosen category. Three pharmacists and 21 SCPA users validated the importance of this category. Six experts with notorious knowledge about the ICF carried out the content validity and clarity of the questions. To perform the reliability test, 50 users of SCPA, with RA, answered the questionnaire. To measure the internal consistency of the instrument, Cronbach's alpha coefficient was used and to test reliability, the intra-class correlation coefficient. **Results and discussion:** dialogues with pharmacists have raised themes such as the health needs of users with RA from the point of view of SCPA pharmacists, who identified the need to generate self-care as the main need, in

addition, they believe in the importance of bring autonomy to the user, so that he can observe the process of evolution of his health condition. SCPA pharmacists identify gaps for monitoring the functional capacity of these users, the high demand for the service and the lack of a standardized instrument for recording such information. The 4 components of the ICF are part of the instrument, with activities and participation predominating. Pharmacists and users validated the importance of the chosen categories, 4 questions / categories were excluded and one, adjusted. For having non-relevant content; because it is not possible to bring data regarding radiological and laboratory tests; and for having repetition of content. Experts with a notorious knowledge in ICF validated the content, which had an agreement percentage greater than 80% for content validity. Considering the clarity, most of the questions were considered unclear, having their wording adequate according to the experts' suggestions. The instrument was considered valid and reliable. The application of q-far allowed verifying the prevalence of limitation to routine functions, activities and participation and the influence of environmental factors on the disease cycle, at this moment, for these users. Regarding body functions: unpleasant sensations such as pain, weight, discomfort, tingling sensation; maintain a muscular effort when performing routine tasks; and walking, had the highest rates of limitations and restrictions. **Final considerations:** the instrument was considered valid and reliable, and it is suggested that the instrument be applied by the service, as a pilot, for improvement, in an empirical validation process.

**Keywords:** Rheumatoid Arthritis; International Classification of Functionality, Disability and Health; Pharmaceutical Care; Functional Capacity; Health promotion.

**LISTA DE TABELAS**

|  |     |
|--|-----|
| Tabela 1. Percentual de concordância dos juízes para clareza e conteúdo..                              | 105 |
| Tabela 2. Avaliação da homogeneidade do Q-FAR (n=24).....  | 112 |
| Tabela 3. Repetibilidade para cada item do instrumento .....   | 113 |
| Tabela 4. Percentual de respostas de acordo com os qualificadores da CIF, para cada item do Q-FAR..... | 114 |

## LISTA DE QUADROS

|  |     |
|--|-----|
| Quadro 1. Estrutura geral da CIF .....   | 37  |
| Quadro 2. Características dos qualificadores da CIF referentes a cada componente.....  | 39  |
| Quadro 3. Exemplo de pergunta relacionada a categoria da CIF eleita para fazer parte do instrumento .....                        | 61  |
| Quadro 4. Sistema de pontuação de especialista no modelo de validação de FEHRING (1994).....                                     | 63  |
| Quadro 5. Formatação do instrumento para validação das perguntas pelo usuário. ....  | 64  |
| Quadro 6. Formatação do instrumento para validação das perguntas pelo farmacêutico.....  | 66  |
| Quadro 7. Formatação do Q-FAR para validação final pelo farmacêutico .....   | 67  |
| Quadro 8. Quadro de julgamento para validação de conteúdo e clareza.....   | 69  |
| Quadro 9. Categorias de resposta e exemplos relacionados .....   | 75  |
| Quadro 10. Conteúdos referentes aos capítulos do componente Funções do Corpo .....   | 76  |
| Quadro 11. Conteúdos referentes aos capítulos do componente Estruturas do Corpo .....  | 76  |
| Quadro 12. Conteúdos referentes aos capítulos do componente Atividades e Participação.....                                       | 77  |
| Quadro 13. Conteúdos referentes aos capítulos do componente Fatores Ambientais.....  | 77  |
| Quadro 14. Componentes da CIF, conceitos significativos e categorias escolhidas com base no <i>core set</i> da CIF para AR ..... | 94  |
| Quadro 15. Perguntas elaboradas para a primeira versão do Q-FAR, baseadas nas categorias do <i>core set</i> da CIF para AR ..... | 99  |
| Quadro 16. Opções de resposta da primeira versão do Q-FAR, para as perguntas de 1 a 25 .....                                     | 107 |

|  |     |
|--|-----|
| Quadro 17. Opções de resposta da primeira versão do Q-FAR, para as perguntas de 26 a 29 .....                        | 107 |
| Quadro 18. Apresentação da primeira versão do Q-FAR e as modificações sugeridas pela comissão de especialistas ..... | 108 |

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1. Modelo biopsicossocial da CIF.....   | 35 |
| Figura 2. Estrutura galho-ramo-folha da CIF.....   | 38 |
| Figura 3. Serviços ofertados de acordo com as necessidades de saúde do paciente.....                                       | 46 |
| Figura 4. Fluxograma das etapas do estudo.....   | 58 |
| Figura 5. Equação para cálculo do percentual de concordância entre os juízes para a validade do conteúdo e da clareza..... | 69 |
| Figura 6. Equação para cálculo do coeficiente alfa de Cronbach.....  | 71 |
| Figura 7. Processo de desconstrução e reconstrução para a inferência ao texto.....   | 74 |



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|        |   |
|--------|---|
| AR     | Artrite Reumatoide  |
| CAF    | Central de Abastecimento Farmacêutico   |
| CCI    | Coeficiente de Correlação Intra-classe  |
| CDAI   | Clinical Disease Activity Index   |
| CEAF   | Componente Especializado da Assistência Farmacêutica                                    |
| CFF    | Conselho Federal de Farmácia  |
| COREQ  | Critérios consolidados para relato de pesquisa qualitativa                              |
| CID    | Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde |
| CIF    | Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde                     |
| DAS 28 | Disease Activity Score 28   |
| DCNT   | Doenças Crônicas não Transmissíveis   |
| DEAF   | Departamento de Assistência Farmacêutica  |
| EORA   | Elderly Onset Rheumatoid Arthritis  |
| HAQ    | Health Assessment Questionnaire   |
| ICAD   | Índices Compostos de Atividade de Doença  |
| LME    | Laudo de Solicitação de Medicamento Excepcional   |
| MMCD   | Medicamentos Modificadores do Curso da Doença   |
| MS     | Ministerio da Saúde   |
| OMS    | Organização Mundial da Saúde  |
| PCDT   | Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas   |
| PNAF   | Política Nacional de Assistência Farmacêutica   |
| PNPS   | Política Nacional e Promoção da Saúde   |

|          |  |
|----------|--|
| PNS      | Pesquisa Nacional de Saúde                             |
| PNSF     | Política Nacional de Saúde Funcional                   |
| PUCPR    | Pontifícia Universidade Católica do Paraná             |
| Q-FAR    | Questionário de Funcionalidade para Artrite Reumatoide |
| RS       | Regional de Saúde                                      |
| SDAI     | Simplified Disease Activity Index                      |
| SESA     | Secretaria da Saúde do Estado do Paraná                |
| SISMEDEX | Sistema de Informação do CEAF                          |
| TCLE     | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido             |

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO .....   | 21 |
| 2. OBJETIVO .....   | 28 |
| 2.1. OBJETIVO GERAL .....   | 28 |
| 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....  | 28 |
| 3. REVISÃO DE LITERATURA .....  | 29 |
| 3.1. ARTRITE REUMATOIDE .....   | 29 |
| 3.2. CIF E FUNCIONALIDADE .....   | 32 |
| 3.3. CONTEXTO E ESTRUTURA DA CIF .....  | 34 |
| 3.4. PROMOÇÃO DA SAÚDE.....   | 42 |
| 3.5. CUIDADO FARMACÊUTICO .....   |    |
| 3.6. CUIDADO FARMACÊUTICO NA AR .....   | 51 |
| 4. MÉTODO .....   | 55 |
| 4.1. TIPO DE ESTUDO .....   | 55 |
| 4.2. LOCAL DA PESQUISA .....  | 55 |
| 4.3. POPULAÇÃO.....   | 57 |
| 4.4. ETAPAS DO ESTUDO.....  | 57 |
| 4.4.1. Etapa II – Elaboração do Q-FAR .....   | 58 |
| 4.4.2. Etapa II – Validação de conteúdo e da importância de cada categoria/pergunta .....             | 61 |
| 4.4.3. Etapa III – Teste de confiabilidade Q-FAR .....  | 70 |
| 4.4.4. Etapa IV – Análise e interpretação dos dados.....  | 71 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....   | 78 |
| 5.1. EIXO 1 - NECESSIDADES DE SAÚDE DOS USUÁRIOS COM AR... 78   |    |
| 5.2. EIXO 2 - MONITORIZAÇÃO DO CICLO DA DOENÇA: COMO É FEITO E LACUNAS IDENTIFICADAS NO PROCESSO..... | 82 |

|  |     |
|--|-----|
| 5.3. EIXO 3 – O QUE PRECISA SER AVALIADO EM TERMOS DE FUNCIONALIDADE DE USUÁRIOS COM AR .....                                  | 90  |
| 5.4. COTEJAMENTO DO CORE SET DA CIF PARA AR E DAS CATEGORIAS ELEGIDAS A PARTIR DO GRUPO FOCAL.....                             | 91  |
| 5.5. ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE FUNCIONALIDADE PARA ARTRITE REUMATOIDE (Q-FAR) .....  | 97  |
| 5.5.1. Validação da importância das categorias/perguntas pelos farmacêuticos e pelos usuários.....                             | 101 |
| 5.5.2. Validação aparente de conteúdo e clareza.....   | 104 |
| 5.6. CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO.....  | 110 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....  | 127 |
| REFERÊNCIAS.....   | 129 |
| APÊNDICES.....   | 150 |
| APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO – USUÁRIOS             | 150 |
| APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO NA ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO - FARMACÊUTICOS..... | 153 |
| APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO QUESTIONÁRIO.....                      | 156 |
| APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TESTE DE CONFIABILIDADE .....  | 159 |
| APÊNDICE E – VALIDAÇÃO APARENTE DE CONTEÚDO E CLAREZA .....  | 162 |
| APÊNDICE F - CORE SET ABRANGENTE DA CIF PARA AR .....  | 175 |
| APÊNDICE G - QUESTIONÁRIO FUNCIONALIDADE PARA ARTRITE REUMATOIDE – QFAR .....  | 177 |

## 1. INTRODUÇÃO

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença autoimune, crônica e inflamatória, que ocasiona manifestações articulares e sistêmicas, como principais características da doença se observam presença de sinovite crônica, simétrica e erosiva, o que leva a limitações e incapacidade para realização de atividades rotineiras e redução da expectativa de vida (SILVA, 2016). Sabe-se que 1% a 3% da população mundial desenvolve a AR, e no Brasil, são cerca de 2 milhões de pessoas (MOURAD; MONEM, 2013). Representando um grande problema de saúde pública, é fundamental que se realize o diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento, possibilitando a redução dos impactos negativos na condição de saúde das pessoas com a doença.

O crescimento e o agravamento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), como a AR, repercute nos padrões da funcionalidade humana, que por sua vez é influenciada por novos hábitos e estilos de vida (NEVES-SILVA; ÁLVAREZ-MARTÍN, 2016; WHO, 2016), resultando em uma mudança de perfil epidemiológico mundial, influenciado pelo predomínio de pessoas vivendo com doenças crônicas incapacitantes (KRUG; CIEZA, 2017; WHO, 2017).

Uma pesquisa realizada no Brasil, em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), identificou a artrite como a terceira DCNT mais prevalente (6,4%) no país, ainda, quando perguntado sobre qual DCNT causa limitação intensa ou muito intensa para a realização das atividades habituais, a artrite foi a terceira mais referida (17,1%) (MALTA, *et al.*, 2015).

Sabe-se que as DCNT têm múltipla etiologia, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e também se associam a deficiências e incapacidades funcionais (MALTA; MERHY, 2010; WHO, 2005) o que requer uma abordagem sistemática para o tratamento e acompanhamento, exigindo novas estratégias dos serviços de saúde, como o proposto pela Política Nacional de Saúde Funcional (PNSF), que visa a potencialização do desempenho funcional do indivíduo. A PNSF prima pelo fato de considerar a funcionalidade e a incapacidade do indivíduo como resultado da influência da doença e de seus agravos, além da influência de fatores

ambientais, pessoais e sócio culturais, na presença ou ausência de doença (BRANT, *et al.*, 2017; BRASIL, 2011). Fatores Ambientais, pessoais e sócio culturais, determinantes da saúde, mediadores da promoção à saúde (TAVARES, *et al.*, 2011).

A vigilância da DCNT é uma intervenção de grande mérito para a saúde pública, influencia o planejamento para prevenção e para o controle das DCNT, porém, faz-se necessária uma ferramenta que possibilite o conhecimento da distribuição, da extensão e da propensão dessas doenças e de seus fatores de risco na população. Além disso, é de grande importância a identificação dos condicionantes sociais, econômicos e ambientais envolvidos na doença, que uma vez identificados também participam desta vigilância (MALTA; SILVA JR, 2013; MALTA, *et al.*, 2015).

Essa perspectiva se alinha com a proposta do Ministério da Saúde (MS) para a vigilância das doenças, trazida no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) das doenças, o qual estabelece os critérios de diagnóstico de cada doença, de inclusão e exclusão ao tratamento, os medicamentos e esquemas terapêuticos, bem como mecanismos de monitoramento e avaliação (BRASIL, 2015; BRASIL, 2020) de determinada doença.

Segundo o PCDT para AR a avaliação do ciclo da doença e da capacidade funcional do paciente com AR deve ser realizada periodicamente como parte de seu tratamento, com o intuito de avaliar a eficácia do tratamento e a segurança do paciente quanto ao tratamento, visando a reversão ou atenuação da limitação funcional (BRASIL, 2020; KATCHAMART; BOMBARDIER, 2010).

Funcionalidade é o termo que atualmente sintetiza a operacionalização da saúde biológica e da saúde vivida. Esse termo foi reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o terceiro indicador de saúde e como principal indicador de recuperação funcional (STUCKI; BICKENBACH, 2017). A proposta do conceito de funcionalidade trazida pela OMS, por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (COUBES, *et al.*), é capaz de traduzir a funcionalidade em todos os seus aspectos (WHO, 2001), e

traz uma linguagem global e uniformizada para o registro e comparação das informações sobre saúde (BICKENBACH, *et al.*, 2017).

A CIF permite classificar qualquer indivíduo, portador de doença ou não. Em caso de doença, a recomendação do uso da CIF é de complementar as informações trazidas pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID) (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008) que está em sua 11ª revisão. O uso combinado das duas classificações permite acessar informações sobre a saúde do indivíduo, por meio de dados referentes aos estados de saúde, afim de descrever estados de doença e problemas relacionados à saúde. Possibilitando assim o acompanhamento do indivíduo ao longo de seus ciclos de vida, baseado nos registros da funcionalidade, juntamente com a mortalidade e a morbidade (STUCKI; BICKENBACH, 2017). O uso associado da CID e da CIF permite uma valorização das condições de saúde junto ao diagnóstico clínico, gerando uma visão mais global sobre os aspectos de saúde de uma pessoa.

Essa visão geral é alcançada quando se tem a compreensão da saúde biológica e da vivência da saúde do ponto de vista social, além da compreensão sobre a influência do ambiente na saúde, para se alcançar um dos principais objetivos da sociedade moderna, a saúde da população (STUCKI; BICKENBACH, 2017). Assim, novas políticas devem ser consoantes com políticas já existentes contemplando o olhar ampliado sobre o ser humano.

Um dos pilares da política de saúde no Brasil é a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), coordenada pelo MS juntamente com o Departamento de Assistência Farmacêutica (DEAF) (BRASIL, 2014). Para a realização de ações em saúde o DEAF da 2ª Regional de Saúde (RS) da cidade de Curitiba conta com a Coordenação-Geral do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e segue as linhas de cuidado e as indicações de tratamento para as distintas fases progressivas das doenças estipuladas nos PCDT, publicados pelo MS. Este CEAF atende a 80 doenças crônicas e graves, dispensando aproximadamente 200 itens padronizados para uma média de trinta mil pacientes/mês, destes, mais de 2600 usuários recebem medicamentos para

tratamento de AR, que dentre as doenças contempladas nos PCDT e atendidas nesta farmácia, é uma das mais incapacitantes e afeta de 2 a 3 mil pessoas-ano (STOLWIJK, *et al.*, 2012), sendo que em estágios mais avançados, pode levar a hospitalizações constantes e à incapacidade funcional permanente (BRASIL, 2015; BRASIL, 2020).

Apesar da existência de políticas e estratégias disponíveis, como os PCDT, que orientam o processo de cuidado e a própria construção dos CEAFs, o sistema é pensado de forma compartimentalizada, e as limitações estão presentes (ROVER, *et al.*, 2016), como relatado na literatura (ALMEIDA, *et al.*, 2010; ROVER, *et al.*, 2016), a oferta de serviços como o monitoramento clínico é limitada e o cuidado ainda não é garantido a todos que carecem. Mediante este fato, é necessária a efetivação de um modelo que garanta a continuidade assistencial (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Um estudo piloto realizado para a implantação do serviço de cuidado farmacêutico, na farmácia da 2ª RS do estado do Paraná, mostrou importância das linhas de cuidado serem valorizadas. Na experiência, foram realizadas 129 consultas iniciais e 71 consultas de retorno, nas quais os farmacêuticos puderam realizar alterações ou sugestões na terapia em 41,9%, e encaminhar o usuário a outros profissionais ou serviços em 20,9% (PUGLIESE, 2016). Para o estudo, as diretrizes propostas foram seguidas, o instrumento usado para a avaliação da capacidade funcional de pessoas com AR foi o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) (FRIES, *et al.*, 1980), que é muito clínico e pouco abrangente. Após o piloto, o monitoramento não é realizado atualmente.

Iniciativas como o piloto realizado no CEAF da 2ª RS do estado do Paraná, consolidam a identidade do farmacêutico voltada para o cuidado. Pautadas na ampliação da visão do processo saúde-doença, aflorando com a abordagem ampliada em saúde, a qual foi consolidada no Brasil com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006).

Vale evidenciar a importância do entendimento de que a promoção da saúde contempla o modelo biopsicossocial, extrapolando o modelo biomédico, e a promoção da autonomia do profissional faz parte dos processos envolvidos



(HEIDMANN, *et al.*, 2006), tornando o farmacêutico responsável pela qualidade de vida do usuário, juntamente com outros profissionais (VIEIRA, 2007). Além disso, o profissional e o usuário devem ser tratados em sua totalidade (MARTINS; PAULO, 2002) para que conjuntamente possam compreender a saúde como resultante das condições de saúde.

Para que sejam possíveis mudanças no trabalho do farmacêutico, que contribuam com o cuidado da saúde das pessoas, estes profissionais devem lançar mão do uso de instrumentos e saberes profissionais para as mudanças no processo saúde/doença, como forma de contribuir positivamente no processo de saúde. Processo este, o qual deve levar em conta a história, a experiência vivida do usuário com o medicamento, com a doença e os determinantes de sua saúde (CAMPESE, 2017).

A superação do modelo centrado no médico, no qual vigorava a lógica da execução de procedimentos e ações curativas, sem oferecer o cuidado, tem sido um desafio também ao profissional farmacêutico, que devem utilizar-se de tecnologias leves, relacionadas a produção de vínculos, acolhimento e gestão, como uma forma de gerenciar processos de trabalho (MERHY; FEUERWERKER, 2016), integrando-as no cuidado, dando sentido a profissão, superando assim o domínio das tecnologias duras que caracterizam a profissão (CAMPESE, 2017).

Em face da insuficiência do modelo biomédico para atender às demandas do processo de promoção à saúde a abordagem da funcionalidade e seu registro e monitoramento surge como uma contribuição pelo seu potencial de subsidiar a construção de ferramentas de avaliação e monitoramento das doenças crônicas (CASTANEDA, 2019). Mediante este contexto, o presente estudo, traz como contribuição, o atendimento desta demanda, por meio da elaboração e validação de um instrumento de avaliação da funcionalidade de pacientes com AR, baseado num modelo ampliado de saúde, contemplando o conceito biopsicossocial trazido pela da CIF, privilegiando além da saúde biológica a saúde vivida, levando em conta o ponto de vista do usuário do CEAF com AR e a visão dos farmacêuticos do serviço, levando-se em conta sua opinião e

sugestões, que possam contribuir para a construção de um instrumento que possa avaliar a capacidade funcional destes usuários, possibilitando o monitoramento da condição de saúde no cuidado farmacêutico de pacientes com AR.

O uso da CIF para o registro do indicador funcionalidade proporciona a padronização das informações recolhidas sobre saúde. Assim, pretende-se agregar o uso da CIF no registro da funcionalidade e no cuidado farmacêutico, proporcionando uma base de dados para monitoramento e apoio às decisões clínicas ao longo dos ciclos de vida dos usuários com condições crônicas. Uma vez que, atualmente, o cuidado farmacêutico enfrenta limitações no âmbito do CEAF, como as já citadas anteriormente, pretende-se prover informações cruciais para que o profissional que atua no cuidado farmacêutico possa intervir precocemente no encaminhamento do usuário a outros profissionais, além de poder sugerir reavaliação ou alteração de doses e/ou de medicamentos.

Relacionado à importância do registro de informações em saúde, como o indicador de funcionalidade, para o profissional da saúde, em especial no cuidado farmacêutico, sabe-se os protocolos utilizados atualmente são insuficientes em aspectos como a coleta de informações sobre alterações estruturais provenientes da doença, como é o caso do HAQ (FRIES, *et al.*, 1980).

Dentre as finalidades deste estudo destacam-se:

- 1- A construção de registros que propiciarão ao farmacêutico gerenciar e melhor direcionar sua conduta assistencial e maior conscientização quanto ao armazenamento e conservação do medicamento.
- 2- Possibilitar ao farmacêutico identificar a necessidade de alteração do tratamento, bem como encaminhamento a outros profissionais ou serviços.
- 3- Prover ao usuário melhor adesão ao tratamento e diminuição do abandono do tratamento.
- 4- Oferecer um controle mais preciso não só da evolução da doença, mas também de suas repercussões nos diversos âmbitos da vida desses indivíduos.

- 5- Redução de custos, pois as adversidades advindas do tratamento e da própria doença, poderão ser identificadas precocemente, permitindo redirecionamentos do tratamento de forma mais eficiente, beneficiando o usuário do sistema e o próprio sistema, ou serviço de saúde.

## 2. OBJETIVO

### 2.1. OBJETIVO GERAL

A partir de um modelo ampliado de saúde, contemplando o modelo biopsicossocial, elaborar e validar um instrumento para uso no cuidado farmacêutico, no monitoramento de usuários com AR em uma Unidade de Assistência Farmacêutica no Estado do Paraná.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elencar conceitos significativos, relacionados aos componentes da CIF, a partir dos farmacêuticos, para a elaboração do instrumento proposto no presente trabalho.
- Eleger categorias da CIF para compor o instrumento, com base no cotejamento do *core set* da CIF para AR e de conceitos significativos elegidos a partir dos farmacêuticos.
- Elaborar um instrumento de avaliação para avaliar a funcionalidade de pessoas com AR, com base na CIF.
- Validar o instrumento proposto, com usuários, com profissionais do CEAF e com especialistas em CIF.
- Testar a confiabilidade do instrumento proposto.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1. ARTRITE REUMATOIDE

A AR é uma doença inflamatória crônica e progressiva, representada por sinovite com envolvimento preferencial de articulações de mãos e punhos, de caráter simétrico e aditivo (ANDRADE; DIAS, 2019).

Preferencialmente a doença surge por volta dos 40-50 anos, porém, pode acometer pessoas em qualquer idade, sendo a incidência de duas ou três vezes maior em mulheres (ANDRADE, 2010; HORIUCHI, *et al.*, 2017; MOTA, *et al.*, 2012; MOURAD; MONEM, 2013), que adquirem formas mais graves da doença. Pode se manifestar de forma bastante variável, desde manifestações mais brandas, de menor duração, até uma poli artrite progressiva e destrutiva, associada a vasculite e outras manifestações extra articulares (TEHLIRIAN; BATHON, 2010).

Por se tratar de uma doença de patogênese multifatorial, com diversos fatores e genes presentes no seu desenvolvimento, o fator genético é um dos mais importantes, como mostrado em vários estudos de recorrência familiar da doença (MCINNES; SCHETT, 2017; SILVA, *et al.*, 2016). A prevalência da AR acresce com a idade e se presume que cerca de 1/3 dos indivíduos que desenvolvem a AR são idosos, com idade média inicial igual ou acima 60 anos, condição essa que recebe o nome de *elderly onset rheumatoid arthritis ou EORA* (HORIUCHI, *et al.*, 2017).

No decorrer de anos a AR foi apontada como uma doença de natureza benigna, entretanto, estudos identificam que em razão dos seus efeitos danosos sobre a mobilidade física e a capacidade funcional, bem como a constância do processo inflamatório, para as pessoas acometida, a expectativa de vida sofre uma diminuição considerável quando em comparação com a população em geral (SHINOMIYA, *et al.*, 2008). Cerca de 50% das pessoas com AR ficam impossibilitadas de exercerem suas atividades laborais em 10 anos a partir do início da doença, representando considerável impacto econômico e social (ANDRADE; DIAS, 2019). Nessas circunstâncias, a compreensão mais

aprofundada da etiopatogênese da AR, como da evolução nos processos terapêuticos, torna-se fundamental (LUNDKVIST, *et al.*, 2008).

A vigilância da DCNT como a AR é primordial para que se possa estruturar mecanismos para identificação precoce, prevenção e controle do impacto destas doenças, auxiliando as políticas públicas de promoção da saúde. Assim, o MS realizou, em 2013, uma coleta de informações sobre fatores de risco e comorbidades, com pessoas que sofrem com DCNT no Brasil. Compondo um sistema de monitoramento de DCNT, por meio da Pesquisa Nacional em Saúde identificou-se que 45% da população brasileira adulta refere ter pelo menos uma DCNT, sendo as mais frequentes: hipertensão, dor na coluna ou nas costas, diabetes, artrite ou reumatismo, depressão e bronquite ou asma (MALTA, *et al.*, 2015).

A região brasileira com maior prevalência de indivíduos com DCNT foi a Sul (52,1%), sendo o Paraná o estado com a segunda maior prevalência (52,3%). Dentre as morbidades, a artrite é a 4ª em maior prevalência (6,4%). Para a população nacional masculina, a artrite tem prevalência menor que 4%, já para as mulheres, é de 9% (MALTA, *et al.*, 2015).

Relacionado as consequências da AR, a incapacidade que leva a redução da capacidade funcional é um fator indicativo de comorbidades e mortalidade (PINCUS; SOKKA, 2001). Índices como o *Disease Activity Score 28* (DAS 28), o *Simplified Disease Activity Index* (SDAI) e o *Clinical Disease Activity Index* (CDAI) são utilizados para a classificação do nível de atividade da AR, porém, apresentam limitações quanto a identificação de informações sobre funcionalidade (MOTA, *et al.*, 2011). Apesar da existência de diretrizes sobre o acompanhamento da capacidade funcional da AR (BRASIL, 2015; BRASIL, 2020) a literatura relata não haver normativas para a avaliação da funcionalidade de pessoas com AR, os testes usados são validados para pessoas idosas, que também apresentam redução da capacidade funcional (FITZCHARLES, *et al.*, 2009). A avaliação mais precisa da capacidade funcional das pessoas com AR pode ser capaz de contribuir para o monitoramento adequado da pessoa com a doença (SANTANA, *et al.*, 2014).

Fatores como idade, tempo da doença, níveis de dor e medicações em uso podem influenciar a perda da funcionalidade ao longo da vida de pessoas com AR (OLIVEIRA, *et al.*, 2015). Elevando a importância das equipes multidisciplinares que prestam atendimento a essas pessoas a atuarem no cuidado, interrompendo a progressão da doença, favorecendo a melhora da função articular e diminuindo o impacto causado pela AR (MOTA, *et al.*, 2011).

Já se encontram bem estabelecidos os benefícios decorrentes da implantação precoce do tratamento para a AR, que deve ser conduzido de forma enfática, visando à remissão do processo inflamatório. Porém, ainda persistem diversas dúvidas e contestações que precisam ser esclarecidas sobre a terapia de escolha e o uso de agentes biológicos (EMERY, 2006). De acordo com a literatura, os custos relacionados à AR são elevados no Brasil e em outros países em desenvolvimento, devido à limitação quanto a recursos financeiros (ANDRADE; DIAS, 2019; MOTA, *et al.*, 2012).

Além do tratamento medicamentoso existe a necessidade de outros cuidados de saúde e de recuperação funcional, já que 80% a 84% das pessoas com AR apresentam limitações para realização de atividades rotineiras e redução de capacidade funcional (CARMONA, *et al.*, 2001; LAURINDO, *et al.*, 2004)

Como um dos principais objetivos das intervenções terapêuticas em reumatologia, destaca-se a prevenção ou o retardo na perda da capacidade funcional, fazendo-se primordial o uso de instrumentos de avaliação para o acompanhamento de pessoas com AR, e para a avaliação da eficácia e efetividade de intervenções terapêuticas, farmacológicas ou não-farmacológicas (FERRAZ; ATRA, 1990; HAZLEWOOD, *et al.*, 2016; LAURINDO, *et al.*, 2004).

Devido ao impacto multidimensional da AR na vida das pessoas, ressalta-se a relevância de serem utilizados instrumentos de avaliação apropriados para o acompanhamento do impacto das comorbidades relacionadas a AR, bem como a avaliação do nível de funcionalidade de pessoas com a doença, que pode ser realizado com o uso da CIF. Uma vez que a classificação permite uma abordagem amplificada dos fatores que implicam na condição de saúde,

possibilitando melhor compreensão da condição de saúde e de tais fatores (OMS, 2003b; OMS, 2015; SAMPAIO, *et al.*, 2005).

### 3.2. CIF E FUNCIONALIDADE

O termo funcionalidade diz respeito à capacidade de realizar atividades e tarefas da vida diária e cotidiana, de maneira eficaz e independente (BRASIL, 2011). Para BAILLET, *et al.* (2012), a avaliação da funcionalidade sobre o domínio físico é extremamente importante para identificar pacientes com risco de incapacitação funcional, determinar prioridades em termos de capacidades físicas e doses de treinamento físico, recuperação funcional e promoção da coparticipação, da motivação do paciente na aderência e gestão dos métodos de tratamento propostos pelos profissionais de saúde. Porém, essa visão necessita ser ampliada promovendo uma avaliação com base em domínios mais amplos, como o social e o ambiental, para que se possa compreender as repercussões da doença para além dos aspectos biofisiológicos e estruturais do corpo.

Para a OMS (2015) apenas 16% a 20% das pessoas com AR não apresentam evidências de diminuição da capacidade funcional, e 17% das pessoas com AR são incapazes de manter o autocuidado e a higiene pessoal. A diminuição das habilidades funcionais, de uma forma geral, bem como a piora da qualidade de vida, geram impacto econômico significativo para a pessoa e para a sociedade (MALTA; SILVA JR, 2013).

Avaliações mais abrangentes para a avaliação de pessoas com AR tem sido buscadas, a avaliação da qualidade de vida e da funcionalidade tem sido incluídas em protocolos de estudo, uma vez que o interesse pela mensuração da incapacidade e da funcionalidade é crescente, influência da multidimensionalidade do impacto da AR na vida das pessoas que são afetadas pela doença (MCINTYRE; TEMPEST, 2007).

Por esses motivos, é importante salientar que a prevenção ou a diminuição na redução/perda da capacidade funcional estabelece um dos principais objetivos nos tratamentos em reumatologia (LAURINDO, *et al.*, 2004).



Sabe-se que é de extrema importância o conhecimento das consequências da AR, associadas ao processo patológico, sobre a funcionalidade e também outros fatores relacionados. Um estudo relata as relações entre as alterações encontradas nas estruturas e suas funções, as dificuldades e limitações para a realização das atividades podem ser influenciados pela própria doença bem como por fatores externos, relacionados ao ambiente e também fatores pessoais. Assim, deve-se levar em conta a utilização de instrumentos que contemplem essa visão, em diferentes locais, já que tais fatores contextuais podem diferenciar-se de acordo com o meio no qual a pessoa se encontra (COENEN, 2008).

A criação da CIF surgiu devido a necessidade de mensurar as consequências das doenças (ARAUJO, 2013; CASTANEDA, *et al.*, 2014) e essa ferramenta associa-se à Família de Classificações Internacionais da OMS (SABARIEGO, *et al.*, 2015) e demonstra o modelo explicativo para a compreensão da saúde e incapacidade recomendado pelo OMS (BÖLTE, *et al.*, 2014).

Há aproximadamente 30 anos, a OMS vem elaborando modelos de compreensão e classificação dos fenômenos de funcionalidade, incapacidade e deficiência (WHO, 2001).

A CIF é um sistema de classificação que descreve a funcionalidade e a incapacidade referentes aos estados de saúde, mediante um modelo taxonômico dentro de um entendimento unificado, representando uma abordagem onde o foco não é mais apenas as consequências da enfermidade, mas também classifica a saúde pela visão biopsicossocial em uma conexão multidirecional (WHO, 2001), ultrapassando dessa maneira o modelo biomédico predominante (PRODINGER, *et al.*, 2008).

Embora as condições de tratamentos médicos e outras terapêuticas tenham evoluído notadamente nas últimas décadas, para diversos pacientes com AR o desempenho de suas das atividades de vida diária e social são consideravelmente comprometidos em função da doença. Sendo assim, estratégias como o uso da CIF e a incorporação do modelo biopsicossocial

contemplado na CIF é primordial para o melhor direcionamento do tratamento e acompanhamento de pacientes que vivem com as consequências da doença. Uma vez que a classificação é um forte sistema de informação sobre funcionalidade, incapacidade e deficiência (STUCKI; BICKENBACH, 2017), viabilizando o conceito biopsicossocial, um modelo ampliado de saúde, permite um padrão inovador para o planejamento das intervenções (HARTY, *et al.*, 2011), possibilitando uma linguagem homogênea sobre as informações em saúde (MADDEN, *et al.*, 2015), a classificação se mostra um potencial alicerce teórico/prático para assumir a incorporação efetiva do modelo biopsicossocial (CASTANEDA, 2019).

### 3.3. CONTEXTO E ESTRUTURA DA CIF

Aprovada em 2001, a CIF faz parte da família de classificações da OMS, e seu uso foi iniciado pelos países membros da OMS, sendo, desde então, utilizada em várias áreas da saúde para a avaliação intervenções, aplicar em sistemas de informação, auxiliar em estatística relacionada a saúde, bem como servindo como base para legislações e políticas públicas relacionadas às pessoas com deficiência. Seu uso em pesquisas e na prática clínica tem sido frequentemente enfatizado (WHO, 2016).

O Brasil, enquanto país membro da OMS, foi urgido a utilizar a CIF por força da Resolução nº 54.21/2001, da OMS, homologada em maio de 2012 a Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 452, nos termos do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006 (BRASIL, 2011).

A classificação visa complementar a CID, possibilitando assim a complementação sobre os estados de saúde de um indivíduo. A utilização conjunta das duas classificações propicia a visão mais ampla sobre a condição de saúde, valorizando-se assim o diagnóstico clínico e as possíveis condições de saúde sob o ponto de vista mais global sobre a saúde do indivíduo. A CIF propõe uma linguagem padronizada acerca da funcionalidade do indivíduo, seja ele portador ou não de uma doença, permite tamanha abrangência que

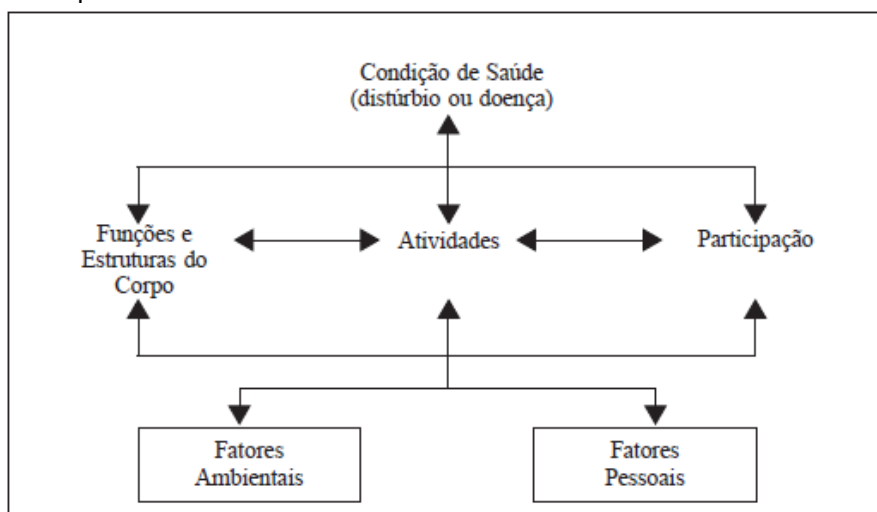
possibilita a monitorização e rastreamento de possíveis riscos de limitações, incapacidades e desenvolvimento de doenças (OMS, 2015).

A CIF oferece uma associação entre condição de saúde e ambiente, o qual pode ser entendido quando analisamos sobre os princípios que ressaltam a importância do ambiente na funcionalidade do sujeito. Trata-se de três princípios, a universalidade, a abordagem integrativa e a abordagem interativa. A universalidade abrange o entendimento de que qualquer pessoa pode ser avaliada, ou incluída, independentemente de sua condição de saúde, presença ou não de doença, e independente do seu ambiente cotidiano. A abordagem integrativa pondera e integra Fatores Ambientais e pessoais. E a abordagem interativa, na qual se reconhece a multidimensionalidade e a complexidade da limitação funcional (LAURENTI; BUCHALLA, 1999; PERNAMBUCO, *et al.*, 2015).

O modelo da CIF valoriza de forma equilibrada os fatores determinantes das condições de saúde, apresentando a multidirecionalidade na relação entre seus componentes (ARAÚJO; NEVES, 2014; REICHENHEIM; MORAES, 2007; WHO, 2001; YEN, *et al.*, 2014). Como fatores determinantes das condições de saúde tem-se fatores sociais, econômicos e comportamentais (PELLEGRINI FILHO, 2011).

A Figura 1 mostra como o modelo da CIF engloba esses aspectos.

Figura 1. Modelo biopsicossocial da CIF



Fonte: OMS (2015).

A Política Nacional de Saúde Funcional conceitua Saúde Funcional como

O estado de funcionalidade e de bem-estar individual e das coletividades, em todos os ciclos de vida, no desempenho das atividades e na participação social, promovendo qualidade de vida e autonomia para o pleno exercício da cidadania (BRASIL, 2011, p.01).

De acordo com a Política Nacional de Saúde Funcional, são objetivos da CIF:

- a) Uso nas investigações para medir resultados acerca do bem estar, qualidade de vida, acesso a serviços e impacto dos Fatores Ambientais (estruturais e atitudinais) na saúde dos indivíduos;
- b) Ferramenta estatística na coleta e registro de dados (em estudos da população e inquéritos na população ou em sistemas de informação para a gestão);
- c) Ferramenta clínica para avaliar necessidades, compatibilizar os tratamentos com as condições específicas, ampliando a linha de cuidado;
- d) Favorecer a visibilidade e avaliar os processos de trabalho com os respectivos impactos reais das ações dos profissionais de saúde, que atuam diretamente com a funcionalidade humana;
- e) Dimensionar e redimensionar os serviços visando qualificar e quantificar as informações relativas ao tratamento e recuperação da saúde no processo de reabilitação e os respectivos resultados;
- f) Ferramenta no planejamento de sistemas de seguridade social, de sistemas de compensação e nos projetos e no desenvolvimento de políticas;
- g) Ferramenta pedagógica na elaboração de programas educacionais, para aumentar a conscientização e a realização de ações sociais;
- h) Ferramenta geradora de informações padronizadas em saúde, devendo a mesma ser inserida no Sistema Nacional de informações em saúde do Sistema Único de Saúde para alimentar as bases de dados, com vistas ao controle, avaliação e regulação para instrumentalizar a gestão no gerenciamento das ações e serviços de saúde em os seus níveis de atenção; e
- i) Geradora de indicadores de saúde referentes à funcionalidade humana (BRASIL, 2011, P.21,21).

A estrutura da CIF é dividida em duas partes (Quadro 1). A parte 1 se refere à funcionalidade e incapacidade, e contempla os componentes “Funções do Corpo”, “Estruturas do Corpo”, e “Atividades e Participação”, a segunda parte se trata dos fatores contextuais, divididos em “Fatores Ambientais” e “fatores pessoais” (o qual ainda não é classificado, devido a ampla variação das questões sociais e culturais), esses dois tratam de fatores relacionados ao ambiente e ao próprio indivíduo.

