

INSTRUMENTOS BASEADOS NA CIF: ANÁLISES E APRESENTAÇÃO DE FÓRMULAS

ICF-BASED INSTRUMENTS: ANALYSIS AND FORMULAS PRESENTATION

Cordeiro ES ¹

¹ Fisioterapeuta – Associação Internacional de Especialistas e Pesquisadores em Funcionalidade e CIF.
E-mail: edusantana@alumni.usp.br.

Correspondência: Eduardo Santana Cordeiro. Endereço: Av. João Paulo Ablas, 670/408, Jardim da Glória, Cotia, São Paulo, CEP: 06711-250. E-mail: edusantana@alumni.usp.br.

RESUMO

Este artigo analisa instrumentos de quantificação, qualificação, descrição e organização de dados de funcionalidade, a partir do amparo da nomenclatura e dos conceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Seis instrumentos fizeram parte deste estudo: CBDF, IFBr, MDS, Método BASEP, Tabela ESC e WHODAS 2.0. Dentre eles, o MDS e a WHODAS 2.0 são de uso internacional e foram publicados pela OMS. Entretanto, foram analisadas as suas versões brasileiras. O estudo concluiu que, com exceção da CBDF, todos os outros instrumentos são úteis para alcance dos seus objetivos principais, desde que sejam escolhidas as versões com as traduções corretas.

PALAVRAS-CHAVE: Funcionalidade. Incapacidade. Fórmulas.

ABSTRACT

This article analyzes instruments for quantifying, qualifying, describing and organizing functioning data, based on the correct nomenclature and concepts of the International Classification of Functioning, Disability and Health. Six instruments were included in the study: CBDF, IFBr, MDS, BASEP Method, ESC Table and WHODAS 2.0. Among them, MDS and WHODAS 2.0 are for international use and were published by the WHO. However, their Brazilian versions were analyzed. The study concluded that, with the exception of CBDF, all other instruments are useful for achieving their main objectives, provided that versions with correct translations are chosen.

KEYWORDS: Functioning. Disability. Formulas.

INTRODUÇÃO

Muito se fala sobre instrumentos de avaliação biopsicossocial e alguns erros são cometidos com frequência, como é o caso do uso da expressão “avaliação biopsicossocial da deficiência”. Em primeiro lugar, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) não prescreve uma avaliação biopsicossocial, e sim uma abordagem biopsicossocial em qualquer tipo de avaliação, seja no campo clínico, estatístico, de ensino ou de políticas sociais.¹ Em segundo lugar, e ainda mais importante, é que a deficiência não é o objeto de codificação da CIF. A classificação também é clara ao dizer que tem o objetivo de classificar o estado da pessoa, e não a pessoa. É por isso que os diferentes componentes são integrados num conjunto de códigos atribuídos à situação de alguém: fatores contextuais, participação, atividade, funções e estruturas do corpo.

As condições contextuais, como um ambiente repleto de facilitadores, podem alterar sensivelmente o estado de funcionalidade de alguém, aumentando a sua autonomia. A mesma pessoa em diferentes cidades poderá ter graus de funcionalidade diferentes. Ou seja, se a pessoa (ou a sua deficiência) fosse o objeto de classificação, ela teria os mesmos códigos da CIF vivendo na capital da Finlândia ou em qualquer capital brasileira. Entretanto, não é isso o que acontece: ela terá códigos diferentes da CIF se viver em uma ou na outra capital. Isso acontece porque a abordagem biopsicossocial é sobre a situação da pessoa e não sobre as suas características fisiológicas ou anatômicas.

Dois cegos, dois surdos ou duas pessoas com o mesmo tipo de amputação podem ser iguais em relação às suas deficiências, mas terão graus de funcionalidade diferentes se viverem em contextos diferentes. Essas diferenças são apresentadas e codificadas pela CIF, em essência. É por isso que o componente de “Atividades & Participação” é chamado na CIF de matriz da informação. Respectivamente, os qualificadores de desempenho e capacidade representam a influência do contexto e do estado anátomo-fisiológico.

O uso da codificação da CIF é primordial para os sistemas de informação em saúde,² assim como já ocorre com a versão atualizada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID. Entretanto, no caso da CIF, alguns instrumentos específicos vêm sendo desenvolvidos, o que é permitido e esperado. O Anexo 08 da classificação apresenta a possibilidade de adaptações, contudo, ressalta que no que se refere à codificação e terminologia, as adaptações deverão ser baseadas na classificação principal e prover informações detalhadas adicionais como diretrizes pontuais, podendo ser reorganizadas para disciplinas específicas ou interesses especiais.

Alguns instrumentos baseados na CIF têm ganhado destaque no Brasil, como é o caso da CBDF, do IFBr, do *MDS*, do Método *BASEP*, da Tabela *ESC* e da *WHODAS 2.0*.

