

ARTIGO ORIGINAL

Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação fisioterapêutica de indivíduos com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar

The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the physical therapy assessment of individuals with musculoskeletal disorders of the lower limbs and lumbar region

¹George Schayer Sabino, ²Cecília Martins Coelho, ³Rosana Ferreira Sampaio

RESUMO

Introdução: A estrutura e o conteúdo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) podem contribuir para a orientação e sistematização da prática clínica do fisioterapeuta. Apesar de promissor, seu uso ainda é limitado, principalmente devido à complexidade de sua aplicação. O objetivo deste estudo foi analisar as dificuldades encontradas no uso da CIF para codificar atividades/participação de pacientes com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e na região lombar avaliados por um fisioterapeuta. **Métodos:** Foram utilizados os relatos dos pacientes quanto às atividades/participação alteradas em decorrência de problemas musculoesqueléticos. Os dados foram coletados dos prontuários e agrupados em categorias para codificação posterior. **Resultados:** Cinco domínios da CIF foram utilizados para descrever as atividades/participação alteradas nesses indivíduos (mobilidade, cuidados pessoais, vida doméstica, áreas principais da vida e vida comunitária, social e cívica) e foram identificadas quatro questões relacionadas à codificação: (1) códigos múltiplos para algumas atividades/participação; (2) código impreciso para detalhar uma atividade/participação (distância corrida); (3) código “não especificado” para classificar o “entrar no carro”; (4) códigos genéricos para atividades/participação que se referem a esportes. **Discussão:** A possibilidade de seleção de vários códigos para uma mesma condição, decorrente da superposição e inter-relação de atividades/participação, pode tornar a classificação inconsistente em algumas situações. A ausência de detalhamento para algumas atividades/participação pode limitar a precisão na categorização e documentação das informações. **Conclusão:** A CIF possibilitou a caracterização do estado de saúde dos indivíduos, mas apresenta algumas questões que devem ser consideradas para seu aperfeiçoamento.

PALAVRAS-CHAVE

Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde, avaliação da deficiência, doenças musculoesqueléticas, extremidade inferior, fisioterapia (especialidade)

ABSTRACT

Introduction: The structure and contents of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) can contribute to the physical therapists' clinical practice management and systematization. Although promising, its use is still limited, especially due to the complexity of its application. The aim of this study was to analyze the difficulties related to the use of the ICF to codify activities/participation of patients with musculoskeletal disorders in the lower limbs and lumbar region, evaluated by a physical therapist. **Methods:** Reports of patients related to the activities/participation that were altered due to musculoskeletal disorders were used. Data were obtained from the charts and grouped into categories for subsequent coding. **Results:** Five ICF domains were used to describe the altered activities/participation (mobility, self-care, domestic life, major life areas and community, social and civic life) and four difficulties related to the coding process were identified: (1) multiple codes related to some activities/participation; (2) inaccurate code to detail one activity/participation (run distance); (3) “unspecified” code used for the classification of “getting into the car”; (4) generic codes attributed to activities/participation that refer to sports. **Discussion:** The possibility of choosing several codes to describe the same

1 Fisioterapeuta e Mestre em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais

Professor do Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, MG

2 Fisioterapeuta e Pós-Graduada em Ergonomia pela Universidade Federal de Minas Gerais

3 Fisioterapeuta pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais e Doutora em Saúde Pública pela Universidad Autònoma de Barcelona

Professora do Departamento de Fisioterapia, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

George Schayer Sabino

Rua Roquete Mendonça, 408 - Pampulha - Belo Horizonte/MG - Cep 31275-030 - E-mail: george@propulsao.com

Recebido em 23 de Julho de 2007, aceito em 05 de Novembro de 2007.

condition due to the overlap and interrelation of activities/participation can make the classification process inconsistent in some situations. The absence of detailing concerning some activities/participation can restrict the precision of categorization and data documentation. Conclusion: The ICF allowed the characterization of the health status of individuals, but presented some issues that must be considered in order to obtain its improvement.

KEYWORDS

International Classification of Functioning, Disability and Health, disability evaluation, musculoskeletal diseases, lower extremity, physical therapy (specialty)

INTRODUÇÃO

Informações precisas e consensuais são necessárias para o planejamento, tomada de decisões e análise das tendências na área da saúde, tanto em âmbito nacional quanto internacional. Visando alcançar esses objetivos, diversos países têm utilizado a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para reportar as causas de morte e fornecer dados sobre a incidência e prevalência de doenças.¹⁻³ Entretanto, a CID-10 não é capaz de evidenciar, de forma completa, o real estado de saúde da população, pois a saúde tal como definida pela OMS deve ser compreendida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença”.⁴