Quadro 1. Estrutura geral da CIF

|                  | PARTE 1: FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE   |   | PARTE 2: FATORES CONTEXTUAIS   |  |
|------------------|--|---|--|--|
| Componentes      | Funções e Estruturas do Corpo  | Atividades e Participação   | Fatores Ambientais   | Fatores Pessoais   |
| Domínios         | Funções do Corpo<br>Estruturas do Corpo  | Áreas da Vida (tarefas, ações)  | Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade                             | Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade |
| Construtos       | Mudanças nas Funções do Corpo (fisiológicas)<br>Mudanças nas estruturas corporais (anatômicas) | Capacidade: Execução de tarefas em um ambiente padrão<br>Desempenho: Execução de tarefas no ambiente habitual | Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico social e de atitude | Impacto dos atributos de uma pessoa                          |
| Aspecto Positivo | Integridade funcional e Estrutural   | Atividades e Participação   | Facilitadores  | Não aplicável  |
|                  | Funcionalidade   |   |  |  |
| Aspecto negativo | Deficiência  | Limitação da Atividade<br>Restrição de participação   | Barreiras/Obstáculos   | Não aplicável  |
|                  | Incapacidade   |   |  |  |

Fonte: OMS (2015).

Cada um dos 4 componentes recebe uma codificação alfabética, sendo “b” para Funções do Corpo, “s” para Estruturas do Corpo, “d” para Atividades e Participação e “e” para Fatores Ambientais. Cada um dos componentes é dividido em capítulos, que representa uma classificação de primeiro nível. Cada capítulo pode ser dividido em categorias, o que representa uma de classificação de segundo nível. Quando adicionado a uma classificação de segundo nível, um código numérico de um dígito, isso gera uma subcategoria, representando uma classificação de terceiro nível, acrescentando-se ainda mais um dígito, quarto nível. Estrutura a qual denominamos galho-ramo-folha (Figura 2) (OMS, 2015).

Figura 2. Estrutura galho-ramo-folha da CIF



Fonte: Adaptado de PRODINGER, *et al.* (2016).

Para gerar um código a partir dessas categorias é necessário se adicionar um qualificador após cada um desses códigos. O qualificador (Quadro 2) é determinado de acordo com uma escala que varia de 0 a 4, e representa o nível progressivo de dificuldade relacionada ao que cada categoria representa. Sendo que, nesta escala, 0 representa ausência de dificuldade; 1, dificuldade leve; 2, dificuldade moderada; 3, dificuldade grave e 4, dificuldade completa. Usa-se ainda o qualificador 8, o qual é recomendado para os dados em que se sabe que há uma dificuldade, porém, não existem informações suficientes para quantificar a dificuldade relacionada à categoria. Há também o qualificador 9, que tem sua indicação de uso quando a categoria não for aplicável ao indivíduo (OMS, 2015).

Quadro 2. Características dos qualificadores da CIF referentes a cada componente.

(continua)

| Componente          | Características do qualificador   |                                 |                     |                                 |       |       |                  |                   |        |       |                      |                      |         |       |                   |                        |         |       |                      |             |          |       |                  |  |  |       |               |  |  |
|---------------------|---|---------------------------------|---------------------|---------------------------------|-------|-------|------------------|-------------------|--------|-------|----------------------|----------------------|---------|-------|-------------------|------------------------|---------|-------|----------------------|-------------|----------|-------|------------------|--|--|-------|---------------|--|--|
| Funções do Corpo    | <p style="text-align: right;">Extensão da deficiência (primeiro qualificador)</p> <p>b7302. _</p> <p><i>Primeiro qualificador</i><br/>Qualificador comum com escala negativa utilizado para indicar a extensão ou magnitude de uma deficiência: /</p> <table border="0"> <tr> <td>xxx.0</td> <td>NENHUMA deficiência</td> <td>(nenhuma, ausente, escassa,...)</td> <td>0-4 %</td> </tr> <tr> <td>xxx.1</td> <td>Deficiência LEVE</td> <td>(leve, baixa,...)</td> <td>5-24 %</td> </tr> <tr> <td>xxx.2</td> <td>Deficiência MODERADA</td> <td>(média, regular,...)</td> <td>25-49 %</td> </tr> <tr> <td>xxx.3</td> <td>Deficiência GRAVE</td> <td>(elevada, extrema,...)</td> <td>50-95 %</td> </tr> <tr> <td>xxx.4</td> <td>Deficiência COMPLETA</td> <td>(total,...)</td> <td>96-100 %</td> </tr> <tr> <td>xxx.8</td> <td colspan="3">não especificada</td> </tr> <tr> <td>xxx.9</td> <td colspan="3">não aplicável</td> </tr> </table>  | xxx.0                           | NENHUMA deficiência | (nenhuma, ausente, escassa,...) | 0-4 % | xxx.1 | Deficiência LEVE | (leve, baixa,...) | 5-24 % | xxx.2 | Deficiência MODERADA | (média, regular,...) | 25-49 % | xxx.3 | Deficiência GRAVE | (elevada, extrema,...) | 50-95 % | xxx.4 | Deficiência COMPLETA | (total,...) | 96-100 % | xxx.8 | não especificada |  |  | xxx.9 | não aplicável |  |  |
| xxx.0               | NENHUMA deficiência   | (nenhuma, ausente, escassa,...) | 0-4 %               |                                 |       |       |                  |                   |        |       |                      |                      |         |       |                   |                        |         |       |                      |             |          |       |                  |  |  |       |               |  |  |
| xxx.1               | Deficiência LEVE  | (leve, baixa,...)               | 5-24 %              |                                 |       |       |                  |                   |        |       |                      |                      |         |       |                   |                        |         |       |                      |             |          |       |                  |  |  |       |               |  |  |
| xxx.2               | Deficiência MODERADA  | (média, regular,...)            | 25-49 %             |                                 |       |       |                  |                   |        |       |                      |                      |         |       |                   |                        |         |       |                      |             |          |       |                  |  |  |       |               |  |  |
| xxx.3               | Deficiência GRAVE   | (elevada, extrema,...)          | 50-95 %             |                                 |       |       |                  |                   |        |       |                      |                      |         |       |                   |                        |         |       |                      |             |          |       |                  |  |  |       |               |  |  |
| xxx.4               | Deficiência COMPLETA  | (total,...)                     | 96-100 %            |                                 |       |       |                  |                   |        |       |                      |                      |         |       |                   |                        |         |       |                      |             |          |       |                  |  |  |       |               |  |  |
| xxx.8               | não especificada  |                                 |                     |                                 |       |       |                  |                   |        |       |                      |                      |         |       |                   |                        |         |       |                      |             |          |       |                  |  |  |       |               |  |  |
| xxx.9               | não aplicável   |                                 |                     |                                 |       |       |                  |                   |        |       |                      |                      |         |       |                   |                        |         |       |                      |             |          |       |                  |  |  |       |               |  |  |
| Estruturas do Corpo | <p style="text-align: right;">Extensão da deficiência (primeiro qualificador)<br/>Natureza da deficiência (segundo qualificador)<br/>Localização da deficiência (terceiro qualificador)</p> <p>s7300. _ _</p> <p><i>Primeiro qualificador</i><br/>Qualificador comum com escala negativa utilizado para indicar a extensão ou magnitude de uma deficiência: /</p> <table border="0"> <tr> <td>xxx.0</td> <td>NENHUMA deficiência</td> <td>(nenhuma, ausente, escassa,...)</td> <td>0-4 %</td> </tr> <tr> <td>xxx.1</td> <td>Deficiência LEVE</td> <td>(leve, baixa,...)</td> <td>5-24 %</td> </tr> <tr> <td>xxx.2</td> <td>Deficiência MODERADA</td> <td>(média, regular,...)</td> <td>25-49 %</td> </tr> <tr> <td>xxx.3</td> <td>Deficiência GRAVE</td> <td>(elevada, extrema,...)</td> <td>50-95 %</td> </tr> <tr> <td>xxx.4</td> <td>Deficiência COMPLETA</td> <td>(total,...)</td> <td>96-100 %</td> </tr> <tr> <td>xxx.8</td> <td colspan="3">não especificada</td> </tr> <tr> <td>xxx.9</td> <td colspan="3">não aplicável</td> </tr> </table> <p><i>Segundo qualificador</i><br/>Utilizado para indicar a natureza da mudança na estrutura corporal correspondente.</p> <p>0 nenhuma mudança na estrutura<br/>1 ausência total<br/>2 ausência parcial<br/>3 parte adicional<br/>4 dimensões aberrantes<br/>5 descontinuidade<br/>6 posição desviada<br/>7 mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de fluido<br/>8 não especificada<br/>9 não aplicável</p> | xxx.0                           | NENHUMA deficiência | (nenhuma, ausente, escassa,...) | 0-4 % | xxx.1 | Deficiência LEVE | (leve, baixa,...) | 5-24 % | xxx.2 | Deficiência MODERADA | (média, regular,...) | 25-49 % | xxx.3 | Deficiência GRAVE | (elevada, extrema,...) | 50-95 % | xxx.4 | Deficiência COMPLETA | (total,...) | 96-100 % | xxx.8 | não especificada |  |  | xxx.9 | não aplicável |  |  |
| xxx.0               | NENHUMA deficiência   | (nenhuma, ausente, escassa,...) | 0-4 %               |                                 |       |       |                  |                   |        |       |                      |                      |         |       |                   |                        |         |       |                      |             |          |       |                  |  |  |       |               |  |  |
| xxx.1               | Deficiência LEVE  | (leve, baixa,...)               | 5-24 %              |                                 |       |       |                  |                   |        |       |                      |                      |         |       |                   |                        |         |       |                      |             |          |       |                  |  |  |       |               |  |  |
| xxx.2               | Deficiência MODERADA  | (média, regular,...)            | 25-49 %             |                                 |       |       |                  |                   |        |       |                      |                      |         |       |                   |                        |         |       |                      |             |          |       |                  |  |  |       |               |  |  |
| xxx.3               | Deficiência GRAVE   | (elevada, extrema,...)          | 50-95 %             |                                 |       |       |                  |                   |        |       |                      |                      |         |       |                   |                        |         |       |                      |             |          |       |                  |  |  |       |               |  |  |
| xxx.4               | Deficiência COMPLETA  | (total,...)                     | 96-100 %            |                                 |       |       |                  |                   |        |       |                      |                      |         |       |                   |                        |         |       |                      |             |          |       |                  |  |  |       |               |  |  |
| xxx.8               | não especificada  |                                 |                     |                                 |       |       |                  |                   |        |       |                      |                      |         |       |                   |                        |         |       |                      |             |          |       |                  |  |  |       |               |  |  |
| xxx.9               | não aplicável   |                                 |                     |                                 |       |       |                  |                   |        |       |                      |                      |         |       |                   |                        |         |       |                      |             |          |       |                  |  |  |       |               |  |  |

Quadro 2. Características dos qualificadores da CIF referentes a cada componente.  
(Continuação)

| Componente                | Características do qualificador   |                                |                     |                                |      |              |                  |                     |       |              |                      |                     |        |              |                   |                    |        |              |                      |            |         |              |                  |  |  |              |               |  |  |
|---------------------------|---|--------------------------------|---------------------|--------------------------------|------|--------------|------------------|---------------------|-------|--------------|----------------------|---------------------|--------|--------------|-------------------|--------------------|--------|--------------|----------------------|------------|---------|--------------|------------------|--|--|--------------|---------------|--|--|
| Estruturas do Corpo       | <p>Terceiro qualificador (sugerido)<br/>A ser desenvolvido para indicar localização</p> <p>0 mais de uma região<br/>1 direita<br/>2 esquerda<br/>3 ambos os lados<br/>4 parte dianteira<br/>5 parte traseira<br/>6 proximal<br/>7 distal<br/>8 não especificada<br/>9 não aplicável</p>   |                                |                     |                                |      |              |                  |                     |       |              |                      |                     |        |              |                   |                    |        |              |                      |            |         |              |                  |  |  |              |               |  |  |
| Atividades e Participação | <p>Qualificador de desempenho (primeiro qualificador)<br/>Qualificador de capacidade (sem ajuda) (segundo qualificador)</p> <p>d4500. . . . .</p> <table border="0"> <tr> <td><b>xxx.0</b></td> <td>NENHUMA dificuldade</td> <td>(nenhuma, ausente, escassa...)</td> <td>0-4%</td> </tr> <tr> <td><b>xxx.1</b></td> <td>Dificuldade LEVE</td> <td>(ligeira, baixa...)</td> <td>5-24%</td> </tr> <tr> <td><b>xxx.2</b></td> <td>Dificuldade MODERADA</td> <td>(média, regular...)</td> <td>25-49%</td> </tr> <tr> <td><b>xxx.3</b></td> <td>Dificuldade GRAVE</td> <td>(alta, extrema...)</td> <td>50-95%</td> </tr> <tr> <td><b>xxx.4</b></td> <td>Dificuldade COMPLETA</td> <td>(total...)</td> <td>96-100%</td> </tr> <tr> <td><b>xxx.8</b></td> <td>não especificada</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>xxx.9</b></td> <td>não aplicável</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | <b>xxx.0</b>                   | NENHUMA dificuldade | (nenhuma, ausente, escassa...) | 0-4% | <b>xxx.1</b> | Dificuldade LEVE | (ligeira, baixa...) | 5-24% | <b>xxx.2</b> | Dificuldade MODERADA | (média, regular...) | 25-49% | <b>xxx.3</b> | Dificuldade GRAVE | (alta, extrema...) | 50-95% | <b>xxx.4</b> | Dificuldade COMPLETA | (total...) | 96-100% | <b>xxx.8</b> | não especificada |  |  | <b>xxx.9</b> | não aplicável |  |  |
| <b>xxx.0</b>              | NENHUMA dificuldade   | (nenhuma, ausente, escassa...) | 0-4%                |                                |      |              |                  |                     |       |              |                      |                     |        |              |                   |                    |        |              |                      |            |         |              |                  |  |  |              |               |  |  |
| <b>xxx.1</b>              | Dificuldade LEVE  | (ligeira, baixa...)            | 5-24%               |                                |      |              |                  |                     |       |              |                      |                     |        |              |                   |                    |        |              |                      |            |         |              |                  |  |  |              |               |  |  |
| <b>xxx.2</b>              | Dificuldade MODERADA  | (média, regular...)            | 25-49%              |                                |      |              |                  |                     |       |              |                      |                     |        |              |                   |                    |        |              |                      |            |         |              |                  |  |  |              |               |  |  |
| <b>xxx.3</b>              | Dificuldade GRAVE   | (alta, extrema...)             | 50-95%              |                                |      |              |                  |                     |       |              |                      |                     |        |              |                   |                    |        |              |                      |            |         |              |                  |  |  |              |               |  |  |
| <b>xxx.4</b>              | Dificuldade COMPLETA  | (total...)                     | 96-100%             |                                |      |              |                  |                     |       |              |                      |                     |        |              |                   |                    |        |              |                      |            |         |              |                  |  |  |              |               |  |  |
| <b>xxx.8</b>              | não especificada  |                                |                     |                                |      |              |                  |                     |       |              |                      |                     |        |              |                   |                    |        |              |                      |            |         |              |                  |  |  |              |               |  |  |
| <b>xxx.9</b>              | não aplicável   |                                |                     |                                |      |              |                  |                     |       |              |                      |                     |        |              |                   |                    |        |              |                      |            |         |              |                  |  |  |              |               |  |  |



Quadro 2. Características dos qualificadores da CIF referentes a cada componente.

(Conclusão)

| Componente         | Características do qualificador  |                                |                  |                                |       |       |               |                  |        |       |                   |                     |         |       |                |                    |         |       |                   |            |          |       |                    |                               |       |       |                  |                  |        |       |                      |                     |         |       |                          |                    |         |       |                      |            |          |       |                           |  |  |       |                              |  |  |       |               |  |  |
|--------------------|--|--------------------------------|------------------|--------------------------------|-------|-------|---------------|------------------|--------|-------|-------------------|---------------------|---------|-------|----------------|--------------------|---------|-------|-------------------|------------|----------|-------|--------------------|-------------------------------|-------|-------|------------------|------------------|--------|-------|----------------------|---------------------|---------|-------|--------------------------|--------------------|---------|-------|----------------------|------------|----------|-------|---------------------------|--|--|-------|------------------------------|--|--|-------|---------------|--|--|
| Fatores Ambientais | <p><i>Primeiro qualificador</i></p> <p>A seguir apresentamos a escala negativa e positiva que denota a extensão na qual um fator ambiental atua como um obstáculo ou um facilitador. Um ponto decimal sozinho indica um obstáculo, enquanto o sinal “+” indica um facilitador, como indicado abaixo:</p> <table> <tbody> <tr> <td>xxx.0</td> <td>NENHUMA barreira</td> <td>(nenhuma, ausente, escassa...)</td> <td>0-4 %</td> </tr> <tr> <td>xxx.1</td> <td>Barreira LEVE</td> <td>(leve, baixa...)</td> <td>5-24 %</td> </tr> <tr> <td>xxx.2</td> <td>Barreira MODERADA</td> <td>(média, regular...)</td> <td>25-49 %</td> </tr> <tr> <td>xxx.3</td> <td>Barreira GRAVE</td> <td>(alta, extrema...)</td> <td>50-95 %</td> </tr> <tr> <td>xxx.4</td> <td>Barreira COMPLETA</td> <td>(total...)</td> <td>96-100 %</td> </tr> <tr> <td>xxx+0</td> <td>NENHUM facilitador</td> <td>(nenhum, ausente, escasso...)</td> <td>0-4 %</td> </tr> <tr> <td>xxx+1</td> <td>Facilitador LEVE</td> <td>(leve, baixo...)</td> <td>5-24 %</td> </tr> <tr> <td>xxx+2</td> <td>Facilitador MODERADO</td> <td>(médio, regular...)</td> <td>25-49 %</td> </tr> <tr> <td>xxx+3</td> <td>Facilitador CONSIDERÁVEL</td> <td>(alto, extremo...)</td> <td>50-95 %</td> </tr> <tr> <td>xxx+4</td> <td>Facilitador COMPLETO</td> <td>(total...)</td> <td>86-100 %</td> </tr> <tr> <td>xxx.8</td> <td>Barreira não especificada</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>xxx+8</td> <td>Facilitador não especificado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>xxx.9</td> <td>não aplicável</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | xxx.0                          | NENHUMA barreira | (nenhuma, ausente, escassa...) | 0-4 % | xxx.1 | Barreira LEVE | (leve, baixa...) | 5-24 % | xxx.2 | Barreira MODERADA | (média, regular...) | 25-49 % | xxx.3 | Barreira GRAVE | (alta, extrema...) | 50-95 % | xxx.4 | Barreira COMPLETA | (total...) | 96-100 % | xxx+0 | NENHUM facilitador | (nenhum, ausente, escasso...) | 0-4 % | xxx+1 | Facilitador LEVE | (leve, baixo...) | 5-24 % | xxx+2 | Facilitador MODERADO | (médio, regular...) | 25-49 % | xxx+3 | Facilitador CONSIDERÁVEL | (alto, extremo...) | 50-95 % | xxx+4 | Facilitador COMPLETO | (total...) | 86-100 % | xxx.8 | Barreira não especificada |  |  | xxx+8 | Facilitador não especificado |  |  | xxx.9 | não aplicável |  |  |
| xxx.0              | NENHUMA barreira   | (nenhuma, ausente, escassa...) | 0-4 %            |                                |       |       |               |                  |        |       |                   |                     |         |       |                |                    |         |       |                   |            |          |       |                    |                               |       |       |                  |                  |        |       |                      |                     |         |       |                          |                    |         |       |                      |            |          |       |                           |  |  |       |                              |  |  |       |               |  |  |
| xxx.1              | Barreira LEVE  | (leve, baixa...)               | 5-24 %           |                                |       |       |               |                  |        |       |                   |                     |         |       |                |                    |         |       |                   |            |          |       |                    |                               |       |       |                  |                  |        |       |                      |                     |         |       |                          |                    |         |       |                      |            |          |       |                           |  |  |       |                              |  |  |       |               |  |  |
| xxx.2              | Barreira MODERADA  | (média, regular...)            | 25-49 %          |                                |       |       |               |                  |        |       |                   |                     |         |       |                |                    |         |       |                   |            |          |       |                    |                               |       |       |                  |                  |        |       |                      |                     |         |       |                          |                    |         |       |                      |            |          |       |                           |  |  |       |                              |  |  |       |               |  |  |
| xxx.3              | Barreira GRAVE   | (alta, extrema...)             | 50-95 %          |                                |       |       |               |                  |        |       |                   |                     |         |       |                |                    |         |       |                   |            |          |       |                    |                               |       |       |                  |                  |        |       |                      |                     |         |       |                          |                    |         |       |                      |            |          |       |                           |  |  |       |                              |  |  |       |               |  |  |
| xxx.4              | Barreira COMPLETA  | (total...)                     | 96-100 %         |                                |       |       |               |                  |        |       |                   |                     |         |       |                |                    |         |       |                   |            |          |       |                    |                               |       |       |                  |                  |        |       |                      |                     |         |       |                          |                    |         |       |                      |            |          |       |                           |  |  |       |                              |  |  |       |               |  |  |
| xxx+0              | NENHUM facilitador   | (nenhum, ausente, escasso...)  | 0-4 %            |                                |       |       |               |                  |        |       |                   |                     |         |       |                |                    |         |       |                   |            |          |       |                    |                               |       |       |                  |                  |        |       |                      |                     |         |       |                          |                    |         |       |                      |            |          |       |                           |  |  |       |                              |  |  |       |               |  |  |
| xxx+1              | Facilitador LEVE   | (leve, baixo...)               | 5-24 %           |                                |       |       |               |                  |        |       |                   |                     |         |       |                |                    |         |       |                   |            |          |       |                    |                               |       |       |                  |                  |        |       |                      |                     |         |       |                          |                    |         |       |                      |            |          |       |                           |  |  |       |                              |  |  |       |               |  |  |
| xxx+2              | Facilitador MODERADO   | (médio, regular...)            | 25-49 %          |                                |       |       |               |                  |        |       |                   |                     |         |       |                |                    |         |       |                   |            |          |       |                    |                               |       |       |                  |                  |        |       |                      |                     |         |       |                          |                    |         |       |                      |            |          |       |                           |  |  |       |                              |  |  |       |               |  |  |
| xxx+3              | Facilitador CONSIDERÁVEL   | (alto, extremo...)             | 50-95 %          |                                |       |       |               |                  |        |       |                   |                     |         |       |                |                    |         |       |                   |            |          |       |                    |                               |       |       |                  |                  |        |       |                      |                     |         |       |                          |                    |         |       |                      |            |          |       |                           |  |  |       |                              |  |  |       |               |  |  |
| xxx+4              | Facilitador COMPLETO   | (total...)                     | 86-100 %         |                                |       |       |               |                  |        |       |                   |                     |         |       |                |                    |         |       |                   |            |          |       |                    |                               |       |       |                  |                  |        |       |                      |                     |         |       |                          |                    |         |       |                      |            |          |       |                           |  |  |       |                              |  |  |       |               |  |  |
| xxx.8              | Barreira não especificada  |                                |                  |                                |       |       |               |                  |        |       |                   |                     |         |       |                |                    |         |       |                   |            |          |       |                    |                               |       |       |                  |                  |        |       |                      |                     |         |       |                          |                    |         |       |                      |            |          |       |                           |  |  |       |                              |  |  |       |               |  |  |
| xxx+8              | Facilitador não especificado   |                                |                  |                                |       |       |               |                  |        |       |                   |                     |         |       |                |                    |         |       |                   |            |          |       |                    |                               |       |       |                  |                  |        |       |                      |                     |         |       |                          |                    |         |       |                      |            |          |       |                           |  |  |       |                              |  |  |       |               |  |  |
| xxx.9              | não aplicável  |                                |                  |                                |       |       |               |                  |        |       |                   |                     |         |       |                |                    |         |       |                   |            |          |       |                    |                               |       |       |                  |                  |        |       |                      |                     |         |       |                          |                    |         |       |                      |            |          |       |                           |  |  |       |                              |  |  |       |               |  |  |

Fonte: adaptado de OMS (2015).

Por conter mais de 1400 categorias, o uso da CIF é considerado um processo complexo na prática clínica. Com isso, iniciativas surgiram, na tentativa de melhorar sua viabilidade, assim, foram implementados e implantados os *core sets*, que simplificaram o modelo. Os *core sets* da CIF tem o objetivo de estabelecer uma seleção de categorias adaptada, por uma equipe multiprofissional, que pode representar a funcionalidade de uma pessoa ou um contexto específico (SELB, *et al.*, 2015).

O desenvolvimento dos *core sets* da CIF servem a vários propósitos, como a identificação e gestão de condições específicas e a orientação de profissionais da saúde a respeito de tais condições (YEN, *et al.*, 2014). A proposta é o desenvolvimento sistemático de conjuntos de categorias da CIF que auxilie a prática clínica na tomada de decisões sobre as condições de saúde como trazidas na CID. Podem servir como ferramentas úteis para a documentação da funcionalidade bem como padrão internacional de referência entre profissionais da saúde e de outras áreas (STUCKI, *et al.*, 2008).

Três tipos diferentes de *core sets* foram propostos, os *comprehensive core sets*, *brief core sets* e *generic core sets*, *core sets* abrangentes, resumidos e genéricos, respectivamente. Os *comprehensive core sets* contemplam uma abrangente e exaustiva descrição da funcionalidade, baseando-se numa avaliação abrangente e multidisciplinar. Os *brief core sets* contemplam categorias essenciais usadas para descrever um padrão mínimo sobre a funcionalidade de determinada condição de saúde, suas mais amplas aplicações são em estudos clínicos. Os *generic core sets* analisa *core sets* relacionados a diversas condições de saúde que apresentam pontos em comum, englobando-as num único *core set* genérico (SELB, *et al.*, 2015; YEN, *et al.*, 2014).

Sobre algumas condições crônicas de saúde, com a intenção de facilitar o processo de avaliação e intervenções, *core sets* foram desenvolvidos, como citado, um desses, foi o *core set* da CIF para AR. Este *core set* é composto por 96 categorias da CIF, sendo 76 de segundo nível e 20 de terceiro e quarto níveis. Destas 96 categorias 25 são do componente Funções do Corpo, 18 relacionadas a Estruturas do Corpo, 32 as Atividades e Participação e 21 aos Fatores Ambientais (STUCKI, *et al.*, 2004).

Dois perspectivas podem ser adotadas para o desenvolvimento de *core sets*, a pessoal, a partir da experiência vivida, de pessoas ou grupos de pessoas que partilham o mesmo estado ou condição de saúde, e a perspectiva do profissional de saúde que acompanha esses grupos de pessoas (STUCKI, *et al.*, 2008), essas duas perspectivas podem ser desiguais e se complementarem (COENEN, 2008).

### 3.4. PROMOÇÃO DA SAÚDE E CUIDADO FARMACÊUTICO

O conceito de promoção de saúde que considera a saúde a partir de sua definição positiva e ampliada, baseada na declaração de Alma Ata e no relatório Lalonde (POTVIN; JONES, 2011) é a trazida na Carta de Ottawa, que diz que promoção da saúde é o “nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p.19).

A promoção da saúde está relacionada à forma como a saúde é definida, compreendida e praticada. Uma abordagem da promoção de saúde é a preventiva, quando se considera a saúde como ausência de doença, outra abordagem é a educativa, com ações promotoras, e quando se considera a saúde, influenciada por condicionantes sociais e ambientais, as ações são direcionadas para ações políticas, de desenvolvimento de habilidade, de reorientação dos serviços e de empoderamento (WESTPHAL, 2006).

Mediante às mudanças e demandas mundiais, o Ministério da Saúde homologou, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde, na tentativa de extrapolar os desafios da produção de saúde. A PNPS visa a promoção da qualidade de vida, a redução da fragilidade e dos riscos à saúde (BRASIL, 2006)

Apesar de o prefácio da PNSP apresentar elementos a questão social, empoderamento e diminuição de desigualdades, não reconhece a relação direta entre as desigualdades sociais e econômicas, sobre as desigualdades associadas aos riscos, às doenças e a própria saúde, e orienta suas ações próprias aos comportamentos individuais e estilos de vida, como consequência da influência dos determinantes sociais da saúde sobre o processo saúde-doença (BERGERON, 2011; NETTLETON; BUNTON, 1995).

Outro ponto importante, é o fato de a PNPS incentivar o processo de reorientação dos serviços de saúde, porém, esbarra-se na falta de qualificação dos profissionais para a implantação de práticas de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, o que dificulta a disseminação desta política (BRASIL, 2007; TUSSET, 2012). Para que as práticas de promoção da saúde tragam benefícios às pessoas, faz-se necessária uma participação colaborativa por parte do profissional, incentivando o aumento do empoderamento, a participação social, a redução das desigualdades e mais acesso aos serviços de saúde (TUSSET, 2012). Requerendo também, investimento no planejamento, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2006).

O processo de avaliação é necessário e deve ser contínuo, possibilitando soluções para os possíveis desafios, levando em conta o ponto de vista de todos

os atores envolvidos no processo (SALAZAR; GRAJALES, 2004). Como resultado de ações de promoção da saúde pode-se encontrar o apoio a políticas públicas saudáveis, o trabalho intersetorial, maior participação social, adequação de ambientes que promovem saúde, que podem fornecer indicativos para a tomada de decisão visando a consolidação da PNPS (SALAZAR; GRAJALES, 2004).

A implementação da promoção de saúde se faz presente também no contexto da prática farmacêutica, no qual o farmacêutico assume seu papel na equipe multiprofissional, centrando os cuidados no paciente, juntamente com os demais profissionais da saúde (VIEIRA, 2007). Visando a melhoria da qualidade de vida da comunidade, e para a operacionalização de ações em saúde no campo da farmácia, estratégias como a reorientação do serviço de farmácia, o desenvolvimento das habilidades da comunidade e o incentivo à ação comunitária são defendidas mundialmente (JAMES; ROVERS, 2003), estando alinhados à proposta da OMS (1986) quanto à promoção da saúde.

Desde que o profissional farmacêutico assumiu o conceito de cuidado farmacêutico, mesmo com o profissional fazer parte do sistema público de saúde, a descentralização do foco no medicamento, direcionando a atenção ao paciente, foram encontradas limitações no processo de trabalho surgindo assim a necessidade da qualificação dos profissionais, com habilidades e atuação ampliadas (BRASIL, 2009; OPAS, 2002)

Considerada uma questão primordial no processo de promoção da saúde na farmácia, é o empoderamento do paciente, a partir da escuta qualificada, da aproximação do profissional com o usuário do serviço, possibilitando o acolhimento e o cuidado (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

O direito à saúde é um dos direitos sociais assegurado constitucionalmente. Evidencia-se que o Brasil é um país onde existe a previsão de um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito aos cidadãos, representando desafio contínuo (BRASIL, 2012).

As práticas relacionadas aos cuidados farmacêuticos são direcionadas e aplicadas aos pacientes e para a população por meio dos serviços

farmacêuticos, que podem servir tanto ao propósito de educar e realizar rastreamento em saúde, quanto promover a dispensação de medicamentos e o manejo de problemas de saúde autolimitados. Ademais, devido à experiência e habilidade dos profissionais em identificar, prevenir e resolver problemas relacionados à farmacoterapia podem ser ofertados serviços como a conciliação de medicamentos, monitorização terapêutica de medicamentos, revisão da farmacoterapia, gestão da condição de saúde e acompanhamento farmacoterapêutico (CFF, 2016).

Tais serviços podem ser efetuados em distintos locais de prática como: farmácia comunitária, leito hospitalar, farmácia hospitalar, serviços de urgência e emergência, serviços de atenção primária à saúde, ambulatório, domicílio do paciente, instituições de longa permanência, entre outros, segundo regulamentação específica; como ainda necessitam ser oferecidos segundo as necessidades de saúde do paciente, como apresentado na Figura 3 (CFF, 2016).

Figura 3. Serviços ofertados de acordo com as necessidades de saúde do paciente



Fonte: Conselho Federal de Farmácia (CFF) (2016).

Inserida no Sistema Único de Saúde e na Política Nacional de Saúde, a Assistência Farmacêutica assegura o acesso aos medicamentos promovendo o correto uso dos mesmos, de forma a garantir a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações em saúde (BRASIL, 2012).

A promoção do uso racional de medicamentos necessita da participação da sociedade, com a finalidade de construir uma nova cultura, atribuindo aos

medicamentos o seu significado concreto de instrumento tecnológico para a prevenção de doenças e para a recuperação da saúde, ao mesmo tempo em que os medicamentos, quando utilizados de forma inadequada, podem se constituir como fator de risco, comprometendo também elevados aportes de recursos financeiros da saúde (CORRER, *et al.*, 2011).

Nos hospitais e serviços de saúde, os medicamentos desempenham um papel muito importante, de modo que sua administração se tornou uma necessidade, independente do porte ou especialidade da instituição, devido ao montante financeiro envolvido e da importância assistencial dos medicamentos, pois esses recursos de tratamento exercem uma função importante na prestação de cuidados e no impacto a saúde, em razão disso o acesso e a qualidade do consumo no Brasil foram alvos de diversas políticas públicas ao longo dos anos (BRASIL, 2012, 2014). Os medicamentos constituem, quase sempre o tratamento com grande relação custo-efetividade, contanto que prescritos e usados de forma racional.

Para CORRER, *et al.* (2011) o acesso aos medicamentos não assegura o uso racional dessa terapia, pois esse processo está alusivo à gestão clínica do medicamento. Entretanto, o CFF (2016) afirma que o uso racional de medicamentos deve ser garantido por meio do cuidado farmacêutico, por meio de uma prática orientada ao paciente, à família e à comunidade, com o objetivo de prevenção, resolução de problemas da farmacoterapia, da promoção, da proteção e da recuperação da saúde, como também da prevenção de enfermidades e de outras alterações da saúde.

De acordo com o CFF (2016) o termo cuidado farmacêutico é contemporâneo e, para a WHO (2016), tem por objetivo aprimorar os resultados terapêuticos individuais e coletivos em saúde por intermédio de procedimentos clínicos do farmacêutico incorporado à equipe multiprofissional, de maneira a auxiliar para que o paciente obtenha uma farmacoterapia efetiva e segura. Nessas circunstâncias os farmacêuticos clínicos agem em colaboração com outros profissionais para ofertar um gerenciamento abrangente de medicamentos que aprimore os resultados do paciente. O farmacêutico é

encarregado por atender as necessidades de saúde do paciente dentro das suas habilidade e competências, garantindo uma terapia medicamentosa que seja adequada e com medicamentos ideais, bem como o correto uso dessa terapia (CFF, 2016).

Existem passos importantes nos atendimentos dos farmacêuticos que são essenciais para determinar um processo consistente em relação aos cuidados com o paciente, como: avaliar o paciente e sua terapia medicamentosa; desenvolver um plano de cuidado; implementar o plano e avaliar os resultados do plano (HARRIS, *et al.*, 2014).

A literatura apresenta que a atuação do farmacêutico vai além da farmacoterapia, visto que ao efetuar a identificação das necessidades do paciente, percebe que as mesmas vão além de dificuldades relacionados a farmacoterapia. Em reforço observa-se nos estudos que o farmacêutico tem papel fundamental na condução a outros serviços e profissionais da saúde, devido a sua participação como elemento da equipe de saúde e na verificação da alta dos pacientes que não precisam mais de intervenções farmacêuticas (CORRER, *et al.*, 2011).

Em concordância, o cuidado farmacêutico ao usuário objetiva proporcionar o uso adequado dos medicamentos, direcionando o foco nos resultados terapêuticos. Essas condutas são criadas no interior dos pontos de atenção à saúde, primários, secundários e terciários, com a cooperação da equipe de saúde, e localizam-se no campo do uso racional dos medicamentos (BRASIL, 2014; SOLER, *et al.*, 2010). As equipes multiprofissionais consideram a participação do farmacêutico como necessidade para o redesenho do modelo de atenção às condições crônicas e para melhoramento dos resultados em saúde, sobretudo no nível dos cuidados primários (MENDES, 2012).

Destaca-se que o objetivo principal do processo de cuidado farmacêutico é a avaliação da necessidade, efetividade e segurança dos medicamentos, como também das ações associadas a busca de doenças e a educação em saúde (CFF, 2016) destinadas à prevenção de doenças e à promoção da saúde. HARRIS, *et al.* (2014) citam que sem um processo de cuidado nítido e bem



definido torna-se difícil comprovar aos pacientes, cuidadores, demais profissionais de saúde e comunidade de que modo o farmacêutico clínico pode auxiliar de maneira efetiva para a avanço dos resultados relacionados aos medicamentos.

MENDES (2012) cita que as questões logísticas são essenciais como garantia de alcance aos medicamentos, entretanto não devem ser compreendidas como a única atribuição dos profissionais farmacêuticos, que determinam um pensamento equivocado onde o medicamento se estabelece como objeto da assistência farmacêutica. Uma nova orientação de assistência farmacêutica se estabelece, transferindo o seu objeto de trabalho, do medicamento para o seu sujeito e para os usuários do sistema de atenção à saúde.

Os serviços de clínica farmacêutica devem conter ações assistenciais nos pontos de atenção à saúde, oferecidas por meio de atendimento individual ou compartilhado com a equipe de saúde (OPAS, 2013). Essas ações assistenciais podem compreender a dispensação de medicamentos, a orientação terapêutica ao usuário, o acompanhamento farmacoterapêutico, a revisão da farmacoterapia, o ajuste dos medicamentos, a avaliação e incremento na adesão terapêutica. Afora essas atividades, é fundamental organizar um sistema de referência e contra referência entre os três níveis serviços de clínica farmacêutica: atenção básica, secundária e terciária. Com a implantação de novas práticas, é plausível ampliar o cuidado em saúde e aumentar a resolutividade do uso de medicamentos, como também conhecer os problemas elementares relacionados com os medicamentos citados pelos usuários. Essas ações de trabalho dos farmacêuticos estabelecem novos indicadores úteis aos gestores e aos profissionais da Saúde, não somente direcionados ao acesso de medicamentos, contudo também aos resultados de saúde obtidos a partir deles (BRASIL, 2014).

A Assistência Farmacêutica dispõe de um amplo impacto financeiro no âmbito dos gastos em saúde e há uma propensão crescente quando o assunto é medicamentos. Apresenta caráter sistêmico, multiprofissional e não se limita

apenas aos procedimentos de abastecimento de medicamentos. Sua organização implica em proporcionar a necessária articulação dos diversos processos, de modo a garantir a oferta de insumos farmacêuticos em todos os níveis de atenção à saúde, seguindo critérios indicados para a utilização racional dos medicamentos (SILVA JÚNIOR; NUNES, 2012).

De acordo com a OPAS (2013) os serviços farmacêuticos necessitam trabalhar de maneira a ofertar serviços relacionados a medicamentos, designados a apoiar as ações de saúde demandadas pela comunidade, por meio de uma atenção farmacêutica que promova a entrega dos medicamentos a pacientes em níveis hospitalares e ambulatoriais, com critérios de qualidade indispensáveis na farmacoterapia. O CFF reforça essa definição através da Resolução n.35, de 2001, quando conceitua serviço farmacêutico como serviços de atenção à saúde prestados pelo farmacêutico e voltados diretamente ao paciente (CFF, 2001).

De acordo com as políticas públicas considera-se que por meios das atividades das ações da Assistência Farmacêutica o sistema deve destinar ao usuário do SUS amplo acesso ao medicamento com indicação clínica e qualidade necessárias ao seu uso e obter orientações farmacoterapêuticas no momento do recebimento do medicamento por profissional habilitado, o farmacêutico. Para tanto, o farmacêutico deve prestar o serviço de atenção ao usuário em todos os níveis de atenção básica, principalmente na Atenção Primária à Saúde, a qual inclui a maioria da população brasileira (MACIEL, *et al.*, 2013).

Estudos apresentam que o cuidado farmacêutico deve estar inserido nos diferentes níveis de atenção à saúde (CORRER, *et al.*, 2011), contudo, hoje em dia se tem verificado maior atenção para que este profissional esteja por dentro cada vez mais na atenção primária, visto que nos hospitais, devido aos processos de acreditação e de segurança do paciente o cuidado farmacêutico tem se avançado de forma mais intensa.

Dessa forma, atenção aos cuidados farmacêuticos, quando integrada aos serviços de saúde, ocorre para além do medicamento e com evidência do

mesmo modo que o cuidado com as pessoas e com a sociedade (BRASIL, 2014; DELIBERATO, 2002).

### 3.5. CUIDADO FARMACÊUTICO NA AR

A AR é uma doença crônica autoimune e progressiva, sendo que possui uma variabilidade quanto à apresentação clínica, à gravidade e ao prognóstico; os portadores da AR apresentam incapacidade para a efetuação de atividades diárias e laborais. O tratamento desses pacientes compreende a utilização prematuro dos medicamentos modificadores do curso da doença, os quais previnem as alterações e resguardam a integridade e funcionalidade articular (COSTA, *et al.*, 2014).

De acordo com a literatura o tratamento e o acompanhamento apropriados de pacientes com AR devem acompanhar as práticas fundamentadas em evidências, descritas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (HELFENSTEIN JR, *et al.*, 2011). Dessa forma, a reconhecimento da doença em seu estágio inicial e o direcionamento rápido e assertivo para atendimento especializado certificam à Atenção Básica uma natureza primordial para o resultado terapêutico e prognóstico mais acertado nos casos (BRASIL, 2015).

Assim sendo, o diagnóstico de pessoas com AR deve ser realizado tendo em vista o tempo de evolução da artrite, a presença de auto anticorpos, o aumento de provas inflamatórias e as mudanças compatíveis em exames de imagem, da mesma maneira que exposto em critérios de classificação da AR, em número de 7. Para classificar um paciente como tendo artrite reumatoide é imprescindível que o indivíduo apresente quatro dos sete critérios da AR (ALETAHA, *et al.*, 2010).

