

# O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em inquéritos de saúde: uma reflexão sobre limites e possibilidades

*The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health in health surveys: a reflexion on its limits and possibilities*

Eduardo Santana Araujo<sup>I</sup>, Cassia Maria Buchalla<sup>II</sup>

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)<sup>1</sup> é uma ferramenta útil para conhecer as condições de funcionalidade das pessoas, associadas ou não a qualquer doença, assim como para identificar os fatores ambientais e pessoais que favorecem suas atividades e, conseqüentemente, sua qualidade de vida. Entre os vários usos da CIF está sua aplicação em levantamentos populacionais sobre saúde e incapacidade.

A CIF propõe um modelo conceitual de funcionalidade e incapacidade no qual há uma influência multidirecional entre seus elementos: funções e estruturas do corpo, atividade e participação e fatores contextuais, representados pelo ambiente e por fatores pessoais. Essa composição fez com que o modelo fosse denominado biopsicossocial.

Os inquéritos de saúde, como o Inquérito Domiciliar de Saúde de São Paulo (ISA-Capital), de maneira geral, foram desenhados para identificar as relações existentes entre condições sociais e saúde. Um dos diferenciais dos inquéritos é a possibilidade de se avaliar as condições de saúde das pessoas, incluindo aquelas

<sup>I</sup>Faculdade Mario Schenberg – Cotia (SP), Brasil.

<sup>II</sup>Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

**Autor correspondente:** Eduardo Santana Araujo. Estrada Municipal do Espigão, 1.413. CEP 50471-600, Cotia, SP, Brasil. E-mail: edusantana@usp.br

**Conflito de interesses:** nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

que não são tratadas em serviços de saúde e, portanto, estão fora das estatísticas habituais do sistema<sup>4-6</sup>.

No artigo recém publicado nesta Revista, intitulado “Identificação de conteúdo comum entre o questionário do inquérito de saúde ISA-SP e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)”, os autores estabeleceram relações entre a CIF e o ISA, visando identificar os domínios existentes no inquérito com os códigos da CIF.

Apesar de parte das questões do ISA-Capital 2003 poderem ser referenciadas com categorias da CIF, as possibilidades de resposta não dão informações suficientes para o uso de todos os qualificadores que a classificação oferece. Os qualificadores indicam a extensão de uma alteração estrutural, funcional, de graus de dificuldade ou de influências ambientais. Assim, o estudo conclui que “a CIF não pode ser usada neste inquérito”.

Uma das principais questões que se apresentam em relação ao uso da CIF é a sua ampla abordagem. A existência de categorias da CIF para quase todo conteúdo possível sobre funcionalidade humana acaba por denunciar falhas que outras formas de abordagem não conseguem contemplar. Dessa forma, parece ser sempre impossível encaixar a CIF em algo existente, e sim, ao contrário, se a CIF é mais ampla, devemos encaixar as abordagens existentes na CIF, moldando-as de acordo com essa nova ferramenta.

Para se obter os benefícios do uso da CIF, se faz necessário estabelecer relações entre as ferramentas existentes e seu conteúdo<sup>8</sup>, ou seja, é necessário verificar se as questões avaliadas pelos instrumentos (pelo inquérito, por exemplo) estão contidas nos domínios da CIF e também é necessário avaliar se a forma de mensuração dos resultados e respostas pode ser mensurada pelos qualificadores da CIF.

A CIF não substitui as ferramentas comumente utilizadas para mensurar aspectos sobre a funcionalidade e sobre o ambiente, mas identifica e qualifica a situação, diagnosticada por diversos meios, usando uma linguagem comum, que padroniza os conceitos e a nomenclatura<sup>9</sup>. Há de se considerar que a interação entre os objetivos do inquérito e a classificação não resulta numa aplicação imediata dos códigos, pois a CIF, de forma abrangente e completa, considera o estudo da funcionalidade humana em seus diversos aspectos. Nos inquéritos, por sua vez, mesmo que a formulação das questões seja adequada, como é o caso do Bloco E do ISA-Capital 2003, ainda não há a abrangência que a CIF permitiria. A classificação, então, pode servir como um guia para criação das questões de um novo inquérito<sup>10</sup>.

As questões do ISA-Capital 2003, de maneira geral, acabam não trazendo subsídios para o conhecimento amplo da situação de funcionalidade, mostrando mais uma vez que o uso da CIF como norteadora da formulação de inquéritos populacionais pode contribuir para uma ferramenta de coleta de dados mais completa. Há um exemplo

numa versão para coleta de dados em inquéritos de saúde disponível no Anexo 9 da CIF, apresentada no Quadro 1.

Considerando o bloco do questionário tomado como exemplo no estudo em questão, percebe-se que, ao elaborar as questões, não se levou em consideração que os problemas de desempenho, avaliados no ambiente habitual, não são gerados apenas pela presença de deficiências graves, o que, na verdade, teria relação mais próxima com os problemas de capacidade. A capacidade representa o que um indivíduo consegue fazer, considerando o estado das funções e estruturas do corpo. O desempenho considera, além disso, a interação dele com o ambiente, que pode melhorar ou piorar a execução de determinada tarefa ou ação. Pessoas com as mesmas deficiências e com os mesmos problemas de capacidade podem ter problemas de desempenho extremamente diferentes, principalmente graças à influência dos fatores contextuais (ambientais e pessoais). Assim, um dos maiores determinantes da incapacidade é o contexto<sup>11</sup>.