Com a proposta de formular uma linguagem nova e universal para a comunicação em saúde, a OMS iniciou o desenvolvimento de uma classificação para abranger os aspectos não contemplados pela CID-10. Em 1980, foi criada a Classificação Internacional de Deficiência, Incapacidades e Desvantagens (do inglês: ICIDH), para classificar as conseqüências de doenças não-fatais.^{3,5-7} O ICIDH, desenvolvido em caráter experimental, ainda se encontrava muito atrelado à doença, pois descrevia a incapacidade das pessoas, e não o “bem-estar” ou a funcionalidade de forma neutra.^{3,8}

Em 1993 foi iniciado um processo de revisão da ICIDH, sendo propostas sucessivas versões com o intuito de englobar as dimensões da saúde e da funcionalidade humana e adequar o sistema de classificação a diferentes culturas e idiomas. Foi surgindo então um novo método de classificação centrado em componentes da saúde, em detrimento às conseqüências das doenças, e, em dezembro de 2000, a versão definitiva passou a ser denominada Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).^{3,5} Após a aprovação na 54ª Assembléia Mundial de Saúde em maio de 2001, a CIF passou a integrar a Família de Classificações Internacionais da OMS.⁵ Pela primeira vez na história da saúde existe um modelo teórico acompanhado de uma classificação para a funcionalidade.⁹

A CIF organiza as informações em duas partes. A primeira é denominada “funcionalidade e incapacidade” e engloba dois componentes: “funções e estruturas do corpo”, relativo às funções fisiológicas dos sistemas orgânicos e partes anatómicas do corpo, respectivamente; e “atividades e participação”, que integra as

atividades, ou seja, a execução de uma tarefa ou ação, e a participação, relativa ao envolvimento do indivíduo em uma situação de vida. A segunda parte da CIF, por sua vez, apresenta os fatores contextuais (ambientais e pessoais) que interagem com os construtos anteriores.⁵

É sabido que as palavras empregadas pelas pessoas estruturam seu modo de pensar, suas decisões e suas ações.¹⁰ O surgimento de uma linguagem universal capaz de informar sobre funcionalidade, incapacidade e saúde, portanto, causa um grande impacto nas profissões que têm como foco essas questões, como é o caso da Fisioterapia.¹¹⁻¹⁴

A doença apresentada pelo paciente, embora relevante para definição da conduta fisioterapêutica consiste em apenas um dos dados registrados durante a anamnese e não deve ser utilizada de forma exclusiva para nortear o tratamento, considerando-se a quantidade e a variedade de alterações de estrutura/função corporal, atividade e participação que uma mesma condição de saúde pode acarretar.^{12,13,15} Caso o fisioterapeuta fundamente sua conduta exclusivamente no modelo biomédico, base da CID-10, estará focando suas ações na doença e em sua sintomatologia, aspectos que não condizem diretamente com o objetivo de sua atuação profissional e que são igualmente insuficientes para demonstrar as melhorias obtidas com o tratamento.^{10,16} Um indivíduo continuará apresentando, por exemplo, o diagnóstico nosológico de “diabetes mellitus insulino-dependente”¹¹ após uma intervenção fisioterapêutica que proporcione melhoras na funcionalidade e qualidade de vida.

A estrutura e o conteúdo da CIF são, portanto, capazes de auxiliar os fisioterapeutas no registro de dados funcionais, definição dos alvos de intervenção e documentação de desfechos, possibilitando a adoção de um novo modelo para orientar a prática clínica.^{3,5,15} Além de necessário sob o ponto de vista clínico e prático, essa forma de classificação é importante sob o ponto de vista econômico, uma vez que favorece a alocação de recursos compatíveis com as reais necessidades do serviço.^{11,13,17}

O fisioterapeuta, em sua prática cotidiana, entra em contato com indivíduos que apresentam os mais diversos quadros clínicos, incluindo problemas relacionados aos membros inferiores e região lombar, como hálux valgo, fascíte plantar, pés planos, pé diabético, artrite reumatóide, síndromes patelares, osteoartrite de joelho e dor lombar, nos casos em que há repercussões biomecânicas sobre a coluna. Dentre a gama de condições passíveis de serem observadas em pacientes com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e na região lombar, uma quantidade ainda maior de alterações na funcionalidade podem ocorrer. Uma síndrome patelar, por exemplo, pode limitar uma senhora de ajoelhar-se em eventos religiosos, comprometendo seu convívio social, mas pode não impactar negativamente a participação social de um indivíduo jovem que não tem o mesmo hábito. Esses comprometimentos funcionais podem ser classificados pela CIF, mas a variedade dos mesmos e, conseqüentemente, o grande número de códigos possível, pode tornar esse processo complexo e, por vezes, impreciso.^{14,17,18}