Em relação ao tratamento de AR, esse deve ser iniciado o mais rápido possível, uma vez que a terapia medicamentosa intensiva instituída precocemente previne danos estruturais (erosões), melhorando a capacidade funcional (BOERS, *et al.*, 2013; BOMBARDIER, *et al.*, 2012), sendo que o ideal é que ocorra uma intervenção farmacológica nos doze primeiros meses iniciais

da doença, que poderá promover uma mudança no curso da doença (SCHUR; MORELAND, 2011).

Sobre o tratamento não medicamentoso, os estudos informam que as evidências são insuficientes, entretanto, admite-se que tenha papel fundamental no melhoramento clínico e funcional dos pacientes (VLIELAND; VAN DEN ENDE, 2011), sendo eles: educação do paciente e de sua família, terapia ocupacional, exercícios, fisioterapia, apoio psicossocial e cirurgia (BAILLET, *et al.*, 2012; VLIELAND; VAN DEN ENDE, 2011). Indica-se para pacientes com AR esta diversidade de terapias de forma individualizada.

Para o tratamento da AR são recomendados fármacos que atuam no processo da doença, diretamente nas células do sistema imunológico e nas substâncias que produzem, conhecidos como medicamentos modificadores do curso da doença (MMCD) (BÉRTOLO, *et al.*, 2005), que reduzem o consumo de medicamentos sintomáticos (analgésicos) e previnem a instalação de deformidades em longo prazo (BÉRTOLO, *et al.*, 2005; FRASSON, 2016). Como forma de apresentação, os sintéticos (hidroxicloroquina, leflunomida, metotrexato, minociclina e sulfassalazina) e os biológicos, adotados no Brasil a partir de 2020.

O uso dos agentes biológicos anti-TNF $\alpha$  (fator de necrose tumoral alfa) (BRASIL, 2015) definiram a transição para o desenvolvimento de novas drogas, os “MMCD biológicos”. A partir da identificação de uma molécula-chave na patogênese da doença, um anticorpo monoclonal é criado e provoca a inibição da molécula-chave, o que desestrutura o processo inflamatório e inibe a lesão estrutural progressiva que resulta em deformidades, modificando profundamente e significativamente o tratamento da AR (DABÉS, *et al.*, 2015; FRASSON, 2016). Ainda assim a recomendação dos medicamentos é baseada na conveniência, segurança e custos, sendo os sintéticos indicados pelos reumatologistas como primeira opção (BÉRTOLO, *et al.*, 2005).

O primeiro anti-TNF $\alpha$  registrado pelo Sistema Único de Saúde para AR foi o infliximabe. Em 2006, foram adicionados o etanercepte e o adalimumabe, e em 2013 o abatacept, o certolizumabe pegol, o golimumabe, o rituximabe e o

tocilizumabe (BRASIL, 2015; DABÉS, *et al.*, 2015; BRASIL, 2020), indicados nos casos em que a atividade da doença persista, apesar dos tratamentos com anti-inflamatórios não hormonais e MMCD sintéticos (BÉRTOLO, *et al.*, 2005) e sua prescrição pode trazer grande impacto na redução dos sintomas da AR e melhora na qualidade de vida, porém, com significativo aumento de custos para o SUS (SINGH, *et al.*, 2015).

Os MMCD são fornecidos gratuitamente pelo SUS, dispensados pela Coordenação-Geral do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e o Ministério da Saúde tem estabelecido critérios para racionalizar esse uso por meio do PCDT. Para receber estes medicamentos no estado do Paraná, em suas 22 Regionais de Saúde, é necessário cadastro no CEAF, que deve atender aos critérios estabelecidos no PCDT para AR (BRASIL, 2015, BRASIL 2020).

Atualmente, o Ministério da Saúde usa nacionalmente o Sistema de Informação do CEAF (SISMEDEX) para gerenciar dados referentes aos medicamentos e aos PCDT vigentes, como cadastramento dos usuários do Laudo de Solicitação de Medicamento Excepcional (LME); autorização de solicitações de medicamentos; manutenção de registros prescritores e geração de relatórios e consultas gerais.

Mesmo com o gerenciamento desses dados, gastos elevados ressaltam a importância de adesão às diretrizes estabelecidas para pautar a prescrição de medicamentos de alto custo, uma vez que existem alternativas potencialmente eficazes e mais baratas para iniciar o tratamento.

Na AR, os cuidados farmacêuticos baseiam-se nas monitorações, ou seja, revisões periódicas com o objetivo de avaliar o paciente de maneira eficiente e com segurança (KATCHAMART; BOMBARDIER, 2010).

Como indicação, inicialmente, os pacientes devem ser avaliados em intervalos entre um a três meses, e quando o objetivo do tratamento é atingido, como a remissão para AR, aumenta-se os intervalos da monitoração para seis a doze meses. No entanto, mesmo sem a obrigação de visitas mais regulares para avaliação de eficácia, a monitorização de segurança deve ser verificada, ou seja, os intervalos dos exames laboratoriais devem ser considerados para

monitorização dos possíveis efeitos adversos de medicamentos, bem como condutas corretas frente a essas alterações deverão ser adotadas (MOTA, *et al.*, 2012).

Em continuidade, uma avaliação sistemática de atividade de doença deve constituir como parte fundamental do acompanhamento dos pacientes com AR (MOTA, *et al.*, 2011), para isso, devem ser utilizados os Índices Compostos de Atividade de Doença (ICAD) que são formados por componentes clínicos e laboratoriais.

Os principais ICAD são o índice de atividade de doença DAS 28, o índice simplificado de atividade de doença SDAI e o índice clínico de atividade de doença CDAI. Por meio desses índices pode-se estipular a atividade da doença (SCHUR; MORELAND, 2011).

Assim sendo, recomenda-se que o tratamento de AR seja efetuado em serviços especializados, para fins de diagnóstico e de continuidade, que abranjam equipes multiprofissionais para acompanhamento dos pacientes e de suas famílias, pois o controle da doença requer familiaridade com manifestações clínicas próprias, necessitando que o médico responsável pelo tratamento tenha experiência e seja treinado nessa atividade, ou seja, preferivelmente que o profissional seja um reumatologista e, sobre a administração dos MMCD biológicos, preconiza-se a elaboração de centros de referência para admissão, com vistas à maior controle do uso e ao monitoramento da efetividade desses medicamentos.

Complementando, é fundamental que os pacientes da AR sejam criteriosamente acompanhados em relação não só à monitorização do tratamento, mas também na avaliação e evolução funcional para a adequação de uso dos medicamentos.

## 4. MÉTODO

### 4.1. TIPO DE ESTUDO

O presente estudo adotou uma abordagem quali-quantitativa, descritiva. A utilização do método descritivo possibilita que se possa identificar os problemas percebidos pelos sujeitos, norteando a realidade específica da população estudada com base em informações recolhidas junto a cada sujeito ou grupo de sujeitos (COENEN, 2008).

Pesquisas descritivas objetivam “[...] observar, descrever, explorar, classificar e interpretar aspectos de fatos e fenômenos”, buscando características, frequências, relações e associações entre variáveis (DYNIEWICZ, 2009, p.207).

A metodologia qualitativa proporciona uma visão rica e ampla sobre um tema específico, assim, é cada vez mais utilizada e aceita na realização de estudos em saúde. Ademais, esta metodologia possibilita a exploração da perspectiva dos sujeitos que vivenciam um determinado problema, permitindo a contribuição dos sujeitos com suas próprias experiências, palavras e associações apreendidas (COENEN, 2008).

Pesquisas quantitativas, por sua vez, são aquelas que examinam variáveis mensuráveis. Tais pesquisas procuram verificar e explicar a influência de variáveis preestabelecidas sobre outras variáveis, por meio de análise da frequência de incidência e de correlações estatísticas (CHIZZOTTI, 2008).

### 4.2. LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida na central de dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, do Departamento de Assistência Farmacêutica do Programa Farmácia Paraná, da 2ª Regional de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Paraná, que atende a população de 29 municípios do Paraná.

A escolha do local se fez devido ao cenário brasileiro atual com relação as DCNT. A região Sul do Brasil apresenta a maior prevalência de pessoas com DCNT (52,1%) (MALTA; SILVA JR, 2013). Esta farmácia concentra atendimento a mais de 30mil pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, destes, mais de 2600 usuários recebem medicamentos para tratamento da artrite reumatoide. Perfazendo assim um cenário ideal para a realização da pesquisa.

No CEAF o farmacêutico atua na dispensação de medicamentos bem como na orientação farmacêutica, que é realizada no primeiro atendimento, de forma individualizada, com orientações sobre o uso e cuidados com a medicação. Durante a primeira consulta farmacêutica são coletados dados de identificação do paciente, história social, problemas de saúde, resultados de exames, sinais e sintomas. Nesta consulta são anotados todos os medicamentos usados pelo usuário, prescritos ou utilizados por automedicação, bem como a posologia, o tempo de uso e possíveis resultados e efeitos de cada medicamento. Também são coletados dados sobre a adesão ao tratamento, sobre efeitos adversos dos medicamentos ou possíveis alergias e realização de terapias complementares (PUGLIESE, 2016).

Esta consulta é caracterizada como assistência farmacêutica, que de acordo com a RESOLUÇÃO SESA Nº 590/2014, é conceituada como sendo

Um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde requeridas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (PARANÁ, 2014, p.3).

Além das consultas iniciais, o CEAF, da 2ª RS do PR, num projeto de Cuidado Farmacêutico piloto, em 2015, realizou consultas de retorno, para o acompanhamento do paciente no decorrer do tratamento, a dinâmica aconteceu em quatro etapas: introdução; coleta de dados e identificação de problemas; ações e soluções; fechamento da consulta. Dentro da etapa coleta de dados e



identificação de problemas, o HAQ foi utilizado como formulário específico, para o acompanhamento de usuários com AR (PUGLIESE, 2016).

A pesquisadora realizou contato inicial com a Coordenação-Geral do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica para verificação da viabilidade da realização do estudo no referido serviço e junto aos farmacêuticos da farmácia.

#### 4.3. POPULAÇÃO

Os participantes foram usuários<sup>1</sup> do Programa Farmácia Paraná da 2ª Regional de Saúde do Paraná que recebem medicamentos para tratamento da AR; componentes da equipe de farmacêuticos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; profissionais da área da saúde com notório saber sobre CIF.

Foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A, APÊNDICE B, APÊNDICE C, APÊNDICE D) a todos os participantes incluídos no estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica do Paraná sob o parecer nº 2.376.232.

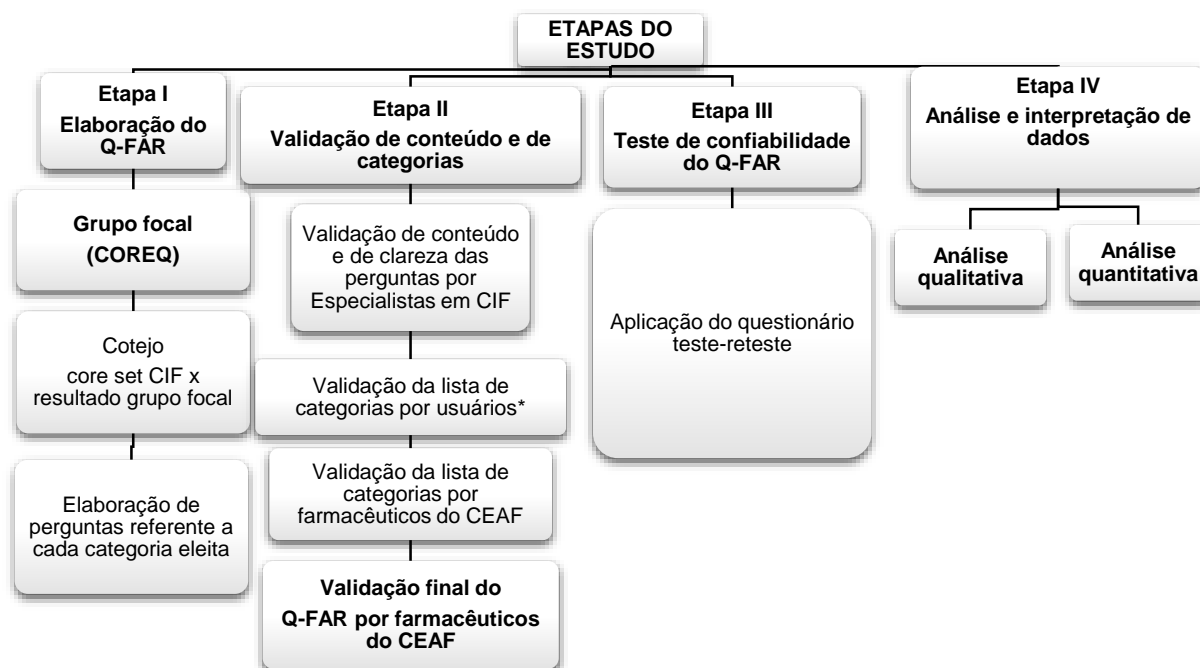
#### 4.4. ETAPAS DO ESTUDO

O estudo foi composto por quatro etapas descritas na Figura 4 e propôs a elaboração e a validação de um instrumento baseado na CIF para avaliação da funcionalidade de pessoas com AR, que está apresentado como um Questionário de Funcionalidade para Artrite Reumatoide (Q-FAR).

---

<sup>1</sup> No presente trabalho, o termo usuário (s), quando trazido na metodologia, resultados e discussão, refere-se aos pacientes do CEAF da 2ª RS do estado do Paraná, referidos no serviço como usuários.

Figura 4. Fluxograma das etapas do estudo



\*usuários: usuários do CEAF com AR.

Fonte: a autora (2018).

#### 4.4.1. Etapa I – Elaboração do Q-FAR

Na fase de elaboração do Q-FAR participaram farmacêuticos do CEAF, sendo amostra do tipo intencional (CÔTÉ; TURGEON, 2005). O Componente Especializado da Atenção Farmacêutica conta com onze farmacêuticos, dos quais foram selecionados três, pois compartilham o potencial de fornecer dados relevantes e diversificados, pertinentes ao estado de saúde de usuários com AR. Foram incluídos apenas três farmacêuticos devido sua disponibilidade e por contemplarem os critérios de inclusão para os farmacêuticos: ser colaborador do

CEAF com no mínimo dois anos de experiência na avaliação de pacientes com AR.

Esta etapa foi realizada em dois passos, que constam da seleção das categorias da CIF que nortearam a composição de perguntas referentes a cada categoria, e a elaboração das perguntas para a construção do instrumento.

#### 4.4.1.1. Passo 1a – Grupo focal para seleção de categorias para a elaboração Q-FAR

A escolha da técnica do grupo focal se deu por possibilitar a comunicação e a interação entre os participantes, além da reunião de informações valiosas e contextualizadas para a compreensão da percepção sobre um tema (KITZINGER, 2000), pertinente ao estudo. Foram explorados o saber e a prática clínica do profissional, para embasar a eleição dos itens importantes a serem avaliados na implementação do cuidado a esta população, seguindo STUCKI, *et al.*(2008), pois a percepção dos indivíduos sobre sua condição de saúde pode ser desigual a do profissional de saúde (COENEN, *et al.*, 2006).

A formação do grupo focal obedeceu critérios previamente determinados pela pesquisadora, e procurou-se criar um ambiente propício para que os participantes pudessem manifestar seus pontos de vista e suas percepções (MINAYO, 2014).

O objetivo do grupo focal foi levantar tópicos relevantes para avaliação e monitoramento da funcionalidade de pacientes com AR, e tendo em vista a experiência na prática clínica dos farmacêuticos que avaliam e acompanham o usuário em tratamento com AR, eles participaram dos três encontros do grupo focal.

A partir do relato dos farmacêuticos, foram extraídos elementos considerados importantes na avaliação da capacidade funcional destes usuários, de modo a ampliar as possibilidades de coletar dados para além das limitações e queixas físicas e problemas anatômicos. A partir do resultado do grupo focal (STAMM, *et al.*, 2005; TRAD, 2009) foram selecionadas as categorias do core set da CIF para a elaboração do Q-FAR.

A pesquisa qualitativa apresenta a subjetividade da diversidade e da complexidade de dados não-numéricos e não-estruturados. Assim, o presente trabalho buscou a sistematização deste processo, bem como padrões de rigor afim de garantir melhor qualidade no relato da pesquisa qualitativa. Assim, seguiu a lista de verificação para relatórios explícitos e abrangentes de estudos qualitativos, os critérios consolidados para relato de pesquisa qualitativa (COREQ), que pode ser utilizado como norteador da pesquisa qualitativa, bem como guia para classificar a qualidade de estudos qualitativos (TONG, *et al.*,2007).

Seguindo recomendações (TRAD, 2009), o grupo focal aconteceu nas dependências da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), sede da 2ª Regional de Saúde da SESA PR onde é feita a dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Participaram do grupo focal, além dos farmacêuticos, a pesquisadora principal, que atuou como moderadora, e um observador/relator. A reunião do grupo aconteceu no auditório da CAF, local no qual o grupo permaneceu livre de interrupções externas e ruídos, o espaço abrigou confortavelmente o número de participantes (três farmacêuticos, um moderador, um observador), as cadeiras foram organizadas ao redor de uma mesa oval, facilitando a disposição dos participantes do grupo.

Foram realizados três encontros, gravados em áudio, após autorização para gravação. O primeiro encontro teve duração aproximada de uma hora e meia. O segundo encontro, uma hora, e o terceiro encontro, 40 minutos, aumentando a possibilidade de que todos os dados importantes e relevantes fossem coletados. O tempo foi ajustado até que houvesse a saturação dos dados, ou seja, até que nenhum novo dado relevante fosse obtido (POPAY, ROGERS, WILLIAMS, 1998; BLUMER, 1979).

Como instrumento norteador da discussão, foi utilizado um roteiro que contemplou os seguintes eixos:

1. Necessidades de saúde dos usuários com AR.
2. Monitorização do ciclo da doença: como é feito e lacunas identificadas por eles no processo.

3. O que precisa ser avaliado em no que concerne à funcionalidade de usuários com AR.

#### 4.4.1.2. Passo 2a – Cotejamento do core set da CIF com o resultado do grupo focal

Foi realizado um cotejo do *core set* da CIF com o resultado do grupo focal. Sendo avaliadas, uma a uma, as 96 categorias do *core set* abrangente da CIF para AR, comparadas com os achados e resultados do grupo focal. Foram excluídas as categorias da CIF que apresentaram extrema similaridade ou que contemplassem outras categorias menos abrangentes. Por exemplo, as categorias: b280 Sensação de dor e b2801 Dor localizada, neste caso a opção foi pela inclusão da categoria b280 Sensação de dor, a mais abrangente. Tal fato poderá contribuir para o melhor entendimento e para a redução de tempo de aplicação do instrumento. Foram escolhidas categorias da CIF pertinentes e consideradas relevantes ao contexto do estudo. Estruturando assim a lista de categorias que serviu como base para a elaboração do instrumento.

#### 4.4.1.2. Passo 3a – Elaboração de perguntas para cada categoria selecionada

A partir da lista de categorias selecionadas nos passos 1a e 2a foi elaborada uma pergunta relacionada a cada categoria (Quadro 3), construindo-se assim o instrumento.

Quadro 3. Exemplo de pergunta relacionada a categoria da CIF eleita para fazer parte do instrumento

| CATEGORIA                       | PERGUNTA  |
|---------------------------------|---|
| d4501 – Andar distâncias longas | Quanta dificuldade você tem para andar distâncias longas?<br>Exemplo: andar mais de 10 quadras. |

Fonte: A autora (2018).

#### 4.4.2. Etapa II – Validação de conteúdo e da importância de cada categoria/pergunta

Nesta etapa foi realizada a validação das categorias que serviram como base para as perguntas que fariam parte do instrumento. Usuários do Programa

Farmácia Paraná em tratamento para AR e farmacêuticos do CEAF participaram da validação da importância das perguntas. Os especialistas participaram da validação de clareza e conteúdo.

Os especialistas participantes eram profissionais da área da saúde, com notório saber sobre a CIF. Os dados dos especialistas foram pesquisados nos currículos cadastrados na Plataforma Lattes, do CNPq, quando identificado endereço eletrônico o contato e o convite foram enviados via e-mail, bem como o TCLE.

Para a escolha de especialistas adota-se em estudos dessa natureza, reportado na literatura, com um grande número de aparições os critérios FEHRING (1994), são estes na sua íntegra: possuir título de mestre ou doutor, com tese de conteúdo relevante sobre o tema de interesse; pesquisa publicada referente ao tema em estudo; artigos relativos ao tema, publicados em revistas de índice restrito; experiência clínica de pelo menos dois anos em uma área relevante para o estudo.

Estes critérios vêm sendo utilizados em vários outros estudos como os de validação de conteúdo diagnóstico (GALDEANO; ROSSI, 2006), para a escolha de especialistas para validação de instrumento de avaliação do uso de tecnologias leves em unidades de terapia intensiva (MARINHO, *et al.*, 2016), como base para critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem (AGUIAR, *et al.*, 2011), e em estudo de avaliação de propriedades psicométricas (TEIGÃO; MOSER, 2020).

No presente trabalho, a inclusão destes especialistas foi baseada em uma pontuação mínima de 07 pontos a partir dos critérios adaptados de FEHRING (1994) e apresentados no Quadro 4. Pretendeu-se a inclusão de uma amostra mínima de 5 especialistas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI, *et al.*, 2015), participando da pesquisa 6 especialistas.

Quadro 4. Sistema de pontuação de especialista no modelo de validação de FEHRING (1994)

|   |   |
|---|---|
| Doutorado ou mestrado com tese/dissertação na área temática da CIF                            | 3 |
| Mestrando/Doutorando cujo tema de estudo seja a CIF   | 2 |
| Autoria ou coautoria de trabalho publicados em periódicos de referência, com Qualis mínimo B2 | 2 |
| Experiência prática/profissional, atual, com aplicação da CIF                                 | 2 |
| Participação em cursos ou congressos, referentes à CIF, com carga mínima de 4 horas           | 2 |

Fonte: Adaptação FEHRING (1994).

#### 4.4.2.1. Passo 1b – Validação da importância das categorias/perguntas pelos usuários

Para a validação desta lista de categorias que nortearam a estruturação do Q-FAR foram entrevistados 21 usuários do Programa Farmácia Paraná em tratamento para AR, com o objetivo de se obter sua perspectiva com relação aos problemas funcionais relacionados à sua situação clínica.

Tendo em vista o desenho da pesquisa e o interesse pelo estado de funcionalidade destes usuários, foram convidados, independentemente do tempo, da severidade da doença e dos dados sócio demográficos. O primeiro contato com o usuário foi de forma presencial, quando ele se dirigiu à Central de Abastecimento Farmacêutico da 2ª Regional de Saúde da SESA PR para a retirada de seu medicamento. O usuário foi convidado a participar da pesquisa e assinar o TCLE em caso de aceite. Foi explicado ao usuário quais os objetivos da pesquisa, as implicações de sua participação e os riscos e benefícios em integrar o estudo.

Foi realizada entrevista individual (HEARY; HENNESSY, 2006; STAMM, *et al.*, 2005) com cada usuário, de forma orientada (AGUIAR, *et al.*, 2011; COENEN, *et al.*, 2006). Para facilitar o entendimento do usuário, a categoria da CIF foi omitida, sendo apresentada apenas a pergunta relacionada a cada categoria da CIF. As perguntas foram agrupadas em 4 grupos, de acordo com os domínios da CIF.

Foi apresentado ao usuário, um documento impresso, com a formatação disposta no Quadro 5. Foi explicado para o usuário que estas perguntas fariam parte de uma avaliação de funcionalidade para sujeitos com AR, que ele, com

base em sua experiência vivida da doença, deveria julgar quais itens da lista de perguntas apresentadas seriam importantes na avaliação de funcionalidade para pessoas com AR.

Quadro 5. Formatação do instrumento para validação das perguntas pelo usuário.

(continua)

| DOMÍNIO FUNÇÕES DO CORPO  |                      |                |
|---|----------------------|----------------|
| Se pensar no seu corpo, analise as perguntas abaixo e selecione as que você acha importante serem incluídas na avaliação e acompanhamento de sua doença.  |                      |                |
|   | Avaliação do usuário |                |
|   | Importante           | Não importante |
| <b>Pergunta</b>   |                      |                |
| <b>Pergunta</b>   |                      |                |
| ...   |                      |                |
| Acha importante e necessário ser acrescentado outro item a este questionário?   |                      |                |
| DOMÍNIO ESTRUTURAS DO CORPO   |                      |                |
| Se pensar nas estruturas de seu corpo desde o início de artrite reumatoide, analise as perguntas abaixo e selecione as que você acha importantes na avaliação e acompanhamento de sua doença, com relação a onde se encontram os maiores problemas. |                      |                |
|   | Avaliação do usuário |                |
|   | Importante           | Não importante |
| <b>Pergunta</b>   |                      |                |
| <b>Pergunta</b>   |                      |                |
| ...   |                      |                |
| Se pensar nas estruturas de seu corpo, acha importante e necessário ser acrescentado outro item a este questionário?  |                      |                |
| DOMÍNIO ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO   |                      |                |
| Desde o início da artrite reumatoide, tendo em conta a sua vida diária, analise as perguntas abaixo e selecione as que você acha que tem relação com suas dificuldades  |                      |                |
|   | Avaliação do usuário |                |
|   | Importante           | Não importante |
| <b>Pergunta</b>   |                      |                |
| <b>Pergunta</b>   |                      |                |
| ...   |                      |                |
| Se pensar em sua vida diária, acha importante e necessário ser acrescentado outro item a este questionário?   |                      |                |



Quadro 5. Formatação do instrumento para validação das perguntas pelo usuário (conclusão)

| DOMÍNIO FATORES AMBIENTAIS  |                      |                |
|---|----------------------|----------------|
| Desde o diagnóstico de artrite reumatoide, tendo em conta o seu ambiente e a sua condição de vida, analise as perguntas abaixo e selecione as que você acha que o ajudam ou apoiam ou que são um obstáculo em sua vida. |                      |                |
|   | Avaliação do usuário |                |
|   | Importante           | Não importante |
| <b>Pergunta</b>   |                      |                |
| Facilitadores: acha que o ajuda ou que o apoia? ( )   |                      |                |
| Barreiras: acha que é um obstáculo? ( )   |                      |                |
| <b>Pergunta</b>   |                      |                |
| Facilitadores: acha que o ajuda ou que o apoia? ( )   |                      |                |
| Barreiras: acha que é um obstáculo? ( )   |                      |                |
| ...   |                      |                |
| Se pensar em seu ambiente, acha importante e necessário ser acrescentado outro item a este questionário?  |                      |                |

Fonte: A autora (2018).

Ao final de cada grupo de perguntas relacionadas a um domínio da CIF foi perguntado ao usuário sobre a sugestão de acréscimo de algum item não abordado no grupo de perguntas apresentado. As sugestões foram anotadas pelo entrevistador. Após a validação da lista de categorias pelos usuários foi realizado o ajuste da inclusão ou retiradas de categorias se necessário.

#### 4.4.2.2. Passo 2b – Validação da importância das categorias/perguntas pelos farmacêuticos

Para a validação das categorias foi utilizado um formulário (Quadro 6), apresentado aos três farmacêuticos participantes desta fase, com a formatação disposta em perguntas relacionadas a cada categoria da CIF agrupadas de acordo com os seus domínios. Foi feita uma breve apresentação da CIF e das perguntas relacionadas as categorias da CIF. Também foi explicado que estas perguntas fariam parte de uma avaliação de funcionalidade para sujeitos com AR, e com base em sua experiência profissional, deveriam julgar quais itens da lista de perguntas apresentadas, seriam importantes fazer parte de uma avaliação de funcionalidade para pessoas com AR.

Quadro 6. Formatação do instrumento para validação das perguntas pelo farmacêutico.

| DOMÍNIO FUNÇÕES DO CORPO          |  |                           |                |
|-----------------------------------|--|---------------------------|----------------|
|                                   |  | Avaliação do profissional |                |
|                                   |  | Importante                | Não importante |
| Categoria da CIF                  | Pergunta relacionada a categoria   |                           |                |
| Categoria da CIF                  | Pergunta relacionada a categoria   |                           |                |
| ...                               | ...  |                           |                |
| DOMÍNIO ESTRUTURAS DO CORPO       |  |                           |                |
|                                   |  | Avaliação do profissional |                |
|                                   |  | Importante                | Não importante |
| Categoria da CIF                  | Pergunta relacionada a categoria   |                           |                |
| DOMÍNIO ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO |  |                           |                |
|                                   |  | Avaliação do profissional |                |
|                                   |  | Importante                | Não importante |
| Categoria da CIF                  | Pergunta relacionada a categoria   |                           |                |
| DOMÍNIO FATORES AMBIENTAIS        |  |                           |                |
|                                   |  | Avaliação do profissional |                |
|                                   |  | Importante                | Não importante |
| Categoria da CIF                  | Pergunta relacionada a categoria<br><br>Facilitadores: acha que o ajuda ou que o apoia? ( )<br>Barreiras: acha que é um obstáculo? ( ) |                           |                |

Fonte: A autora (2018).

Ao final de cada grupo de perguntas relacionadas a um domínio da CIF foi perguntado ao farmacêutico sobre a sugestão de acréscimo de algum item não abordado no grupo de perguntas apresentado. As sugestões foram anotadas pelo entrevistador. Após a validação da lista de categorias pelos farmacêuticos foi realizado o ajuste da inclusão ou retiradas de categorias necessário.

#### 4.4.2.3. Passo 3b – Validação final das categorias/perguntas pelos farmacêuticos

Para a validação das categorias foi utilizado um formulário (Quadro 7), apresentado aos três farmacêuticos participantes desta fase, com a formatação

disposta em perguntas relacionadas a cada categoria da CIF agrupadas de acordo com os seus domínios. Foi feita uma breve apresentação da CIF e das perguntas relacionadas as categorias da CIF. Também foi explicado que estas perguntas fariam parte de uma avaliação de funcionalidade para sujeitos com AR, e com base em sua experiência profissional, deveriam julgar quais itens da lista de perguntas, deveriam fazer parte de uma avaliação de funcionalidade para pessoas com AR.

Quadro 7. Formatação do Q-FAR para validação final pelo farmacêutico

| DOMÍNIO FUNÇÕES DO CORPO          |                           |          |
|-----------------------------------|---------------------------|----------|
|                                   | Avaliação do profissional |          |
|                                   | Válida                    | Inválida |
| Pergunta relacionada a categoria  |                           |          |
| Pergunta relacionada a categoria  |                           |          |
| ...                               |                           |          |
| DOMÍNIO ESTRUTURAS DO CORPO       |                           |          |
|                                   | Avaliação do profissional |          |
|                                   | Válida                    | Inválida |
| Pergunta relacionada a categoria  |                           |          |
| Pergunta relacionada a categoria  |                           |          |
| ...                               |                           |          |
| DOMÍNIO ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO |                           |          |
|                                   | Avaliação do profissional |          |
|                                   | Válida                    | Inválida |
| Pergunta relacionada a categoria  |                           |          |
| Pergunta relacionada a categoria  |                           |          |
| ...                               |                           |          |
| DOMÍNIO FATORES AMBIENTAIS        |                           |          |
|                                   | Avaliação do profissional |          |
|                                   | Válida                    | Inválida |
| Pergunta relacionada a categoria  |                           |          |
| Pergunta relacionada a categoria  |                           |          |
| ...                               |                           |          |

Fonte: A autora (2018).

Após a validação final da lista de categorias/perguntas pelos farmacêuticos obteve-se a o conjunto de perguntas que farão parte do Q-FAR, seguindo para validação de conteúdo e clareza.

#### 4.4.2.4. Passo 1c – Validação aparente de conteúdo e clareza

A validação de conteúdo tem o propósito de avaliar a relevância e a representatividade de um constructo com um propósito particular de um instrumento de avaliação (HAYNES, *et al.*, 1995).

Com relação à clareza, deve ser avaliada a redação de cada item de um instrumento, como foi redigido, de tal maneira que os conceitos sejam compreendidos e expressem de forma adequada o que se espera medir (GRANT; DAVIS, 1997).

Para a validação aparente de conteúdo e clareza (AKINS, *et al.*, 2005; BORDIGNON; MONTEIRO, 2015; MARQUES, *et al.*, 2015) os especialistas foram convidados a avaliar a forma como cada item foi redigido, assegurando adequadas compreensão e expressão do que se deseja e a correção de frases e termos que não estiverem muito claros.

Após aceite do convite e assinatura do TCLE cada especialista recebeu uma cópia das perguntas. Foi solicitado a este especialista que executasse sua avaliação e reenviasse o documento à pesquisadora, via e-mail. O documento enviado ao especialista (APÊNDICE E) traz um texto introdutório apresentando os objetivos da pesquisa e esclarecendo a metodologia proposta para o julgamento das questões, uma breve definição sobre validade de conteúdo (o quão importante é o conteúdo para alcançar o objetivo do estudo) e de clareza (o quanto a questão é compreensível ao leitor). Abaixo de cada questão a ser avaliada, havia um quadro para que o especialista classificasse a validade do conteúdo e a clareza (Quadro 8 Quadro 8. Quadro de julgamento para validação de conteúdo e clareza), selecionando e grifando em amarelo sua escolha.

Quadro 8. Quadro de julgamento para validação de conteúdo e clareza

| CATEGORIA                       | PERGUNTA  |              |        |
|---------------------------------|---|--------------|--------|
| d4501 – Andar distâncias longas | Quanta dificuldade você tem para andar distâncias longas?<br>Exemplo: andar mais de 10 quadras. |              |        |
| <b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>     | INVÁLIDO  | POUCO VÁLIDO | VÁLIDO |
| <b>CLAREZA</b>                  | CONFUSA   | POUCO CLARA  | CLARA  |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>             |   |              |        |

Fonte: Adaptado de COLUCI, *et al.* (2015).

Para validade de conteúdo, as perguntas foram categorizadas como conteúdo inválido, pouco válido ou válido. Para a clareza, como confusas, pouco claras ou como claras. Para todas as questões que o especialista classificou como “conteúdo inválido” ou “pouco válido” e “confusa” ou “pouco clara” recomendou-se adicionar sugestões e outros apontamentos no campo “observações” (Quadro 8. Quadro de julgamento para validação de conteúdo e clareza).

Após a avaliação dos especialistas foi utilizada a taxa de concordância do comitê, que é obtida pelo cálculo da porcentagem de concordância entre os especialistas (Figura 5) (COLUCI, *et al.*, 2015).

Figura 5. Equação para cálculo do percentual de concordância entre os juízes para a validade do conteúdo e da clareza

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{número de participantes que concordaram}}{\text{número total de participantes}} \times 100$$

Fonte: Adaptada de COLUCI, *et al.* (2015).

Foi considerada a concordância mínima de 70% para a validação de cada questão o instrumento (AKINS, *et al.*, 2005), ou seja, caso um número maior ou igual a 70% de especialistas classificassem a questão como válida, a mesma não necessitaria de correções, caso fosse inferior a 70%, o conteúdo e/ou

clareza foram revisados. Ressalta-se que em caso de classificação de algum item como conteúdo inválido ou pouco válido e de clareza confusa ou pouco clara foram realizados ajustes. Independentemente do percentual de concordância entre os especialistas e da classificação dada a cada item, todas as observações e sugestões dos especialistas foram criteriosamente analisadas.

#### **4.4.3. Etapa III – Teste de Confiabilidade Q-FAR**

A amostra desta etapa foi composta por 50 usuários do CEAF, em tratamento para AR, como pretendido e indicada como satisfatória (TERWEE, *et.al.*, 2007). O contato com o usuário aconteceu de forma presencial, quando o mesmo se dirigiu a Central de Abastecimento Farmacêutico da 2ª RS da SESA PR para sua primeira consulta de orientação no CEAF ou para a retirada de seu medicamento. O usuário foi convidado a participar da pesquisa e assinar o TCLE em caso de aceite. Recebeu explicação sobre os objetivos da pesquisa, as implicações de sua participação, os riscos e benefícios em integrar o estudo.

##### **4.4.3.1. Passo 1c – Teste de Confiabilidade**

A confiabilidade se refere a critérios de qualidade de um instrumento, sobre a capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente a partir de avaliadores diferentes, ou no tempo e no espaço, indicando aspectos sobre coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade (SOUZA, 2017). No presente estudo serão avaliados dois critérios da confiabilidade de maior interesse para os pesquisadores: estabilidade e consistência interna

A consistência interna indica se os itens de um mesmo instrumento medem a mesma característica (STREINER, 2003). Esta propriedade psicométrica avalia um único construto, para isso muitos pesquisadores usam o coeficiente alfa de Cronbach (KESZEI, *et al.*, 2010), utilizado desde a década de 1950 (CRONBACH, 1951) é a medida mais utilizada para avaliação da confiabilidade (BONETT; WRIGHT, 2015) e reflete o grau de covariância entre os itens de uma escala.

Para este cálculo uma única aplicação do instrumento é necessária (CARMINES; ZELLER, 1979). Na equação utilizada para este cálculo (Figura 6) “N” representa o número de itens, “ $\rho$ ” representa a média dos coeficientes de correlação linear (Pearson) entre os itens.

Figura 6. Equação para cálculo do coeficiente alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{N\bar{\rho}}{[1 + \bar{\rho}(N-1)]}$$

Fonte: SOUZA (2017).

#### 4.4.4. Etapa IV – Análise e interpretação dos dados

##### 4.4.4.1. Análise qualitativa

Na pesquisa qualitativa a expressão que representa o tratamento de dados usada com mais frequência é Análise de Conteúdo, e a expressão extrapola o significado de ser apenas um procedimento técnico, compondo uma exploração da teoria e da prática relacionadas a investigações sociais (MINAYO, 2014). Quanto ao quesito interpretação, a análise de conteúdo cursa entre o rigor da objetividade e a fertilidade da subjetividade. É uma técnica primorosa, exigindo do pesquisador regra, diligência, calma e tempo. Ser intuitivo e criativo também se faz necessário, especialmente quando se define as categorias de análise. Essencialmente, vale ressaltar o rigor e a ética (BARDIN, 2011; FREITAS, *et al.*, 1997).

A análise de conteúdo pode ser definida como

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977 p.42).

A técnica objetiva a descrição de forma objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo compreensível da linguagem, com a intenção de interpretá-los (BARDIN, 2011; BERELSON, 1952). A operacionalização da análise de conteúdo se dá pela leitura prévia das falas, seguindo para um nível de aprofundamento, no qual ocorre a relação de estruturas significantes com seus significados (BARDIN, 2011).

A técnica empregada neste estudo, dentre as técnicas expostas por BARDIN (2011), configura-se como temática (ou categorial), percorrendo uma variedade de categorias constituídas pelos temas extraídos do discurso dos participantes.

Assim, identificando os eixos temáticos que nortearam o roteiro do grupo focal, pode-se manter a contiguidade de informações entre os discursos dos participantes, possibilitando a composição das categorias de respostas.

Após a coleta de dados dos grupos focais foi realizado processo de condensação para a análise qualitativa de dados em três etapas (BARDIN, 2011).

**Na primeira etapa: pré-análise**, foram realizadas as transcrições dos dados coletados nos grupos focais com os farmacêuticos.

**Na segunda etapa: exploração do material**, os dados foram divididos em unidades de registro. Cada unidade agrupou palavras ou frases com um tema em comum, ou o próprio contexto. A partir da decomposição as unidades de registro foram diferenciadas e distribuídas em categorias que poderiam ser reagrupadas segundo a analogia recebendo um título genérico.

**Na terceira etapa: tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos resultados obtidos.**

Com base nestes resultados ainda foram destacados conceitos significativos a partir das categorias, que pudessem ser associados às categorias da CIF, com base em regras estabelecidas, sistematicamente e de forma padronizada para a garantia do rigor da análise (CIEZA, *et al.*, 2016).



Na fase de **pré-análise** considerando as regras de seleção do *corpus* de análise, este foi composto pelos documentos selecionados para análise, que foram as falas dos farmacêuticos, de relatórios e registros de um observador externo. O material foi preparado e transcrito na íntegra. Deixando-se invadir por impressões e orientações foi estabelecido o contato com o material a ser analisado por meio da leitura flutuante. Foram sistematizadas as ideias iniciais e estabelecidos indicadores para a interpretação do que foi registrado, considerando-se as regras de exaustividade, representatividade, pertinência e homogeneidade (MINAYO, 2012(BARDIN, 2011)). A organização foi sistemática, de acordo com eixos norteadores do grupo focal, conforme demonstrado a seguir:

**Eixo 1** - Necessidades de saúde dos usuários com AR.

Esse primeiro eixo traz a discussão da demanda de saúde dos usuários sob o ponto de vista do farmacêutico, estabelecendo e introduzindo a relação de cuidado centrado no usuário. Uma vez que como preconizado pelo Conselho federal de Farmácia, a promoção da saúde, via cuidado farmacêutico, contempla o atendimento das necessidades de saúde dos usuários do sistema (CFF, 2016).