Este artigo analisa o conteúdo de cada um desses instrumentos à luz da CIF e aponta potenciais aplicações dos mesmos nos diferentes contextos.

MÉTODO

O presente artigo tem uma proposta descritiva e amparada em uma abordagem qualitativa. O conteúdo aqui abordado consiste nos resultados provenientes do uso prático dos instrumentos mencionados acima, amparado numa revisão comparativa à luz dos conceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF.

O processo metodológico foi baseado na leitura cuidadosa e revisão por pares das respectivas versões adaptadas. Os resultados foram agrupados e descritos de modo comparativo, compilando características e variáveis principais provenientes da revisão dos diferentes instrumentos e a sua equiparação com o documento do qual se originaram os instrumentos: a própria CIF, que é o padrão-ouro no âmbito conceitual e terminológico.

Para isso, foram adotados os seguintes procedimentos: (1) revisão mediante releitura por pares dos instrumentos nacionais e internacionais; (2) identificação das variáveis em cada versão, incluindo o processo de tradução e adaptação cultural quando cabível; (3) compilação descritiva dos achados e (4) avaliação e discussão crítica embasadas na literatura internacional.

Foram utilizadas as versões mais recentemente publicadas dos instrumentos, tanto em revistas quanto em outras fontes (como jurídicas), os quais foram comparados não apenas entre si, mas também com materiais considerados como padrão-ouro na análise, sendo eles, as suas versões originais em inglês ou a própria CIF.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Alguns dos instrumentos abordados têm o objetivo de estabelecer formas de mensuração. Outros, por sua vez, foram criados para servirem de base para inquéritos de saúde. Essas características foram consideradas na análise.

● CBDF - Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos.

Trata-se de uma normatização (RC nº 555/2022) já estabelecida pela autoridade máxima em Fisioterapia no país: o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Entretanto, é importante salientar que as classificações de diagnósticos da Organização Mundial da Saúde (OMS) representam uma linguagem internacional padronizada por sistemas alfanuméricos que

permite a avaliação, o monitoramento e o controle do estado de saúde, tanto do ponto de vista individual quanto do ponto de vista populacional.

Adicionado a isso, temos o fato da inserção oficial da Família de Classificações Internacionais da OMS em todos os países membros, o que inclui o Brasil. O uso das classificações também pode ter outras finalidades, como estabelecer uma relação de transferência de recursos financeiros entre prestadores de serviços e clientes ou ainda de estabelecer marcos para os vários tipos de auditoria.

A Família de Classificações Internacionais da OMS funciona como um parâmetro para os profissionais da saúde, especialmente porque todas as classificações de referência são de uso multiprofissional e as outras são relacionadas ou derivadas delas, como propriamente a OMS estabelece. São classificações de referência: a CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), a CIF e a Classificação Internacional de Intervenções em Saúde. As classificações originais não são específicas de profissões, embora seja possível essa criação, desde que com pleno embasamento na classificação original.

É perfeitamente factível, se verdadeiramente houver necessidade, a criação de uma classificação específica para fisioterapeutas, no intuito de facilitar a comunicação formal e o registro dos processos diagnósticos específicos de fisioterapeutas. Contudo, essa classificação deve fazer parte do grupo de “relacionadas” ou de “derivadas” das classificações de referência, quais sejam para o caso especial, CID e CIF. A Fonoaudiologia parece ser a profissão mais bem organizada neste sentido no Brasil.³ Com o conteúdo e com a organização demonstrada até este momento, é visível que as entidades representativas daquela profissão consigam publicar, se assim desejarem, uma Classificação Fonoaudiológica de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. A experiência adquirida com a publicação do Guia Norteador sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade (CIF) em Fonoaudiologia e do Guia Prático de Consulta Rápida da CID-10 pelo Fonoaudiólogo pode servir de base para a criação de uma codificação própria da profissão, baseada nas classificações originais.

Para mais esclarecimentos da temática, o Anexo 08 da CIF pode ser consultado. Ele estabelece como uma das orientações futuras a criação de adaptações específicas para uso clínico e coloca a Terapia Ocupacional como um exemplo (o que pode ser seguido por outras áreas):

“Versões para utilização clínica: essas versões irão depender da utilização da CIF em diferentes campos de aplicação clínica (e.g., terapia ocupacional)”.

A CIF se consolida no mundo⁴ sendo que, no Brasil, além da Resolução CNS nº 452/2012, temos uma larga aplicação no Direito Social, principalmente em se tratando da Seguridade Social, como um todo.