A utilização e difusão de um sistema de classificação como a CIF depende de sua aceitação pelos profissionais de saúde e de características como praticidade e facilidade de aplicação.^{7-9,13,15}

Apesar de promissora, a CIF tem baixa confiabilidade de aplicação¹⁷ e seu uso na clínica e em pesquisas ainda é muito restrito. Um dos fatores limitantes apontados pela literatura tem sido justamente a dificuldade de seleção dos códigos dentre a grande quantidade existente, o que compromete seu uso e restringe a comparação de dados entre estudos.^{14,17,18}

Outro desafio para a CIF está relacionado à sua estrutura hierárquica. A CIF é organizada na forma de componentes independentes que se ramificam em categorias mutuamente exclusivas de diferentes níveis.⁵ Apesar de auxiliar os profissionais de saúde a entenderem a localização do código, esse esquema hierárquico transforma os resultados em códigos longos, podendo limitar a sua flexibilização.⁸

Algumas estratégias para facilitar a utilização da CIF têm sido desenvolvidas, como por exemplo, o uso de “*core sets*”, que correspondem a uma seleção do mínimo de códigos relacionados a uma condição de saúde específica, capaz de tornar a aplicação da CIF prática e abrangente.¹³ Apesar dos esforços da OMS, alguns autores consideram que ainda não há uma conformidade quanto à utilização dos códigos da CIF.¹⁷

A CIF encontra-se ainda em processo de construção, mas avança em direção à consolidação de seu uso na área da saúde. Estudos de validação têm demonstrado sua adequação aos alvos de intervenção e conformidade quanto a seus objetivos pelos diferentes profissionais da saúde envolvidos com a reabilitação, apesar das limitações referentes à confiabilidade.^{14,17} O desenvolvimento futuro da CIF pode se beneficiar de estudos direcionados para a identificação de questões e dificuldades encontradas no processo de codificação.⁸

OBJETIVOS

O objetivo deste artigo foi analisar as dificuldades de utilização da CIF para codificar as atividades/participação com limitação/restrrição em pacientes com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar avaliados por um fisioterapeuta.

MÉTODO

A amostra foi composta por indivíduos com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar avaliados por um fisioterapeuta em um consultório especializado em análise de marcha e biomecânica dos membros inferiores, em Belo Horizonte/MG, no período de 2005 a 2007, selecionados por conveniência através dos prontuários.

Os dados dos pacientes foram coletados por métodos qualitativos, através de entrevistas semi-estruturadas. As informações sobre quais atividades/participação se encontravam limitadas e restritas, relatadas espontaneamente pelos pacientes, foram registradas nos prontuários durante a avaliação. Nos casos em que nenhuma atividade/participação foi mencionada, o fisioterapeuta solicitou que o paciente reportasse as principais atividades/participação alteradas após o aparecimento do problema de saúde. As atividades/participação registradas foram agrupadas em categorias e codificadas de acordo com a CIF.

Como cada domínio da CIF apresenta uma estrutura hierárquica na qual o aumento do número de dígitos corresponde a uma atividade/participação mais específica,¹⁷ foi utilizado o maior nível de detalhamento possível para caracterizar com precisão a atividade/participação informada pelos pacientes. Os itens registrados como “sem alteração” representavam os pacientes que reportaram não apresentar limitações ou restrições de atividade/participação devido a seu problema de saúde.

Foi realizada uma análise descritiva das características gerais da amostra estudada e dos domínios e categorias do componente atividade/participação que se apresentaram com limitação/restrrição. As principais dificuldades observadas durante o processo de codificação foram destacadas.

RESULTADOS

Foram selecionados os prontuários de 30 pacientes, com faixa etária de 13 a 71 anos (mediana: 43 anos) e predomínio de indivíduos do sexo feminino (17 pacientes). Quanto à região acometida, 14 indivíduos apresentaram disfunção no joelho, sete relataram problemas no pé, quatro na região lombar, quatro no tornozelo e um na região da panturrilha.

As atividades/participação referenciadas com maior frequência foram: caminhar/andar (14 pacientes), subir ou descer escadas (nove pacientes), correr (seis pacientes), agachar (cinco pacientes). Além desses, foram identificados diversos outros relatos individuais: jogar peteca, viajar, dançar, varrer, entrar no carro, trabalhar, passar pano, praticar esportes, abaixar (o tronco), jogar futebol e fazer hidroginástica. Dois pacientes reportaram não apresentar qualquer alteração em suas atividades/participação em decorrência do seu problema de saúde. As atividades/participação citadas pelos pacientes e seus respectivos códigos estão apresentados no Quadro 1.

Dentre os nove capítulos dos componentes Atividades e Participação, cinco apresentaram-se relacionados com o relato dos pacientes, conforme informações do Quadro 2.