**Eixo 2** – Monitorização do ciclo da doença: como é feito e lacunas identificadas no processo.

Esse eixo visa levantar informações acerca de como é realizado o monitoramento atualmente. Segundo observação empírica sabe-se da existência de lacunas neste processo, o eixo 2 possibilita elencar quais são tais lacunas.

**Eixo 3** – O que precisa ser avaliado no que concerne à funcionalidade de usuários com AR.

Nesse eixo, objetivou-se revelar quais as necessidades dos farmacêuticos para a realização da monitorização da funcionalidade de usuários com AR, adequada à realidade destes profissionais.

Após conclusão da primeira fase se seguiu para a **exploração do material**, segunda fase. Constitui na elaboração de operações codificadas, foram considerados recortes do texto em unidades de registro, a classificação e alocação das informações em categorias temáticas (BARDIN, 2011).

Cada unidade de registro foi formada com referência em um tema levantado. As respostas com as mesmas características comuns foram agrupadas na unidade de análise. A partir de cada unidade de registro foram identificadas palavras chave, assumindo uma primeira categorização, possibilitando a organização de temas correlatos, dando origem a categorias. Finalizando o processo de desconstrução e reconstrução (parágrafos – frases – palavras chave – frases – parágrafos), possibilitando a inferência ao texto, tornando compreensível o discurso e dando significado a mensagem (Figura 7). Exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade foram qualidades garantidas, seguindo (BARDIN, 2011; BARDIN, 1979).

Figura 7. Processo de desconstrução e reconstrução para a inferência ao texto



Fonte: a autora (2020).

Na sequência estão expostas as categorias de cada eixo, exemplos de frações dos relatos dos participantes do grupo focal (

Quadro 9).

Quadro 9. Categorias de resposta e exemplos relacionados

| CATEGORIA  | EXEMPLO   |
|--|---|
| <b>Eixo 1 - Necessidades de saúde dos usuários com AR</b>  |   |
| Autocuidado  | <i>“O foco nosso da primeira orientação nesse momento é gerar o auto cuidado”(F1)</i>   |
| Auto percepção   | <i>“[...] dentro da rotina dele que ele identifique o quanto de limitação ele tem ou não” (F2)</i>  |
| Farmacovigilância por demanda  | <i>“Caso o paciente tenha dúvidas, a gente tenta marcar, caso tenha consultório disponível a gente leva para lá porque tem um atendimento personalizado” (F1)</i><br><i>“O monitoramento não é feito, não tem espaço de tempo, mas é uma questão de demanda” (F3)</i>                         |
| <b>Eixo 2 – Monitorização do ciclo da doença: como é feito e lacunas identificadas no processo</b> |   |
| Recursos humanos   | <i>“[...] precisaríamos de pessoas para atender a demanda Porque a partir do momento que você oferece o serviço precisa ter a integralidade do Cuidado” (F2)</i>  |
| Limitação do instrumento   | <i>“[...] vamos usar o HAQ, só que ele é limitado, por exemplo se o paciente tem deformidade, eu pouco posso apresentar com o HAQ, ele é de qualidade de vida, muitas vezes se o paciente já está com os membros deformados já vai dar um HAQ lá em cima para ele, isso que é o ruim”(F1)</i> |
| Ausência de <i>feedback</i> no processo  | <i>“[...] o médico simplesmente vai continuar a prescrição, então não vai informar nenhum índice, nenhum valor de repetente”(F3)</i>  |
| <b>Eixo 3 – O que precisa ser avaliado no que concerne à funcionalidade de usuários com AR</b>     |   |
| Capacidade de locomoção  | <i>“Capacidade de deslocamento por um percurso mínimo sem ter dor”(F1)</i>  |
| Cuidados pessoais  | <i>“[...] questão de autocuidado mesmo, pentear o cabelo, escovar os dentes”(F3)</i>  |
| Autonomia funcional para auto aplicação da medicação   | <i>“[...] qual é a capacidade dele para que permita, que ele possa fazer uma auto aplicação”(F2)</i>  |

Fonte: a autora (2020).

Vale ressaltar que neste estudo, o exposto no diálogo dos participantes embasou a análise de conteúdo, da qual emergiram as categorias, enquadradas nos três eixos descritos anteriormente. Os resultados da análise dos relatos dos farmacêuticos, mediados pela literatura e acrescidos das inferências da pesquisadora, serão apresentados no capítulo de resultados e discussão.

Ainda, a partir das categorias de resposta, foram elegidos conceitos significativos que remetem aos conteúdos dos componentes da CIF, relacionados com os domínios da CIF, Funções do Corpo (Quadro 10), Estruturas do Corpo (Quadro 11), Atividades e Participação (Quadro 12) e Fatores Ambientais (Quadro 13). O que possibilitou a comparação com o *core set* da CIF para a eleição das categorias que orientaram a elaboração do Q-FAR.

Quadro 10. Conteúdos referentes aos capítulos do componente Funções do Corpo

| Capítulo | Título  |
|----------|---|
| 1        | Funções mentais   |
| 2        | Funções sensoriais e dor  |
| 3        | Funções da voz e da fala  |
| 4        | Funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório |
| 5        | Funções dos sistemas digestivo, metabólico e endócrino                        |
| 6        | Funções geniturinárias e reprodutivas   |
| 7        | Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento                  |
| 8        | Funções da pele e estruturas relacionadas                                     |

Fonte: WHO (2015).

Quadro 11. Conteúdos referentes aos capítulos do componente Estruturas do Corpo

| Capítulo | Título  |
|----------|---|
| 1        | Estruturas do sistema nervosa   |
| 2        | Olho, ouvido e estruturas relacionadas                                  |
| 3        | Estruturas relacionadas à voz e à fala                                  |
| 4        | Estruturas dos sistemas cardiovascular, imunológico e respiratório      |
| 5        | Estruturas relacionadas aos sistemas digestório, metabólico e endócrino |
| 6        | Estruturas relacionadas aos sistemas geniturinário e reprodutivo        |
| 7        | Estruturas relacionadas ao Movimento                                    |
| 8        | Pele e estruturas relacionadas  |

Fonte: WHO (2015).

Quadro 12. Conteúdos referentes aos capítulos do componente Atividades e Participação

| Capítulo | Título                                   |
|----------|--|
| 1        | Aprendizagem e aplicação de conhecimento |
| 2        | Tarefas e demandas gerais                |
| 3        | Tarefas e demandas gerais                |
| 4        | Mobilidade                               |
| 5        | Cuidado pessoal                          |
| 6        | Vida doméstica                           |
| 7        | Relações e interações interpessoais      |
| 8        | Áreas principais da vida                 |
| 9        | Vida comunitária, social e cívica        |

Fonte: WHO (2015).

Quadro 13. Conteúdos referentes aos capítulos do componente Fatores Ambientais

| Capítulo | Título  |
|----------|---|
| 1        | Produtos e tecnologia   |
| 2        | Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano |
| 3        | Apoio e relacionamentos                                       |
| 4        | Atitudes  |
| 5        | Serviços, sistemas e políticas                                |

Fonte: WHO (2015).

#### 4.4.4.2. Análise Quantitativa

Foi utilizado o método de porcentagem de concordância para os dados coletados a partir dos questionários, para a análise do grau de concordância entre os especialistas com relação aos itens a serem validados (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para a análise da repetibilidade foi utilizado o cálculo do Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI), com intervalo de confiança de 95%. Para a interpretação dos CCIs foi utilizada a escala de valores sugerida por FLEISS (1999), a qual indica que valores acima de 0,75 representam repetibilidade excelente, valores entre 0,40 e 0,75 representam repetibilidade moderada/satisfatória e valores abaixo de 0,40 indicam repetibilidade pobre.

Para resultados relacionados a consistência interna, resultados do coeficiente alfa de Cronbach superiores a 0,7 foram considerados ideais (TERWEE, *et al.*, 2007).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados de acordo com a sequência dos objetivos do trabalho e, os resultados relacionados a cada objetivo, serão apresentados na sequência cronológica das fases do estudo. Tendo em vista a característica qualiquantitativa do estudo serão apresentados resultados e discussão em um único tópico.

Possibilitando a reflexão diante do material coletado, as informações foram interpretadas com base nos achados na literatura. O material foi tratado e organizado em três eixos temáticos, buscando atender as necessidades do estudo. Os trechos selecionados surgiram das respostas do roteiro do grupo focal, lembrando que as informações foram analisadas e alocadas no eixo que melhor as representasse. Os fragmentos de fala dos farmacêuticos foram apresentados em itálico.

### 5.1. EIXO 1 - NECESSIDADES DE SAÚDE DOS USUÁRIOS COM AR

Os primeiros diálogos com os farmacêuticos fizeram emergir de modo espontâneo o tema autocuidado, sua importância e suas limitações representadas pelo contexto e organização do processo de trabalho. Percebeu-se ainda uma dimensão mais ampliada da gênese do autocuidado e o potencial da orientação, objeto da primeira consulta. Nessa perspectiva o farmacêutico tenta trazer para si a responsabilidade de empoderar o usuário e fomentar o autocuidado, mas se vê limitado por questões estruturais e do próprio processo de trabalho.

*“[...] gerar a capacidade de gerar o autocuidado. Esse é o foco nosso da primeira orientação, [...], nesse momento, gerar o auto cuidado. A gente já tem redesenhado o serviço, pois a gente viu que talvez não tem condição de fazer tudo, nosso volume é muito grande, não só de Artrite, de tudo aquilo que a gente atende nos 82 protocolos.*

*“Temos redesenhado para que esse nosso tempo (consulta de orientação, de 20 minutos de duração) seja bem utilizado”. (F1)*

Os serviços de saúde devem ser capazes de gerar cuidados que supram a necessidade em saúde das pessoas, preferencialmente, que sejam agregados e integrados, possibilitando ao usuário as circunstâncias mais adequadas possíveis para atender às necessidades relacionadas às suas condições de saúde. Visando atender essas necessidades, uma das estratégias de promoção de saúde no Brasil, é a determinação da desmedicalização, em conjunto com a reestruturação dos serviços, de maneira que possam construir a autonomia das pessoas, gerando o empoderamento dos usuários dos serviços, influenciando o desenvolvimento de ações pontuais voltadas para a promoção de saúde (BARROSO, 2007).

O acolhimento das necessidades dos pacientes pelo profissional da saúde é indispensável para que se obtenha os melhores resultados mediante às intervenções propostas. Uma atuação de destaque na perspectiva da saúde pública é a vigilância da doença, incluindo aspectos sociais, ambientais e econômicos relacionados ao curso da doença, possibilitando um planejamento efetivo desde a prevenção ao controle das doenças (MALTA; SILVA JR, 2013).

Parece comum ao farmacêutico orientar o uso da medicação, sem considerar as prioridades do usuário e sem fazer uma análise da capacidade e do desempenho para o entendimento de todo contexto sobre a utilização da medicação. Por exemplo, a orientação para o cálculo de uma dosagem para insulina baseado no resultado do teste glicêmico, sem se certificar de que o usuário seja capaz de realizar a aplicação de uma regra de três para calcular a dosagem adequada. Seguindo o modelo biomédico, o profissional atua sem considerar as vivências desiguais de seu paciente durante o exercício da profissão, o que extrapola o ambiente da farmácia, e ocorre com outros profissionais da saúde.



O modelo biomédico ainda influencia grande parte dos serviços, e a incorporação do modelo biopsicossocial, mudando o ponto de vista do profissional para com seu paciente, possibilita o entendimento de suas prioridades e necessidades, permitindo ao profissional da saúde ser ainda mais decisivo e preciso em sua prática clínica.

A realidade impõe conflitos, dilemas e expectativas quando se tenta ofertar um serviço que atenda a uma necessidade. A atuação de quem oferta o serviço, de quem recebe e de quem gerencia, pode influenciar o funcionamento do serviço. E o sentido do trabalho será grandemente proporcional à sintonia entre quem produz e quem recebe o serviço. Para CAMPESE (2017) “esse processo é singular, efêmero, em ato, construído naquele momento no qual se encontram o profissional e o usuário do serviço”. No serviço em questão, observou-se a tentativa de implementação de iniciativas que possibilitem a adesão às diretrizes estabelecidas, porém, os conflitos entre reconhecer tais diretrizes e a dificuldade em colocá-las em prática emergem, as expectativas quanto a implementação de um serviço adequado se frustram, quando surge o dilema entre como seguir as diretrizes vigente, promover à saúde, mediante as dificuldades com o desenho atual do serviço, a falta de recursos humanos e a grande demanda de usuários a serem atendidos.

Ainda, como reflexão sobre a necessidade de saúde dos usuários com AR, a fala abaixo é reveladora:

*“Eu acredito que o mais importante é que o paciente venha a enxergar a melhora do quadro clínico dele, essa melhora principalmente do funcional.” (F3)*

Uma vez identificadas as alterações de funcionalidade, estas podem ser traduzidas em necessidades de saúde devidamente contextualizadas, e estas informações podem direcionar a recuperação funcional e outros cuidados. A informação sobre funcionalidade é fundamental em todos os componentes dos sistemas de saúde pois este é o alicerce e a base das funções e estruturas

corporais e sua expressão na vida diária, ou seja a capacidade funcional exercida no contexto de vida de cada ser humano.

A CIF possibilita a utilização de uma estrutura de classificação global, ao usar a CIF o objetivo é auxiliar a equipe de farmacêuticos, proporcionando uma forma de avaliação estruturada e abrangente, deslocando o foco no cuidado, objetivo centrado nos saberes técnicos da equipe de saúde para o usuário, verdadeiro protagonista do processo de tratamento e monitoramento, pois ao refletir e sobre suas condições de saúde ao ser interrogado, fornece a uma visão sobre o impacto das limitações e restrições sobre sua condição de saúde, ou seja, a saúde vivida.

O modelo trazido pela CIF busca a identificação da capacidade e limitações da pessoa, levando-se em consideração as Estruturas do Corpo e suas funções, a execução das atividades e a participação das pessoas (FARIAS, 2005). Neste modelo a funcionalidade e a incapacidade são descritas pela interação entre os componentes de saúde, que recebem a mesma relevância no processo (SAMPAIO, *et al.*, 2005).

A rotina que envolve a identificação sistemática dos problemas e necessidades do usuário possibilita a definição mais precisa dos objetivos de tratamento, bem como amplia a possibilidade de planejamento e implementação de intervenções e a verificação dos efeitos de tais intervenções (STEINER, *et al.*, 2002).

Encontrou-se também um serviço em tentativa de reestruturação como demonstra o recorte de fala abaixo, reestruturação essa, que parece ocorrer mas, por iniciativa própria dos farmacêuticos do que por uma mudança organizacional hierarquicamente superior, visto que os documentos oficiais e as diretrizes são muito claras, mas parecem esbarrar em uma estrutura precária de operacionalização.

*“ Então já redesenhamos o serviço de primeiro cuidado, agora vai dividir em outras atividades que não só envolvem a consulta farmacêutica, envolve a farmacovigilância,*

*outras coisas que são importantes no serviço farmacêutico para o acompanhamento do paciente, só que isso são passos gradativos que estamos dando nesta formação”.*  
(F2)

Desse modo novas políticas devem ser consoantes com políticas já existentes, contemplando o olhar ampliado sobre o ser humano. E neste cenário ressurgem a necessidade da presença de um profissional cooperativo, que exerça a prática profissional de forma ativa, assistindo ao paciente na dispensação e no seguimento do tratamento, atuando de forma ativa e integrada a outros profissionais de saúde, visando à promoção de saúde.

## 5.2. EIXO 2 - MONITORIZAÇÃO DO CICLO DA DOENÇA: COMO É FEITO E LACUNAS IDENTIFICADAS NO PROCESSO

Mesmo com a grande demanda, existe a preocupação da capacitação dos farmacêuticos e de toda a equipe, priorizando a qualidade de atendimento aos pacientes, e a reorganização do serviço. Porém, a monitorização do ciclo das doenças no que se refere à funcionalidade não está presente nesta reorganização, segundo relatos dos profissionais.

Apesar de seguirem as recomendações de diretrizes propostas para o cuidado do usuário com AR, enfrentam dificuldades na realização da monitorização da capacidade funcional destes usuários devido à “*grande demanda de atendimentos, devido à limitação do instrumento disponível e a falta de instrumento mais adequados*” ao processo de cuidado farmacêutico. Estes colaboradores concordam com (RIBERTO, *et al.*, 2005) que afirma que mediante a proposta de programas terapêuticos para a DCNT, para se identificar problemas específicos e quantificar a evolução do ciclo da doença dos usuários, para a constante readequação da intervenção em busca de melhores resultados, faz-se necessário o registro de informações sobre a funcionalidade, de maneira que tais informações sejam compreensíveis e possíveis de reprodução.

A assistência aos usuários do CEAF requer um conhecimento detalhado de suas habilidades funcionais e de seu potencial de manejo dos problemas decorrentes da doença, incluindo o suporte social requerido para isso, o que só pode ser feito por meio de instrumentos e protocolos de coleta de dados abrangentes, que ultrapassem os inquéritos voltados às funções e Estruturas do Corpo, ampliando o conhecimento do desempenho e capacidade funcional mediados pelo ambiente físico e relacional considerados importantes determinantes da saúde funcional.

Existe a carência por uma adequação no serviço, quanto à estrutura e recursos humanos, adesão qualificada às diretrizes existentes e quanto a implementação de novas tecnologias. Disponibilizar o medicamento e realizar orientações quanto ao seu manejo não garantem a cobertura às necessidades de saúde do usuário e se espera que rotinas específicas sejam incorporadas no cuidado com os pacientes com AR.

*“ [...] a gente não faz um pós orientação na verdade (monitorização). A gente tem o primeiro contato com o paciente, daí, o que a gente faz hoje, pela situação que a gente tem, não desenhando outro fluxo, a gente aguarda que ele traga dúvidas para gente”. (F1)*

Enfrentando a falta do cuidado, que oriente o usuário os caminhos a seguir dentro do sistema, o usuário trilha seu próprio caminho, o que por muitas vezes pode levar a erros, ao consumo e repetições de procedimentos, tornando o cuidado errôneo e oneroso (MALTA; MERHY, 2010). A dispensação do medicamento é garantida ao usuário, mas existe uma quebra na proposta das linhas de cuidados, o recomendado é que se dê continuidade no atendimento, que se realize um acompanhamento além das orientações quanto ao uso do medicamento (ROVER, *et al.*, 2016).

*“ O monitoramento não é feito, não tem espaço de tempo, só o serviço de primeiro atendimento garante o que é preconizado para o atendimento de todos os pacientes mas o monitoramento infelizmente não, mas é uma questão de demanda e uma questão de direcionamento. ” (F2)*

Espera-se que rotinas específicas sejam incorporadas na interação do usuário com o farmacêutico, produzindo assim o cuidado. E há o surgimento de novas demandas por tecnologias relacionadas ao processo de cuidado farmacêutico (CAMPESE, 2017).

Os profissionais se encontram aptos e de prontidão para sanar dúvidas relacionadas ao uso da medicação, dosagem, manuseio, ou tirar dúvidas em caso de reações adversas, o que chamam de farmacovigilância. Um ponto positivo se torna ainda mais importante, é que o CEAF realiza a dispensação de medicamentos chamados biológicos de nova geração e alto custo, usados para controlar o avanço da doença, estes medicamentos exigem cuidados especiais com relação à sua armazenagem. O uso dos medicamentos biológicos também gera muitas dúvidas quanto a sua administração, pois são injetáveis. Logo, os farmacêuticos têm um cuidado especial quanto a orientação sobre o armazenamento, transporte e forma de aplicação do medicamento biológico. Mas mesmo realizando o serviço da primeira consulta, orientações sobre os cuidados com a medicação, não existem mecanismos para a averiguação, quantificação e registro da existência de deformidades que impeçam o usuário de realizar a aplicação da medicação, por exemplo. Novamente aqui se revela, o descompasso entre o prescrito e o possível de ser feito no contexto prático do serviço.

A superação do modelo centrado no médico, no qual se vigorava a lógica da execução de procedimentos e ações curativas, sem oferecer o cuidado, tem sido um desafio também ao profissional farmacêutico, para MERHY; FEUERWERKER (2016) tecnologias leves, relacionadas a produção de vínculos, acolhimento e gestão, devem ser usadas como uma forma de gerenciar

processos de trabalho. Integrando-as no cuidado, dando sentido a profissão, superando assim o domínio das tecnologias duras que caracterizam a profissão (CAMPESE, 2017).

A grande demanda do serviço é citada como uma das principais causas da não realização da monitorização da capacidade funcional dos usuários com AR. *“Na realidade a principal causa de não fazermos (o acompanhamento do usuário) é a demanda”*.

O CEAF conta com um número reduzido de profissionais com relação ao número de pessoas para as quais prestam atendimento diariamente. A fragmentação dos cuidados na prestação de serviços de saúde interfere na continuidade do atendimento de pacientes com condições crônicas, os quais podem passar por quadros agudos e tem a necessidade de alinhar cuidados múltiplos para pacientes com múltiplas condições de saúde.

Apenas o fato de aumentar o acesso ao medicamento não é garantia de promover saúde ao usuário. Espera-se que rotinas específicas sejam incorporadas na interação do usuário com o farmacêutico, produzindo assim o cuidado. E há o surgimento de novas demandas por tecnologias relacionadas ao processo de cuidado farmacêutico (CAMPESE, 2017). A reorientação dos serviços de saúde, como a implementação do cuidado farmacêutico, faz parte de uma das estratégias para a promoção da saúde, extrapolando o modelo biomédico, a assistência curativa e apenas a dispensação do medicamento (BRASIL, 2002; CFF, 2017)

As linhas de cuidado devem ter sua importância valorizada. Uma experiência para a implantação de serviços de Farmácia Clínica foi realizada no CEAF da 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná. Nesta experiência foram incluídos 129. Todos passaram por uma consulta inicial, na qual os farmacêuticos fizeram orientações quanto ao manuseio da medicação, armazenamento, forma de aplicação. Mais da metade destes usuários (71) passaram por pelo menos uma consulta de acompanhamento. Durante este monitoramento que os farmacêuticos tiveram a possibilidade de fazer, conseguiram identificar a necessidade de realizar alterações ou sugestões na

terapia em 41,9% dos casos, e houve necessidade de encaminhar o usuário a outros profissionais ou a outros serviços em 20,9% dos casos (PUGLIESE, 2016).

Para tornas as mudanças no trabalho do farmacêutico possíveis, para que seja incorporada a contribuição com o cuidado da saúde das pessoas, estes profissionais devem lançar mão do uso de instrumentos e saberes profissionais para as mudanças no processo saúde/doença, como forma de contribuir positivamente no processo de saúde. Processo o qual deve levar em conta a história, a experiência vivida do usuário com o medicamento a doença e os determinantes de sua saúde (CAMPESE, 2017).

Relacionado à importância do registro de informações em saúde, em especial no cuidado farmacêutico, sabe-se que alguns protocolos utilizados atualmente são insuficientes para o registro de tais informações (IDE, *et al.*, 2011), como o HAQ. Segundo os farmacêuticos a insuficiência refere-se ao fato de o instrumento não medir de forma adequada a capacidade funcional dos usuários com AR, por exemplo, caso o paciente tem deformidade, o resultado do HAQ vai ser alto, mas o contexto envolvido e outros aspectos não serão identificados.

O profissional farmacêutico exercendo registros de informações relacionadas a condição de saúde do usuário poderá melhor gerenciar e direcionar sua conduta profissional no cuidado farmacêutico, promovendo ao usuário mais adesão ao tratamento, mais conscientização quanto ao armazenamento e conservação do medicamento, diminuição do abandono do tratamento, possibilidade de identificação da necessidade de alteração do tratamento, bem como encaminhamento a outros profissionais ou serviços.

A falta de um instrumento de registro de funcionalidade dificulta o monitoramento do usuário e pode afetar a evolução do paciente ou até prejudica os procedimentos a serem seguidos. Mesmo no contato direto no único momento que garante garantido na primeira consulta o farmacêutico enfrenta a falta de ferramentas de registro de dados confiáveis acerca da funcionalidade destes pacientes, fato que pode acarretar em prejuízos, como a não indicação de

diminuição da dose do medicamento, ou a indicação da troca para um medicamento mais adequado para a prevenção das deformidades. O cuidado centrado no paciente, na família e na comunidade, possibilita acolher e identificar as demandas dos usuários, identificar suas reais necessidades, favorecendo o planejamento e a realização de intervenções de forma precoce, bem como avaliação dessas intervenções.

Uma das lacunas enfrentadas pelos farmacêuticos neste processo é o fato de as diretrizes existentes não "darem nomes aos bois", não define a quem cabe a realização da monitorização do ciclo da doença, relacionada a capacidade funcional, então nenhum profissional assume este papel. Apesar de ser preconizada a realização de exames laboratoriais com frequência de 3, 6 a 12 meses, isso não é feito, *o médico apenas replica os resultados do primeiro exame*, o que dificulta aos demais profissionais que manuseiam estes resultados fazerem qualquer comparação ou análise sobre o quadro atual do paciente, impossibilitando uma avaliação fidedigna da real situação de cada paciente. Como encontrado também em outras realidades, nas quais apesar de haver interação entre a equipe multidisciplinar, o acesso a informações sobre o paciente por todos os membros da equipe é restrito (BARBERATO, *et al.*, 2019; BRADLEY, *et al.*, 2008).

Na prática clínica o que se vê é que o prescritor não realiza o acompanhamento sistemático como é preconizado. Todos os profissionais envolvidos acabam por se ausentar da responsabilidade de monitorar a evolução do ciclo da doença, relacionada a capacidade funcional do paciente reumático. Como consequências, podem estar a oneração de custos quanto a terapia medicamentosa, a falta de encaminhamento a outros profissionais de saúde, falta de encaminhamento a outras terapias, incorrendo na não prevenção de deformidades e outras complicações.

O que pode ser justificado pela falta de tempo para a realização de atividades multidisciplinares, bem como pela dificuldade de colocação em prática das diretrizes vigentes, associado a dificuldade de acesso às informações em saúde relacionada aos pacientes (DOBSON, *et al.*, 2006). Como consequências



deste ato podem estar a oneração de custos quanto a terapia medicamentosa, a falta de encaminhamento a outros profissionais de saúde, falta de encaminhamento a outras terapias, incorrendo a não prevenção de deformidades.

A atuação do farmacêutico no cuidado é crescente, porém os relatos sobre esta atuação são escassos, esse profissional enfrenta uma não percepção como parte de uma equipe que dirige os cuidados ao paciente, trazendo pouca clareza sobre suas atribuições (FARRELL, *et al.*, 2013)

A concepção de cuidado farmacêutico entre os profissionais do CEAF está de acordo com os documentos oficiais, não existindo conflitos. Existe um senso de responsabilidade social perante a condição de saúde dos pacientes que frequentam o CEAF, apesar do grande volume de pacientes atendidos no serviço. Visando sempre atender à necessidade do usuário a equipe tenta implantar melhorias no serviço, a fim de prestar a farmacovigilância, que se trata de atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamentos, para que se possa fazer um mínimo controle e a tentativa acompanhamento do paciente.

A intervenção do farmacêutico no cuidado traz benefícios para a promoção de saúde, enquadrando-se na transição epidemiológica (COSTA, *et al.*, 2014) e na mudança de paradigma, convergindo do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial (CASTANEDA, 2019).

Um primeiro passo para a implementação de melhorias no serviço foi implantado o agendamento dos pacientes para a retirada dos medicamentos. No contexto do CEAF o profissional farmacêutico deve atuar resolvendo problemas, os mais diversos possíveis, os quais exigirão avaliação, interpretação e tomada de decisões, baseando-se em conhecimentos científicos, conhecimentos empíricos e em sua capacidade de decifrar e compreender a realidade vivida por seus pacientes. Indo de encontro com o proposto por (SCHERER, *et al.*, 2016), que defende que melhorias das condições de trabalho e investimentos na

formação dos profissionais, contribui positivamente na capacidade do profissional lidar com os desafios da saúde pública.

As melhorias no CEAF colocam em prática o cuidado centrado no usuário, exercendo a clínica de forma ampliada. Ainda, sob o ponto de vista do farmacêutico, a não realização de um diagnóstico precoce pode interferir diretamente na condição de saúde do paciente. A morosidade no fechamento de um diagnóstico pode trazer consequências à funcionalidade e à capacidade principalmente de gerir atividades rotineiras. Os conceitos de necessidade de saúde podem e devem ser utilizados na orientação do processo de cuidado.

O farmacêutico está comprometido em zelar pelo bem-estar do paciente, no que diz respeito ao uso de medicações (OTERO-LÓPEZ, *et al.*, 2006), propósito firmado na Proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, a qual evidencia a importância do acompanhamento farmacêutico, bem como do registro sistemático das informações de saúde, com o propósito da redução da morbimortalidade ligada aos medicamentos (OPAS, 2002).

Com relação a monitorização do ciclo da doença, como no caso de doenças reumáticas por exemplo, atualmente existem as diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos, norteando como deve ser realizada essa monitorização para a AR, no entanto, há uma falta de concordância entre teoria e prática. Mesmo dentro do que se prega e se preconiza para o cuidado farmacêutico.

Existe um conflito entre a recomendação das diretrizes e o que se aplica na prática clínica. Os profissionais do CEAF seguem as diretrizes no que tange a dispensação dos medicamentos, sobre a parte assistencial farmacêutica, que trata da garantia de dispensação dos medicamentos elencados no PCDT e também à orientação quanto ao uso e manuseio destes. Porém, a recomendação sobre monitorização não é realizada por nenhum profissional que presta atendimento a estes usuários. O PCDT para AR diz que o tratamento e o acompanhamento adequados de pacientes com AR devem seguir as práticas embasadas em evidências, descritas no Protocolo, porém, não responsabiliza um ou outro profissional sobre o acompanhamento. O que se vê na prática é que

os profissionais sentem falta do direcionamento sobre a responsabilidade do acompanhamento.

No PCDT fala-se nas várias recomendações de tratamento medicamentoso dos pacientes com AR, o acompanhamento sistemático com progressão de medicamentos em caso de falha terapêutica é considerado estratégia custo-efetiva, uma vez que mantém os pacientes laboralmente ativos, melhorando a capacidade funcional e a qualidade de vida a um custo aceitável para doenças crônicas.

### 5.3. EIXO 3 – O QUE PRECISA SER AVALIADO EM TERMOS DE FUNCIONALIDADE DE USUÁRIOS COM AR

A utilização de uma linguagem padronizada, como é a proposta da CIF, a formulação de um instrumento padronizado, com parâmetros específicos, para que se possa atender as necessidades de cuidado farmacêutico dos pacientes e o monitoramento adequado da doença, é uma das carências enfrentadas pelos farmacêuticos do CEAF.

Para que possa gerenciar a condição de saúde do usuário com êxito, ter acesso a informações como *o nível capacidade de se deslocar por percursos mínimos sem dor, o nível de capacidade para cuidados básicos de higiene e pessoal*, realizar as tarefas e os gestos coordenados necessários para realizar as atividades rotineiras, segundo uma sequência adequada e de acordo com as condições climáticas e sociais, são informações cruciais para o cuidado farmacêutico. É fundamental ao farmacêutico conhecer a *capacidade que o usuário tem para realizar a auto aplicação da medicação* e o fato de *a medicação estar ou não fazendo efeito*, seus efeitos na dor, na capacidade de realizar as atividades normalmente, comparando-se o antes e o depois de iniciar a medicação, para que se possa redirecionar o tratamento ao usuário, sugerir readequação das doses das medicações, encaminhamento a outros profissionais e cuidados em saúde. Corroborando com (VIEIRA, 2007), que assume como parte das atribuições do farmacêutico, a promoção da saúde,

sobretudo por meio da estruturação de um serviço de farmácia com qualidade, incluindo o acompanhamento farmacêutico.

Na concepção do farmacêutico do CEAF existe a necessidade da elaboração e adesão de documentos, instrumentos que serão úteis na prática clínica, instrumentos que possivelmente possibilitarão fundamentação para abordagens de resolução de problemas, e para o acompanhamento e monitorização dos usuários. Possibilitando a identificação de problemas precocemente, a definição de planos de cuidado e o próprio acompanhamento do usuário.

Para que haja a incorporação da mudança de atitude e a mudança na realidade dos serviços prestados cada serviço deve se reorganizar, para que a inovação no cuidado farmacêutico seja alcançada, de forma que os profissionais envolvidos compreendam as reais necessidades dos pacientes, e possam estabelecer de forma integrada os planos de cuidado. Possibilitando a atuação de forma efetiva na educação para o autocuidado, proporcionando autonomia ao usuário e que o cuidado se estenda à família e à comunidade.

#### 5.4. COTEJAMENTO DO CORE SET DA CIF PARA AR E DAS CATEGORIAS ELEGIDAS A PARTIR DO GRUPO FOCAL

A etapa qualitativa da pesquisa foi fundamental para ressaltar a relevância da elaboração de uma ferramenta específica, que possa auxiliar no monitoramento da capacidade funcional de pessoas com AR no cuidado farmacêutico. O relato dos profissionais e os achados na literatura evidenciaram que existe a necessidade de tal instrumento, que traga uma visão modificada, que integre várias dimensões de saúde, agregando o modelo biopsicossocial, possibilitando ao farmacêutico buscar o atendimento às necessidades do usuário, deixando de focar nos problemas e na doença, sendo mais assertivo e efetivo no cuidado com esse paciente.

Indicado por diretrizes em saúde para o monitoramento da capacidade funcional do indivíduo com AR (BRASIL, 2015), o HAQ foi traduzido para a língua portuguesa em 1990 (FERRAZ, *et al.*, 1990). Instrumentos de avaliação

padronizados são indicados para o monitoramento dos ciclos de vida e de condições de saúde, e a opção pelo instrumento de avaliação pode ser influenciada pela concepção trazida no instrumento e pelas variáveis a serem avaliadas (MOKKINK, *et al.*, 2006; STUCKI, *et al.*, 2002).

A OMS tem o papel de elaborar instrumentos com o propósito de propiciar uma linguagem comum relacionada às doenças e aos estados de saúde das pessoas, em qualquer seguimento de Sistema de Saúde. Então criou a CIF, que possibilita uma abordagem completa e abrangente da funcionalidade humana (OMS, 2003b). Porém, a aplicação de todas as categorias é inviável, sendo um grande desafio essa utilização (RIBERTO, 2011; RIBERTO, *et al.*, 2011).

Seguindo a tendência mundial, em 2012, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 452, fita a adoção da CIF no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar, reconhecendo a importância da adoção da CIF para o país (ALGHWIRI, *et al.*, 2011), com o objetivo de auxiliar na padronização das informações e um melhor gerenciamento dos dados, resultando também em melhores estratégias para intervenções e no acompanhamento dos resultados dos programas de atenção à saúde (BELMONTE, *et al.*, 2015).

Além disso, umas das metas das gestões federal e estadual, relacionadas a promoção da saúde é “estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e Avaliação do impacto da implantação/implementação da Política de Promoção da Saúde” (BRASIL, 2006, p20, 21). E como parte da estratégia municipal:

- Implementar as diretrizes da Política de Promoção da Saúde em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional e as realidades locais.
- Criar uma referência e/ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, implementação, articulação e monitoramento e avaliação das ações de Promoção da Saúde nas Secretarias de Municipais de Saúde.
- Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de Promoção da Saúde, garantindo tecnologias adequadas.
- Participação efetiva nas iniciativas dos gestores federal e estadual no que diz respeito à execução das ações locais de promoção da saúde e à produção de dados e informações fidedignas que qualifiquem a pesquisas nessa área.

- Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da Política (BRASIL, 2006, p.22,23).

Com o intuito de ampliar a aplicabilidade da classificação, instrumentos, ou ferramentas baseadas na CIF devem ser desenvolvidas (USTUN, *et al.*, 2004). Reforçando a proposta do presente estudo que objetiva a elaboração e a validação de um instrumento para avaliação da funcionalidade de pessoas com AR, baseado no *core set* da CIF para AR e na experiência vivida pelos profissionais farmacêuticos que acompanham estas pessoas. O estudo foi realizado no CEAF da 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná, o qual segue as diretrizes indicadas no PCDT para AR (BRASIL, 2015), o qual orienta a monitorização periódica da capacidade funcional de pessoas com AR, favorecendo o acompanhamento do ciclo da doença e da capacidade funcional como parte de seu tratamento. Possibilitando a avaliação da eficácia do tratamento e sua segurança (KATCHAMART; BOMBARDIER, 2010). O CEAF segue também a recomendação da OMS para que o farmacêutico atue na atenção à saúde contribuindo para a constituição do conceito de Cuidado Farmacêutico (OMS, 2003a; ROVER, *et al.*, 2016).

O histórico da profissão farmacêutica no Brasil é caracterizado pela perda do seu papel tradicional, pelo seu afastamento e pela ausência do contato direto do farmacêutico com o paciente, e foram causadas pela rápida amplificação da produção industrial de medicamentos. Para STUCKI; BICKENBACH (2017) atualmente uma visão geral da saúde do paciente é alcançada quando se tem a compreensão da saúde biológica e da vivência da saúde do ponto de vista social, além da compreensão sobre a influência do ambiente na saúde de modo geral para se alcançar um dos principais objetivos da sociedade moderna, a saúde da população. Ponto de vista trazido pela CIF, pelo modelo biopsicossocial.

Uma forma de resolver o desafio da aplicabilidade da classificação e aumentar seu uso na prática clínica foi o desenvolvimento dos *core sets*, com a tradução do termo oriunda da língua inglesa, fazendo referência a “itens essenciais” (RIBERTO, 2011). Os *core sets* da CIF são conjuntos de categorias da CIF, que descrevem de forma particular uma dita condição de saúde

(BICKENBACH, *et al.*, 2012; CIEZA, *et al.*, 2004), e estes conjuntos de categorias possibilitam traçar o perfil de funcionalidade de pessoas com determinada condição, inclusive a AR (STUCKI, *et al.*, 2004).

Foram escolhidas categorias da CIF pertinentes e consideradas relevantes ao contexto do estudo. Estruturando assim a lista de categorias que serviu como base para a elaboração do questionário. Após o cotejo foram elegidas 31 categorias, com base em 14 conceitos significativos elegidos após a análise do grupo focal. Das 31 categorias, 8 pertencem ao componente Funções do Corpo, 3 ao componente Estruturas do Corpo, 14 a Atividades e Participação, 5 a Fatores Ambientais. O conceito significativo “prova inflamatória” não gerou comparação nem levou a escolha de categoria do *core set* da CIF para AR (Quadro 14).

Quadro 14. Componentes da CIF, conceitos significativos e categorias escolhidas com base no *core set* da CIF para AR

(continua)

| Componentes CIF  |          |   | Conceitos significativos                                     | Categorias escolhidas                                     |   |
|--|----------|---|--|---|---|
| Conteúdos referentes ao componente Funções do Corpo          | Capítulo | 1 | Funções mentais  | - Emoções<br>- Percepção do quadro geral                  | b152 Funções emocionais<br>b1801 Imagem do corpo  |
|  |          | 2 | Funções sensoriais e dor                                     | - Dor   | b280 Sensação de dor  |
|  |          | 7 | Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento | - Limitações articulares<br>- Capacidade de deslocamento* | b710 Funções relacionadas à mobilidade das articulações<br>b730 Funções relacionadas à força muscular<br>b740 Funções de resistência muscular<br>b770 Funções relacionadas ao padrão da marcha<br>b780 Sensação de rigidez muscular |
|  |          | 7 | Estruturas relacionadas ao Movimento                         |   | s730 Estrutura da extremidade superior<br>s750 Estrutura da extremidade inferior<br>s760 Estrutura do tronco  |
| Conteúdos referentes ao componente Atividades e Participação | Capítulo | 1 | Aprendizagem e aplicação de conhecimento                     |   | d170 Escrever   |
|  |          | 2 | Tarefas e demandas gerais                                    | - Realizar as atividades rotineiras                       | d230 Realizar a rotina diária   |
|  |          | 3 | Comunicação  | - Capacidade de deslocamento*                             | d360 Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação   |
|  |          | 4 | Mobilidade   | - Andar<br>- Escovar os dentes<br>- Pentear os cabelos    | d410 Mudar a posição básica do corpo<br>d415 Manter a posição do corpo<br>d440 Uso fino da mão<br>d450 Andar<br>d475 Dirigir<br>d445 Uso da mão e do braço  |
|  |          | 5 | Cuidado pessoal  | - Aplicar a medicação<br>- Autocuidado                    | d510 Lavar-se<br>d520 Cuidado das partes do corpo<br>d540 Vestir-se<br>d550 Comer   |
|  |          | 9 | Vida comunitária, social e cívica                            |   | d920 Recreação e lazer  |

Quadro 14. Componentes da CIF, conceitos significativos e categorias escolhidas com base no core set da CIF para AR

(conclusão)

|   |          | Componentes CIF |   | Conceitos significativos | Categorias escolhidas   |
|---|----------|-----------------|---|--------------------------|---|
| Conteúdos referentes ao componente Fatores Ambientais | Capítulo | 1               | Produtos e tecnologia   | - Recursos humanos       | e1101 Medicamentos<br>e1151 Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária |
|   |          | 2               | Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano |                          | e2250 Temperatura   |
|   |          | 3               | Apoio e relacionamentos                                       |                          | e355 Profissionais da saúde   |
|   |          | 5               | Serviços, sistemas e políticas                                |                          | e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde                                      |

\*Unidade de registro repetida, relacionada a mais de um componente da CIF

Fonte: a autora (2020).

