Doi: 10.5935/0104-7795.20020003

TENDÊNCIAS
E REFLEXÕES

Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)
International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)

Linamara Rizzo Battistella*
Christina May Moran de Brito**

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo a atualização e a familiarização de profissionais envolvidos com a reabilitação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde. São abordados seu histórico, finalidade e perspectivas de aplicação na área de reabilitação.

UNITERMOS

Classificação Internacional de Funcionalidade, Reabilitação, Organização Mundial de Saúde

SUMMARY

The present article has the objective of updating rehabilitation health professionals on the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) developed by the World Health Organization. The ICF's history, application and perspectives in rehabilitation are discussed.

KEYWORDS

International Classification of Functioning, Rehabilitation, World Health Organization

O conjunto das classificações da Organização Mundial de Saúde (OMS), conhecido como "família" das classificações, tem por objetivo uniformizar as informações sobre saúde, como diagnóstico, incapacidade, razões para contatar o serviço de saúde, análise da prevalência de doenças e cuidados oferecidos à população. Por meio de uma linguagem padronizada, que possibilita a comunicação e a comparação em todo o mundo sobre saúde e atenção sanitária, a OMS desenvolveu o sistema de códigos numéricos para padronizar o registro das doenças[1].

* *Médica Fisiatra, Diretora da Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP e Professora Doutora da FMUSP*

** *Médica Fisiatra da Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP*

Endereço para correspondência:
Rua Diderot, 43
CEP 04116-030 – São Paulo – SP
Tel.: (0xx11) 5549-0111
E-mail: dmr@hcnet.usp.br

Data de recebimento do artigo: 18/ 2/ 2002 – Data de aprovação: 16/ 5/ 2002

A Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID) é o sistema internacional que classifica os estados de saúde[2]. Esse instrumento de reconhecida importância não permite, no entanto, avaliar o impacto da doença sobre o ser, tampouco descrever a restrição funcional determinada pela doença. Para superar este desafio a OMS iniciou estudos para definir um sistema classificatório e descritivo das alterações funcionais. Assim, em 1980, em caráter de estudo, foi apresentada a primeira versão da Classificação Internacional de Deficiências Incapacitantes e Desvantagens (CIDID)[1]. Em outubro de 2000, essa classificação foi colocada em prática na segunda versão para avaliação de sua eficiência. E, desde outubro de 2001, já em sua versão final, foi incluída na "família" das classificações desenvolvidas pela OMS para aplicação em vários aspectos da saúde. A funcionalidade e a incapacidade, nos seus vários domínios, serão classificadas pela Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)[3-5].

A informação sobre o diagnóstico, associada à informação sobre funcionalidade, nos permite uma visão ampla e significativa do estado de saúde da pessoa, facilitando a decisão sobre o tipo de intervenção. O papel mais importante dos sistemas internacionais de classificação é a discussão e a comparação da saúde de uma população em um contexto universal.

A CIDID II, que era uma classificação das conseqüências da enfermidade, foi substituída pela classificação da funcionalidade pelos vários componentes da saúde, e nesse caso não enfatiza a etiologia, que deverá ser registrada por outros sistemas[3,4]. A CID classifica e registra a enfermidade e a CIF a complementa com as informações de funcionalidade. A atual intenção da OMS é que não se utilize a CIF de forma isolada, mas sim de forma complementar[5].

O que é a CID-10? A décima revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde é a última de uma série que se iniciou em 1893 como a Classificação de Bertilon ou Lista Internacional de Causas de Morte. Ainda que o título tenha sido alterado visando tornar mais claro o conteúdo e a finalidade, bem como refletir a abrangência da classificação, permanece mantida a familiar abreviatura "CID". O trabalho da décima revisão da CID foi iniciado em 1983, quando foi realizada uma reunião preparatória sobre a CID-10, em Genebra. O programa de trabalho foi conduzido por meio de reuniões periódicas dos diretores de centros colaboradores da OMS para a classificação de doenças. O plano de ação foi estabelecido em reuniões especiais, incluídas no comitê de peritos em classificação internacional de doenças em sua décima revisão, realizada em 1984 e 1987[2]. A CID registra uma condição anormal de saúde e suas causas, sem registrar o impacto destas condições na qualidade de vida do paciente, e é hoje uma exigência legal para todos os documentos e atestados relacionados ao paciente.

O que é a CIF? A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, antigamente CIDID) foi elaborada com a finalidade de registrar e organizar uma ampla gama de informações relacionadas a diferentes estados de saúde. Visa uniformizar a linguagem internacional no que diz respeito à descrição de diferentes aspectos referentes a funcionalidade, incapacidade e saúde[3-5].