Durante o processo de codificação, foram verificados quatro pontos importantes a serem considerados no processo de desenvolvimento da CIF:

1) Dificuldade quanto à definição de um único código capaz de compreender algumas limitações e restrições referidas pelos pacientes, como verificado para o “caminhar/andar”. O “caminhar/andar” pode ser classificado pelo código d450, que representa a atividade de andar sobre uma superfície a pé, mas também pelo código d460, que é descrito na CIF como deslocar-se por diferentes locais e, ainda, pelo código d570, referente a cuidar da própria saúde. Há, portanto, diferentes formas de se codificar o “caminhar/andar” de acordo com o impacto do problema em aspectos específicos da funcionalidade do indivíduo. Também incorrem em situações semelhantes às seguintes atividades/participação: “correr”, “realizar atividade profissional”, “dançar”, “jogar futebol”, “jogar peteca” e “fazer hidroginástica”, nas quais mais de um código da CIF pôde ser relacionado a cada item (ver Quadro 1);

2) Inexistência de um código específico para as distâncias variadas que o paciente consegue percorrer durante uma corrida;

Quadro 1
Atividades/participação reportadas pelos pacientes como limitadas ou restritas, codificadas de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Atividade ou participação	Código da CIF*	Descrição do código da CIF*
Caminhar, andar	d450	Andar: mover-se sobre uma superfície a pé, passo a passo, de maneira que um pé esteja sempre no solo (...).
	d460	Deslocar-se por diferentes locais: andar ou se movimentar por vários lugares e situações, como andar entre os cômodos em uma casa, dentro de um prédio ou pela rua de uma cidade.
	d570	Cuidar da própria saúde: garantir conforto físico, a saúde e o bem estar físico e mental, como manter uma dieta equilibrada, nível apropriado de atividade física (...).
Correr, correr curtas distâncias	d4552	Correr: mover-se com passos rápidos de maneira que os dois pés podem estar simultaneamente fora do chão.
	d570	Cuidar da própria saúde: garantir conforto físico, a saúde e o bem estar físico e mental, como manter uma dieta equilibrada, nível apropriado de atividade física (...).
	d920	Recreação e lazer: participar de qualquer forma de jogo, atividade recreativa ou de lazer, como jogo ou esportes informais ou organizados, programas de exercício físico (...).
Inclinar-se	d4105	Inclinar-se: inclinar as costas para baixo ou para o lado (...).
Subir ou descer escadas	d4551	Subir: mover todo o corpo para cima ou para baixo sobre superfícies ou objetos, como subir degraus, rochas, escadas móveis ou fixas, meio-fio ou outros objetos.
Agachar-se	d4101	Agachar-se: adotar e sair de uma posição sentada ou agachada sobre o próprio quadril com os joelhos juntos ou sentada sobre os próprios calcanhares (...).
Entrar no carro	d4108	Mudar a posição básica do corpo, outra especificada.
	d489	Deslocar-se utilizando transporte, outros especificados e não especificados.
Passar pano, varrer	d6402	Limpar a habitação: limpar os ambientes da casa, como arrumar e tirar o pó, varrer, esfregar, passar pano no chão (...).
Realizar atividade profissional	d845	Adquirir, manter e sair de um emprego: procurar, encontrar e escolher um emprego, ser contratado e aceitar o emprego, manter e progredir no trabalho (...).
	d850	Trabalho remunerado: participar em todos os aspectos do trabalho, como uma ocupação, negócio, profissão ou outra forma de emprego, em troca de pagamento (...).
Viajar	d920	Recreação e lazer: participar de qualquer forma de jogo, atividade recreativa ou de lazer, (...) fazer excursões, turismo ou viajar por prazer.
Dançar, Jogar futebol, jogar peteca, fazer hidroginástica	d570	Cuidar da própria saúde: garantir conforto físico, a saúde e o bem estar físico e mental, como manter uma dieta equilibrada, nível apropriado de atividade física (...).
	d845	Adquirir, manter e sair de um emprego: procurar, encontrar e escolher um emprego, ser contratado e aceitar o emprego, manter e progredir no trabalho (...).
	d850	Trabalho remunerado: participar em todos os aspectos do trabalho, como uma ocupação, negócio, profissão ou outra forma de emprego, em troca de pagamento (...).
	d9201	Praticar esportes: participar de jogos ou eventos de atletismo competitivos e organizados informal ou formalmente, sozinho ou em grupo, como boliche, ginástica ou futebol.

* OMS. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; 2003.

3) Perda das especificidades relacionadas à atividade de “entrar no carro” após a codificação, devido à necessidade de classificá-la como um item “outro especificado”;

4) Perda de especificidades relativas a algumas atividades realizadas pelos pacientes, como no caso de “dançar”, “jogar futebol”, “jogar peteca” e “fazer hidroginástica”, devido à necessidade de utilizar códigos genéricos referentes ao cuidado com a saúde, à prática de esportes e/ou à realização de atividade profissional, sem detalhamento sobre as características inerentes ao tipo de atividade física com limitação.