Elevando a importância de todos os componentes da CIF fazerem parte de um instrumento de avaliação, foram escolhidas categorias dos quatro componentes da CIF, corroborando com MORETTIN, *et al.* (2013) que considera importante levar em conta aspectos funcionais, físicos e emocionais e os contextos sociais num processo avaliativo.

Relacionado aos componentes da CIF a comparação ao componente Funções do Corpo gerou a escolha de 8 categorias, 2 relacionadas ao capítulo 1 (funções mentais), 1 ao capítulo 2 (funções sensoriais e dor) e 5 ao capítulo 7 (funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento).

A comparação ao componente Estruturas do Corpo gerou a escolha de 3 categorias relacionadas ao capítulo 7 (estruturas relacionadas ao movimento). Já, ao componente Atividades e Participação, gerou a escolha de 14 categorias. Apenas 1 categoria relacionada ao capítulo 1 (aprendizagem e aplicação de conhecimento), 1 categoria ao capítulo 2 (tarefas e demandas gerais), 1 categoria ao capítulo 3 (comunicação), 6 categorias ao capítulo 4 (mobilidade), 4 ao capítulo 5 (cuidado pessoal), e 1 categoria ao capítulo 9 (vida comunitária, social e cívica).

A comparação ao componente fator ambiental gerou a escolha de 2 categorias relacionadas ao capítulo 1 (produtos e tecnologia), 1 categoria relacionada ao capítulo 2 (ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano), 1 categoria relacionada ao capítulo 3 (apoio e relacionamentos), e 1 categoria relacionada ao capítulo 5 (serviços, sistemas e políticas).



No presente estudo foram escolhidas categorias de segundo nível para os componentes Estruturas do Corpo e Atividades e Participação, de segundo e terceiro níveis para Funções do Corpo e Fatores Ambientais. Relacionado ao componente Funções do Corpo foram escolhidas 6 categorias de segundo nível e 2 de terceiro nível. Relacionado ao componente Estruturas do Corpo foram 3 categorias de segundo nível. Relacionado ao componente Atividades e Participação, 14 categorias de segundo nível. Relacionado ao componente Fatores Ambientais, 2 categorias de segundo nível e 3 de terceiro nível.

O *core set* da CIF disponibiliza um conjunto de categorias da CIF mais relevantes para a avaliação de condições de saúde particulares. Contudo, quando se pretende uma descrição mais precisa do domínio de funcionalidade uma troca ou substituição por categorias de terceiro ou quarto nível são permitidas (BICKENBACH, *et al.*, 2012). Para a elaboração do instrumento proposto neste estudo foram a possibilidade de acréscimos ou substituições de categorias extras foi considerada.

ROGERS, *et al.* (2010) expandiu do segundo para o terceiro nível categorias relacionadas a estrutura de boca, funções de ingestão e funções da voz, para avaliar de forma mais precisa distúrbios relacionados a estrutura e seu funcionamento, quando elaborou instrumento baseado no *core set* resumido da CIF para câncer de cabeça e pescoço. Para a quantificação dos problemas relacionados os autores utilizaram os qualificadores da CIF, de 0 a 4, apresentados como “nenhum, leve (em um nível que você pode tolerar, ocorre raramente); moderado (às vezes interfere com o seu dia-a-dia, acontece ocasionalmente); grave (em parte perturba o seu dia-a-dia, ocorre com frequência); ou completo (interrompe totalmente a sua vida, afeta você todos os dias) ”.

BRASILEIRO, *et al.* (2013) relatam o modo como os componentes da CIF tem sido aplicados: integrando funções, estrutura do corpo e Atividades e Participação; aplicado apenas um componente, sendo Atividades e Participação o mais utilizado; utilização dos componentes da CIF associados a códigos relevantes sendo qualificados.

Pesquisadores austríacos fizeram um levantamento de problemas identificados na rotina diária de pessoas com AR, com base na CIF e na perspectiva do doente. O objetivo do estudo foi validar o core set da CIF para AR (STAMM, *et al.*, 2005).

Outro grupo de pesquisadores, alemães, utilizaram uma abordagem parecido, além dos problemas identificados, listados no core set da CIF para AR, foram incluídas categorias adicionais, a maioria delas derivando dos componentes Funções do Corpo e Fatores Ambientais (COENEN, *et al.*, 2006).

Corroborando o presente estudo, autores concluem que uma abordagem com base na CIF para se traçar o perfil de funcionalidade de pessoas com AR é o mais adequado, principalmente em relação a funções e Estruturas do Corpo (COENEN, *et al.*, 2006; STAMM, *et al.*, 2005).

Resgatando-se as necessidades relacionadas a monitorização dos usuários com AR, faz-se necessária a implementação da classificação na prática clínica para que se possa mapear e levantar dados referentes aos usuários de serviços como o CEAF. Acredita-se que a validação de um instrumento específico de avaliação da funcionalidade, que utiliza uma linguagem universal e biopsicossocial, baseada na experiência da vivência da prática clínica e da doença, baseado na CIF, para a obtenção do perfil de funcionalidade dos pacientes facilitaria a comunicação entre profissionais, poderia trazer agilidade ao processo, contribuindo de maneira a propiciar um controle mais preciso da evolução da doença e do impacto causado. O que poderia influenciar a redução de custos relacionados a doença, para o usuário e para o sistema.

##### 5.5. ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE FUNCIONALIDADE PARA ARTRITE REUMATOIDE (Q-FAR)

A metodologia adotada, com base na perspectiva dos farmacêuticos do CEAF, em sua experiência vivida, quanto ao cuidado farmacêutico aos usuários com AR, possibilitou a elaboração de um instrumento que reflete o ponto de vista destes profissionais sobre a importância das informações a serem coletadas e mapeadas e registradas.

Além de levar em conta a necessidade do profissional a ferramenta abrangendo todos os componentes da CIF podendo ser decisória quando se trata de gerenciar o cuidado farmacêutico para com estes usuários. A participação dos usuários e dos profissionais que conduzem o cuidado na elaboração da ferramenta garantiu uma construção conjunta, mantendo uma visão integral da funcionalidade.

O referido serviço neste estudo segue as diretrizes propostas nacionalmente (BRASIL, 2015), porém, o formulário recomendado para o monitoramento da capacidade funcional de pessoas com AR (FERRAZ, *et al.*, 1990) parece ser insuficiente atualmente para o registro de informações acerca da funcionalidade de usuários com AR. O resultado do HAQ pode ser influenciado pelos níveis de dor, pelo tempo da doença, pela idade (IDE, *et al.*, 2011), e parece não acessar informações acerca dos fatores sociais e econômicos (SCOTT; STRAND, 2002) que podem influenciar a capacidade funcional, já que esta sofre consequências das condições de saúde ou doença, mas também pode ser determinada pelo contexto do meio ambiente físico e social (CIEZA, *et al.*, 2009; STUCKI, *et al.*, 2002).

Desde que o cenário mundial tem apresentado altos índices de prevalência e incidência quanto as DCNT, o interesse pela quantificação da funcionalidade e incapacidade cresceram, porém, a incapacidade se apresenta de forma subjetiva e dúbia (JETTE, 2006). Assim, há aproximadamente 30 anos, a OMS vem idealizando modelos para a compreensão e a classificação da funcionalidade, incapacidade e deficiência (STUCKI, *et al.*, 2007).

Destaca-se a necessidade de um modelo de cuidado farmacêutico voltado para os usuários, atores do cenário da presente pesquisa, justificando a elaboração de um instrumento aplicado ao fim da monitorização da sua capacidade funcional, podendo ainda estabelecer indicadores de processos e resultados clínicos. Indo de encontro com o proposto pelo Conselho Federal de Farmácia, o qual indica que o farmacêutico deve gerenciar a farmacoterapia, analisando as condições de saúde por meio do acompanhamento do paciente, promovendo melhoria da qualidade da atenção à saúde, atividades de

prevenção e proteção à saúde (CFF, 2017). Seguindo ainda as recomendações da OMS (OMS, 1993) de promover a assistência farmacêutica.

Vale lembrar que o formulário foi elaborado tendo como base o *core set* da CIF para AR. Para direcionar e embasar a escolha das categorias que fazem parte do instrumento foram utilizados os resultados da análise qualitativa, parte deste estudo, a qual retrata a experiência vivida dos farmacêuticos do CEAf. O conjunto de categorias elegidas serviu como base para a elaboração do Q-FAR.

Com exceção das categorias relacionadas a Estruturas do Corpo, para as quais foi gerada apenas uma pergunta reunindo o conteúdo de três categorias, para cada categoria escolhida foi elaborada uma questão norteadora, para que se possa acessar as informações pertinentes a categoria. No total foram elaboradas 29 perguntas, formando a primeira versão do Q-FAR. Sua estrutura reflete a ordem dos componentes da CIF: Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais (Quadro 15).

Quadro 15. Perguntas elaboradas para a primeira versão do Q-FAR, baseadas nas categorias do *core set* da CIF para AR

(continua)

| Categorias escolhidas                                   | Pergunta elaborada  |
|---|---|
| b152 Funções emocionais                                 | Você foi emocionalmente afetado por este problema de saúde?   |
| b1801 Imagem do corpo                                   | Você teve dificuldades em reconhecer e identificar as partes de seu corpo afetadas pela artrite reumatoide?   |
| b280 Sensação de dor                                    | Você teve sensações desagradáveis em alguma região de seu corpo?<br>Exemplo: dor, sensação de peso, desconforto, formigamento, anestesia, etc.  |
| b710 Funções relacionadas à mobilidade das articulações | Você teve dificuldades em movimentar as articulações afetadas pela artrite reumatoide?  |
| b730 Funções relacionadas à força muscular              | Você teve dificuldade em realizar atividade que requer muscular com as regiões afetadas pela artrite reumatoide?  |
| b740 Funções de resistência muscular                    | Você teve dificuldade em manter um esforço muscular, com as regiões afetadas pela artrite reumatoide, para executar suas tarefas?<br>Exemplo: segurar ou carregar uma sacola de compras com as regiões afetadas por uma a duas quadras. |
| b770 Funções relacionadas ao padrão da marcha           | Você teve dificuldades para andar ou correr?  |
| b7800 Sensação de rigidez muscular                      | Você teve sensação de tensão ou rigidez muscular?<br>Exemplo: abrir e fechar as mãos, dobrar os joelhos ou cotovelos, etc.  |

Quadro 15. Perguntas elaboradas para a primeira versão do Q-FAR, baseadas nas categorias do *core set* da CIF para AR

(conclusão)

| Categorias escolhidas  | Pergunta elaborada   |
|--|--|
| s730 Estrutura da extremidade superior<br>s750 Estrutura da extremidade inferior<br>s760 Estrutura do tronco | Você tem alterações nas regiões afetadas?<br>Exemplo: inchaço ou outras mudanças nas regiões afetadas pela artrite reumatoide  |
| d170 Escrever  | Escrever.  |
| d230 Realizar a rotina diária  | Realizar sua rotina diária, atividades do dia a dia.   |
| d360 Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação  | Usar dispositivos para comunicação, como computador, celular.  |
| d410 Mudar a posição básica do corpo   | Mudar a posição do corpo.<br>Exemplo: passar de deitado para sentado, ou de sentado para em pé, ajoelhar, agachar.   |
| d415 Manter a posição do corpo   | Manter a mesma posição do corpo.<br>Exemplo: em pé por 30 minutos.   |
| d440 Uso fino da mão   | Manusear objetos.<br>Exemplo: pegar moedas de uma mesa, girar um botão ou maçaneta.  |
| d445 Uso da mão e do braço   | Manipular ou mover objetos usando as mãos e braços.<br>Exemplo: girar maçanetas de portas, torcer um pano, puxar/empurrar objetos.                                   |
| d450 Andar   | Caminhar.<br>Exemplo: distâncias curtas ou longas, andar sobre superfícies diferentes, mudando de direção.   |
| d475 Dirigir   | Dirigir/pilotar transporte qualquer tipo de transporte.<br>Exemplo: carro, bicicleta, motocicleta.   |
| d510 Lavar-se  | Lavar seu corpo todo.  |
| d520 Cuidado das partes do corpo   | Realizar cuidados com seu corpo.<br>Exemplo: escovar os dentes, higienizar as unhas, os cabelos, barbear-se.   |
| d540 Vestir-se   | Vestir-se.   |
| d550 Comer   | Cortar e levar alimentos à boca, abrir latas e garrafas.   |
| d640 Realização das tarefas domésticas   | Realizar tarefas domésticas.<br>Exemplo: lavar e secar roupas, limpar a casa, varrer, passar pano, remover o lixo.   |
| d920 Recreação e lazer   | Participar de atividades recreativas e de lazer, atividades físicas.   |
| e1101 Medicamentos   | Medicamentos que usa para tratar a artrite.  |
| e1151 Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária  | Produto ou tecnologia para uso pessoal   |
| e2250 Temperatura  | A mudança de temperatura.<br>Efeito positivo efeito negativo   |
| e355 Profissionais da saúde  | Profissionais da saúde que cuidam da minha saúde. <sup>9</sup>   |
| e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde   | Serviços, sistemas e políticas de prevenção e tratamento de problemas de saúde, fornecimento de reabilitação médica e promoção de um estilo de vida saudável ajudam? |

Fonte: a autora (2020).

Após a eleição das categorias e da elaboração das perguntas foi realizada uma avaliação entre os pesquisadores participante do presente estudo, para o julgamento da relevância das categorias, para a compreensão e aceitação dos itens do instrumento, como encontrado também no estudo de POLIT; BECK (2011). Foi analisada a importância de cada categoria, pelos farmacêuticos e pelos usuários. Então, foi realizada a validação de conteúdo e de clareza, formalizando a versão do Q-FAR.

### **5.5.1. Validação da importância das categorias/perguntas pelos farmacêuticos e pelos usuários**

Nesta etapa, avaliou-se a pertinência de cada categoria/pergunta para compor o instrumento a ser utilizado pelos farmacêuticos no cuidado farmacêutico aos usuários com AR.

O grupo dos três farmacêuticos que participaram dessa validação teve liberdade para propor itens que considerassem relevantes, de acordo com sua experiência profissional com pacientes com AR, para serem inseridos no instrumento. Das 29 categorias/perguntas, 24 (83%) obtiveram aprovação de mais de 80% dos farmacêuticos.

O instrumento também passou pela validação de 21 usuários. Esta validação objetivou avaliar a pertinência de cada categoria/pergunta, considerando-se a experiência vivida da doença. Das 29 perguntas, 25 (86%) obtiveram aprovação de mais de 80% dos usuários.

Todas as categorias/perguntas foram analisadas, vinte e quatro foram consideradas relevantes para se avaliar a funcionalidade dos usuários com AR. As demais categorias/perguntas foram analisadas e excluídas, levando-se em consideração a opinião dos profissionais e a opinião dos usuários, e os motivos pelos quais sugeriram retirá-las. Todas as opiniões foram analisadas e, ao final, foram retiradas ou ajustadas as seguintes perguntas:

#### **Categoria b770 Funções relacionadas ao padrão da marcha**

##### **Questão 7 - Quanta dificuldade você teve para andar ou correr?**

Os farmacêuticos consideraram a retirada do item correr, já que segundo sua experiência com pacientes com AR correr não seria pertinente ao contexto do dia a dia dos usuários do CEAF.

Os usuários que julgaram esta categoria/pergunta como não importante fizeram a observação de que não praticam corridas, apenas caminhadas.

Assim, foi mantida a categoria/pergunta, apenas retirado o item correr.

### **Categoria b7800 Sensação de rigidez muscular**

#### **Questão 8 - Quanta dificuldade você teve com sensação de tensão ou rigidez muscular nas regiões afetadas pela artrite reumatoide, como abrir e fechar as mãos, dobrar os joelhos ou cotovelos, etc?**

Os farmacêuticos consideraram a retirada da categoria/pergunta por considerar que a rigidez relatada pelos usuários com AR é articular, contemplada na questão 4, e não rigidez muscular.

Os usuários enfatizaram sentir dificuldade para a movimentação das articulações afetadas, mas não da musculatura em si, referindo-se a rigidez articular e não muscular.

### **Categorias s730 Estrutura da extremidade superior; s750 Estrutura da extremidade inferior; s760 Estrutura do tronco**

#### **Questão 9 - Qual o grau/nível de alteração que você teve nas regiões afetadas, como inchaço ou outras mudanças nas regiões afetadas pela artrite reumatoide?**

Os farmacêuticos ressaltam a importância de conhecer os graus de alterações estruturais e de deformidades e seus impactos para os usuários com AR, porém, salientam o fato de que necessitariam de exames por imagem para a constatação das alterações, não somente a percepção do usuário, apesar de esta ser de extrema importância, mas para esta pergunta em si, relacionada a um instrumento de uso clínico, seria indispensável o apoio de exames radiológicos e exames laboratoriais para a confirmação e quantificação de alterações/deformidades.

**Categoria d170 Escrever****Questão 10 - Quanta dificuldade você teve para escrever?**

Os farmacêuticos reconhecem a importância de conhecer as dificuldades dos usuários com relação à escrita, mas destacam o fato de essa informação estar contemplada na questão 15 (que permite acessar informações sobre o uso fino das mãos), frisaram a observação de que caso os pesquisadores optassem por manter a questão 10 poderia haver redundância e confusão nas respostas dos usuários, com relação a questão 15.

Os usuários fizeram a observação de que praticamente não escrevem à mão em seu dia a dia, utilizam mais os aparelhos celulares para escrever mensagens ou anotações, além das mensagens de áudio.

**Categoria d475 Dirigir****Questão 18 - Quanta dificuldade você teve para dirigir/pilotar qualquer tipo de transporte, como carro, bicicleta, motocicleta?**

Os farmacêuticos consideraram a retirada da categoria/pergunta pela repetição do conteúdo com a questão 16. Apesar de não se tratar do mesmo, a questão 16 contempla o mesmo tipo de movimento realizado para dirigir, e justificam que a exclusão da questão 18 tornaria o instrumento mais sucinto, reduzindo o tempo de aplicação, favorecendo sua incorporação no serviço.

**Categoria e1151 Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária****Questão 26 - O quanto o uso de produtos e tecnologia para uso pessoal como próteses ou órteses, sistema de controle remoto, controle por voz, o ajudam (apoiam, facilitam) ou atrapalham (são um obstáculo, dificultam) sua vida?**

Os farmacêuticos reconhecem a importância de incentivar os usuários com AR a utilizarem de meios que os auxiliem na adequação às atividades diárias, como órteses ou outras tecnologias, porém, relatam que não observam o uso de tais tecnologias por estes usuários, fazendo-se desnecessária a pergunta 27.



Não foi indicada a inclusão de nenhum item pelos farmacêuticos nem pelos usuários.

Um novo conjunto de 24 categorias/perguntas passou pela avaliação dos farmacêuticos, obtendo-se 100% de concordância com relação a importância destas categorias/perguntas fazerem parte da composição do instrumento proposto. Formando-se assim o conjunto final de categorias que nortearam a versão final do Q-FAR.

### **5.5.2. Validação aparente de conteúdo e clareza**

A representação adequada das dimensões do conteúdo abordado em um instrumento está relacionada com a validade das dimensões deste conteúdo, que, empiricamente, espelha a dimensão de um domínio específico do conteúdo, que é a validade aparente. Para a validação de conteúdo não existem métodos plenamente objetivos, logo, é baseada em julgamentos empíricos (FAYERS; MACHIN, 2007). Assim, a análise por juízes especialistas é recomendada. Os juízes escolhidos devem ser especialistas na área temática da pesquisa, já que tem a responsabilidade de avaliar se os itens estão ou não relacionados ao construto, além disso, irão avaliar a clareza, a compreensão e redundância dos itens, bem como o formato e a clareza das respostas (LOHR, 2002; POLIT; BECK, 2011).

Com o intuito de aumentar a identificação do número de profissionais com experiência no tema estudado, alguns autores elaboram seus próprios critérios para a inclusão dos juízes, enfatizando o conhecimento teórico e a experiência clínica (AGUIAR, *et al.*, 2011). Participaram do processo de validação 6 especialistas, com notório saber sobre a CIF. Dos 6 especialistas, 3 (50%) eram do sexo feminino e 3 (50%) do sexo masculino, 5 (85%) são fisioterapeutas e 1 (15%) psicólogo, 5 obtiveram pontuação 8 e 1 pontuação 9, segundo dados apresentados no Quadro 4. A literatura ressalta que para o julgamento de conteúdo e clareza um número de seis juízes é suficiente, ressaltando o fato de que deve haver concordância mínima de 80% entre eles para cada item (PASQUALI, 1998).

Para a validação de conteúdo foi elaborada uma folha de rosto contendo as orientações para o processo de validação. Os especialistas validaram o conteúdo e a clareza de cada pergunta elaborada, e o percentual de concordância para conteúdo e clareza foram calculados, para cada uma das 29 questões elaboradas (Tabela 1). Foram mantidas as 29 perguntas para a validação de clareza e conteúdo pois as observações dos especialistas poderiam representativas e relevantes, podendo agregar à versão final.

Tabela 1. Percentual de concordância dos juízes para clareza e conteúdo

(continua)

| PERGUNTAS   | % CONCORDÂNCIA DE CONTEÚDO | % CONCORDÂNCIA DE CLAREZA |
|-------------|----------------------------|---------------------------|
| PERGUNTA 1  | 100                        | 33                        |
| PERGUNTA 2  | 83                         | 67                        |
| PERGUNTA 3  | 83                         | 50                        |
| PERGUNTA 4  | 100                        | 83                        |
| PERGUNTA 5  | 100                        | 50                        |
| PERGUNTA 6  | 100                        | 67                        |
| PERGUNTA 7  | 83                         | 83                        |
| PERGUNTA 8  | 100                        | 67                        |
| PERGUNTA 9  | 100                        | 67                        |
| PERGUNTA 10 | 100                        | 83                        |
| PERGUNTA 11 | 100                        | 83                        |
| PERGUNTA 12 | 100                        | 83                        |
| PERGUNTA 13 | 100                        | 83                        |
| PERGUNTA 14 | 100                        | 83                        |
| PERGUNTA 15 | 100                        | 83                        |
| PERGUNTA 16 | 100                        | 83                        |
| PERGUNTA 17 | 100                        | 67                        |
| PERGUNTA 18 | 100                        | 67                        |

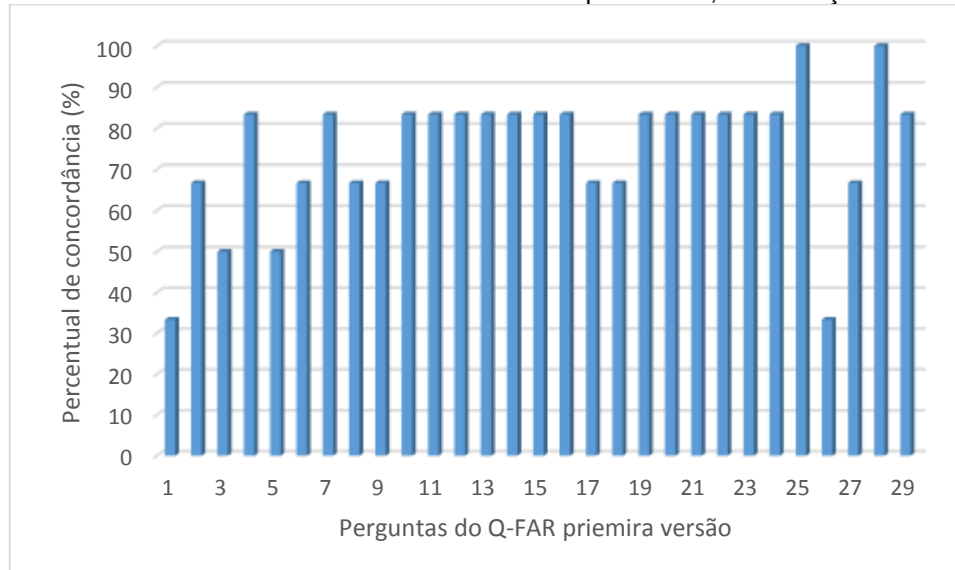
Tabela 1. Percentual de concordância dos juízes para clareza e conteúdo (conclusão)

| PERGUNTAS   | % CONCORDÂNCIA DE CONTEÚDO | % CONCORDÂNCIA DE CLAREZA |
|-------------|----------------------------|---------------------------|
| PERGUNTA 19 | 100                        | 83                        |
| PERGUNTA 20 | 100                        | 83                        |
| PERGUNTA 21 | 100                        | 83                        |
| PERGUNTA 22 | 100                        | 83                        |
| PERGUNTA 23 | 100                        | 83                        |
| PERGUNTA 24 | 100                        | 83                        |
| PERGUNTA 25 | 100                        | 100                       |
| PERGUNTA 26 | 100                        | 33                        |
| PERGUNTA 27 | 100                        | 67                        |
| PERGUNTA 28 | 100                        | 100                       |
| PERGUNTA 29 | 100                        | 83                        |

Fonte: a autora (2020).

Com relação à validação de conteúdo, houve concordância mínima exigida em 3 itens e concordância máxima, em 26 dos 29 itens. Com relação à validação da clareza das perguntas elaboradas foram consideradas como claras 6,8% (2), 93,2% foram consideradas como pouco claras ou confusas (Gráfico 1).

Gráfico 1. Percentual de concordância entre os especialistas, com relação a clareza



Fonte: a autora (2020).

Foram feitos apontamentos pelos especialistas sobre a redação das questões não estarem coerentes com as opções de resposta, por exemplo, na primeira versão, o conteúdo da questão 1 foi: “Você foi emocionalmente afetado por este problema de saúde? ”, a análise dos especialistas é de que a resposta esperada seria “Sim” ou “Não”, portanto, não teriam opções de escolha consistentes nas respostas oferecidas, já que para a validação pelos especialistas foram apresentadas as opções de resposta para cada pergunta como apresentado no Quadro 16 Quadro 16, para as perguntas de 1 a 25, e no Quadro 17, para as perguntas 26 a 29.

Quadro 16. Opções de resposta da primeira versão do Q-FAR, para as perguntas de 1 a 25

|   |                      |
|---|----------------------|
| 0 | Sem dificuldade      |
| 1 | Dificuldade leve     |
| 2 | Dificuldade moderada |
| 3 | Dificuldade grave    |
| 4 | Dificuldade completa |

Quadro 17. Opções de resposta da primeira versão do Q-FAR, para as perguntas de 26 a 29

|             |   |                            |
|-------------|---|----------------------------|
| Facilitador | 0 | Não facilita nem dificulta |
|             | 1 | Facilita levemente         |
|             | 2 | Facilita moderadamente     |
|             | 3 | Facilita extremamente      |
|             | 4 | Facilita totalmente        |
| Barreira    | 0 | Não facilita nem dificulta |
|             | 1 | Dificulta levemente        |
|             | 2 | Dificulta moderadamente    |
|             | 3 | Dificulta extremamente     |
|             | 4 | Dificulta totalmente       |

Para todas as perguntas com clareza considerada “pouco clara” ou “confusa” foram acatadas as sugestões dos especialistas, com substituições de

termos, visando o aprimoramento da redação e representatividade de cada categoria da CIF. No Quadro 18 estão apresentadas a primeira versão do Q-FAR, pré validação, e a versão com as modificações sugeridas pelos especialistas.

Quadro 18. Apresentação da primeira versão do Q-FAR e as modificações sugeridas pela comissão de especialistas

(continua)

| Primeira versão do Q-FAR  | Versão com as modificações sugeridas  |
|---|---|
| Se pensar no seu corpo, nos últimos 30 dias, devido a artrite reumatoide, quanta dificuldade você teve em (ou para).  | Este questionário pergunta sobre suas atividades do dia a dia. Responda todas as perguntas e, para isso, considere os últimos 30 dias.  |
| Você foi emocionalmente afetado por este problema de saúde?   | Quanta dificuldade você teve em decorrência de problemas emocionais causados pela artrite reumatoide?   |
| Você teve dificuldades em reconhecer e identificar as partes de seu corpo afetadas pela artrite reumatoide?   | Quanta dificuldade você teve em reconhecer e identificar as partes de seu corpo afetadas pela artrite reumatoide?   |
| Você teve sensações desagradáveis em alguma região de seu corpo?<br>Exemplo: dor, sensação de peso, desconforto, formigamento, anestesia, etc.  | Quanta dificuldade você teve com sensações desagradáveis nas regiões afetadas pela artrite reumatoide, como dor, sensação de peso, desconforto, formigamento, anestesia, etc?   |
| Você teve dificuldades em movimentar as articulações afetadas pela artrite reumatoide?  | Quanta dificuldade você teve em movimentar as articulações afetadas pela artrite reumatoide?  |
| Você teve dificuldade em realizar atividade que requer muscular com as regiões afetadas pela artrite reumatoide?  | Quanta dificuldade você teve em realizar atividades que exigem força muscular com as regiões afetadas pela artrite reumatoide?  |
| Você teve dificuldade em manter um esforço muscular, com as regiões afetadas pela artrite reumatoide, para executar suas tarefas?<br>Exemplo: segurar ou carregar uma sacola de compras com as regiões afetadas por uma a duas quadras. | Quanta dificuldade você teve em manter um esforço muscular para executar suas tarefas com as regiões afetadas pela artrite reumatoide, como segurar ou carregar uma sacola de compras com as regiões afetadas por uma a duas quadras? |
| Você teve dificuldades para andar ou correr?  | Quanta dificuldade você teve para andar ou correr?  |
| Você teve sensação de tensão ou rigidez muscular?<br>Exemplo: abrir e fechar as mãos, dobrar os joelhos ou cotovelos, etc.  | Quanta dificuldade você teve com sensação de tensão ou rigidez muscular nas regiões afetadas pela artrite reumatoide, como abrir e fechar as mãos, dobrar os joelhos ou cotovelos, etc?   |
| Se pensar no seu corpo, nos últimos 30 dias, devido a artrite reumatoide, quanta dificuldade você teve em (ou para)   |   |
| Você tem alterações nas regiões afetadas?<br>Exemplo: inchaço ou outras mudanças nas regiões afetadas pela artrite reumatoide   | Qual o grau/nível de alteração que você teve nas regiões afetadas, como inchaço ou outras mudanças nas regiões afetadas pela artrite reumatoide?  |

Quadro 18 Apresentação da primeira versão do Q-FAR e as modificações sugeridas pela comissão de especialistas

(continuação)

| Primeira versão do Q-FAR   | Versão com as modificações sugeridas  |
|--|---|
| Se pensar na sua vida diária, nos últimos 30 dias, devido a artrite reumatoide, quanta dificuldade você teve em (ou para)          |   |
| Escrever.  | Quanta dificuldade você teve para escrever?   |
| Realizar sua rotina diária, atividades do dia a dia.   | Quanta dificuldade você teve para realizar suas atividades rotineiras?  |
| Usar dispositivos para comunicação, como computador, celular.  | Quanta dificuldade você teve para usar dispositivos para comunicação, como computador, celular  |
| Mudar a posição do corpo.<br>Exemplo: passar de deitado para sentado, ou de sentado para em pé, ajoelhar, agachar.                 | Quanta dificuldade você teve para mudar a posição do corpo como passar de deitado para sentado, ou de sentado para em pé, ajoelhar, agachar?                  |
| Manter a mesma posição do corpo.<br>Exemplo: em pé por 30 minutos.   | Quanta dificuldade você teve para manter a mesma posição do corpo, como ficar em pé por 30 minutos?   |
| Manusear objetos.<br>Exemplo: pegar moedas de uma mesa, girar um botão ou maçaneta.  | Quanta dificuldade você teve para manusear pequenos objetos, como pegar moedas de uma mesa, abotoar um botão, girar um botão?                                 |
| Manipular ou mover objetos usando as mãos e braços.<br>Exemplo: girar maçanetas de portas, torcer um pano, puxar/empurrar objetos. | Quanta dificuldade você teve para manipular ou mover objetos usando as mãos e braços, como girar maçanetas de portas, torcer um pano, puxar/empurrar objetos? |
| Caminhar.<br>Exemplo: distâncias curtas ou longas, andar sobre superfícies diferentes, mudando de direção.                         | Quanta dificuldade você teve para caminhar distâncias curtas ou longas, andar sobre superfícies diferentes mudando de direção?                                |
| Dirigir/pilotar transporte qualquer tipo de transporte.<br>Exemplo: carro, bicicleta, motocicleta.                                 | Quanta dificuldade você teve para dirigir/pilotar qualquer tipo de transporte, como carro, bicicleta, motocicleta?  |
| Lavar seu corpo todo.  | Quanta dificuldade você teve para lavar seu corpo?  |
| Realizar cuidados com seu corpo.<br>Exemplo: escovar os dentes, higienizar as unhas, os cabelos, barbear-se.                       | Quanta dificuldade você teve para realizar cuidados com seu corpo, como escovar os dentes, higienizar as unhas ou os cabelos, barbear-se?                     |
| Vestir-se.   | Quanta dificuldade você teve para se vestir?  |
| Cortar e levar alimentos à boca, abrir latas e garrafas.   | Quanta dificuldade você teve para cortar e levar alimentos à boca, abrir latas e garrafas?  |
| Realizar tarefas domésticas.<br>Exemplo: lavar e secar roupas, limpar a casa, varrer, passar pano, remover o lixo.                 | Quanta dificuldade você teve para realizar tarefas domésticas, como lavar e secar roupas, limpar a casa, varrer, passar pano, remover o lixo?                 |
|  |   |

Quadro 18. Apresentação da primeira versão do Q-FAR e as modificações sugeridas pela comissão de especialistas

(conclusão)

| Primeira versão do Q-FAR   | Versão com as modificações sugeridas  |
|--|---|
| Participar de atividades recreativas e de lazer, atividades físicas.   | Quanta dificuldade você teve para participar de atividades recreativas e de lazer, atividades físicas?  |
| Se pensar no seu ambiente, os fatores envolventes e a sua condição de vida, nos últimos 30 dias, devido a artrite reumatoide, o quanto estes itens o ajudam (apoiam, facilitam) ou são um obstáculo (atrapalham, dificultam) sua vida. |   |
| Medicamentos que usa para tratar a artrite.  | O quanto os medicamentos usados para tratar sua artrite o ajudam (apoiam, facilitam) ou atrapalham (são um obstáculo, dificultam) sua vida?   |
| Produto ou tecnologia para uso pessoal   | O quanto o uso de produtos e tecnologia para uso pessoal como próteses ou órteses, sistema de controle remoto, controle por voz, o ajudam (apoiam, facilitam) ou atrapalham (são um obstáculo, dificultam) sua vida?                                    |
| A mudança de temperatura.<br>Efeito positivo efeito negativo   | O quanto mudanças de temperatura o ajuda (apoia, facilita) ou atrapalha (é um obstáculo, dificulta) sua vida?   |
| Profissionais da saúde que cuidam da minha saúde.  | O quanto profissionais da saúde que cuidam da sua saúde o ajudam (apoiam, facilitam) ou atrapalham (são um obstáculo, dificultam) sua vida?   |
| Serviços, sistemas e políticas de prevenção e tratamento de problemas de saúde, fornecimento de reabilitação médica e promoção de um estilo de vida saudável ajudam?   | O quanto serviços, sistemas e políticas de prevenção e tratamento de problemas de saúde, fornecimento de reabilitação médica e promoção de um estilo de vida saudável ajudam (apoiam, facilitam) ou atrapalham (são um obstáculo, dificultam) sua vida? |

Fonte: a autora (2020).

Após serem realizadas as modificações sugeridas pelos farmacêuticos, pelo usuário e pelos especialistas, o instrumento foi reestruturado com 24 perguntas, contemplando a versão final do Q-FAR (APENDICE G).

## 5.6. CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO

Nesta etapa, foi avaliada a confiabilidade do instrumento, dada pela medida da precisão do instrumento. Responderam ao questionário 50 usuários, com média de idade de 58,44 ( $\pm 8,69$ ) anos de idade, sendo que a maioria (43)

do sexo feminino (86%) com média de idade de 58,3 ( $\pm 8,4$ ) anos, a média de idade para os homens foi de 59 ( $\pm 10,3$ ) anos.

A literatura apresenta que a confiabilidade é habilidade e competência de um instrumento medir fielmente um fenômeno (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Em concomitância (PASQUALI, 2017), afirma que a confiabilidade é o padrão de precisão da medida, é a propriedade do instrumento medir sem erros.

Desta forma, a confiabilidade é critério fundamental para avaliação da qualidade de um instrumento. A confiabilidade de uma medida quantitativa é um critério indispensável para a averiguação de sua qualidade, uma vez que se relaciona à consistência com que o instrumento mensura o atributo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI, *et al.*, 2015; FIORIN, *et al.*, 2020). Outro conceito exequível é fundamentado na exatidão. Um instrumento é confiável se suas medidas retratarem precisamente as medidas verdadeiras do atributo investigado (PASQUALI, 2017).

Os aspectos de validade e confiabilidade são primordiais na seleção de instrumentos de classificação de pacientes e, portanto, é indispensável seguir criteriosamente procedimentos estatísticos (FAGERSTRÖM, *et al.*, 2000). Saliencia-se que a validação de qualquer instrumento de mensuração na área de saúde é um procedimento constante e interminável, visto que os avanços tecnológicos e transformações culturais diretamente impactam na validade e na confiabilidade de suas medidas (FAGERSTRÖM, *et al.*, 2000; PASQUALI, 2017).

Alguns autores relatam que a confiabilidade e a validade são padrões que se sustentam em graus maiores ou menores de evidências, uma vez que a validação é apontada com um processo contínuo que vai agregando informações a cada uso do instrumento (ASPAROUHOV; MUTHÉN, 2014; FIORIN, *et al.*, 2020; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Assim, analisada a consistência interna do Q-FAR por meio do coeficiente alfa de Cronbach, o valor encontrado para o presente trabalho foi de 0,943, mostrando alta consistência quase perfeita, segundo (LANDIS; KOCH, 1977).



Os valores de Alfa de Cronbach para o Q-FAR com uma suposta exclusão de cada um dos indicadores estão apresentados na

Tabela 2. Verifica-se que nenhum indicador interfere suficientemente na homogeneidade do instrumento. Para todos os itens se obteve uma alta consistência interna. Para o valor mínimo de consistência interna aceitável para um instrumento certificado a partir do coeficiente do alfa de Cronbach, com variações de zero a um não existe um consenso. São considerados aceitáveis valores abaixo de 0,70 para escalas psicométricas, mas é recomendado que este valor seja superior a 0,80, considerado bom, e acima de 0,90, como excelente (CUMMINGS, *et al.*, 2003). A consistência se trata de uma estimativa da precisão do instrumento, tendo a lógica de que os itens do instrumento se entenderiam, em qualquer ocasião de aplicação, estabelecendo a confiabilidade do instrumento (PASQUALI, 2010).

Tabela 2. Avaliação da homogeneidade do Q-FAR (n=24)

(continua)

| Questões | Alfa de Cronbach com item deletado |
|----------|------------------------------------|
| Q*1      | ,920                               |
| Q2       | ,921                               |
| Q3       | ,924                               |
| Q4       | ,922                               |
| Q5       | ,918                               |
| Q6       | ,916                               |
| Q7       | ,918                               |
| Q8       | ,924                               |
| Q9       | ,922                               |
| Q10      | ,915                               |
| Q11      | ,917                               |
| Q12      | ,919                               |
| Q13      | ,921                               |
| Q14      | ,917                               |
| Q15      | ,918                               |
| Q16      | ,917                               |
| Q17      | ,917                               |
| Q18      | ,920                               |
| Q19      | ,919                               |

Tabela 2. Avaliação da homogeneidade do Q-FAR (n=24)

(conclusão)

| Questões | Alfa de Cronbach com item deletado |
|----------|------------------------------------|
| Q20      | ,919                               |
| Q21a**   | ,925                               |
| Q21b***  | ,933                               |
| Q22a     | ,942                               |
| Q22b     | ,924                               |
| Q23a     | ,944                               |
| Q23b     | ,926                               |
| Q24a     | ,923                               |
| Q24b     | ,920                               |

Q\*=pergunta. a\*\*: avaliação dos facilitadores. b\*\*\*: avaliação das barreiras.

Fonte: a autora (2020).

A estabilidade foi medida por meio da aplicação do CCI, medindo o quanto os usuários mantiveram sua posição ao longo de um período de 10 a 14 dias, foi realizado reteste com 27 participantes. Foi realizada a análise para cada item do questionário, comparando-se os resultados de teste e reteste, obtendo-se resultado de CCI excelente (CICCHETTI, 1994) para todos os itens do Q-FAR (Tabela 3). Considerado como um índice de precisão o CCI mede a correlação bivariada entre os dois resultados do mesmo sujeito (PASQUALI, 2010).