Para essa nova classificação, que vem substituir as anteriores, o termo funcionalidade substitui termos usados no passado, como incapacidade, deficiência, invalidez e desvantagem, e amplia seu significado para incluir experiências positivas registrando a potencialidade da pessoa portadora de deficiência (PPD). A nova classificação mede a capacidade da PPD em superar diferentes níveis de dificuldades relacionadas às tarefas do cotidiano.

Assim, entendemos que esses dois sistemas são complementares e que os profissionais devem utilizar essas classificações de forma conjunta. A CIF é o registro do estado funcional, que aborda as perdas referentes à doença e em especial o perfil da funcionalidade sobre a capacidade de interação com si próprio, com o trabalho, com a família e com a vida social comunitária[3-5].

Como fundamento, a CIF foi desenvolvida para registrar funcionalidade não exclusivamente relacionada à incapacidade física ou sensorial. Tem a pretensão de ser ampla, registrando boa parte das limitações relacionadas, como, por exemplo, aquelas de caráter emocional e social, descrevendo o impacto transitório ou definitivo decorrente das enfermidades[3-5].

A principal motivação da CIF foi o reconhecimento de que não se pode medir a importância de um evento em saúde apenas pela mortalidade. Para tanto, é preciso considerar os múltiplos aspectos relacionados à morbidade e o impacto pessoal e familiar diante da nova situação imposta pela afecção.

Ao construir um sistema classificatório, pretende-se que seja prático, reprodutível e adaptado às características culturais e sociais de cada grupo populacional. Ao mesmo tempo, ele deve ser capaz de garantir a comparação entre os povos das diversas partes do mundo[3-5].

A proposta original da OMS dividia o entendimento do binômio lesão e incapacidade em três níveis:

- deficiência;
- incapacidade;
- desvantagem.

A versão da CIF divide o sistema de classificação em cinco componentes: função corporal, estrutura do corpo, atividade social e participação social e ambiente.

A função corporal e a estrutura do corpo relacionam-se com a deficiência ou com a doença. A atividade e participação retratam a incapacidade. Os fatores ambientais registram o impacto sobre a incapacidade, quantificando os fatores positivos e negativos.

Em cada um desses capítulos, buscou-se relacionar os domínios mais importantes para cada doença. Neste sentido, a história natural da doença é reveladora dos itens de maior importância, como, por exemplo, na artrite reumatóide (AR), em que as estruturas pulmonares e cardíacas podem estar alteradas, a função dos membros inferiores pode ser relevante pelo distúrbio articular, a atividade que requer uso das mãos, sobretudo nos aspectos de coordenação fina e força, podem apresentar prejuízos e o ambiente pode exercer ação facilitadora, quanto aos mecanismos de informação e medicação, e ação negativa no tocante às barreiras arquitetônicas e ao uso de transporte público[3].

Então, ao analisar a CIF de um paciente com AR, pode-se ter uma visão completa do impacto na marcha, nas atividades de sua vida diária e de suas limitações pela falta de um meio ambiente livre de barreiras físicas e com preparo para incluir todos os cidadãos.

Esta é a mais importante característica da CIF: a possibilidade de mensurar o impacto da doença sobre o indivíduo e sobre o meio ambiente em sua qualidade de vida. Enfim, a CIF é o instrumento que mede a qualidade de vida pela funcionalidade e pela condição sociocultural em que o indivíduo está inserido.

Os descritores da CIF voltam-se aos cinco grandes componentes relacionados à doença: função, estrutura, atividade social, participação social e ambiente. Cada um destes componentes apresenta-se dividido em até nove capítulos, subdivididos em um número variável de domínios. Procura traduzir a resultante da doença em suas mais relevantes dimensões. Por esta razão, seu uso extrapola a esfera da saúde, apresentando utilidade social, educacional, epidemiológica, política e profissional[3,5].

Como grande parte dos aspectos abordados dizem respeito às conseqüências das doenças, parece ser útil ligar alguns estados de saúde a determinados domínios de funcionalidade e estrutura do organismo, atividade e participação sociais e fatores ambientais.

Com esta finalidade, a OMS, em conjunto com o Departamento de Medicina Física e Reabilitação da Universidade de Munique, programou conferências internacionais para o estabelecimento de descritores essenciais da CIF. O projeto foi coordenado pelo Dr. Gerold Stucki e pela Dra. Alarcos Cieza, ambos pertencentes ao Departamento de Medicina de Reabilitação da Universidade de Munique[5].

A primeira reunião foi voltada a afecções musculoesqueléticas (osteoartrite, artrite reumatóide, lombalgia e osteoporose), uma vez que se tratam de doenças potencialmente incapacitantes e de alta prevalência, e freqüentemente avaliadas sob a ótica multidisciplinar. A primeira reunião internacional foi realizada em Munique, de 26 a 29 de abril de 2002. Contou com a presença de 80 especialistas de 27 países, cerca de 20 especialistas para discussão de cada uma das quatro afecções, subdivididos em três grupos de trabalho, totalizando assim doze grupos de trabalho. Nós participamos da conferência integrando os grupos AR (Linamara Rizzo Battistella) e osteoporose (Christina May Moran de Brito)[5].