DISCUSSÃO

A aplicação do sistema de classificação da CIF em diversas populações é atualmente um tema de discussões na área da saúde.^{3,17,19} No presente estudo, optou-se por analisar as limitações da atividade/participação em pacientes com problemas nos membros inferiores e região lombar ao invés de avaliar as limitações relativas a uma doença, como vem sendo realizado em alguns estudos²⁰⁻²³, pois uma mesma atividade ou participação pode estar comprometida em indivíduos apresentando diferentes condições de saúde.⁸

Quadro 2

Capítulos do componente Atividades e Participação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e sua relação com o relato dos pacientes com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar.

Componente da CIF	Nº do capítulo	Título do capítulo
Atividades e Participação	1	Aprendizagem e aplicação do conhecimento
	2	Tarefas e demandas gerais
	3	Comunicação
	4	Mobilidade*
	5	Cuidados pessoais*
	6	Vida doméstica*
	7	Interações e relacionamentos interpessoais
	8	Áreas principais da vida*
	9	Vida comunitária, social e cívica*

* Capítulos relacionados ao relato dos pacientes

Os componentes da CIF “função e estrutura do corpo” e “fatores ambientais” não foram incluídos no estudo atual, a despeito de sua relação com a funcionalidade.^{5,11,24} Os componentes de função e estrutura do corpo não foram foco deste estudo por envolver elementos que já vêm sendo tradicionalmente estudados seguindo o modelo biomédico.^{13,24} Além disso, esses componentes possuem uma menor possibilidade de detalhamento⁸ e, conseqüentemente, apresentam menos divergências. Entretanto, vale ressaltar que a relação entre os problemas nas funções e estruturas do corpo e as alterações de atividade e participação não deve ser estabelecida a priori, devendo ser analisada em cada caso. Os fatores ambientais, por sua vez, não puderam ser analisados, pois esta informação não estava disponível nas avaliações dos pacientes. A CIF fornece condições para que o seu registro seja realizado, possibilitando, inclusive, a determinação do quanto esses fatores atuam como barreiras ou facilitadores para o indivíduo.⁵

Para caracterização das limitações/restrições é preconizado pelo manual da CIF o uso de, pelo menos, um qualificador, que é um algarismo inserido após o código, separado por um ponto, referente à condição do atributo classificado.^{5,8} Por exemplo, o código d4500.3, indica uma “restrição moderada no desempenho de andar distâncias curtas”. Como a CIF é uma classificação neutra, o uso dos qualificadores é que dá sentido ao impacto da doença sobre uma categoria específica. A despeito da importância dos qualificadores, alguns autores consideram que a utilização dos mesmos determina acréscimos de tempo e complexidade ao processo de codificação, além de gerar divergências entre os resultados obtidos por diferentes avaliadores.^{8,17} Como o presente estudo teve como objetivo verificar questões relacionadas à seleção dos códigos da CIF, os qualificadores não foram usados nem analisados.

A categoria mais freqüente do componente atividade/participação identificada no presente estudo foi referente ao andar, o que pode ter sido influenciado pelo fato de os pacientes terem sido selecionados em um consultório especializado em análise de marcha. Como os membros inferiores são à base de sustentação do corpo e possibilitam suporte e mobilidade, um problema nesse segmento,

conseqüentemente, tende a comprometer a capacidade de deambular. Entretanto, é importante observar que essa implicação não é uma regra, pois o paciente pode, mesmo apresentando problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores, não reportar qualquer modificação em suas atividades/participação, como foi observado em dois indivíduos. O paciente pode também apresentar limitações particulares em sua vida, como observado neste estudo, em que a maioria das categorias dos componentes atividades/participação com limitações/restrições foram citadas apenas uma vez. Conforme demonstrado por Sampaio et al¹² em um estudo sobre a aplicação da CIF realizado no Brasil, não há uma relação direta entre uma determinada patologia e as alterações de atividade/participação resultantes. Cada paciente apresenta, portanto, um conjunto complexo de características, o que requer uma avaliação minuciosa por parte do profissional de saúde.