O inquérito chega a abordar aspectos do ambiente ao avaliar as condições de moradia e do entorno. Tais condições influenciam na limitação de atividades escolares, de lazer e de trabalho de pessoas com deficiências graves (visual, auditiva ou física). Um conhecimento mais aprofundado do ambiente, incluindo a influência tecnológica, geográfica, social e política, permitiria o esclarecimento potencial das causas das limitações das atividades e da restrição da participação social da população envolvida. Os resultados do ISA-Capital, se mais detalhados por meio da CIF, seriam capazes de mostrar que é possível melhorar a vida das pessoas e diminuir suas limitações com estratégias que visem adequar a moradia e o entorno, pois o ambiente é um dos principais geradores da incapacidade humana, devendo ser o foco das políticas públicas voltadas à funcionalidade humana<sup>12</sup>.

O modelo conceitual exposto na CIF considera a incapacidade como decorrente da interação entre as condições de saúde, condições ambientais e pessoais. Como o ISA-Capital 2003 apenas avalia condições de entorno e moradia, não existe subsídio para estabelecer, com segurança, uma relação entre os fatores contextuais e o estado de funcionalidade das pessoas. Dentro do escopo da CIF, vários fatores ambientais, tais como tecnologias de acessibilidade, de transporte público, de mobilidade, acesso a serviços e sistema que facilitem a funcionalidade humana são listados no componente complementar da classificação, denominados fatores ambientais<sup>13-15</sup>.

Apesar de ser possível identificar categorias e códigos da CIF a partir dos componentes abordados pelo ISA-Capital 2003, há uma deficiência na abordagem do processo incapacitante pelo ISA, visto que poucos dados referentes aos fatores ambientais são coletados. Mesmo assim, o uso da CIF como ferramenta de base para construção de uma nova versão do ISA contribuirá para facilitar a coleta de dados relacionados às limitações de atividades e restrições da participação social, bem como facilitarão a comparação da situação de funcionalidade entre regiões. Esse uso pode contribuir tanto para melhorar a abrangência dos inquéritos quanto para o desenvolvimento da própria classificação em versões futuras.

Quadro 1. Anexo 9 – Dados da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde sugeridos como mínimo e ideais para sistemas de informação de saúde ou para inquéritos de saúde.

Funções e estruturas do corpo	Capítulo e código	Bloco ou categoria de classificação
Visão	2 b210-b220	Visão e funções relacionadas
Audição	2 b230-b240	Funções auditivas vestibulares
Fala	3 b310-b340	Funções da voz e da fala
Digestão	5 b510-b535	Funções relacionadas com o aparelho digestivo
Excreção	6 b610-b630	Funções urinárias
Fertilidade	6 b640-b670	Funções genitais e reprodutivas
Atividade sexual	6 b640	Saúde genital e reprodutiva
Pele e desfiguração	8 b810-b830	Pele e estruturas relacionadas
Respiração	4 b440-b460	Funções do aparelho respiratório
Dor*	2 b280	Sensação de dor
Afeto*	1 b152-b180	Funções mentais específicas
Sono	1 b134	Funções mentais globais
Energia/vitalidade	1 b130	Funções mentais globais
Cognição*	1 b140, b144, b164	Atenção, memória e funções cognitivas de nível superior
<b>Atividades e participação</b>		
Comunicação	3 d310-d345	Comunicar e receber mensagens
Mobilidade*	4 d450-d465	Andar e se deslocar
Destreza	4 d430-d445	Transportar, mover e manusear objetos
Cuidado pessoal*	5 d510-d570	Autocuidados
Atividades usuais*	6 e 8	Vida doméstica: principais áreas da vida
Relações interpessoais	7 d730-d770	Relacionamentos interpessoais particulares
Funcionalidade social	9 d910-d930	Comunidade, vida social e cívica

\*Itens candidatos para uma lista mínima.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; 2003.
2. Francescutti C, Martinuzzi A, Leonardi M, Kostanjsek NF. Eight years of ICF in Italy: principles, results and future perspectives. *Disabil Rehabil* 2009; 31(Suppl 1): S4-7.
3. McDougall J, Wright V, Rosenbaum P. The ICF model of functioning and disability: incorporating quality of life and human development. *Dev Neurorehabil* 2010; 13(3): 204-11.
4. Campos CEA. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. *Cad Saúde Públ* 1993; 9(2): 190-200.
5. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21<sup>st</sup> century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol* 2001; 30(4): 668-77.
6. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 607-21.
7. Cieza A, Geyh A, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustün B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med* 2005; 37(4): 212-8.
8. Escorpizo R, Stucki G, Cieza A, Davis K, Stumbo T, Riddle DL. Creating an interface between the International Classification of Functioning, Disability and Health and physical therapist practice. *Phys Ther* 2010; 90(7): 1053-63.
9. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008; 44(3): 329-42.
10. Madans JH, Loeb ME, Altman BM. Measuring disability and monitoring the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: the work of the Washington Group on Disability Statistics. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 4): S4.
11. Francescutti C, Gongolo F, Simoncello A, Frattura L. Description of the person-environment interaction: methodological issues and empirical results of an Italian large-scale disability assessment study using an ICF-based protocol. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 4): S11.
12. Vall J, Costa CM, Pereira LF, Friesen TT. Application of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in individuals with spinal cord injury. *Arq Neuropsiquiatr* 2011; 69(3): 513-8.
13. Brasileiro IC, Moreira TMM, Jorge MSB. Interveniência dos fatores ambientais na vida de crianças com paralisia cerebral. *Acta Fisiátrica* 2009; 16(3): 132-7.
14. Riberto M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Enferm* 2011; 64(5): 938-46.
15. Castro SS, Castaneda L, Silveira H. Identificação de conteúdo comum entre o questionário do Inquérito de Saúde (ISA-SP) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(1): 59-70.

Recebido em: 21/07/2014

Versão final apresentada em: 27/10/2014

Aceito em: 30/10/2014