O trabalho visou a seleção dos mais importantes descritores a serem utilizados nestas quatro afecções, de acordo com a sua relevância. Para tanto, à opinião dos especialistas foram acrescentados revisões de literatura, dados clínicos de pacientes e opiniões de especialistas internacionais obtidos pela técnica Delphi. A técnica se caracteriza por possibilitar formas alternativas de questionamento a especialistas, com o objetivo de atingir um consenso sobre um tópico particular (neste caso, descritores relevantes para as afecções musculoesqueléticas em discussão). Um número variável de especialistas, denominado painel, faz uso do conhecimento sobre determinados fatos expressos em questionários e manifesta sua opinião em várias fases. Este processo foi realizado via correio eletrônico, constou de quatro fases, de janeiro de 2002 a abril de 2002, para que a análise final pudesse ser utilizada na conferência[5-10].

Ao longo da conferência foram discutidos os diferentes aspectos e descritores, dispostos sob a forma de domínios da CIF, com o objetivo de selecionar aqueles mais relevantes, de forma a obter um número mínimo de domínios que permitisse ilustrar de forma ampla os diferentes estados clínicos e suas conseqüências para o indivíduo e para a sociedade[5].

Como exemplo, no caso da osteoporose, no que diz respeito às funções do organismo, foram selecionados os domínios: sensação dolorosa, força muscular, mobilidade articular e funções emocionais. Das estruturas acometidas foram

selecionados: tronco, membros inferiores e membros superiores. Nos âmbitos da atividade e da participação sociais, foram destacados os domínios: deambulação, levantar e carregar objetos, recreação e lazer (inclui atividade física) e mudanças posturais. E, por fim, foram considerados fatores ambientais relevantes os domínios: serviços de saúde, produtos e substâncias de consumo pessoal (inclui alimentos e medicamentos). Além de relacionar os inúmeros descritores, a CIF apresenta também uma codificação que permite quantificar o acometimento, no caso das avaliações funcional, estrutural e participativa, com índices de 0 a 4 (sendo 0 o acometimento de 0% a 4%, 1 de 5% a 24%, 2 de 25% a 49%, 3 de 50% a 94% e 4 > que 95%) e qualificar os fatores ambientais como barreiras ou facilitadores e quantificar sua influência[3,5].

Trata-se assim de uma classificação ampla, em fase de adaptação para a inserção no contexto da prática clínica, que permitirá um registro fiel da condição funcional da PPD. Este sistema de classificação é útil não só para profissionais da saúde, mas também para aqueles envolvidos com as áreas: recursos humanos das empresas, peritos da Previdência Social, epidemiologistas, educadores e políticos, entre outros profissionais.

O estado atual do sistema de registro pelo CID não permite diferenciar o impacto da deficiência segundo idade, condição ocupacional e expectativa individual. Neste novo modelo da CIF, haverá a oportunidade de registrar os impedimentos de caráter pessoal e as dificuldades ambientais. Este novo formato permite reconhecer as dificuldades do indivíduo e aquelas pertinentes ao ambiente em que vive e, portanto, constituirá um sistema de medidas capaz de avaliar os ganhos no processo de reabilitação e as mudanças em direção a uma sociedade inclusiva.

Referências bibliográficas

1. Gray DB, Hendershot GE. The ICIDH-2: Developments for a New Era of Outcomes Research. Arch Phys Med Rehabil 2000; 81(S2):S10-S14.
2. OPAS, OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª revisão (CID-10), vol.1. 8ª ed. São Paulo: Editora da USP; 2000.
3. WHO. International Classification of Functioning Disability and Health (ICF); May, 2001.
4. WHO. International Classification of Functioning Disability and Health (ICF). (citado em 23 abr 2002) Disponível em: URL:: http://www.who.int/icidh/
5. 1st International ICF-Core Set Conference. Scientific Committee of the Munich University. World Health Organization. Cooperation Project for the Development of ICF-Core Sets. Munich; 2002 April 26-29.
6. Crisp J, Pelletier D, Duffield C, Adams A, Nagy S. The Delphi method? Nurs Res 1997; 46(2):116-8.
7. Whitman NI. The Delphi technique as an alternative for committee meetings. J Nurs Educ 1990; 29(8):377-9.
8. Duffield C. The Delphi technique: a comparison of results obtained using two expert panels. Int J Nurs Stud 1993; 30(3):227-37.
9. Verhagen AP. The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomized clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. J Clin Epidemiol 1998; 51(12):1235-41.
10. Williams PL. The Delphi technique: a methodological discussion. J Adv Nurs 1994; 19(1):80-6.