Observa-se nos resultados que, dentre os nove capítulos dos componentes de atividades/participação da CIF, apenas cinco apareceram nos relatos dos pacientes (Quadro 2), sendo que, em quatro desses capítulos, apenas um ou dois códigos foram selecionados. O capítulo 4, referente à mobilidade, foi o que apresentou maior número de categorias relacionadas ao relato dos pacientes (Quadro 1). Aspectos referentes à aprendizagem, tarefas e demandas, comunicação, interações e relacionamentos interpessoais não foram referidos nesta amostra ou não foram selecionados pelo pesquisador responsável pela codificação da informação, entretanto, esses fatores podem ser informados por outros pacientes com a mesma condição de saúde.¹¹

Na prática clínica cotidiana, não é necessário que os profissionais de saúde se reportem a todos os códigos da CIF para aplicá-la em seus pacientes, mas a apenas uma fração de categorias.⁷ Finger et al¹¹ realizaram uma pesquisa com o objetivo de identificar as categorias da CIF relacionadas aos problemas mais comuns e relevantes para o contexto clínico do fisioterapeuta. As categorias observadas neste estudo estavam presentes entre as citadas no referido estudo,¹¹ divergindo em apenas duas. Os itens “deslocar-se utilizando transporte, outros especificados e não especificados” (d489) e “dirigir” (d475) não foram listados no estudo de Finger et al,¹¹ mas foi selecionado um código similar, referente à “utilização de transporte” (d470). O item “trabalho remunerado” também não apareceu no referido estudo¹¹, mas a questão ocupacional foi abordada através do item “adquirir, manter e sair de um emprego”, também citado neste trabalho.

Os fisioterapeutas entrevistados por Finger et al¹¹ reportaram cinco atividades não observadas no presente estudo: administrar o tempo e fazer planos para diversas atividades ao longo do dia, lidar com o estresse e outras demandas psicológicas, manter o corpo na mesma posição durante o tempo necessário, levantar e carregar objetos e cuidar das partes do corpo. As diferentes categorias identificadas nos dois estudos podem ser decorrentes da metodologia empregada. Finger et al¹¹ consideraram a opinião dos fisioterapeutas a respeito dos códigos que seriam relevantes para a sua prática e não as categorias selecionadas a partir da percepção dos pacientes, pois seu objetivo era triar as classificações consideradas mais relevantes para os profissionais. É possível que os itens não observados no

presente estudo não sejam comumente referidos pelos pacientes aos fisioterapeutas.

As informações coletadas pelos fisioterapeutas podem ser obtidas através de instrumentos de avaliação ou por entrevista.¹³ Diversos pesquisadores têm buscado correlacionar os resultados obtidos através do uso de instrumentos padronizados com os itens da CIF.^{25,26} No artigo de Sampaio et al.,¹² a funcionalidade foi avaliada através da utilização de instrumentos padronizados, traduzidos e adaptados para a população brasileira. Os dados do estudo atual, entretanto, foram coletados por métodos qualitativos, através de entrevistas semi-estruturadas, o que permitiu ao paciente descrever a sua percepção quanto ao impacto da condição de saúde em sua vida, contemplando aspectos que poderiam não ser apreendidos através do uso de outra metodologia. Estão sendo desenvolvidas pesquisas sobre a utilização do relato do paciente para a definição das categorias da CIF que, na perspectiva do paciente, são as mais relevantes e significativas para a sua vida.²⁷

A primeira dificuldade referente ao processo de codificação pela CIF identificada neste estudo foi quanto à possibilidade de utilização de mais de um código para classificar algumas categorias dos componentes atividades/participação. O andar, bem como o correr, apresentaram duas possibilidades de classificação, sendo um código relacionado à atividade, ou seja, ao conceito cinesiológico dessas ações (códigos d450 para o andar e d4552 para correr) e um segundo código relativo à participação, ou seja, envolvendo uma situação de vida (código d460 para o andar e d920 para correr). Tais itens poderiam ainda ser classificados por um terceiro código, referente a “cuidar da própria saúde” (d570), dependendo do significado dado pelo paciente para a atividade/participação em sua vida e da interpretação do examinador. O código d570, entretanto, não se restringe ao andar ou ao correr; ele engloba inúmeras outras atividades que contribuem para a manutenção da saúde e do bem estar físico e mental como, por exemplo, ter uma alimentação saudável e garantir o próprio conforto físico. O profissional, no momento da avaliação, pode investigar se o paciente está reportando uma atividade específica como o andar ou correr, ou o cuidado com a saúde de uma forma mais ampla.

Quanto a realizar atividade profissional, foram identificados dois códigos que se enquadravam nas condições descritas pelos pacientes, um remetendo à participação nas atividades de trabalho (d850) e o outro à manutenção do emprego (d845). As atividades relacionadas à prática de um esporte (dançar, jogar futebol, jogar peteca e fazer hidroginástica) também apresentaram individualmente mais de uma possibilidade de codificação. Os códigos específicos para cada paciente poderiam ter sido definidos no momento da anamnese, mas, no estudo atual, a codificação foi feita a partir da informação obtida dos prontuários. Independentemente da forma de obtenção dos dados, é possível verificar que mais de um código pode ser utilizado para referenciar o relato do paciente nas situações referidas.