Tabela 3. Repetibilidade para cada item do instrumento

(continua)

| Questões | CCI   |
|----------|-------|
| Q1       | 0,986 |
| Q2       | 0,977 |
| Q3       | 0,991 |
| Q4       | 0,884 |
| Q5       | 0,9   |
| Q6       | 0,877 |
| Q7       | 0,811 |
| Q8       | 0,923 |
| Q9       | 0,986 |
| Q10      | 0,812 |
| Q11      | 0,921 |
| Q12      | 0,932 |
| Q13      | 0,945 |

Tabela 3. Repetibilidade para cada item do instrumento  
(conclusão)

| Questões | CCI   |
|----------|-------|
| Q14      | 0,901 |
| Q15      | 0,896 |
| Q16      | 0,899 |
| Q17      | 0,902 |
| Q18      | 0,903 |
| Q19      | 0,901 |
| Q20      | 0,921 |
| Q21      | 0,899 |
| Q22      | 0,898 |
| Q23      | 0,967 |
| Q24      | 0,979 |

Fonte: a autora (2020).

Nenhum paciente participante da pesquisa apresentou dificuldade no entendimento das perguntas. As perguntas relacionadas aos Fatores Ambientais possibilitam acessar a quantidade de ajuda ou dificuldade relacionada. A Tabela 4 apresenta os percentuais de respostas para cada qualificador.

Tabela 4. Percentual de respostas de acordo com os qualificadores da CIF, para cada item do Q-FAR

| Pergunta   | (continua)<br>Qualificador |    |    |    |    |
|--|----------------------------|----|----|----|----|
|  | 0                          | 1  | 2  | 3  | 4  |
| 1. Quanta dificuldade você teve em decorrência de problemas emocionais causados pela artrite reumatoide?   | 22                         | 12 | 52 | 8  | 6  |
| 2. Quanta dificuldade você teve em reconhecer e identificar as partes de seu corpo afetadas pela artrite reumatoide?   | 18                         | 12 | 58 | 10 | 2  |
| 3. Quanta dificuldade você teve com sensações desagradáveis nas regiões afetadas pela artrite reumatoide, como dor, sensação de peso, desconforto, formigamento, anestesia, etc?   | 8                          | 6  | 20 | 44 | 22 |
| 4. Quanta dificuldade você teve em movimentar as articulações afetadas pela artrite reumatoide?  | 4                          | 16 | 36 | 28 | 16 |
| 5. Quanta dificuldade você teve em realizar atividades que exigem força muscular com as regiões afetadas pela artrite reumatoide?  | 20                         | 12 | 8  | 50 | 10 |
| 6. Quanta dificuldade você teve em manter um esforço muscular para executar suas tarefas com as regiões afetadas pela artrite reumatoide, como segurar ou carregar uma sacola de compras com as regiões afetadas por uma a duas quadras? | 14                         | 6  | 20 | 12 | 48 |
| 7. Quanta dificuldade você teve para andar?  | 14                         | 2  | 22 | 22 | 40 |
| 8. Quanta dificuldade você teve para realizar suas atividades rotineiras?  | 20                         | 34 | 28 | 4  | 14 |
| 9. Quanta dificuldade você teve para usar dispositivos para comunicação, como computador, celular?   | 14                         | 12 | 54 | 6  | 14 |
| 10. Quanta dificuldade você teve para mudar a posição do corpo como passar de deitado para sentado, ou de sentado para em pé, ajoelhar, agachar?   | 18                         | 4  | 2  | 22 | 54 |

Tabela 4. Percentual de respostas de acordo com os qualificadores da CIF, para cada item do Q-FAR

| Pergunta  | (conclusão)       |    |    |    |    |
|---|-------------------|----|----|----|----|
|   | Qualificador      |    |    |    |    |
|   | 0                 | 1  | 2  | 3  | 4  |
| 11. Quanta dificuldade você teve para manter a mesma posição do corpo, como ficar em pé por 30 minutos?   | 14                | 12 | 6  | 20 | 48 |
| 12. Quanta dificuldade você teve para manusear pequenos objetos, como pegar moedas de uma mesa, abotoar um botão, girar um botão?   | 30                | 6  | 6  | 54 | 4  |
| 13. Quanta dificuldade você teve para manipular ou mover objetos usando as mãos e braços, como girar maçanetas de portas, torcer um pano, puxar/empurrar objetos?   | 16                | 20 | 56 | 2  | 6  |
| 14. Quanta dificuldade você teve para caminhar distâncias curtas ou longas, andar sobre superfícies diferentes mudando de direção?  | 18                | 4  | 18 | 52 | 8  |
| 15. Quanta dificuldade você teve para lavar seu corpo?  | 16                | 4  | 6  | 54 | 20 |
| 16. Quanta dificuldade você teve para realizar cuidados com seu corpo, como escovar os dentes, higienizar as unhas ou os cabelos, barbear-se?   | 16                | 10 | 6  | 64 | 4  |
| 17. Quanta dificuldade você teve para se vestir?  | 16                | 6  | 18 | 54 | 6  |
| 18. Quanta dificuldade você teve para cortar e levar alimentos à boca, abrir latas e garrafas?  | 16                | 6  | 60 | 16 | 2  |
| 19. Quanta dificuldade você teve para realizar tarefas domésticas, como lavar e secar roupas, limpar a casa, varrer, passar pano, remover o lixo?   | 28                | 6  | 8  | 54 | 4  |
| 20. Quanta dificuldade você teve para participar de atividades recreativas e de lazer, atividades físicas?  | 6                 | 14 | 8  | 26 | 46 |
| 21. O quanto os medicamentos usados para tratar sua artrite o ajudam (apoiam, facilitam) ou atrapalham (são um obstáculo, dificultam) sua vida?   | Ajudam<br>78      | 2  | 0  | 12 | 8  |
|   | Atrapalham<br>44  | 4  | 0  | 12 | 40 |
| 22. O quanto mudanças de temperatura o ajuda (apoia, facilita) ou atrapalha (é um obstáculo, dificulta) sua vida?   | Ajudam<br>14      | 6  | 36 | 4  | 40 |
|   | Atrapalham<br>72  | 0  | 0  | 0  | 28 |
| 23. O quanto profissionais da saúde que cuidam da sua saúde o ajudam (apoiam, facilitam) ou atrapalham (são um obstáculo, dificultam) sua vida?   | Ajudam<br>100     | 0  | 0  | 0  | 0  |
|   | Atrapalham<br>100 | 0  | 0  | 0  | 0  |
| 24. O quanto serviços, sistemas e políticas de prevenção e tratamento de problemas de saúde, fornecimento de reabilitação médica e promoção de um estilo de vida saudável ajudam (apoiam, facilitam) ou atrapalham (são um obstáculo, dificultam) sua vida? | Ajudam<br>100     | 0  | 0  | 0  | 0  |
|   | Atrapalham<br>100 | 0  | 0  | 0  | 0  |

Fonte: a autora (2020)

As perguntas relacionadas ao componente Funções do Corpo e Atividades e Participação apresentam pontuação mínima 0 (zero) e máxima 4 (quatro) para cada pergunta. Quanto menor a pontuação final, maior o grau de funcionalidade do indivíduo e quanto maior, maior o grau de incapacidade ou dificuldade apresentada

para cada atividade. As perguntas referentes ao componente Fatores Ambientais que tratam do quanto mudanças de temperatura, profissionais da saúde e serviços, sistemas e políticas de prevenção e tratamento de problemas de saúde, fornecimento de reabilitação médica e promoção de um estilo de vida saudável ajudam ou atrapalham a vida do usuário com AR, tiveram pontuação mínima (0) ou máxima (4).

O Q-FAR foi elaborado com a intenção de servir como instrumento para avaliação do perfil de funcionalidade de usuários com AR, a ser utilizado no monitoramento da condição de saúde destes usuários, para o acompanhamento do ciclo da doença, por farmacêuticos, no cuidado farmacêutico, que vai além da prática e do rigor das diretrizes seguidas. Corroborando com (CASTRO, *et al.*, 2014; CIEZA, *et al.*, 2018; CIEZA, *et al.*, 2019; RUARO, *et al.*, 2014; STEIN, *et al.*, 2013) que afirmam que o uso da classificação na promoção da saúde demanda o desenvolvimento de ferramentas adequadas para sua implementação na prática clínica, bem como o uso combinado de qualificadores da CIF e seus core sets permite o acesso ao perfil funcional das pessoas, viabilizando intervenções acertadas, possibilitando adequações específicas da funcionalidade, e o acompanhamento apropriado após a intervenção.

Indo de encontro com o proposto no presente estudo, a classificação dispõe um sistema conveniente para a descrição do cuidado em saúde, possibilitando linguagem padronizada entre os diferentes profissionais, proporcionando ainda a incorporação do modelo biopsicossocial no delineamento das intervenções. O uso da classificação contribui positivamente para a melhoria do cuidado, uma vez que acolhe as necessidades do paciente, permitindo o monitoramento longitudinal da recuperação, uma vez que permite o conhecimento da condição de saúde do usuário do sistema (OMS, 2015; STUCKI, *et al.*, 2017; TANAKA; TAMAKI, 2012; TEMPEST, *et al.*, 2012).

Foram encontradas na literatura estudos que utilizaram o modelo da CIF na avaliação de pessoas com AR. O efeito da introdução da CIF na avaliação da AR foi realizada por VERHOEF, *et al.* (2007), avaliaram o grau de satisfação das pessoas com AR em relação ao uso da CIF como método de avaliação, também avaliaram a

eficácia das intervenções usando a classificação como referência, foram acompanhados pacientes com AR por um período de 12 meses. A introdução da classificação na rotina do serviço não alterou a eficácia clínica, e teve um impacto benéfico sobre a satisfação do paciente atendimento pela equipe multiprofissional que prestou atendimento aos pacientes. Como o trabalho de KUHLOW, *et al.* (2010) que avaliou fatores associados às limitações nas atividades e restrições na participação em indivíduos com AR, com base no HAQ e no *Short-Form Health Survey* (SF-36). Identificaram que as atividades das pessoas com AR sofreram influência da vitalidade das pessoas e do nível da atividade da doença e que a participação sofreu influência principalmente da vitalidade e da saúde mental.

A aplicação do Q-FAR permitiu verificar a prevalência da limitação a funções rotineiras, Atividades e Participação e a influência dos Fatores Ambientais no ciclo da doença, neste momento, para estes usuários.

A literatura mostra que é fundamental o uso de uma ferramenta elaborada com base na realidade do serviço, para as necessidades locais sejam retratadas. A criação conjunta dos instrumentos, contemplando toda a estrutura da classificação amplia a abordagem biopsicossocial na prática clínica, assegurando seu uso na rotina (CASTRO, *et al.*, 2014; CIEZA, *et al.*, 2018; CIEZA, *et al.*, 2019).

Com relação a Funções do Corpo: sensações desagradáveis como dor, peso, desconforto, sensação de formigamento; manter um esforço muscular ao executar as tarefas rotineiras; e andar, apresentaram os maiores índices de limitações e restrições.

Costumeiramente, associa-se as limitações funcionais relacionadas a AR ao sistema musculoesquelético (NATÁRIO; PORTUGAL, 2003), o impacto negativo da AR na funcionalidade das pessoas com a doença atinge várias dimensões, as mais relatadas são perda de força e da resistência muscular e limitações quanto a amplitude de movimento (HÄKKINEN, *et al.*, 2005), A vida social, o trabalho, a família, a própria pessoa é afetada pela incapacidade associada a AR (LUBECK, 2002), estas limitações são a principal causa de

morbidade em todo o mundo (MONJARDINO, *et al.*, 2011), corroborando com o encontrado no presente estudo.

Com relação a Atividades e Participação, as maiores limitações são encontradas para a mudança de posição do corpo; para manter a posição do corpo por um período de aproximadamente 30 minutos; e participar de atividades recreativas ou atividades físicas. Tais limitações podem ser influenciadas por alterações nas estruturas e funções, mas também por fatores pessoais e contextuais, além do próprio processo da doença (COENEN, 2008).

O impacto causado nas Atividades e Participação é um determinante levado em conta quando o paciente avalia o sucesso de um tratamento. Existe a urgência e a importância do desenvolvimento de instrumentos que possibilitem o monitoramento dos resultados das intervenções sobre a funcionalidade, de forma mais abrangente (ANDRADE, 2015).

Retomando a questão da monitorização do usuário com AR no cuidado farmacêutico, ressalta-se que o crescimento da profissão sofre influências políticas, econômicas e sociais, mas é contínuo e dinâmico, e a atuação na dispensação do medicamento deve ir além da entrega do medicamento, com a incorporação de rotinas em sua prática clínica, possibilitando o acompanhamento do usuário, gerando o cuidado.

Sabe-se que o uso da classificação concede maior visibilidade ao processo de trabalho nos serviços, permite indicadores resolutivos da assistência ofertada, pode auxiliar no planejamento, com base nas necessidades dos usuários e dos profissionais (CORDEIRO; NEVES, 2015; STUCKI; BICKENBACH, 2017).

Com o retorno do farmacêutico a uma atuação mais próxima as suas raízes, a demanda por tecnologias relacionadas ao processo de cuidado se faz presente, e uma solução foi adaptar tecnologias desenvolvidas para outros serviços de saúde, o que tem sido útil na prática clínica farmacêutica (CAMPESE, 2017). Quando o usuário e suas necessidades passam a ser o objeto, nessa nova ótica, a produção do cuidado se direciona à saúde e a farmácia se torna o cenário no qual, empiricamente, vivencia-se a saúde.

A busca pela conciliação de ações voltadas à medicação e ao usuário é atual, e possibilita um novo prisma ao cuidado farmacêutico, é um processo que vem acontecendo ao longo dos anos, segundo (FOPPA, *et al.*, 2008) “voltando a atenção ao usuário e à identificação, prevenção e resolução de problemas relacionados aos medicamentos” o cuidado é alcançado.

No contexto do presente, como já citado, o monitoramento da capacidade funcional dos usuários com AR é essencial, já que a doença influencia negativamente a capacidade funcional da pessoa com AR, e para que se possa compreender de forma global a condição de saúde deste usuário é necessário mais do que testes laboratoriais exames de imagem. Esta avaliação permite também o acompanhamento adequado da farmacoterapia, que é de extrema importância no controle da doença e na prevenção de seus agravos, como as deformidades.

A prevalência das dificuldades moderada e grave foi identificada pela presente pesquisa, logo atrasar ou prevenir a perda da capacidade funcional em quem é acometido pela AR são os principais objetivos da terapêutica em reumatologia (FERRAZ; ATRA, 1990), já que é uma doença altamente incapacitante, onerando custos ao usuário e ao sistema. O acompanhamento adequado, redirecionamento e readequação das terapias, inclusive a medicamentosa, ao longo do ciclo da doença pode reduzir os custos, e trazer benefícios físicos e sociais ao usuário com AR.

O tratamento apresenta alto custo, visto que o usuário entra no sistema em idade produtiva (por volta dos 45 anos) e permanece até o fim de sua vida, recebendo medicação sintética ou biológica. Mediante os altos custos, acompanhar o ciclo da doença é fundamental para subsidiar a decisão quanto à escolha do medicamento, independente do sexo, mas se sabe que a AR afeta mais as mulheres, como achado no presente estudo. Utilizando o HAQ SOKKA, *et al.* (2009) enfatizam o impacto positivo do uso da medicação biológica na funcionalidade de pessoas com AR.

Profissionais da saúde discutem, internacionalmente, a respeito de qual seria a melhor escolha para tratamento inicial da AR, e para qual paciente iniciar



com os MMCD biológicos teria melhor custo-efetividade sem chegar a utilizar os MMCD sintéticos (HAZLEWOOD, *et al.*, 2016; STEVENSON, *et al.*, 2016), mas, apesar das tentativas de minimizar o dano causado pela AR e das discussões para pautar a tomada de decisão a respeito do melhor tratamento para cada paciente, ainda existem dúvidas a respeito do perfil de paciente que seria beneficiado com o início do tratamento com MMCD biológico como primeira linha (OLIVEIRA, 2017). Conhecer o perfil funcional dos usuários poderia possibilitar compreender sua real condição de saúde. Tais informações poderiam auxiliar no gerenciamento do delineamento de políticas e gestão dos serviços. Esta reflexão faz emergir a necessidade atual de uma assistência integrada e de que haja a continuidade dos cuidados, além da utilização de uma linguagem comum entre os profissionais que prestam cuidados aos usuários, para favorecer o compartilhamento das informações. Extrapolando o cuidado farmacêutico, conhecer o perfil funcional de pessoas com AR seria uma forma de se traçar o prognóstico para estas pessoas, quanto as comorbidades trazidas pela doença, justificando a tomada de decisão quanto à prescrição da medicação.

Vale frisar a importância da capacitação dos profissionais das diversas áreas da saúde sobre a CIF, contribuindo para o aprimoramento da informação obtida em saúde, reduzindo a duplicidade, a fragmentação e a repetição da rede de saúde, favorecendo a integração e a articulação dos sistemas de informação em saúde (CIEZA, *et al.*, 2018; STUCKI, *et al.*, 2017).

Estar de acordo com as diretrizes propostas pode favorecer a qualidade da assistência, e a não aderência aos PCDT dificulta o controle e monitoramento do ciclo da doença e cria práticas não sustentáveis de atenção, favorecendo a não conformidade com as diretrizes formuladas.

Acompanhando a indicação de uso de medicamento sintético como a primeira linha de tratamento para as AR e no caso de resposta inadequada ao tratamento avança-se para o uso de medicamentos biológicos (MOTA, *et al.*, 2012), mas para que haja a identificação da necessidade de readequação do tratamento o acompanhamento é essencial, o que não é habitual

Sabe-se da ausência de diálogo entre a instituição que prescreve e a instituição que dispensa o medicamento, destacando-se o fato de que o grau de adesão às diretrizes pode ser influenciado por barreiras como falta de conhecimento, atitudes dos profissionais e dificuldades de relacionamento, bem como falta de proximidade entre os serviços médicos e farmacêuticos (ROVER, *et al.*, 2016).

A experiência clínica dos farmacêuticos do CEAF denota que além de exames laboratoriais e de imagem, tanto para o diagnóstico quanto para o monitoramento é recomendado o uso de instrumentos que avaliem a atividade da doença e a funcionalidade da pessoa com AR, corroborando com (BRASIL, 2015) (COMBE, *et al.*, 2017).

O conhecimento da distribuição, da extensão e da propensão da AR e de seus fatores de risco, bem como a identificação dos condicionantes sociais, econômicos e ambientais envolvidos na doença (TITTON, *et al.*, 2011) subsidia a avaliação do ciclo da doença e da capacidade funcional e contribui para a eficácia terapêutica e a segurança do paciente (STUCKI; BICKENBACH, 2017), que tem como benefícios esperados a reversão ou atenuação da limitação funcional ocasionada pela AR (BRASIL, 2015), promovendo melhores indicadores de funcionalidade e possibilitando a visão geral da saúde biológica e da saúde vivida (STUCKI; BICKENBACH, 2017).

O ponto inicial para a orientação dos objetivos das intervenções é a avaliação da capacidade funcional (RAUCH, *et al.*, 2008) e o mais recente e abrangente modelo de funcionalidade é a CIF (STUCKI, *et al.*, 2007). Assim, o desenvolvimento de ferramentas apropriadas para avaliar a funcionalidade pode favorecer a prática clínica.

Na saúde pública as informações em saúde auxiliam na identificação de determinantes das condições de saúde, para examinar o impacto de uma condição de saúde na vida da pessoa, rastrear a saúde da população, desenvolver e implantar políticas de saúde. Existe a necessidade de os profissionais centrarem suas avaliações e intervenções no usuário, baseando-

se no modelo biopsicossocial, como ferramenta para a descrição e a classificação de todo o processo saúde-doença.

No presente estudo uma das adversidades encontradas foi a falta de dados clínicos para que se pudesse realizar análise mais detalhada sobre a condição de saúde do usuário, bem como dados sobre o monitoramento de sua capacidade funcional, como indicado nas diretrizes vigentes. Ainda assim, como ponto positivo o acesso ao banco de dados administrativos do CEAF foi promissor, para a identificação de vários outros aspectos relacionados aos usuários cadastrados, bem como a identificação das falhas no processo de atendimento a esse usuário, o que pode nortear futuras pesquisas bem como e embasar o fortalecimento das políticas já existentes e o incremento de novas políticas para o apoio e suporte ao usuário com AR.

A CIF foi proposta como meio para auxiliar estes processos, porém alguns autores relatam ainda as dificuldades com relação a sua operacionalização prática, indicando a necessidade de ampliar aplicação, para que se possa identificar as necessidades de refinamentos e modificações (CASTANEDA, *et al.*, 2014).

Pesquisadores tem utilizado a CIF no processo de avaliação de pessoas com AR utilizando o *core set* da CIF para AR (RAUCH, *et al.*, 2009; UHLIG, *et al.*, 2009), utilizando uma lista de categorias da CIF (TAYLOR, *et al.*, 2010) e utilizando categorias aleatórias da classificação (ZOCHLING, *et al.*, 2006). Não foi identificado na literatura trabalhos que utilizassem a classificação como base para a elaboração de instrumentos para o acompanhamento de pessoas com AR.

Mesmo com o advento de tecnologias medicamentosas disponíveis ao usuário atualmente, esses enfrentam problemas relacionados ao seu desempenho nas atividades rotineiras e em sua participação na vida social (DAVIS, *et al.*, 2000). O apoio a estes usuários é constituído por estratégias em saúde, e serviços prestados por profissionais de diversa áreas, para o enfrentamento das consequências da AR (JELLES, *et al.*, 1995; VLIELAND, 2004).

Um dos primeiros relatos da utilização da CIF para conhecer a funcionalidade das pessoas com AR foi em 2007, visando favorecer o profissional da saúde, trazendo uma avaliação abrangente do paciente quanto às suas limitações e restrições e o impacto pessoal destas alterações (VERHOEF, *et al.*, 2007). O conhecimento dessas limitações e restrições possibilitam o direcionamento, mas ao mesmo tempo a ampliação do tratamento, uma avaliação sistemática dos resultados individuais de cada paciente (VAN BENNEKOM, *et al.*, 1995). Quanto aos instrumentos e registros em saúde existentes, cada ferramenta traz sua perspectiva, que é importante para obter uma base variada para comparação de informações em saúde, porém, devido às diferenças nas unidades de medida, e ao significado dos termos em uma escala de resposta, é um desafio comparar as informações de saúde coletadas, mas a comparabilidade das informações é essencial para garantir a mais ampla gama de informações disponíveis em qualquer nível de saúde.

Na busca para as melhores condições de saúde para estas pessoas a prática clínica farmacêutica deve ser consistente, é de grande importância que o profissional farmacêutico reconheça sua importância no processo do cuidado. Bem como priorizar o usuário, conhecer o que influencia a funcionalidade e a incapacidade destas pessoas, prestar o cuidado de forma efetiva contribuindo para que o usuário com AR mantenha ao máximo sua rotina.

A contribuição do cuidado farmacêutico é fundamental para a diminuição no número de internações e pelo tempo de permanência nos hospitais, à atenção as pessoas com DCNT e para intervenções mais custo efetivas (MARIN, *et al.*, 2003). Assumindo o papel complementar ao serviço médico na promoção da saúde, auxiliando na efetividade terapêutica, por meio do cuidado farmacêutico (VIEIRA, 2007).

As informações sobre funcionalidade estão intrincadas com as necessidades relacionadas a saúde e ao contexto de saúde de uma pessoa, e sofrem influência direta dos Fatores Ambientais (OECD., 2011). E as alterações de funcionalidade são o grande interesse das pessoas sobre sua saúde, assim,

atender tais necessidades, seguramente significa centrar no usuário (HOPFE, *et al.*, 2018).

A análise realizada no presente estudo possibilita identificar como um dos principais aspectos que dificulta a operacionalização do cuidado no serviço estudado é a questão da grande demanda, para um número insuficiente de profissionais, além da falta de uma tecnologia que favoreça a adesão total às diretrizes existentes.

Alternativas de produção do cuidado, propiciando reflexões que possibilitem a discussão sobre uma construção de atenção resolutiva no intuito de produzir o cuidado atendendo às necessidades de saúde do usuário, remodelando a forma de agir na unidade estudada. Constata-se que, para uma melhor produção do cuidado, deve-se ampliar a equipe de saúde atuante na unidade, tanto em relação à quantidade e multidisciplinaridade de profissionais, como também na oferta dos recursos tecnológicos aos cuidados dos usuários.

Resgatando também a proposta do presente estudo, elaboração e validação de um instrumento para avaliar a capacidade funcional de usuários com AR, ressalta-se que a utilização de questionários faz parte da prática clínica, no processo de avaliação em saúde e pesquisas (CANO; HOBART, 2011). As informações coletadas por meio destes instrumentos influenciam fortemente a tomada de decisões sobre o cuidado, sobre a escolha e direcionamento das intervenções, e também no desenvolvimento de programas de saúde e de novas políticas (CANO; HOBART, 2011; MARX, *et al.*, 1999).

O interesse pelo cuidado à saúde é crescente, logo, instrumentos importantes têm sido desenvolvidos por pesquisadores e organizações internacionais (CANO; HOBART, 2011; KESZEI, *et al.*, 2010; MARX, *et al.*, 1999). Capacidade funcional, fatores emocionais e psicossociais, adesão ao tratamento, estado de saúde, vitalidade e limitações, qualidade de vida e dor são aspectos que têm sido avaliados e mensurados por estes instrumentos (MARX, *et al.*, 1999; RATTRAY; JONES, 2007; TOLEDO, *et al.*, 2008).

A fragmentação dos cuidados na prestação de serviços de saúde interfere na continuidade do atendimento de pacientes com condições crônicas, os quais

podem passar por quadros agudos e tem a necessidade de alinhar cuidados múltiplos para pacientes com múltiplas condições de saúde.

Quando se coloca paciente versus sistema de saúde/serviço de saúde o objetivo do serviço de saúde é proporcionar saúde efetiva, segura e de qualidade, mediante a necessidade de saúde do usuário, buscando a cura e a mitigação do impacto da condição de saúde do usuário.

A aplicação do Q-FAR nos usuários com AR permitiu identificar que embora os usuários consigam realizar suas atividades rotineiras, apresentam um certo grau de dificuldade. Identificar quais são as atividades que os usuários encontram mais limitações pode ser considerado relevante para a saúde coletiva, pois fatores contextuais ambientais estão envolvidos.

O uso da classificação permite que se identifique aquilo que o usuário realmente faz (desempenho), bem como o que ele é capaz de fazer (sua capacidade), e o impacto disso nas situações enfrentadas em sua rotina (participação), possibilitando ainda objetivos específicos, com maior grau de significado para o usuário (MADDEN; BUNDY, 2019; SANTANA; CHUN, 2017; STUCKI; BICKENBACH, 2017).

As perguntas referentes aos Fatores Ambientais presentes no Q-FAR se propõem a verificar a influência e o impacto de fatores como medicamentos, temperatura, profissionais de saúde e serviços, sistemas e políticas de saúde sobre a funcionalidade. Os usuários avaliaram o quanto estes Fatores Ambientais influenciam sua capacidade funcional positiva ou negativamente, funcionando como facilitadores ou barreiras. Sabe-se que a operacionalização da CIF no serviço de saúde possibilita melhor direcionamento da intervenção, possibilitando incremento no plano terapêutico (BIZ; CHUN, 2020).

Ao verificar o impacto dos Fatores Ambientais sobre a capacidade funcional destes usuários se observou que os medicamentos têm maior percentual de auxílio; já a temperatura tem percentual de influência negativa para grande parte dos usuários; profissionais de saúde e serviços, sistemas e políticas de saúde auxiliam de forma plena a esses usuários.

Apesar de estudos indicarem a carência de evidências fortes, garantindo respostas apropriadas aso sistemas de saúde (CHATTERJI, *et al.*, 2015), pesquisadores confirma que o uso da classificação possibilitou o acompanhamento terapêutico longitudinal de pacientes, formando dados mensuráveis e norteadores, que auxiliaram no processo de operacionalização do uso da CIF neste serviço, com possibilidade de replicação em outros serviços (BIZ; CHUN, 2020).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostraram que o instrumento proposto foi considerado válido e confiável, com fins de aprimoramento, sugere-se que o instrumento seja aplicado pelo serviço, como piloto, em um processo de validação empírica para a operacionalização da classificação no serviço.

A escolha das categorias da CIF com base na prática clínica dos farmacêuticos e na experiência vivida da doença, pelos usuários do CEAF, foi essencial para atingir o objetivo da elaboração do instrumento, contemplando o modelo biopsicossocial, agregado no modelo ampliado de saúde.

Uma fragilidade encontrada no processo foi o fato de os farmacêuticos não possuírem familiaridade com a CIF. Possuindo expertise com relação à classificação, poderiam identificar, com maior precisão e maior extensão, a influência de fatores pessoais e ambientais na condição de saúde dessas pessoas. Daí, surge a necessidade da realização de estudo comparativo, após a realização de uma sensibilização sobre a CIF com estes profissionais, para a identificação de possíveis incrementos nos resultados.

Espera-se que o monitoramento realizado com base no perfil funcional do usuário beneficie o usuário a partir da identificação precoce de limitações, prevenindo-se assim, a instalação de deformidades, possibilitando o incremento de intervenções que venham a agregar na capacidade e desempenho. O sistema será beneficiado, pois poderá difundir o conhecimento específico e de qualidade, baseado na melhor evidencia científica. Centrar o foco no usuário é a condição de melhoria da qualidade do processo de cuidado. E fica evidente a importância do farmacêutico na orientação e no monitoramento do usuário que recebe tratamento baseado nas diretrizes.

O estudo evidencia a importância da CIF para a superação do modelo biomédico e a abertura para a incorporação da promoção da saúde, de forma ampla, implementando na rotina do serviço, uma abordagem biopsicossocial. Possibilitando a produção de indicadores de funcionalidade do usuário, trazendo subsídios resolutivos para favorecer o monitoramento da capacidade funcional



dos usuários com AR, favorecendo a busca pela atenuação do impacto negativo causado pela AR.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. S. C. D.; MELO, R. P.; FONTENELE, F. C.; CARVALHO, E. C. D.; MOREIRA, R. P.; JOVENTINO, E. S. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. v. n. p. 2011.

AKINS, R. B.; TOLSON, H.; COLE, B. R. Stability of response characteristics of a Delphi panel: application of bootstrap data expansion. **BMC medical research methodology**. v. 5, n. 1, p. 37, 2005.

ALETAHA, D.; NEOGI, T.; SILMAN, A. J.; FUNOVITS, J.; FELSON, D. T.; BINGHAM III, C. O.; BIRNBAUM, N. S.; BURMESTER, G. R.; BYKERK, V. P.; COHEN, M. D. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. **Arthritis & rheumatism**. v. 62, n. 9, p. 2569-2581, 2010.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. p. 3061-3068, 2011.

ALGHWIRI, A. A.; MARCHETTI, G. F.; WHITNEY, S. L. Content comparison of self-report measures used in vestibular rehabilitation based on the international classification of functioning, disability and health. **Physical therapy**. v. 91, n. 3, p. 346-357, 2011.

ALMEIDA, P. F. D.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. D.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ANDRADE, F. Funcionalidade em Indivíduos Adultos com Lesão Traumática de Plexo Braquial–Proposta de Instrumento de Avaliação baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). **Universidade Federal Do Rio De Janeiro Centro De Ciências Da Saúde Instituto De Estudo Em Saúde Coletiva Programa De Pós-Graduação Em Saúde Coletiva Doutorado Em Saúde Coletiva**. v. n. p. 2015.

ANDRADE, P. M. Avaliação do estágio da fisioterapia conforme as diretrizes curriculares e a perspectiva biopsicossocial da organização mundial de saúde. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**. v. 15, n. 2, p. 2010.

ANDRADE, T. F.; DIAS, S. R. C. Etiologia da artrite reumatoide: revisão bibliográfica/Etiology of rheumatoid arthritis: bibliographic review. **Brazilian Journal of Health Review**. v. 2, n. 4, p. 3698-3718, 2019.

ARAÚJO, E. S.; NEVES, S. F. P. CIF ou CIAP: o que falta classificar na atenção básica? **Revista Acta Fisioterapêutica**. v. 21, n. 1, p. 46-48, 2014.

ARAÚJO, E. S. D. CIF: uma discussão sobre linearidade no Modelo Biopsicossocial. **Fisioterapia & Saúde Funcional**. v. 2, n. 1, p. 6-13, 2013.

ASPAROUHOV, T.; MUTHÉN, B. Multiple-group factor analysis alignment. **Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal**. v. 21, n. 4, p. 495-508, 2014.

BAILLET, A.; VAILLANT, M.; GUINOT, M.; JUVIN, R.; GAUDIN, P. Efficacy of resistance exercises in rheumatoid arthritis: meta-analysis of randomized controlled trials. **Rheumatology**. v. 51, n. 3, p. 519-527, 2012.

BARBERATO, L. C.; SCHERER, M. D. D. A.; LACOURT, R. M. C. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, n. p. 3717-3726, 2019.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. **Lisboa: edições**. v. 70, n. p. 225, 2011.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. **Lisboa: edições**. v. 70, n. p. 225, 1979.

BELMONTE, L. M.; CHIARADIA, L. C. N.; BELMONTE, L. A. O. CIF nos cursos de graduação de Fisioterapia da grande Florianópolis. **Revista CIF Brasil**. v. 2, n. 2, p. 2015.

BERELSON, B. Content analysis in communication research. v. n. p. 1952.

BERGERON, H. Nouvelle Santé publique et individualisation. **Prospective Jeunesse (Drogues, Santé, Prévention)**. v. n. p. 59, 2011.

BÉRTOLO, M.; CICCONE, R.; LAURINDO, I.; CASTELAR, G.; RODOMINSKI, S.; XAVIER, R.; CLARK, O.; SASSE, E. Uso de agentes biológicos para o tratamento da artrite reumatóide: melhores evidências e recomendações para a prática clínica. **Rev Bras Med**. v. 62, n. p. 158-165, 2005.

BICKENBACH, J.; CIEZA, A.; RAUCH, A.; STUCKI, G. **ICF core sets: manual for clinical practice for the ICF research branch, in cooperation with the WHO collaborating centre for the family of international classifications in Germany (DIMDI)**. Hogrefe Publishing, 2012.

BICKENBACH, J.; CIEZA, A.; SARABIEGO, C. Disability and Public Health. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v. 13, n. 123, p. 3, 2017.

BIZ, M. C. P.; CHUN, R. Y. S. Operacionalização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF, em um Centro Especializado em Reabilitação. In: CoDAS, 2020. *Banco de papers*. SciELO Brasil, 2020.

BOERS, M.; VAN TUYL, L.; VAN DEN BROEK, M.; KOSTENSE, P. J.; ALLAART, C. F. Meta-analysis suggests that intensive non-biological combination therapy with step-down prednisolone (COBRA strategy) may also 'disconnect' disease activity and damage in rheumatoid arthritis. **Annals of the rheumatic diseases**. v. 72, n. 3, p. 406-409, 2013.

BÖLTE, S.; DE SCHIPPER, E.; HOLTMANN, M.; KARANDE, S.; DE VRIES, P. J.; SELB, M.; TANNOCK, R. Development of ICF Core Sets to standardize assessment of functioning and impairment in ADHD: the path ahead. **European child & adolescent psychiatry**. v. 23, n. 12, p. 1139-1148, 2014.

BOMBARDIER, C.; BARBIERI, M.; PARTHAN, A.; ZACK, D. J.; WALKER, V.; MACARIOS, D.; SMOLEN, J. S. The relationship between joint damage and functional disability in rheumatoid arthritis: a systematic review. **Annals of the Rheumatic Diseases**. v. 71, n. 6, p. 836-844, 2012.

BONETT, D. G.; WRIGHT, T. A. Cronbach's alpha reliability: Interval estimation, hypothesis testing, and sample size planning. **Journal of Organizational Behavior**. v. 36, n. 1, p. 3-15, 2015.

BORDIGNON, M.; MONTEIRO, M. I. Validade aparente de um questionário para avaliação da violência no trabalho. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 28, n. 6, p. 601-608, 2015.

BRADLEY, F.; ELVEY, R.; ASHCROFT, D. M.; HASSELL, K.; KENDALL, J.; SIBBALD, B.; NOYCE, P. The challenge of integrating community pharmacists into the primary health care team: a case study of local pharmaceutical services (LPS) pilots and interprofessional collaboration. **Journal of interprofessional care**. v. 22, n. 4, p. 387-398, 2008.

BRANT, L. C. C.; NASCIMENTO, B. R.; PASSOS, V. M. A.; DUNCAN, B. B.; BENSENÔR, I. J. M.; MALTA, D. C.; SOUZA, M. D. F. M. D.; ISHITANI, L. H.; FRANÇA, E.; OLIVEIRA, M. S. Variações e diferenciais da mortalidade por doença cardiovascular no Brasil e em seus estados, em 1990 e 2015: estimativas do Estudo Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 20, n. p. 116-128, 2017.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. PNAB - Política Nacional de Atenção Básica. v. n. p. 2012.

BRASILEIRO, I. D. C.; MOREIRA, T. M. M.; BUCHALLA, C. M. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e seu uso no Brasil. **Revista Acta Fisioérgica**. v. 20, n. 1, p. 37-41, 2013.

CAMPESE, M. Desafios para os Serviços Farmacêuticos na perspectiva das necessidades e cuidados em saúde. v. n. p. 2017.

CANO, S. J.; HOBART, J. C. The problem with health measurement. **Patient preference and adherence**. v. 5, n. p. 279, 2011.

CARMINES, E. G.; ZELLER, R. A. **Reliability and validity assessment**. Sage publications, 1979.

CARMONA, L.; BALLINA, J.; GABRIEL, R.; LAFFON, A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. **Annals of the rheumatic diseases**. v. 60, n. 11, p. 1040-1045, 2001.

CASTANEDA, L.; BERGMANN, A.; BAHIA, L. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. **Rev Bras Epidemiol**. v. 17, n. 2, p. 437-451, 2014.

CASTANEDA, L. O Cuidado em Saúde e o Modelo Biopsicossocial: apreender para agir. In: CoDAS, 2019. *Banco de papers*. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2019.

CASTRO, S. S.; CASTANEDA, L.; SILVEIRA, H. Identification of common content between the questionnaire of the Health Survey (ISA-SP) and the International Classification of Functionality, Disability, and Health. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 17, n. p. 59-70, 2014.

CFF, C. F. D. F. Resolução nº 357. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. **Pharm Bras**. v. 25, n. p. 5-12, 2001.

CFF, C. F. D. F. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. **Brasília: Conselho Federal de Farmácia**. v. 200, n. p. 2016.

\_\_\_\_\_. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. **Brasília: Conselho Federal de Farmácia**. v. 200, n. p. 2017.

CHATTERJI, S.; BYLES, J.; CUTLER, D.; SEEMAN, T.; VERDES, E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. **The lancet**. v. 385, n. 9967, p. 563-575, 2015.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. Petrópolis, Rio de Janeiro. Edit. **Vozes**. v. n. p. 171-190, 2008.

CICCHETTI, D. V. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. **Psychological assessment**. v. 6, n. 4, p. 284, 1994.

CIEZA, A.; EWERT, T.; USTUN, T. B.; CHATTERJI, S.; KOSTANJSEK, N.; STUCKI, G. Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. **JOURNAL OF REHABILITATION MEDICINE-SUPPLEMENTS-**. v. n. p. 9-11, 2004.

CIEZA, A.; HILFIKER, R.; CHATTERJI, S.; KOSTANJSEK, N.; ÜSTÜN, B. T.; STUCKI, G. The International Classification of Functioning, Disability, and Health could be used to measure functioning. **Journal of Clinical Epidemiology**. v. 62, n. 9, p. 899-911, 2009.

CIEZA, A.; FAYED, N.; BICKENBACH, J.; PRODINGER, B. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. **Disability and rehabilitation**. v. n. p. 1-10, 2016.

CIEZA, A.; SABARIEGO, C.; BICKENBACH, J.; CHATTERJI, S. Rethinking disability. **BMC medicine**. v. 16, n. 1, p. 1-5, 2018.

CIEZA, A.; FAYED, N.; BICKENBACH, J.; PRODINGER, B. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. **Disability and rehabilitation**. v. 41, n. 5, p. 574-583, 2019.

COENEN, M.; CIEZA, A.; STAMM, T. A.; AMANN, E.; KOLLERITS, B.; STUCKI, G. Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for rheumatoid arthritis from the patient perspective using focus groups. **Arthritis research & therapy**. v. 8, n. 4, p. R84, 2006.

COENEN, M. Developing a method to validate the WHO ICF Core Sets from the patient perspective: rheumatoid arthritis as a case in point. **Unpublished dissertation, Ludwig Maximilians University, Munich, Germany**. v. n. p. 2008.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. p. 925-936, 2015.

COMBE, B.; LANDEWE, R.; DAIEN, C. I.; HUA, C.; ALETAHA, D.; ÁLVARO-GRACIA, J. M.; BAKKERS, M.; BRODIN, N.; BURMESTER, G. R.; CODREANU, C. 2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis. **Annals of the rheumatic diseases**. v. 76, n. 6, p. 948-959, 2017.

CORDEIRO, E. S. D.; NEVES, S. F. P. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE, ESUS E TABWIN: AS EXPERIÊNCIAS DE BARUERI E SANTO ANDRÉ, SÃO PAULO. **Revista baiana de saúde pública**. v. 39, n. 2, p. 470, 2015.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**. v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011.