A possibilidade de seleção de mais de um código para uma mesma condição foi verificada no estudo de Bales et al.⁸ que ressaltaram a dificuldade de definir claramente, dentre dois ou mais códigos, qual o mais adequado em algumas situações. Há também

relatos na literatura sobre a dificuldade de distinção entre os itens referentes à atividade e a participação de forma separada.²⁴ Os aspectos referentes à atividade e participação são inter-relacionados de tal forma que a própria CIF apresenta esses itens agrupados em uma única lista de domínios e refere à possibilidade de sobreposição desses códigos.⁵ A existência de códigos distintos para uma mesma condição pode tornar a classificação inconsistente em algumas situações. O avaliador poderia selecionar o código que considera mais adequado à condição, mas essa forma de classificação está sujeita à influência de aspectos referentes à subjetividade do avaliador, o que pode acarretar uma grande variabilidade, ou seja, códigos diferentes podem ser escolhidos por examinadores diferentes para caracterizar a mesma condição. Como a CIF não é uma “classificação de eventos” como a CID-10, em que é atribuída uma única categoria para a condição de saúde, é também possível a associação de códigos.⁵ Entretanto essa possibilidade aumenta ainda mais a complexidade de aplicação da CIF.

A segunda questão observada durante a codificação foi quanto à atividade de correr distâncias curtas, a qual foi considerada como “correr”, de um modo geral, pois a CIF não dispõe de um código próprio para essa variação específica da categoria, como existe para o andar, o qual pode ser classificado pelo código d4500 (andar distâncias curtas) ou pelo código d4501 (andar distâncias longas). A ausência desse detalhamento para a corrida pode restringir a precisão da codificação. Essa consideração é importante, se considerarmos que a corrida é, atualmente, uma das formas de exercício físico mais realizada no mundo devido à sua praticidade.²⁸ Bales et al.⁸ destacam que a simplificação gerada pelo sistema de classificação acarreta perda de informação sobre as reais condições do paciente, pois alguns elementos importantes podem não ser capturados na descrição do código. A CIF, entretanto, foi desenvolvida com o objetivo de servir a várias disciplinas e de forma a possibilitar a comunicação e a comparação de dados entre diversos países, serviços e épocas,⁵ o que pode estar relacionado às restrições de seu refinamento clínico.

A terceira questão relacionada à classificação se refere à inexistência de uma categoria capaz de descrever a atividade de “entrar no carro”. O item referente a dirigir (código d475) não inclui o “entrar e sair do veículo”, e a classificação referente ao “sentar-se” (código d4103) também não compreende a condição relatada pelo paciente em questão. Os códigos relativos a “deslocar-se utilizando transporte, outros especificados e não especificados” e “mudar a posição básica do corpo, outra especificada” possibilitaram a classificação da atividade descrita como um item “outro especificado”. As categorias referentes a “outro especificado” estão presentes em todos os domínios da CIF, a fim de serem utilizadas em situações que não se enquadram nas descrições dos códigos existentes. A CIF também possibilita o uso da classificação “não especificado”, que permite a codificação de aspectos da funcionalidade que se ajustam a um grupo, mas são insuficientes para determinar uma categoria mais específica.⁵ Uma forma alternativa de classificação para o “entrar no carro” seria através da utilização de um código mais abrangente – mudar a posição básica do corpo (d410), mas a opção por esse código implicaria em redução no nível de detalhamento da

atividade e conseqüentemente em prejuízo de suas especificidades. Itens abrangentes e não específicos facilitam a classificação de elementos pouco frequentes e improváveis, mas a utilização desses itens pode gerar acumulações semânticas e aumentar a discordância na escolha realizada pelos avaliadores.^{8,17}

A quarta consideração relevante sobre a aplicação da CIF verificada no estudo atual se refere às atividades de dançar, jogar futebol, jogar peteca e fazer hidroginástica. Apesar das diversas possibilidades de codificação dessas atividades, a seleção de qualquer um dos códigos, como, por exemplo, o código d9201 (praticar esportes), gera perda de informações importantes sobre as especificidades da atividade realizada pelo paciente.⁸