COSTA, E. M.; DE MARCOS RABELO, A. R.; LIMA, J. G. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. **Journal of Basic and Applied Pharmaceutical Sciences**. v. 35, n. 1, p. 2014.

COSTA, J. D. O.; ALMEIDA, A. M.; GUERRA JUNIOR, A. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; ANDRADE, E. I. G.; ACURCIO, F. D. A. Tratamento da artrite reumatoide no Sistema Único de Saúde, Brasil: gastos com infliximabe em comparação com medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos, 2003 a 2006. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 30, n. p. 283-295, 2014.

CÔTÉ, L.; TURGEON, J. Appraising qualitative research articles in medicine and medical education. **Medical teacher**. v. 27, n. 1, p. 71-75, 2005.

COUBES, P.; CIF, L.; EL FERTIT, H.; HEMM, S.; VAYSSIERE, N.; SERRAT, S.; PICOT, M. C.; TUFFERY, S.; CLAUSTRES, M.; ECHENNE, B. Electrical stimulation of the globus pallidus internus in patients with primary generalized dystonia: long-term results. **Journal of neurosurgery**. v. 101, n. 2, p. 189-194, 2004.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **psychometrika**. v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.

CUMMINGS, S.; STWART, A.; RULLEY, S. Elaboração de questionários e instrumentos de coleta de dados. **Delineando a pesquisa clínica Uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed. v. n. p. 2003.

DABÉS, C. G.; ALMEIDA, A. M.; ACURCIO, F. D. A. Não adesão à terapia biológica em pacientes com doenças reumáticas no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 31, n. p. 2599-2609, 2015.

DELIBERATO, P. C. P. **Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações**. 2002.

DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS-CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 11, n. 2, p. 324-335, 2008.

DOBSON, R. T.; HENRY, C. J.; TAYLOR, J. G.; ZELLO, G. A.; LACHAINE, J.; FORBES, D. A.; KEEGAN, D. L. Interprofessional health care teams: attitudes and environmental factors associated with participation by community pharmacists. **Journal of Interprofessional Care**. v. 20, n. 2, p. 119-132, 2006.

DYNIWICZ, A. M. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. In: (Org). *Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes*. 2009. cap.

EMERY, N. J. Cognitive ornithology: the evolution of avian intelligence. **Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences**. v. 361, n. 1465, p. 23-43, 2006.

FAGERSTRÖM, L.; RAINIO, A. K.; RAUHALA, A.; NOJONEN, K. Validation of a new method for patient classification, the Oulu Patient Classification. **Journal of Advanced Nursing**. v. 31, n. 2, p. 481-490, 2000.

FARIAS, N. B., CASSIA MARIA. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista brasileira de epidemiologia**. v. 8, n. p. p. 187-193, 2005.

FARRELL, B.; WARD, N.; DORE, N.; RUSSELL, G.; GENEAU, R.; EVANS, S. Working in interprofessional primary health care teams: what do pharmacists do? **Research in Social and Administrative Pharmacy**. v. 9, n. 3, p. 288-301, 2013.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Scores and measurements: validity, reliability, sensitivity. **Quality of Life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes**. v. 77, n. p. 108, 2007.

FEHRING, R. The fehring model. In: Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott, 1994. *Banco de papers*. 1994.

FERRAZ, M.; OLIVEIRA, L. M.; ARAUJO, P.; ATRA, E.; TUGWELL, P. Crosscultural reliability of the physical ability dimension of the health assessment questionnaire. **The Journal of rheumatology**. v. 17, n. 6, p. 813, 1990.

FERRAZ, M. B.; ATRA, E. Avaliação da qualidade de vida em reumatologia. **Rev. bras. reumatol.** v. n. p. 169-172, 1990.

FIORIN, B. H.; MOREIRA, R. S. L.; LUNA FILHO, B. Validade e confiabilidade do questionário de avaliação multidimensional após o infarto do miocárdio. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 22, n. p. 2020.



FITZCHARLES, M.-A.; DACOSTA, D.; WARE, M. A.; SHIR, Y. Patient barriers to pain management may contribute to poor pain control in rheumatoid arthritis. **The Journal of Pain**. v. 10, n. 3, p. 300-305, 2009.

FLEISS, J. L. Design and analysis of clinical experiments (Wiley classics library). **Journal of the American Statistical Association**. v. 94, n. 448, p. 1384-1384, 1999.

FOPPA, A. A.; BEVILACQUA, G.; PINTO, L. H.; BLATT, C. R. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. v. 44, n. 4, p. 727-737, 2008.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 38, n. 2, p. 143-151, 2004.

FRASSON, V. Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica. Dor lombar: como tratar. **OPAS/OMS–Representação Brasil**. v. 1, n. 9, p. 1-10, 2016.

FREITAS, H.; DA CUNHA JÚNIOR, M.; MOSCAROLA, J. Aplicação de sistema de software para auxílio na análise de conteúdo. **Revista de Administração da Universidade de São Paulo**. v. 32, n. 3, p. 1997.

FRIES, J. F.; SPITZ, P.; KRAINES, R. G.; HOLMAN, H. R. Measurement of patient outcome in arthritis. **Arthritis & Rheumatism**. v. 23, n. 2, p. 137-145, 1980.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 5, n. 1, p. 060-066, 2006.

GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. Selection and use of content experts for instrument development. **Research in nursing & health**. v. 20, n. 3, p. 269-274, 1997.

HÄKKINEN, A.; KAUTIAINEN, H.; HANNONEN, P.; YLINEN, J.; ARKELA-KAUTIAINEN, M.; SOKKA, T. Pain and joint mobility explain individual subdimensions of the health assessment questionnaire (HAQ) disability index in patients with rheumatoid arthritis. **Annals of the rheumatic diseases**. v. 64, n. 1, p. 59-63, 2005.

HARRIS, I. M.; PHILLIPS, B.; BOYCE, E.; GRIESBACH, S.; HOPE, C.; SANOSKI, C.; SOKOS, D.; WARGO, K. Clinical pharmacy should adopt a consistent process of direct patient care. **Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy**. v. 34, n. 8, p. e133-e148, 2014.

HARTY, M.; GRIESEL, M.; VAN DER MERWE, A. The ICF as a common language for rehabilitation goal-setting: comparing client and professional priorities. **Health and Quality of life outcomes**. v. 9, n. 1, p. 1-9, 2011.

HARTZ, Z. M.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de saúde pública**. v. 20, n. p. S331-S336, 2004.

HAYNES, S. N.; RICHARD, D.; KUBANY, E. S. Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. **Psychological assessment**. v. 7, n. 3, p. 238, 1995.

HAZLEWOOD, G. S.; BARNABE, C.; TOMLINSON, G.; MARSHALL, D.; DEVOE, D. J.; BOMBARDIER, C. Methotrexate monotherapy and methotrexate combination therapy with traditional and biologic disease modifying anti-rheumatic drugs for rheumatoid arthritis: A network meta-analysis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v. n. 8, p. 2016.

HEARY, C.; HENNESSY, E. Focus groups versus individual interviews with children: A comparison of data. **The Irish Journal of Psychology**. v. 27, n. 1-2, p. 58-68, 2006.

HEIDMANN, I. T.; ALMEIDA, M. C. P. D.; BOEHS, A. E.; WOSNY, A. D. M.; MONTICELLI, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto-Enfermagem**. v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006.

HELFENSTEIN JR, M.; HALPERN, A. S. R.; BERTOLO, M. B. Investigation on Brazilian Clinical Practices in Rheumatoid Arthritis: The Brazilian Rheumatoid Arthritis Clinical Practices Investigation-BRACTICE. **JCR: Journal of Clinical Rheumatology**. v. 17, n. 4, p. S1-S10, 2011.

HOPFE, M.; PRODINGER, B.; BICKENBACH, J. E.; STUCKI, G. Optimizing health system response to patient's needs: an argument for the importance of functioning information. **Disability and Rehabilitation**. v. 40, n. 19, p. 2325-2330, 2018.

HORIUCHI, A. C.; PEREIRA, L. H. C.; KAHLOW, B. S.; SILVA, M. B.; SKARE, T. L. Artrite reumatoide do idoso e do jovem. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v. 57, n. 5, p. 491-494, 2017.

IDE, M. R.; GONZALEZ-GAY, M. A.; YANO, K. C.; IMAI, M. J.; DE ANDRADE, M. C.; LLORCA, J. Functional capacity in rheumatoid arthritis patients: comparison between Spanish and Brazilian sample. **Rheumatology international**. v. 31, n. 2, p. 221-226, 2011.

JAMES, J.; ROVERS, J. P. W. A. H. P. I. R. J., ET AL. A PRACTICAL GUIDE TO PHARMACEUTICAL CARE. **Wellness and health promotion. In: Rovers JP, et al. A practical guide to pharmaceutical care.**

. Washington: American Pharmaceutical Association, 2003.

JELLES, F.; VAN BENNEKOM, C. A.; LANKHORST, G. J. The interdisciplinary team conference in rehabilitation medicine: A commentary. **American journal of physical medicine & rehabilitation.** v. 74, n. 6, p. 464-465, 1995.

JETTE, A. M. Toward a common language for function, disability, and health. **Physical therapy.** v. 86, n. 5, p. 726-734, 2006.

KATCHAMART, W.; BOMBARDIER, C. Systematic monitoring of disease activity using an outcome measure improves outcomes in rheumatoid arthritis. **The Journal of rheumatology.** v. 37, n. 7, p. 1411-1415, 2010.

KESZEI, A. P.; NOVAK, M.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. **Journal of psychosomatic research.** v. 68, n. 4, p. 319-323, 2010.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. **Quality Research in Health Care.** v. n. p. 20-29, 2000.

KRUG, E.; CIEZA, A. Strengthening health systems to provide rehabilitation services. **Bulletin of the World Health Organization.** v. 95, n. 3, p. 167, 2017.

KUHLOW, H.; J., F.; T, E.; G., S.; A., F.; T, L.; M., B. Factors explaining limitations in activities and restrictions in participation in rheumatoid arthritis. v. 46, n. p. 169-178, 2010.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **biometrics.** v. n. p. 159-174, 1977.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M. O uso em epidemiologia da família de classificações de doenças e problemas relacionados à saúde Use of disease family classification in epidemiology. **Cad. Saúde Pública.** v. 15, n. 4, p. 685-700, 1999.

LAURINDO, I.; XIMENES, A.; LIMA, F.; PINHEIRO, G.; BATISTELLA, L.; BERTOLO, M.; ALENCAR, P.; XAVIER, R.; GIORGI, R.; CICONELLI, R. Artrite reumatóide: diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Reumatologia.** v. 44, n. 6, p. 435-442, 2004.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Pesquisa em enfermagem: Metodos, avaliacao critica e utilizacao. v. n. p. 2001.

LOHR, K. N. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. **Quality of life Research**. v. 11, n. 3, p. 193-205, 2002.

LUBECK, D. P. Health-related quality of life measurements and studies in rheumatoid arthritis. **Am J Manag Care**. v. 8, n. 9, p. 811-820, 2002.

LUNDKVIST, J.; KASTÄNG, F.; KOBELT, G. The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: health burden and costs. **The European Journal of Health Economics**. v. 8, n. 2, p. 49-60, 2008.

MACIEL, A. P. P.; GONDIM, A. P. S.; MONTEIRO, M. P.; MEIRELES, H. A. D. S. Avaliação do uso de psicofarmacológicos em crianças nos serviços de saúde mental em Fortaleza-ceará. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. v. 4, n. 4, p. 2013.

MADDEN, R. H.; GLOZIER, N.; FORTUNE, N.; DYSON, M.; GILROY, J.; BUNDY, A.; LLEWELLYN, G.; SALVADOR-CARULLA, L.; LUKERSMITH, S.; MPOFU, E. In search of an integrative measure of functioning. **International journal of environmental research and public health**. v. 12, n. 6, p. 5815-5832, 2015.

MADDEN, R. H.; BUNDY, A. The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. **Disability and rehabilitation**. v. 41, n. 12, p. 1450-1462, 2019.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v. 14, n. p. 593-606, 2010.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. D. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 22, n. p. 151-164, 2013.

MALTA, D. C.; STOPA, S. R.; SZWARCOWALD, C. L.; GOMES, N. L.; SILVA JÚNIOR, J. B.; REIS, A. A. C. D. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil-Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 18, n. p. 3-16, 2015.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. In: (Org). *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. 2003. cap.

MARINHO, P. M. L.; CAMPOS, M. P. D. A.; RODRIGUES, E. O. L.; GOIS, C. F. L.; BARRETO, I. D. D. C. Construcción y validación de instrumento de Evaluación del Uso de Tecnologías Leves en Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 24, n. p. 2016.

MARQUES, C. A. V.; FIGUEIREDO, E. N. D.; GUTIÉRREZ, M. G. R. D. Validação de instrumento para identificar ações de rastreamento e detecção de neoplasia de mama. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 28, n. 2, p. 183-189, 2015.

MARTINS, M.; PAULO, S. M. D. S. D. S. Humanização da assistência e formação profissional. In: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Área Temática de Assistência Farmacêutica. Termos de Referência da I Conferência Municipal de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. São Paulo, 2002. *Banco de papers*. 2002.

MARX, R. G.; BOMBARDIER, C.; HOGG-JOHNSON, S.; WRIGHT, J. G. Clinimetric and psychometric strategies for development of a health measurement scale. **Journal of clinical epidemiology**. v. 52, n. 2, p. 105-111, 1999.

MCINNES, I. B.; SCHETT, G. Pathogenetic insights from the treatment of rheumatoid arthritis. **The Lancet**. v. 389, n. 10086, p. 2328-2337, 2017.

MCINTYRE, A.; TEMPEST, S. Two steps forward, one step back? A commentary on the disease-specific core sets of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). **Disability and Rehabilitation**. v. 29, n. 18, p. 1475-1479, 2007.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. v. n. p. 2012.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. **Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Junior H, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis**. v. 1, n. p. 59-72, 2016.

MINAYO, M. C. D. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Editora Hucitec, 2014.

MOKKINK, L. B.; TERWEE, C. B.; KNOL, D. L.; STRATFORD, P. W.; ALONSO, J.; PATRICK, D. L.; BOUTER, L. M.; DE VET, H. C. Protocol of the COSMIN study: CONsensus-based Standards for the selection of health Measurement INSTRUMENTS. **BMC Medical Research Methodology**. v. 6, n. 1, p. 2, 2006.

MONJARDINO, T.; LUCAS, R.; BARROS, H. Frequency of rheumatic diseases in Portugal: a systematic review. **Acta reumatologica portuguesa**. v. 36, n. 4, p. 2011.

MORETTIN, M.; CARDOSO, M. R. A.; DELAMURA, A. M.; ZABEU, J. S.; AMANTINI, R. C. B.; BEVILACQUA, M. C. O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para acompanhamento de pacientes usuários de Implante Coclear. In: CoDAS, 2013. *Banco de papers*. SciELO Brasil, 2013.

MOTA, L.; CRUZ, B. A.; BRENOL, C. V.; PEREIRA, I. A.; FRONZA, L.; BERTOLO, M. B.; DE FREITAS, M. V. C.; DA SILVA, N. A.; LOUZADA-JUNIOR, P.; GIORGI, R. D. N. 2011 Consensus of the Brazilian Society of Rheumatology for diagnosis and early assessment of rheumatoid arthritis. **Rev Bras Reumatol**. v. 51, n. 3, p. 199-219, 2011.

MOTA, L. M. H.; CRUZ, B. A.; BRENOL, C. V.; PEREIRA, I. A.; REZENDE-FRONZA, L. S.; BERTOLO, M. B.; DE FREITAS, M. V. C.; DE SILVA, N.; LOUZADA-JUNIOR, P.; GIORGI, R. D. N. 2012 Brazilian Society of Rheumatology Consensus for the treatment of rheumatoid arthritis. **Revista brasileira de reumatologia**. v. n. p. 2012.

MOURAD, J.; MONEM, F. Associação do alelo HLA-DRB1 com suscetibilidade a artrite reumatoide e gravidade da doença na Síria. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v. 53, n. 1, p. 51-56, 2013.

NATÁRIO, A. R.; PORTUGAL. **Rede de referência hospitalar de reumatologia**. 2003.

NETTLETON, S.; BUNTON, R. Sociological critiques of health promotion. **The sociology of health promotion**. v. n. p. 41-58, 1995.

NEVES-SILVA, P.; ÁLVAREZ-MARTÍN, E. Estudio descriptivo de las características sociodemográficas de la discapacidad en América Latina. v. n. p. 2016.

OECD. **Health reform: meeting the challenge of ageing and multiple morbidities**. OECD Publications Centre, 2011.

OLIVEIRA, L. M.; NATOUR, J.; ROIZENBLATT, S.; DE ARAUJO, P. M. P.; FERRAZ, M. B. Monitoring the functional capacity of patients with rheumatoid arthritis for three years. **Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)**. v. 55, n. 1, p. 62-67, 2015.

OLIVEIRA, S. C. D. *Itinerário terapêutico de pacientes com artrite reumatoide em uso de medicamentos modificadores do curso da doença biológicos*. 2017. - Universidade de São Paulo, 2017.

OMS, O. M. D. S. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. **Informe**. v. n. p. 1993.

\_\_\_\_\_. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2003b.

OMS, O. M. D. S. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. 2. ed. Brasil: Edusp - Editora da Universidade de São Paulo, 2015.

OTERO-LÓPEZ, M. J.; ALONSO-HERNÁNDEZ, P.; MADERUELO-FERNÁNDEZ, J. Á.; GARRIDO-CORRO, B.; DOMÍNGUEZ-GIL, A.; SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ, Á. Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados. **Medicina clínica**. v. 126, n. 3, p. 81-87, 2006.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de psiquiatria clínica**. v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

\_\_\_\_\_. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. v. n. p. 37-71, 2010.

\_\_\_\_\_. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Editora Vozes Limitada, 2017.

PELLEGRINI FILHO, A. Determinantes sociais da saúde e determinantes sociais das iniquidades em saúde: a mesma coisa. **Determinantes Sociais da Saúde, Rio de Janeiro**. v. n. p. 2011.

PERNAMBUCO, A. P.; DE CARVALHO LANA, R.; POLESE, J. C. Opinião de profissionais acerca da viabilidade do uso da CIF. **Revista CIF Brasil**. v. 2, n. 2, p. 2015.

PINCUS, T.; SOKKA, T. Quantitative target values of predictors of mortality in rheumatoid arthritis as possible goals for therapeutic interventions: an alternative approach to remission or ACR20 responses? **The Journal of rheumatology**. v. 28, n. 7, p. 1723-1734, 2001.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Artmed Editora, 2011.

POTVIN, L.; JONES, C. M. Twenty-five years after the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health. **Canadian Journal of Public Health**. v. 102, n. 4, p. 244-248, 2011.

PRODINGER, B.; CIEZA, A.; WILLIAMS, D. A.; MEASE, P.; BOONEN, A.; KERSCHAN-SCHINDL, K.; FIALKA-MOSER, V.; SMOLEN, J.; STUCKI, G.; MACHOLD, K. Measuring health in patients with fibromyalgia: content

comparison of questionnaires based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Arthritis Care & Research**. v. 59, n. 5, p. 650-658, 2008.

PRODINGER, B.; TENNANT, A.; STUCKI, G.; CIEZA, A.; ÜSTÜN, T. B. Harmonizing routinely collected health information for strengthening quality management in health systems: requirements and practice. **Journal of health services research & policy**. v. 21, n. 4, p. 223-228, 2016.

PUGLIESE, R. D. L. S. Implantação dos serviços de Clínica Farmacêutica na farmácia da 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. **Experiências Exitosas de Farmacêuticos no SUS**. v. 4, n. 4, p. 87-93, 2016.

RATTRAY, J.; JONES, M. C. Essential elements of questionnaire design and development. **Journal of clinical nursing**. v. 16, n. 2, p. 234-243, 2007.

RAUCH, A.; CIEZA, A.; STUCKI, G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. **European journal of physical and rehabilitation medicine**. v. 44, n. 3, p. 329-342, 2008.

RAUCH, A.; CIEZA, A.; BOONEN, A.; EWERT, T.; STUCKI, G. Identification of similarities and differences in functioning in persons with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). **Clinical & Experimental Rheumatology**. v. 27, n. 4, p. S92, 2009.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. **Revista de saúde pública**. v. 41, n. p. 665-673, 2007.

RIBERTO, M.; PINTO, P. P. N.; SAKAMOTO, H.; BATTISTELLA, L. R. Independência funcional de pacientes com lesão medular. **Acta fisiátrica**. v. 12, n. 2, p. 61-66, 2005.

RIBERTO, M. Core sets da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 64, n. 5, p. 938-946, 2011.

RIBERTO, M.; CHIAPPETTA, L. M.; LOPES, K. A. T.; BATTISTELLA, L. R. A experiência brasileira com o core set da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde para lombalgia. **Coluna/Columna**. v. 10, n. 2, p. 121-126, 2011.

ROGERS, S.; FORGIE, S.; LOWE, D.; PRECIOUS, L.; HARAN, S.; TSCHIESNER, U. Development of the International Classification of Functioning, Disability and Health as a brief head and neck cancer patient questionnaire.



**International journal of oral and maxillofacial surgery.** v. 39, n. 10, p. 975-982, 2010.

ROVER, M. R. M.; VARGAS-PELÁEZ, C. M.; FARIAS, M. R.; LEITE, S. N. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva.** v. 26, n. p. 691-711, 2016.

RUARO, J. A.; RUARO, M. B.; GUERRA, R. O. International classification of functioning, disability and health core set for physical health of older adults. **Journal of Geriatric Physical Therapy.** v. 37, n. 4, p. 147-153, 2014.

SABARIEGO, C.; OBERHAUSER, C.; POSARAC, A.; BICKENBACH, J.; KOSTANJSEK, N.; CHATTERJI, S.; OFFICER, A.; COENEN, M.; CHHAN, L.; CIEZA, A. Measuring disability: Comparing the impact of two data collection approaches on disability rates. **International journal of environmental research and public health.** v. 12, n. 9, p. 10329-10351, 2015.

SALAZAR, L. D.; GRAJALES, C. D. La evaluación-sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 9, n. p. 545-555, 2004.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C.; GONÇALVES, G. G.; BITTENCOURT, N. F.; MIRANDA, A.; FONSECA, S. T. Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. **Rev bras fisioter.** v. 9, n. 2, p. 129-136, 2005.

SANTANA, F. S.; DA CUNHA NASCIMENTO, D.; DE FREITAS, J. P. M.; MIRANDA, R. F.; MUNIZ, L. F.; NETO, L. S.; DA MOTA, L. M. H.; BALSAMO, S. Avaliação da capacidade funcional em pacientes com artrite reumatoide: implicações para a recomendação de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Reumatologia.** v. 54, n. 5, p. 378-385, 2014.

SANTANA, M. T. M.; CHUN, R. Y. S. Language and functionality of post-stroke adults: evaluation based on International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In: CoDAS, 2017. *Banco de papers.* SciELO Brasil, 2017.

SCHERER, M. D. D. A.; OLIVEIRA, C. I. D.; CARVALHO, W. M. D. E. S.; COSTA, M. P. Cursos de especialização em Saúde da Família: o que muda no trabalho com a formação? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação.** v. 20, n. p. 691-702, 2016.

SCHUR, P.; MORELAND, L. General principles of management of rheumatoid arthritis. **UpToDate2012.** v. n. p. 2011.

SCOTT, D.; STRAND, V. The effects of disease-modifying anti-rheumatic drugs on the Health Assessment Questionnaire score. Lessons from the leflunomide clinical trials database. **Rheumatology**. v. 41, n. 8, p. 899-909, 2002.

SELB, M.; ESCORPIZO, R.; KOSTANJSEK, N.; STUCKI, G.; USTUN, B.; CIEZA, A. A guide on how to develop an international classification of functioning, disability and health core set. **Eur J Phys Rehabil Med**. v. 51, n. p. 105-117, 2015.

SHINOMIYA, F.; MIMA, N.; NANBA, K.; TANI, K.; NAKANO, S.; EGAWA, H.; SAKAI, T.; MIYOSHI, H.; HAMADA, D. Life expectancies of Japanese patients with rheumatoid arthritis: a review of deaths over a 20-year period. **Modern rheumatology**. v. 18, n. 2, p. 165-169, 2008.

SILVA, A. C. L.; DA FONSECA NEVES, R.; RIBERTO, M. A formação fisioterapêutica no campo da ortopedia: uma visão crítica sob a óptica da funcionalidade. **Acta fisiátrica**. v. 15, n. 1, p. 18-23, 2016.

SILVA, H. D. A. D. Análise de polimorfismos nos genes das citocinas envolvidas no desenvolvimento da Artrite Reumatoide. v. n. p. 2016.

SILVA JÚNIOR, E. B.; NUNES, L. M. N. Avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE). **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**. v. 37, n. 2, p. 2012.

SINGH, J.; SAAG, K.; BRIDGES JR, S.; AKL, E.; BANNURU, R.; SULLIVAN, M. American College of Rheumatology guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2016; 68 (1): 1–26. **Přejít k původnímu zdroji**. v. n. p. 2015.

SOKKA, T.; TOLOZA, S.; CUTOLO, M.; KAUTIAINEN, H.; MAKINEN, H.; GOGUS, F.; SKAKIC, V.; BADSHA, H.; PEETS, T.; BARANAUSKAITE, A. Women, men, and rheumatoid arthritis: analyses of disease activity, disease characteristics, and treatments in the QUEST-RA study. **Arthritis research & therapy**. v. 11, n. 1, p. R7, 2009.

SOLER, O.; ROSA, M.; FONSECA, A.; FASSY, M.; MACHADO, M.; SILVA, R.; GOMES, C. Assistência farmacêutica clínica na atenção primária à saúde por meio do programa saúde da família. **Rev Bras Farm**. v. 91, n. 1, p. 37-45, 2010.

SOUZA, T. T. D. Desenvolvimento de modelos de serviços de cuidado farmacêutico a pacientes polimedicados. v. n. p. 2017.

STAMM, T. A.; CIEZA, A.; COENEN, M.; MACHOLD, K. P.; NELL, V. P.; SMOLEN, J. S.; STUCKI, G. Validating the International Classification of Functioning, Disability and Health Comprehensive Core Set for Rheumatoid Arthritis from the patient perspective: a qualitative study. **Arthritis Care &**

**Research: Official Journal of the American College of Rheumatology.** v. 53, n. 3, p. 431-439, 2005.

STEIN, K. V.; BARBAZZA, E. S.; TELLO, J.; KLUGE, H. Towards people-centred health services delivery: a Framework for Action for the World Health Organisation (WHO) European Region. **International Journal of Integrated Care.** v. 13, n. p. 2013.

STEINER, W. A.; 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. **Physical therapy.** v. 82, n. 11, p. 1098-1107, 2002.

STEVENSON, M.; ARCHER, R.; TOSH, J.; SIMPSON, E.; EVERSON-HOCK, E.; STEVENS, J.; HERNANDEZ-ALAVA, M.; PAISLEY, S.; DICKINSON, K.; SCOTT, D. Adalimumab, etanercept, infliximab, certolizumab pegol, golimumab, tocilizumab and abatacept for the treatment of rheumatoid arthritis not previously treated with disease-modifying antirheumatic drugs and after the failure of conventional disease-modifying antirheumatic drugs only: systematic review and economic evaluation. **Health Technology Assessment.** v. 20, n. 35, p. 1-610, 2016.

STOLWIJK, C.; BOONEN, A.; VAN TUBERGEN, A.; REVEILLE, J. D. Epidemiology of spondyloarthritis. **Rheumatic Disease Clinics.** v. 38, n. 3, p. 441-476, 2012.

STREINER, D. L. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. **Journal of personality assessment.** v. 80, n. 1, p. 99-103, 2003.

STUCKI, G.; CIEZA, A.; EWERT, T.; KOSTANJSEK, N.; CHATTERJI, S.; USTUN, T. B. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. **Disability and rehabilitation.** v. 24, n. 5, p. 281-282, 2002.

STUCKI, G.; CIEZA, A.; GEYH, S.; BATTISTELLA, L.; LLOYD, J.; SYMMONS, D.; KOSTANJSEK, N.; SCHOUTEN, J. ICF Core Sets for rheumatoid arthritis. **Journal of Rehabilitation Medicine.** v. 36, n. 0, p. 87-93, 2004.

STUCKI, G.; CIEZA, A.; MELVIN, J. The international classification of functioning, disability and health: A unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. **Journal of rehabilitation medicine.** v. 39, n. 4, p. 279-285, 2007.

STUCKI, G.; KOSTANJSEK, N.; USTÜN, B.; CIEZA, A. ICF-based classification and measurement of functioning. **European journal of physical and rehabilitation medicine.** v. 44, n. 3, p. 315-328, 2008.

STUCKI, G.; BICKENBACH, J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. **European journal of physical and rehabilitation medicine**. v. 53, n. 1, p. 134-138, 2017.

STUCKI, G.; ZAMPOLINI, M.; JUOCEVICIUS, A.; NEGRINI, S.; CHRISTODOULOU, N. Practice, science and governance in interaction: European effort for the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Physical and Rehabilitation Medicine. **European journal of physical and rehabilitation medicine**. v. 53, n. 2, p. 299-307, 2017.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. p. 821-828, 2012.

TAVARES, M. D. F. L.; ZANCAN, L.; DE CARVALHO, A. I. 10. Promoção da saúde como política e a Política Nacional de Promoção da Saúde. v. n. p. 2011.

TAYLOR, W. J.; MEASE, P. J.; ADEBAJO, A.; NASH, P. J.; FELETAR, M.; GLADMAN, D. D. Effect of psoriatic arthritis according to the affected categories of the international classification of functioning, disability and health. **The Journal of rheumatology**. v. 37, n. 9, p. 1885-1891, 2010.

TEHLIRIAN, C. V.; BATHON, J. M. Rheumatoid arthritis. In: (Org). *Primer on the rheumatic diseases*. Springer, 2010. cap.

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. **Disability and rehabilitation**. v. 34, n. 20, p. 1686-1694, 2012.

TERWEE, C. B.; BOT, S. D.; DE BOER, M. R.; VAN DER WINDT, D. A.; KNOL, D. L.; DEKKER, J.; BOUTER, L. M.; DE VET, H. C. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of clinical epidemiology**. v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007.

TITTON, D. C.; SILVEIRA, I. G.; LOUZADA-JUNIOR, P.; HAYATA, A. L.; CARVALHO, H. M. S.; RANZA, R.; REZENDE, L. S.; PINHEIRO, G. C.; SANTOS, J. L. F.; MIRANDA, J. R. Registro brasileiro de biológicos: processo de implementação e resultados preliminares do BiobadaBrasil. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v. 51, n. 2, p. 152-160, 2011.

TOLEDO, R. C. M. R.; ALEXANDRE, N. M. C.; RODRIGUES, R. C. M. Psychometric evaluation of a Brazilian Portuguese version of the Spitzer Quality of Life Index in patients with low back pain. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 16, n. 6, p. 943-950, 2008.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International journal for quality in health care**. v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**. v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

TUSSET, D. Competências em promoção da saúde no programa Saúde na Escola no Distrito Federal. v. n. p. 2012.

UHLIG, T.; MOE, R.; REINSBERG, S.; KVIEN, T. K.; CIEZA, A.; STUCKI, G. Responsiveness of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for rheumatoid arthritis. **Annals of the rheumatic diseases**. v. 68, n. 6, p. 879-884, 2009.

USTUN, B.; CHATTERJI, S.; KOSTANJSEK, N. Comments from WHO for the journal of rehabilitation medicine special supplement on ICF core sets. **JOURNAL OF REHABILITATION MEDICINE-SUPPLEMENTS-**. v. n. p. 7-8, 2004.

VAN BENNEKOM, C. A. M.; JELLES, F.; LANKHORST, G. Rehabilitation Activities Profile: the ICIDH as a framework for a problem-oriented assessment method in rehabilitation medicine. **Disability and rehabilitation**. v. 17, n. 3-4, p. 169-175, 1995.

VERHOEF, J.; TOUSSAINT, P. J.; ZWETSLOOT-SCHONK, J. H.; BREEDVELD, F. C.; PUTTER, H.; VLIELAND, T. P. V. Effectiveness of the introduction of an International Classification of Functioning, Disability and Health-based rehabilitation tool in multidisciplinary team care in patients with rheumatoid arthritis. **Arthritis Care & Research**. v. 57, n. 2, p. 240-248, 2007.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciencia & saude coletiva**. v. 12, n. p. 213-220, 2007.

VLIELAND, T. P. V. Multidisciplinary team care and outcomes in rheumatoid arthritis. **Current opinion in rheumatology**. v. 16, n. 2, p. 153-156, 2004.

VLIELAND, T. P. V.; VAN DEN ENDE, C. H. Nonpharmacological treatment of rheumatoid arthritis. **Current opinion in rheumatology**. v. 23, n. 3, p. 259-264, 2011.

WESTPHAL, M. F. **promoção da saúde e prevenção de doenças**. In: **CAMPOS, W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M., et al (org.). Tratado de Saúde Coletiva**. . Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

WHO, W. H. O. **International classification of functioning, disability and health: ICF**. Geneva: World Health Organization, 2001.

\_\_\_\_\_. **Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report**. World Health Organization, 2005.

\_\_\_\_\_. **World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs Sustainable Development Goals**. World Health Organization, 2016.

\_\_\_\_\_. World Health Organization Disability Assessment Schedule. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>. Acessado em: 24/01. 2018.

YEN, T.-H.; LIOU, T.-H.; CHANG, K.-H.; WU, N.-N.; CHOU, L.-C.; CHEN, H.-C. Systematic review of ICF core set from 2001 to 2012. **Disability and rehabilitation**. v. 36, n. 3, p. 177-184, 2014.

ZOCHLING, J.; GRILL, E.; SCHEURINGER, M.; LIMAN, W.; STUCKI, G.; BRAUN, J. Identification of health problems in patients with acute inflammatory arthritis, using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). **Clinical and experimental rheumatology**. v. 24, n. 3, p. 239, 2006.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO – USUÁRIOS

|   |
|---|
| <b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> |
|---|

Eu estou sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar do estudo **A contribuição da Classificação Internacional De Funcionalidade, Incapacidade E Saúde Ao Monitoramento Da Artrite Reumatoide No Contexto Da Atenção Farmacêutica** que tem como objetivo propor e validar um instrumento de avaliação da funcionalidade que possibilita verificar como a Artrite Reumatoide afeta o corpo, o trabalho, os serviços domésticos e os passeios, além de investigar como o ambiente em casa, no trabalho e no lazer afeta a saúde dessas pessoas.

#### **PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**

Caso aceite participar da pesquisa serei entrevistado (a) por um profissional de saúde e responderei sobre o que eu gostaria que os profissionais da saúde perguntassem a respeito da minha doença quando eu for examinado. As minhas respostas ajudarão a construir um instrumento que será usado para avaliar os efeitos da doença na capacidade das pessoas em realizar todas as funções do dia a dia (como fazer o serviço de casa, como realizar o meu trabalho) e no seu ambiente natural (em casa, no trabalho, nos passeios, com minha família).

#### **RISCOS E BENEFÍCIOS**

Ao participar desta pesquisa posso esperar alguns benefícios, como contribuir para que a avaliação de pacientes com artrite reumatoide seja mais detalhada, assim, todos esses pacientes serão beneficiados. Não existem histórias sobre pessoas que participaram deste tipo de pesquisa e que tenham sofrido qualquer desconforto. Quando eu for entrevistado poderei pedir para parar a qualquer momento, e também poderei mudar de ideia e desistir sem nenhum prejuízo.

#### **SIGILO E PRIVACIDADE**

Os pesquisadores garantem que ninguém saberá quem sou, meu nome não será divulgado, ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer

forma, me identificar, será mantido em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam por guardar e por guardar segredo dos meus dados pessoais.

## **AUTONOMIA**

Tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação eu poderei saber, terei acesso as informações e minhas dúvidas sobre esta pesquisa e sobre algum problema em participar da pesquisa serão respondidas. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar minha aprovação quando quiser, sem precisar justificar, e se desejar sair da pesquisa, não sofrerei nenhum prejuízo à assistência que venho recebendo.

## **RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO**

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, haverá ressarcimento dos valores gastos na forma seguinte: em dinheiro. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

## **CONTATO**

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Doutora Auristela Duarte de Lima Moser e Doutoranda Katren Pedroso Corrêa do Programa de Pós Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e com eles poderei manter contato pelo telefone (41) 999120909 / (41) 32866279.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2292 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h30 ou pelo e-mail [nep@pucpr.br](mailto:nep@pucpr.br).

## **DECLARAÇÃO**

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre



consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

| <b>Dados do participante da pesquisa</b> |  |
|--|--|
| Nome:                                    |  |
| Telefone:                                |  |
| E-mail:                                  |  |

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PARA A PARTICIPAÇÃO NA ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO -  
FARMACÊUTICOS**

|   |
|---|
| <b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> |
|---|

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar do estudo **A contribuição da Classificação Internacional De Funcionalidade, Incapacidade E Saúde Ao Monitoramento Da Artrite Reumatoide No Contexto Da Atenção Farmacêutica**, que tem como objetivo propor e validar um instrumento de avaliação da funcionalidade que possibilita verificar como a Artrite Reumatoide afeta as funções físicas e a vida social das pessoas, além de investigar como o ambiente em que elas vivem afeta sua saúde.

**PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**

Caso aceite participar da pesquisa serei entrevistado (a) por um profissional de saúde e responderei sobre o que eu acho importante incluir na avaliação da Artrite Reumatoide para torna-la mais completa. As minhas respostas ajudarão a construir um instrumento que será usado para avaliar os efeitos da doença na capacidade das pessoas em realizar todas as funções do dia a dia no seu ambiente natural. Autorizo a gravação da minha entrevista.

**RISCOS E BENEFÍCIOS**

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como contribuir indiretamente com a elaboração de estratégias de ações com vistas à capacitação da minha classe profissional, e da área da saúde em geral, para o uso da CIF, o que acarretará em benefícios à sociedade. Porém estou ciente que não receberei benefícios diretos. Não há, na literatura, relatos de desconforto advindos deste tipo de participação em pesquisa, porém em caso de experimentar alguns desconfortos ao responder e avaliar as questões contidas no instrumento, poderei interromper o preenchimento de questionário a qualquer tempo, optando por deixar de responder uma ou mais questões ou até mesmo por desistir de participar da pesquisa, sem nenhum ônus.

**SIGILO E PRIVACIDADE**

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela

guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

## **AUTONOMIA**

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

## **RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO**

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, haverá ressarcimento dos valores gastos na forma seguinte: em dinheiro. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

## **CONTATO**

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Doutora Auristela Duarte de Lima Moser e Doutoranda Katren Pedroso Corrêa do Programa de Pós Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e com eles poderei manter contato pelo telefone (41) 999120909 / (41) 32866279.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2292 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h30 ou pelo e-mail [nep@pucpr.br](mailto:nep@pucpr.br).

## **DECLARAÇÃO**

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

| <b>Dados do participante da pesquisa</b> |  |
|--|--|
| Nome:                                    |  |
| Telefone:                                |  |
| E-mail:                                  |  |

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## **APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO QUESTIONÁRIO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar do estudo **A contribuição da Classificação Internacional De Funcionalidade, Incapacidade E Saúde Ao Monitoramento Da Artrite Reumatoide No Contexto Da Atenção Farmacêutica**, que tem como objetivo propor e validar um instrumento de avaliação da funcionalidade que possibilita verificar como a Artrite Reumatoide afeta as funções físicas e a vida social das pessoas, além de investigar como o ambiente em que elas vivem afeta sua saúde.

#### **PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**

Caso aceite participar da pesquisa farei parte do processo de validação de conteúdo e clareza do instrumento que está sendo desenvolvido para a operacionalização do uso da CIF na atenção farmacêutica a pacientes com artrite reumatoide. Para a validação desse instrumento, devo julgar a validade de conteúdo e a clareza do enunciado e das opções de resposta de cada questão do instrumento. Sendo que meu julgamento da validade de conteúdo deve avaliar o quanto o conteúdo da questão é importante para alcançar o objetivo do estudo. E meu julgamento da clareza deve avaliar o quanto a questão é compreensível. Além disso sou convidado a escrever sugestões e apontamentos no campo Observações de cada questão que julgar necessário. Eu receberei o instrumento impresso, que me será entregue, assim que assinar esse termo. O tempo gasto para esta atividade é de em média 15 minutos.

#### **RISCOS E BENEFÍCIOS**

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como agregar agilidade e praticidade no processo de classificação da funcionalidade dos usuários da Unidade farmacêutica citado, o que acarretará em benefícios à sociedade que é atendida. Porém estou ciente que não receberei benefícios diretos. Não há, na literatura, relatos de desconforto advindos deste tipo de participação em pesquisa, porém em caso de experimentar alguns desconfortos ao responder as perguntas realizadas pelo farmacêutico, poderei interromper os questionamentos a qualquer tempo, optando por deixar de responder uma ou mais questões ou até mesmo por desistir de participar da pesquisa, sem nenhum ônus.

#### **SIGILO E PRIVACIDADE**

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela

guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

## **AUTONOMIA**

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

## **RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO**

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, haverá ressarcimento dos valores gastos na forma seguinte: em dinheiro. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

## **CONTATO**

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Doutora Auristela Duarte de Lima Moser e Doutoranda Katren Pedroso Corrêa do Programa de Pós Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e com eles poderei manter contato pelo telefone (41) 999120909 / (41) 32866279.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2292 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h30 ou pelo e-mail [nep@pucpr.br](mailto:nep@pucpr.br).

## **DECLARAÇÃO**

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

| <b>Dados do participante da pesquisa</b> |  |
|--|--|
| Nome:                                    |  |
| Telefone:                                |  |
| E-mail:                                  |  |

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## **APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TESTE DE CONFIABILIDADE**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu estou sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar do estudo **A contribuição da Classificação Internacional De Funcionalidade, Incapacidade E Saúde Ao Monitoramento Da Artrite Reumatoide No Contexto Da Atenção Farmacêutica**, que tem como objetivo propor e validar um instrumento de avaliação da funcionalidade que possibilita verificar como a Artrite Reumatoide afeta o corpo, o trabalho, os serviços domésticos e os passeios, além de investigar como o ambiente em casa, no trabalho e no lazer afeta a saúde dessas pessoas.

#### **PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**

Caso aceite participar da pesquisa serei entrevistado (a) por um profissional de saúde e responderei a uma série de perguntas sobre como a Artrite Reumatoide afeta meu corpo, meu trabalho, a realização dos serviços domésticos e meus passeios, além de como o ambiente em minha casa, no meu trabalho e no meu lazer afeta a minha saúde.

#### **RISCOS E BENEFÍCIOS**

Ao participar desta pesquisa posso esperar alguns benefícios, como contribuir para que a avaliação de pacientes com artrite reumatoide seja mais detalhada, assim todos esses pacientes serão beneficiados. Não existem histórias sobre pessoas que participaram deste tipo de pesquisa e que tenham sofrido qualquer desconforto. Quando eu for entrevistado poderei pedir para parar a qualquer momento, e também poderei mudar de ideia e desistir sem perder nada, nem pagar nada.

#### **SIGILO E PRIVACIDADE**

Os pesquisadores garantem que ninguém saberá quem sou, meu nome não será divulgado, ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam por guardar e por guardar segredo dos meus dados pessoais.

#### **AUTONOMIA**

Tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação eu poderei saber, terei acesso as informações e minhas dúvidas sobre esta pesquisa e sobre algum problema em participar da pesquisa serão respondidas. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar



minha aprovação quando quiser, sem precisar justificar, e se desejar sair da pesquisa, não sofrerei nenhum prejuízo à assistência que venho recebendo.

### **RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO**

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, haverá ressarcimento dos valores gastos na forma seguinte: em dinheiro. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

### **CONTATO**

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Doutora Auristela Duarte de Lima Moser e Doutoranda Katren Pedroso Corrêa do Programa de Pós Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e com eles poderei manter contato pelo telefone (41) 999120909 / (41) 32866279.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (CEP) pelo telefone (41) 3271-2292 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h30 ou pelo e-mail [nep@pucpr.br](mailto:nep@pucpr.br).

### **DECLARAÇÃO**

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

| <b>Dados do participante da pesquisa</b> |  |
|--|--|
| Nome:                                    |  |

|           |  |
|-----------|--|
| Telefone: |  |
| E-mail:   |  |

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## APÊNDICE E – VALIDAÇÃO APARENTE DE CONTÚDO E CLAREZA

Este é um processo de validação de conteúdo e clareza de um Questionário de Funcionalidade para pacientes com Artrite Reumatoide (AR), que está sendo desenvolvido para uma pesquisa de conhecimento do perfil funcional de pacientes com diagnóstico clínico de Artrite Reumatoide, usuários de uma Unidade de Assistência Farmacêutica no Estado do Paraná.

Para a validação deste instrumento, é necessário que você julgue a validade de conteúdo e a clareza do enunciado de cada questão do instrumento abaixo.

O julgamento da validade de conteúdo deve avaliar o quanto o conteúdo da questão é importante para alcançar o objetivo do estudo. Já o julgamento da clareza deve avaliar o quanto a questão é compreensível.

Considerando os aspectos expostos, **grife em amarelo** sua opção de categorização, para cada uma das questões. O conteúdo das perguntas deve ser categorizado como “conteúdo inválido”, “pouco válido” ou “válido”. Para a clareza, como “confusas”, “pouco clara” ou “clara”. Para todas as questões que classificar como conteúdo inválido ou pouco válido e confusa ou pouco clara recomenda-se adicionar sugestões e outros apontamentos no campo “observações”.

Não é necessário responder as questões, você precisa pontuar apenas a validade de conteúdo e clareza que estão dentro do quadro e escrever as observações quando julgar necessário. Após os procedimentos de validação, para a aplicação do questionário aos usuários com artrite reumatoide, será utilizada a escala da CIF.

A pesquisa pretende contribuir com o aprimoramento das ações práticas que visam a disseminação do conceito CIF e a incorporação de seu uso em ambientes clínicos e de pesquisa nos mais variados cenários da saúde no Brasil, atendendo à recomendação da OMS.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária. Sua identidade será mantida em sigilo absoluto. Se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade

seja preservada e mantida a confidencialidade. Sua colaboração é muito importante para o desenvolvimento da área da saúde.

\*Questão de resposta obrigatória

1. Qual sua profissão? \*

- Enfermeiro (a)
- Farmacêutico (a)
- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo (a)
- Médico (a)
- Psicólogo
- Terapeuta Ocupacional

2. Atende a quais requisitos listados a seguir? \*

- Doutorado ou mestrado com tese/dissertação na área ( )  
temática da CIF
- Mestrando/Doutorando cujo tema de estudo seja a CIF ( )
- Autoria ou coautoria de trabalho publicados em periódicos de ( )  
referência, com Qualis mínimo B2
- Experiência prática/profissional, atual, com aplicação da CIF ( )
- Participação em cursos ou congressos, referentes à CIF, ( )  
com carga mínima de 4 horas

### INSTRUMENTO DE PESQUISA (QUESTIONÁRIO)

A seguir, em amarelo, estão as perguntas que você deve avaliar conforme orientação acima, quanto a validade de conteúdo e a clareza. Se possível faça observações.

Se pensar no seu corpo, nos últimos 30 dias, devido a artrite reumatoide, quanta dificuldade você teve em (ou para).

| CATEGORIA                   | PERGUNTA 1  | Sem dificuldade     | Dificuldade de leve | Dificuldade de moderada | Dificuldade de grave | Dificuldade de muito grave |
|-----------------------------|---|---------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|----------------------------|
| b152 Funções emocionais     | Você foi emocionalmente afetado por este problema de saúde? | 0                   | 1                   | 2                       | 3                    | 4                          |
| <b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b> | <b>INVÁLIDO</b>   | <b>POUCO VÁLIDO</b> |                     | <b>VÁLIDO</b>           |                      |                            |
| <b>CLAREZA</b>              | <b>CONFUSA</b>  | <b>POUCO CLARA</b>  |                     | <b>CLARA</b>            |                      |                            |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>         |   |                     |                     |                         |                      |                            |

| CATEGORIA                   | PERGUNTA 2  | Sem dificuldade     | Dificuldade de leve | Dificuldade de moderada | Dificuldade de grave | Dificuldade de muito grave |
|-----------------------------|---|---------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|----------------------------|
| b1801 Imagem do corpo       | Você teve dificuldades em reconhecer e identificar as partes de seu corpo afetadas pela artrite reumatoide? | 0                   | 1                   | 2                       | 3                    | 4                          |
| <b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b> | <b>INVÁLIDO</b>   | <b>POUCO VÁLIDO</b> |                     | <b>VÁLIDO</b>           |                      |                            |
| <b>CLAREZA</b>              | <b>CONFUSA</b>  | <b>POUCO CLARA</b>  |                     | <b>CLARA</b>            |                      |                            |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>         |   |                     |                     |                         |                      |                            |

| CATEGORIA | PERGUNTA 3 | Sem dificuldade | Dificuldade de leve | Dificuldade de moderada | Dificuldade de grave | Dificuldade de muito grave |
|-----------|------------|-----------------|---------------------|-------------------------|----------------------|----------------------------|
|-----------|------------|-----------------|---------------------|-------------------------|----------------------|----------------------------|

|                             |  |              |        |   |   |   |
|-----------------------------|--|--------------|--------|---|---|---|
| b280 Sensação de dor        | Você teve sensações desagradáveis em alguma região de seu corpo?<br>Exemplo: dor, sensação de peso, desconforto, formigamento, anestesia, etc. | 0            | 1      | 2 | 3 | 4 |
| <b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b> | INVÁLIDO   | POUCO VÁLIDO | VÁLIDO |   |   |   |
| <b>CLAREZA</b>              | CONFUSA  | POUCO CLARA  | CLARA  |   |   |   |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>         |  |              |        |   |   |   |

| CATEGORIA   | PERGUNTA 4   | Sem dificuldade | Dificuldade de leve | Dificuldade de | Dificuldade de grave | Dificuldade de |
|---|--|-----------------|---------------------|----------------|----------------------|----------------|
| b710 Funções relacionadas à mobilidade das articulações | Você teve dificuldades em movimentar as articulações afetadas pela artrite reumatoide? | 0               | 1                   | 2              | 3                    | 4              |
| <b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>                             | INVÁLIDO   | POUCO VÁLIDO    | VÁLIDO              |                |                      |                |
| <b>CLAREZA</b>  | CONFUSA  | POUCO CLARA     | CLARA               |                |                      |                |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>                                     |  |                 |                     |                |                      |                |

| CATEGORIA                                  | PERGUNTA 5   | Sem dificuldade | Dificuldade de leve | Dificuldade de | Dificuldade de grave | Dificuldade de |
|--|--|-----------------|---------------------|----------------|----------------------|----------------|
| b730 Funções relacionadas à força muscular | Você teve dificuldade em realizar atividade que requer muscular com as regiões afetadas pela artrite reumatoide? | 0               | 1                   | 2              | 3                    | 4              |
| <b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>                | INVÁLIDO   | POUCO VÁLIDO    | VÁLIDO              |                |                      |                |
| <b>CLAREZA</b>                             | CONFUSA  | POUCO CLARA     | CLARA               |                |                      |                |

**OBSERVAÇÕES:**

| CATEGORIA                           | PERGUNTA 6  | Sem          | Dificulda | Dificulda | Dificulda | Dificulda |
|-------------------------------------|---|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                                     |   | dificulda    | de leve   | de        | de grave  | de        |
| b740Funções de resistência muscular | Você teve dificuldade em manter um esforço muscular, com as regiões afetadas pela artrite reumatoide, para executar suas tarefas?<br>Exemplo: segurar ou carregar uma sacola de compras com as regiões afetadas por uma a duas quadras. | 0            | 1         | 2         | 3         | 4         |
| <b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>         | INVÁLIDO  | POUCO VÁLIDO | VÁLIDO    |           |           |           |
| <b>CLAREZA</b>                      | CONFUSA   | POUCO CLARA  | CLARA     |           |           |           |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>                 |   |              |           |           |           |           |

| CATEGORIA                                    | PERGUNTA 7                                   | Sem          | Dificulda | Dificulda | Dificulda | Dificulda |
|--|--|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|  |  | dificulda    | de leve   | de        | de grave  | de        |
| b770Funções relacionadas ao padrão da marcha | Você teve dificuldades para andar ou correr? | 0            | 1         | 2         | 3         | 4         |
| <b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>                  | INVÁLIDO                                     | POUCO VÁLIDO | VÁLIDO    |           |           |           |
| <b>CLAREZA</b>                               | CONFUSA                                      | POUCO CLARA  | CLARA     |           |           |           |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>                          |  |              |           |           |           |           |

| CATEGORIA | PERGUNTA 8 | Sem       | Dificulda | Dificulda | Dificulda | Dificulda |
|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|           |            | dificulda | de leve   | de        | de grave  | de        |

|                                    |  |              |        |   |   |   |   |
|------------------------------------|--|--------------|--------|---|---|---|---|
| b7800 Sensação de rigidez muscular | Você teve sensação de tensão ou rigidez muscular?<br>Exemplo: abrir e fechar as mãos, dobrar os joelhos ou cotovelos, etc. |              | 0      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>        | INVÁLIDO   | POUCO VÁLIDO | VÁLIDO |   |   |   |   |
| <b>CLAREZA</b>                     | CONFUSA  | POUCO CLARA  | CLARA  |   |   |   |   |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>                |  |              |        |   |   |   |   |

**Se pensar no seu corpo, nos últimos 30 dias, devido a artrite reumatoide, quanta dificuldade você teve em (ou para)**

| CATEGORIA  | PERGUNTA 9  | Sem alteração | Alteração leve | Alteração moderada | Alteração grave | Alteração completa |
|--|---|---------------|----------------|--------------------|-----------------|--------------------|
| s730 Estrutura da extremidade superior<br>s750 Estrutura da extremidade inferior<br>s760 Estrutura do tronco | Você tem alterações nas regiões afetadas?<br>Exemplo: inchaço ou outras mudanças nas regiões afetadas pela artrite reumatoide | 0             | 1              | 2                  | 3               | 4                  |
| <b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>  | INVÁLIDO  | POUCO VÁLIDO  | VÁLIDO         |                    |                 |                    |
| <b>CLAREZA</b>   | CONFUSA   | POUCO CLARA   | CLARA          |                    |                 |                    |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>  |   |               |                |                    |                 |                    |

**Se pensar na sua vida diária, nos últimos 30 dias, devido a artrite reumatoide, quanta dificuldade você teve em (ou para)**

| CATEGORIA                   | PERGUNTA 10 | Sem dificuldade | Dificuldade de leve | Dificuldade de moderada | Dificuldade de grave | Dificuldade de completa |
|-----------------------------|-------------|-----------------|---------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| d170 Escrever               | Escrever.   | 0               | 1                   | 2                       | 3                    | 4                       |
| <b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b> | INVÁLIDO    | POUCO VÁLIDO    | VÁLIDO              |                         |                      |                         |
| <b>CLAREZA</b>              | CONFUSA     | POUCO CLARA     | CLARA               |                         |                      |                         |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>         |             |                 |                     |                         |                      |                         |





| CATEGORIA                     |          | PERGUNTA 11  |        | Sem dificuldade | Dificuldade de leve | Dificuldade de | Dificuldade de grave | Dificuldade de |
|-------------------------------|----------|--|--------|-----------------|---------------------|----------------|----------------------|----------------|
| d230 Realizar a rotina diária |          | Realizar sua rotina diária, atividades do dia a dia. |        | 0               | 1                   | 2              | 3                    | 4              |
| <b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>   | INVÁLIDO | POUCO VÁLIDO   | VÁLIDO |                 |                     |                |                      |                |
| <b>CLAREZA</b>                | CONFUSA  | POUCO CLARA  | CLARA  |                 |                     |                |                      |                |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>           |          |  |        |                 |                     |                |                      |                |

| CATEGORIA   |          | PERGUNTA 12   |        | Sem dificuldade | Dificuldade de leve | Dificuldade de | Dificuldade de grave | Dificuldade de |
|---|----------|---|--------|-----------------|---------------------|----------------|----------------------|----------------|
| d360 Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação |          | Usar dispositivos para comunicação, como computador, celular. |        | 0               | 1                   | 2              | 3                    | 4              |
| <b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>                               | INVÁLIDO | POUCO VÁLIDO  | VÁLIDO |                 |                     |                |                      |                |
| <b>CLAREZA</b>  | CONFUSA  | POUCO CLARA   | CLARA  |                 |                     |                |                      |                |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>                                       |          |   |        |                 |                     |                |                      |                |

| CATEGORIA                            |          | PERGUNTA 13   |        | Sem dificuldade | Dificuldade de leve | Dificuldade de | Dificuldade de grave | Dificuldade de |
|--------------------------------------|----------|---|--------|-----------------|---------------------|----------------|----------------------|----------------|
| d410 Mudar a posição básica do corpo |          | Mudar a posição do corpo. Exemplo: passar de deitado para sentado, ou de sentado para em pé, ajoelhar, agachar. |        | 0               | 1                   | 2              | 3                    | 4              |
| <b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>          | INVÁLIDO | POUCO VÁLIDO  | VÁLIDO |                 |                     |                |                      |                |
| <b>CLAREZA</b>                       | CONFUSA  | POUCO CLARA   | CLARA  |                 |                     |                |                      |                |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>                  |          |   |        |                 |                     |                |                      |                |

| CATEGORIA                      |          | PERGUNTA 14  |        | Sem dificuldade | Dificuldade de leve | Dificuldade de | Dificuldade de grave | Dificuldade de |
|--------------------------------|----------|--|--------|-----------------|---------------------|----------------|----------------------|----------------|
| d415 Manter a posição do corpo |          | Manter a mesma posição do corpo.<br>Exemplo: em pé por 30 minutos. |        | 0               | 1                   | 2              | 3                    | 4              |
| VALIDADE DE CONTEÚDO           | INVÁLIDO | POUCO VÁLIDO   | VÁLIDO |                 |                     |                |                      |                |
| CLAREZA                        | CONFUSA  | POUCO CLARA  | CLARA  |                 |                     |                |                      |                |
| OBSERVAÇÕES:                   |          |  |        |                 |                     |                |                      |                |

| CATEGORIA            |          | PERGUNTA 15   |        | Sem dificuldade | Dificuldade de leve | Dificuldade de | Dificuldade de grave | Dificuldade de |
|----------------------|----------|---|--------|-----------------|---------------------|----------------|----------------------|----------------|
| d440 Uso fino da mão |          | Manusear objetos.<br>Exemplo: pegar moedas de uma mesa, girar um botão ou maçaneta. |        | 0               | 1                   | 2              | 3                    | 4              |
| VALIDADE DE CONTEÚDO | INVÁLIDO | POUCO VÁLIDO  | VÁLIDO |                 |                     |                |                      |                |
| CLAREZA              | CONFUSA  | POUCO CLARA   | CLARA  |                 |                     |                |                      |                |
| OBSERVAÇÕES:         |          |   |        |                 |                     |                |                      |                |

| CATEGORIA                  |          | PERGUNTA 16  |        | Sem dificuldade | Dificuldade de leve | Dificuldade de | Dificuldade de grave | Dificuldade de |
|----------------------------|----------|--|--------|-----------------|---------------------|----------------|----------------------|----------------|
| d445 Uso da mão e do braço |          | Manipular ou mover objetos usando as mãos e braços.<br>Exemplo: girar maçanetas de portas, torcer um pano, puxar/empurrar objetos. |        | 0               | 1                   | 2              | 3                    | 4              |
| VALIDADE DE CONTEÚDO       | INVÁLIDO | POUCO VÁLIDO   | VÁLIDO |                 |                     |                |                      |                |
| CLAREZA                    | CONFUSA  | POUCO CLARA  | CLARA  |                 |                     |                |                      |                |
| OBSERVAÇÕES:               |          |  |        |                 |                     |                |                      |                |

| CATEGORIA                   | PERGUNTA 17  |              | Sem dificuldade | Dificuldade de leve | Dificuldade de | Dificuldade de grave | Dificuldade de |
|-----------------------------|--|--------------|-----------------|---------------------|----------------|----------------------|----------------|
| d450 Andar                  | Caminhar.<br>Exemplo: distâncias curtas ou longas, andar sobre superfícies diferentes, mudando de direção. |              | 0               | 1                   | 2              | 3                    | 4              |
| <b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b> | INVÁLIDO   | POUCO VÁLIDO | VÁLIDO          |                     |                |                      |                |
| <b>CLAREZA</b>              | CONFUSA  | POUCO CLARA  | CLARA           |                     |                |                      |                |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>         |  |              |                 |                     |                |                      |                |

| CATEGORIA                   | PERGUNTA 18   |              | Sem dificuldade | Dificuldade de leve | Dificuldade de | Dificuldade de grave | Dificuldade de |
|-----------------------------|---|--------------|-----------------|---------------------|----------------|----------------------|----------------|
| d475 Dirigir                | Dirigir/pilotar qualquer tipo de transporte.<br>Exemplo: carro, bicicleta, motocicleta. |              | 0               | 1                   | 2              | 3                    | 4              |
| <b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b> | INVÁLIDO  | POUCO VÁLIDO | VÁLIDO          |                     |                |                      |                |
| <b>CLAREZA</b>              | CONFUSA   | POUCO CLARA  | CLARA           |                     |                |                      |                |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>         |   |              |                 |                     |                |                      |                |

| CATEGORIA                   | PERGUNTA 19           |              | Sem dificuldade | Dificuldade de leve | Dificuldade de | Dificuldade de grave | Dificuldade de |
|-----------------------------|-----------------------|--------------|-----------------|---------------------|----------------|----------------------|----------------|
| d510 Lavar-se               | Lavar seu corpo todo. |              | 0               | 1                   | 2              | 3                    | 4              |
| <b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b> | INVÁLIDO              | POUCO VÁLIDO | VÁLIDO          |                     |                |                      |                |
| <b>CLAREZA</b>              | CONFUSA               | POUCO CLARA  | CLARA           |                     |                |                      |                |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>         |                       |              |                 |                     |                |                      |                |

| CATEGORIA                        |          | PERGUNTA 20  |        | Sem dificuldade | Dificuldade de leve | Dificuldade de | Dificuldade de grave | Dificuldade de |
|----------------------------------|----------|--|--------|-----------------|---------------------|----------------|----------------------|----------------|
| d520 Cuidado das partes do corpo |          | Realizar cuidados com seu corpo.<br>Exemplo: escovar os dentes, higienizar as unhas, os cabelos, barbear-se. |        | 0               | 1                   | 2              | 3                    | 4              |
| <b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b>      | INVÁLIDO | POUCO VÁLIDO   | VÁLIDO |                 |                     |                |                      |                |
| <b>CLAREZA</b>                   | CONFUSA  | POUCO CLARA  | CLARA  |                 |                     |                |                      |                |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>              |          |  |        |                 |                     |                |                      |                |

| CATEGORIA                   |          | PERGUNTA 21  |        | Sem dificuldade | Dificuldade de leve | Dificuldade de | Dificuldade de grave | Dificuldade de |
|-----------------------------|----------|--------------|--------|-----------------|---------------------|----------------|----------------------|----------------|
| d540 Vestir-se              |          | Vestir-se.   |        | 0               | 1                   | 2              | 3                    | 4              |
| <b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b> | INVÁLIDO | POUCO VÁLIDO | VÁLIDO |                 |                     |                |                      |                |
| <b>CLAREZA</b>              | CONFUSA  | POUCO CLARA  | CLARA  |                 |                     |                |                      |                |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>         |          |              |        |                 |                     |                |                      |                |

| CATEGORIA                   |          | PERGUNTA 22  |        | Sem dificuldade | Dificuldade de leve | Dificuldade de | Dificuldade de grave | Dificuldade de |
|-----------------------------|----------|--|--------|-----------------|---------------------|----------------|----------------------|----------------|
| d550 Comer                  |          | Cortar e levar alimentos à boca, abrir latas e garrafas. |        | 0               | 1                   | 2              | 3                    | 4              |
| <b>VALIDADE DE CONTEÚDO</b> | INVÁLIDO | POUCO VÁLIDO   | VÁLIDO |                 |                     |                |                      |                |
| <b>CLAREZA</b>              | CONFUSA  | POUCO CLARA  | CLARA  |                 |                     |                |                      |                |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>         |          |  |        |                 |                     |                |                      |                |

| CATEGORIA                              |          | PERGUNTA 23  |  |  | Sem dificuldade | Dificuldade de leve | Dificuldade de | Dificuldade de grave | Dificuldade de |
|--|----------|--|--|--|-----------------|---------------------|----------------|----------------------|----------------|
| d640 Realização das tarefas domésticas |          | Realizar tarefas domésticas.<br>Exemplo: lavar e secar roupas, limpar a casa, varrer, passar pano, remover o lixo. |  |  | 0               | 1                   | 2              | 3                    | 4              |
| VALIDADE DE CONTEÚDO                   | INVÁLIDO | POUCO VÁLIDO   |  |  | VÁLIDO          |                     |                |                      |                |
| CLAREZA                                | CONFUSA  | POUCO CLARA  |  |  | CLARA           |                     |                |                      |                |
| OBSERVAÇÕES:                           |          |  |  |  |                 |                     |                |                      |                |

| CATEGORIA              |          | PERGUNTA 24  |  |  | Sem dificuldade | Dificuldade de leve | Dificuldade de | Dificuldade de grave | Dificuldade de |
|------------------------|----------|--|--|--|-----------------|---------------------|----------------|----------------------|----------------|
| d920 Recreação e lazer |          | Participar de atividades recreativas e de lazer, atividades físicas. |  |  | 0               | 1                   | 2              | 3                    | 4              |
| VALIDADE DE CONTEÚDO   | INVÁLIDO | POUCO VÁLIDO   |  |  | VÁLIDO          |                     |                |                      |                |
| CLAREZA                | CONFUSA  | POUCO CLARA  |  |  | CLARA           |                     |                |                      |                |
| OBSERVAÇÕES:           |          |  |  |  |                 |                     |                |                      |                |

Se pensar no seu ambiente, os fatores envolventes e a sua condição de vida, nos últimos 30 dias, devido a artrite reumatoide, o quanto estes itens o ajudam (apoiam, facilitam) ou são um obstáculo (atrapalham, dificultam) sua vida.

| CATEGORIA          | PERGUNTA 25                                 |               |                    |                        |                       |                     |              |               |                     |                         |                        |                      |
|--------------------|---|---------------|--------------------|------------------------|-----------------------|---------------------|--------------|---------------|---------------------|-------------------------|------------------------|----------------------|
| e1101 Medicamentos | Medicamentos que usa para tratar a artrite. |               |                    |                        |                       |                     |              |               |                     |                         |                        |                      |
|                    | Facilitador                                 |               |                    |                        |                       | Barreira            |              |               |                     |                         |                        |                      |
|                    | Não facilita                                | nem dificulta | Facilita levemente | Facilita moderadamente | Facilita extremamente | Facilita totalmente | Não facilita | nem dificulta | Dificulta levemente | Dificulta moderadamente | Dificulta extremamente | Dificulta totalmente |
|                    | 0   | 1             | 2                  | 3                      | 4                     | 0                   | 1            | 2             | 3                   | 4                       |                        |                      |

|                          |           |          |              |        |
|--------------------------|-----------|----------|--------------|--------|
| <b>VALIDADE CONTEÚDO</b> | <b>DE</b> | INVÁLIDO | POUCO VÁLIDO | VÁLIDO |
| <b>CLAREZA</b>           |           | CONFUSA  | POUCO CLARA  | CLARA  |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>      |           |          |              |        |

| <b>CATEGORIA</b>   |   | <b>PERGUNTA 26</b> |          |           |          |               |          |              |          |            |              |               |         |           |         |               |         |              |         |            |
|--|---|--------------------|----------|-----------|----------|---------------|----------|--------------|----------|------------|--------------|---------------|---------|-----------|---------|---------------|---------|--------------|---------|------------|
| <b>e1151 Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária</b> | Produto ou tecnologia para uso pessoal. |                    |          |           |          |               |          |              |          |            |              |               |         |           |         |               |         |              |         |            |
|  | Facilitador                             |                    |          |           |          |               | Barreira |              |          |            |              |               |         |           |         |               |         |              |         |            |
|  | Não facilita                            | nem_dificulta      | Facilita | levemente | Facilita | moderadamente | Facilita | extremamente | Facilita | totalmente | Não facilita | nem_dificulta | Difícil | levemente | Difícil | moderadamente | Difícil | extremamente | Difícil | totalmente |
|  | 0                                       |                    | 1        |           | 2        |               | 3        |              | 4        |            | 0            |               | 1       |           | 2       |               | 3       |              | 4       |            |
| <b>VALIDADE CONTEÚDO</b>   | <b>DE</b>                               | INVÁLIDO           |          |           |          |               |          | POUCO VÁLIDO |          |            | VÁLIDO       |               |         |           |         |               |         |              |         |            |
| <b>CLAREZA</b>   |   | CONFUSA            |          |           |          |               |          | POUCO CLARA  |          |            | CLARA        |               |         |           |         |               |         |              |         |            |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>  |   |                    |          |           |          |               |          |              |          |            |              |               |         |           |         |               |         |              |         |            |

| <b>CATEGORIA</b>         |  | <b>PERGUNTA 27</b> |          |           |          |               |          |              |          |            |              |               |         |           |         |               |         |              |         |            |
|--------------------------|--|--------------------|----------|-----------|----------|---------------|----------|--------------|----------|------------|--------------|---------------|---------|-----------|---------|---------------|---------|--------------|---------|------------|
| <b>e2250 Temperatura</b> | A mudança de temperatura.<br>Efeito positivo efeito negativo |                    |          |           |          |               |          |              |          |            |              |               |         |           |         |               |         |              |         |            |
|                          | Facilitador  |                    |          |           |          |               | Barreira |              |          |            |              |               |         |           |         |               |         |              |         |            |
|                          | Não facilita   | nem_dificulta      | Facilita | levemente | Facilita | moderadamente | Facilita | extremamente | Facilita | totalmente | Não facilita | nem_dificulta | Difícil | levemente | Difícil | moderadamente | Difícil | extremamente | Difícil | totalmente |
|                          | 0  |                    | 1        |           | 2        |               | 3        |              | 4        |            | 0            |               | 1       |           | 2       |               | 3       |              | 4       |            |
| <b>VALIDADE CONTEÚDO</b> | <b>DE</b>  | INVÁLIDO           |          |           |          |               |          | POUCO VÁLIDO |          |            | VÁLIDO       |               |         |           |         |               |         |              |         |            |
| <b>CLAREZA</b>           |  | CONFUSA            |          |           |          |               |          | POUCO CLARA  |          |            | CLARA        |               |         |           |         |               |         |              |         |            |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>      |  |                    |          |           |          |               |          |              |          |            |              |               |         |           |         |               |         |              |         |            |

| CATEGORIA                   | PERGUNTA 28                                       |                       |                           |                          |                        |                               |                        |                            |                           |                         |  |  |
|-----------------------------|---|-----------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------------|--|--|
| e355 Profissionais da saúde | Profissionais da saúde que cuidam da minha saúde. |                       |                           |                          |                        |                               |                        |                            |                           |                         |  |  |
|                             | Facilitador                                       |                       |                           |                          |                        |                               | Barreira               |                            |                           |                         |  |  |
|                             | Não facilita<br>nem dificulta                     | Facilita<br>levemente | Facilita<br>moderadamente | Facilita<br>extremamente | Facilita<br>totalmente | Não facilita<br>nem dificulta | Dificulta<br>levemente | Dificulta<br>moderadamente | Dificulta<br>extremamente | Dificulta<br>totalmente |  |  |
|                             | 0   | 1                     | 2                         | 3                        | 4                      | 0                             | 1                      | 2                          | 3                         | 4                       |  |  |
| <b>VALIDADE CONTEÚDO</b>    | <b>DE</b>   | INVÁLIDO              |                           |                          |                        | POUCO VÁLIDO                  |                        |                            | VÁLIDO                    |                         |  |  |
| <b>CLAREZA</b>              |   | CONFUSA               |                           |                          |                        | POUCO CLARA                   |                        |                            | CLARA                     |                         |  |  |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>         |   |                       |                           |                          |                        |                               |                        |                            |                           |                         |  |  |

| CATEGORIA                                    | PERGUNTA 29  |                       |                           |                          |                        |                               |                        |                            |                           |                         |  |  |
|--|--|-----------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------------|--|--|
| e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde | Serviços, sistemas e políticas de prevenção e tratamento de problemas de saúde, fornecimento de reabilitação médica e promoção de um estilo de vida saudável ajudam? |                       |                           |                          |                        |                               |                        |                            |                           |                         |  |  |
|  | Facilitador  |                       |                           |                          |                        |                               | Barreira               |                            |                           |                         |  |  |
|  | Não facilita<br>nem dificulta  | Facilita<br>levemente | Facilita<br>moderadamente | Facilita<br>extremamente | Facilita<br>totalmente | Não facilita<br>nem dificulta | Dificulta<br>levemente | Dificulta<br>moderadamente | Dificulta<br>extremamente | Dificulta<br>totalmente |  |  |
|  | 0  | 1                     | 2                         | 3                        | 4                      | 0                             | 1                      | 2                          | 3                         | 4                       |  |  |
| <b>VALIDADE CONTEÚDO</b>                     | <b>DE</b>  | INVÁLIDO              |                           |                          |                        | POUCO VÁLIDO                  |                        |                            | VÁLIDO                    |                         |  |  |
| <b>CLAREZA</b>                               |  | CONFUSA               |                           |                          |                        | POUCO CLARA                   |                        |                            | CLARA                     |                         |  |  |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>                          |  |                       |                           |                          |                        |                               |                        |                            |                           |                         |  |  |

**APENDICE F - Core set abrangente da CIF para AR**

|  |
|--|
| b130 Funções da energia e de impulsos                                    |
| b134 Funções do sono   |
| b152 Funções emocionais  |
| b180 Funções de experiência pessoal e do tempo                           |
| b1801 Imagem do corpo  |
| b280 Sensação de dor   |
| b2800 Dor generalizada   |
| b2801 Dor localizada   |
| b28010 Dor na cabeça ou pescoço  |
| b28013 Dor nas costas  |
| b28014 Dor em membro superior  |
| b28015 Dor em membro inferior  |
| b28016 Dor nas articulações  |
| b430 Funções do sistema hematológico                                     |
| b455 Funções de tolerância a exercícios                                  |
| b510 Funções de ingestão   |
| b640 Funções sexuais   |
| b710 Funções relacionadas à mobilidade das articulações                  |
| b7102 Mobilidade generalizada das articulações                           |
| b715 Funções relacionadas à mobilidade das articulações                  |
| b730 Funções relacionadas à força muscular                               |
| b740 Funções de resistência muscular                                     |
| b770 Funções relacionadas ao padrão da marcha                            |
| b780 Sensações relacionadas aos músculos e funções de movimento          |
| b7800 Sensação de rigidez muscular                                       |
| s299 Olho, ouvido e estruturas relacionadas, não especificadas           |
| s710 Estrutura da região da cabeça e pescoço                             |
| s720 Estrutura da região do ombro  |
| s730 Estrutura da extremidade superior                                   |
| s73001 Articulação do cotovelo   |
| s73011 Articulação do pulso  |
| s7302 Estrutura da mão   |
| s73021 Articulações da mão e dos dedos                                   |
| s73022 Músculos da mão   |
| s750 Estrutura da extremidade inferior                                   |
| s75001 Articulação do quadril  |
| s75011 Articulação do joelho   |
| s7502 Estrutura do tornozelo e pé  |
| s760 Estrutura do tronco   |
| s7600 Estrutura da coluna vertebral                                      |
| s76000 Coluna vertebral cervical   |
| s770 Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas ao movimento |
| s810 Estruturas das áreas da pele  |
| d170 Escrever  |
| d230 Realizar a rotina diária  |
| d360 Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação                |
| d410 Mudar a posição básica do corpo                                     |
| d415 Manter a posição do corpo   |
| d430 Levantar e carregar objetos   |
| d440 Uso fino da mão   |
| d445 Uso da mão e do braço   |



|  |
|--|
| d449 Carregar, mover e manusear objetos, outro especificado e não especificado                         |
| d450 Andar   |
| d455 Deslocar-se   |
| d460 Deslocar-se por diferentes locais   |
| d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento  |
| d470 Utilização de transporte  |
| d475 Dirigir   |
| d510 Lavar-se  |
| d520 Cuidado das partes do corpo   |
| d530 Cuidados relacionados aos processos de excreção   |
| d540 Vestir-se   |
| d550 Comer   |
| d560 Beber   |
| d570 Cuidar da própria saúde   |
| d620 Aquisição de bens e serviços  |
| d630 Preparação de refeições   |
| d640 Realização das tarefas domésticas   |
| d660 Ajudar os outros  |
| d760 Relações familiares   |
| d770 Relações íntimas  |
| d850 Trabalho remunerado   |
| d859 Trabalho e emprego, outros especificados e não especificados                                      |
| d910 Vida comunitária  |
| d920 Recreação e lazer   |
| e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal  |
| e115 Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária   |
| e120 Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos       |
| e125 Produtos e tecnologia para comunicação  |
| e135 Produtos e tecnologia para o trabalho   |
| e150 Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para o uso público |
| e155 Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para o uso privado |
| e225 Clima   |
| e310 Família imediata  |
| e320 Amigos  |
| e340 Cuidadores e assistentes pessoais   |
| e355 Profissionais da saúde  |
| e360 Outros profissionais  |
| e410 Atitudes individuais de membros familiares imediatos  |
| e420 Atitudes individuais dos amigos   |
| e425 Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade       |
| e450 Atitudes individuais dos profissionais da saúde   |
| e460 Atitudes sociais  |
| e540 Serviços, sistemas e políticas de transporte  |
| e570 Serviços, sistemas e políticas da Previdência Social  |
| e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde   |

## APÊNDICE G - QUESTIONÁRIO FUNCIONALIDADE PARA ARTRITE REUMATOIDE – QFAR

ESTE QUESTIONÁRIO PERGUNTA SOBRE SUAS ATIVIDADES DO DIA A DIA. RESPONDA TODAS AS PERGUNTAS E, PARA ISSO, CONSIDERE OS ÚLTIMOS 30 DIAS.

ASSINALE, CONFORME A LEGENDA SEGUINTE, O NÚMERO QUE MELHOR REPRESENTA SUA REALIDADE:

|   |  |
|---|--|
| 0 | <b>Nenhuma dificuldade</b> (não ocorreu nos últimos 30 dias)             |
| 1 | <b>Dificuldade leve</b> (ocorreu raramente nos últimos 30 dias)          |
| 2 | <b>Dificuldade moderada</b> (ocorreu ocasionalmente nos últimos 30 dias) |
| 3 | <b>Dificuldade grave</b> (ocorreu frequentemente nos últimos 30 dias)    |
| 4 | <b>Dificuldade completa</b> (a situação não ocorre em seu dia a dia)     |

|  | Nenhuma | Dificuldade leve | Dificuldade | Dificuldade grave | Dificuldade |
|--|---------|------------------|-------------|-------------------|-------------|
|  | 0       | 1                | 2           | 3                 | 4           |
| 1. Quanta dificuldade você teve em decorrência de problemas emocionais causados pela artrite reumatoide?   |         |                  |             |                   |             |
| 2. Quanta dificuldade você teve em reconhecer e identificar as partes de seu corpo afetadas pela artrite reumatoide?   |         |                  |             |                   |             |
| 3. Quanta dificuldade você teve com sensações desagradáveis nas regiões afetadas pela artrite reumatoide, como dor, sensação de peso, desconforto, formigamento, anestesia, etc? |         |                  |             |                   |             |
| 4. Quanta dificuldade você teve em movimentar as articulações afetadas pela artrite reumatoide?  |         |                  |             |                   |             |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| 5. Quanta dificuldade você teve em realizar atividades que exigem força muscular com as regiões afetadas pela artrite reumatoide?  |  |  |  |  |  |
| 6. Quanta dificuldade você teve em manter um esforço muscular para executar suas tarefas com as regiões afetadas pela artrite reumatoide, como segurar ou carregar uma sacola de compras com as regiões afetadas por uma a duas quadras? |  |  |  |  |  |
| 7. Quanta dificuldade você teve para andar?  |  |  |  |  |  |
| 8. Quanta dificuldade você teve para realizar suas atividades rotineiras?  |  |  |  |  |  |
| 9. Quanta dificuldade você teve para usar dispositivos para comunicação, como computador, celular?   |  |  |  |  |  |
| 10. Quanta dificuldade você teve para mudar a posição do corpo como passar de deitado para sentado, ou de sentado para em pé, ajoelhar, agachar?   |  |  |  |  |  |
| 11. Quanta dificuldade você teve para manter a mesma posição do corpo, como ficar em pé por 30 minutos?  |  |  |  |  |  |
| 12. Quanta dificuldade você teve para manusear pequenos objetos, como pegar moedas de uma mesa, abotoar um botão, girar um botão?  |  |  |  |  |  |
| 13. Quanta dificuldade você teve para manipular ou mover objetos usando as mãos e braços, como girar maçanetas de portas, torcer um pano, puxar/empurrar objetos?  |  |  |  |  |  |
| 14. Quanta dificuldade você teve para caminhar distâncias curtas ou longas, andar sobre superfícies diferentes mudando de direção?   |  |  |  |  |  |
| 15. Quanta dificuldade você teve para lavar seu corpo?   |  |  |  |  |  |
| 16. Quanta dificuldade você teve para realizar cuidados com seu corpo, como escovar os dentes, higienizar as unhas ou os cabelos, barbear-se?  |  |  |  |  |  |
| 17. Quanta dificuldade você teve para se vestir?   |  |  |  |  |  |
| 18. Quanta dificuldade você teve para cortar e levar alimentos à boca, abrir latas e garrafas?   |  |  |  |  |  |
| 19. Quanta dificuldade você teve para realizar tarefas domésticas, como lavar e secar roupas, limpar a casa, varrer, passar pano, remover o lixo?  |  |  |  |  |  |
| 20. Quanta dificuldade você teve para participar de atividades recreativas e de lazer, atividades físicas?   |  |  |  |  |  |