CONCLUSÃO

A CIF possibilitou a caracterização da funcionalidade dos indivíduos com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar, mas foram identificadas algumas questões a serem consideradas para seu aperfeiçoamento, relacionadas à multiplicidade de códigos para uma mesma condição e à presença de códigos imprecisos e/ou abrangentes. O uso da CIF em centros de treinamentos, na clínica e em pesquisas pode contribuir para sua revisão futura, tal como ocorreu com as sucessivas versões da CID, promovendo modificações na classificação em direção à melhoria na descrição e estruturação de suas categorias, bem como o aperfeiçoamento de aspectos relacionados à praticidade e precisão de seu uso.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde. 10 rev. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1993.
2. WHO. World Health Organization Family of International Classifications [texto na Internet]. Geneva: [citado 11 Abr 2007]. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/en/WHOFICFamily.pdf>
3. Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil.* 2003;25(11-12):565-71.
4. WHO. Constitution of the World Health Organization [texto na Internet]. Geneva: WHO/SEARO [citado 11 Abr 2007]. Disponível em : <http://www.searo.who.int/aboutsearo/pdf/const.pdf>
5. OMS. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; 2003.
6. ICIDH-2: International Classification of Functioning and Disability. Beta-2 draft, Full Version. Geneva: World Health Organization; 1999.
7. Üstün B, Chatterji S, Kostanjsek N. Comments from WHO for the Journal of Rehabilitation Medicine Special Supplement on the ICF Core Sets. *J Rehabil Med.* 2004;36(44 Suppl):7-8.
8. Bales ME, Kukafka R, Burkhardt A, Friedman C. Qualitative assessment of the International Classification of Functioning, Disability, and Health with respect to the desiderata for controlled medical vocabularies. *Int J Med Inform.* 2006;75(5):384-95.
9. Cieza A, Stucki G. New approaches to understanding the impact of musculoskeletal conditions. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2004;18(2):141-54.
10. Levack W. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): application to physiotherapy. *NZ J Physiother.* 2004;32(1):1-2.
11. Finger ME, Cieza A, Stoll J, Stucki G, Huber EO. Identification of intervention categories for physical therapy, based on the international classification of functioning, disability and health: a Delphi exercise. *Phys Ther.* 2006;86(9):1203-20.
12. Sampaio RF, Mancini MC, Goncalves GGP, Bittencourt NF, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter.* 2005; 9(2):129-36.
13. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil.* 2002;24(17):932-8.
14. Stucki G. International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): a promising framework and classification for rehabilitation medicine. *Am J Phys Med Rehabil.* 2005;84(10):733-40.
15. International classification of functioning, disability and health (ICF): crosscutting breakout session. Physical Disabilities through the Lifespan Conference. *Neurorehabil Neural Repair.* 2005;19(1 Suppl):61S-3S.
16. Sampaio RF, Mancini MC, Fonseca S. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam esta integração na Fisioterapia e na Terapia Ocupacional. *Rev Bras Fisioter.* 2005; 6(3):113-8.
17. Okochi J, Utsunomiya S, Takahashi T. Health measurement using the ICF: test-retest reliability study of ICF codes and qualifiers in geriatric care. *Health Qual Life Outcomes.* 2005;3:46.
18. Stucki G, Cieza A. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Sets for rheumatoid arthritis: a way to specify functioning. *Ann Rheum Dis.* 2004;63 Suppl 2:ii40-ii45.
19. Stucki G, Cieza A, Ewert T, Kostanjsek N, Chatterji S, Üstün TB. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disabil Rehabil.* 2002;24(5):281-2.
20. Jerosch-Herold C, Leite JC, Song F. A systematic review of outcomes assessed in randomized controlled trials of surgical interventions for carpal tunnel syndrome using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a reference tool. *BMC Musculoskelet Disord.* 2006;7:96.
21. Khan F, Pallant JF. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to identify preliminary comprehensive and brief core sets for multiple sclerosis. *Disabil Rehabil.* 2007; 29(3): 205-13.
22. Harris JE, MacDermid JC, Roth J. The International Classification of Functioning as an explanatory model of health after distal radius fracture: a cohort study. *Health Qual Life Outcomes.* 2005;3:73.
23. Uhlig T, Lillemo S, Moe RH, Stamm T, Cieza A, Boonen A, et al. Reliability of the ICF Core Set for rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2007;66(8):1078-84.
24. Schuntermann MF. The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Germany: experiences and problems. *Int J Rehabil Res.* 2005;28(2):93-102.
25. Schepers VP, Ketelaar M, van de Port IG, Visser-Meily JM, Lindeman E. Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil.* 2007;29(3):221-30.
26. Cieza A, Stucki G. Content comparison of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Qual Life Res.* 2005;14(5):1225-37.
27. ICF Core Sets - International Multicentric Validation Study. Use of the case record form for health professionals. Case example Mrs. Baker Patient with rheumatoid arthritis [texto na Internet]. Munich: DIMDI [cited 2007 Apr 30]. Available from: www.icf-research-branch.org/.../Step%206%20Case%20Description%20with%20ICF%20Categories.pdf
28. Taunton JE, Ryan MB, Clement DB, McKenzie DC, Lloyd-Smith DR, Zumbo BD. A retrospective case-control analysis of 2002 running injuries. *Br J Sports Med.* 2002;36(2):95-101.