A CBDF, por sua vez, apresenta problemas que tecnicamente não suportam a sua existência: (1) os códigos de padrão internacional são os códigos da CID e da CIF, sendo arbitrário e inútil o estabelecimento de uma linguagem paralela de códigos, (2) uma classificação específica para uma profissão deve ser totalmente baseada na classificação de referência, e não apenas parcialmente, como é o caso da CBDF, (3) a divisão da classificação deve priorizar o componente “Atividades e Participação”, que é a matriz de informação da CIF e a CBDF prioriza “Funções e Estruturas do Corpo”.

Os fatores ambientais aparecem no instrumento de forma extremamente tímida e quase nula, o que também não encontra suporte em métodos de avaliação baseados no modelo biopsicossocial.

Um outro ponto relevante a ser levantado sobre a CBDF, e não menos importante, é relacionado à nomenclatura do seu título. A palavra “fisioterápico” (relativo à Fisioterapia) é um termo mais correto do que “fisioterapêutico”, considerando-se os dicionários formais da Língua Portuguesa. Veja que, diagnóstico fisioterapêutico denota um **diagnóstico que é terapêutico**. Seria o diagnóstico de um tratamento? Claro que não. O correto é expressar o processo de “dividir para conhecer” da origem da palavra dia (dividir) e gnose (conhecer), relativo à Fisioterapia, ou seja, **diagnóstico fisioterápico** ou **“processo de dividir para conhecer, relativo ao fazer profissional do fisioterapeuta”**.

Adiciona-se aqui que o termo “fisioterápico” é o termo legal no Decreto-Lei nº 938/69, que marca a regulamentação da profissão no Brasil. Entretanto, mesmo ratificando o título (ou, relativo à Fisioterapia) para o diagnóstico, consideramos que, atualmente, a OMS imprimiu um raciocínio multidirecional, multidimensional e integrador, qual seja, o **biopsicossocial**, modelo que integra o uso de duas classificações: CID e CIF. Sendo assim, mesmo que o diagnóstico seja relativo à Fisioterapia, ele deve estar carregado e ser pertencente à abordagem biopsicossocial. Portanto, partindo desses pressupostos, o título Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos é inadequado.

Além do título, termos usados no instrumento, como, “condições e/ou deficiências cinético-funcionais”, “modelos biopsicossocial e funcional de saúde”, “saúde cinético-funcional”, “história da funcionalidade atual” e “história da funcionalidade pregressa”, ficam sem sentido à luz das classificações de referência da Família de Classificações Internacionais da OMS e sem sentido à luz da literatura específica da própria área.

- IFBr - Índice de Funcionalidade Brasileiro.

É possível encontrar mais de uma versão do IFBr e também vale salientar que processos de validação, por si só, não garantem a qualidade de uma ferramenta, pois, isso depende de pressupostos verdadeiros.⁵

Todas as versões do IFBr carregam erros conceituais e o uso inadequado do termo “impedimento”. Tal termo jamais é encontrado para descrever alterações fisiológicas ou anatômicas. Portanto, são totalmente inapropriadas expressões como “impedimento de natureza física” ou de outra natureza. Na verdade, esse é um falso cognato no lugar da tradução do termo “*impairment*”, que em inglês significa alterações de natureza fisiológica ou anatômica.

Neste estudo, não analisamos com profundidade os métodos de cálculo desta ferramenta, que inclusive são pouco explorados mesmo nos estudos de validação. Entretanto, no que se refere à nomenclatura, as palavras “impedimento”, “domínio” e “deficiência” não são usadas de acordo com o padrão-ouro estabelecido pela CIF. Além disso, o índice que tem o título “de funcionalidade” não tem a funcionalidade como resultado, o que é mais um vício metodológico.⁶

Mesmo assim, com todos os erros de conceitos e de nomenclatura corrigidos, as versões do IFBr são úteis para a mensuração da funcionalidade, seja com o seu próprio formato de cálculo, seja com a escolha dos 11 (onze) principais códigos (no máximo, 07 primários e 04 secundários) para cálculo final do IFBr com a fórmula do Método *BASEP*, mencionado adiante.

- MDS - Model Disability Survey.

O *Model Disability Survey* (ou Modelo de Pesquisa sobre Incapacidade) baseia-se na plena compreensão da CIF. Não se trata de um instrumento aplicável a pessoas com deficiência, mas sim de um instrumento universal para pesquisar amplamente sobre a experiência de incapacidade. Isso inclui, por exemplo, como um indivíduo é tratado por outras pessoas ou se consegue acessar edifícios, transporte e informações, diante de limitações que vivencie em sua vida prática. O instrumento também ajuda a garantir que a funcionalidade e incapacidade sejam vistas como algo dinâmico, com base na situação do indivíduo, que pode mudar quando o ambiente se torna mais propício.

Como o ambiente tem um papel importante na experiência de incapacidade de uma pessoa, não é apropriado presumir que certas doenças ou deficiências causem mais incapacidade do que outras. O *MDS*, que já tem mais de uma versão acadêmica no Brasil, permite que se perceba que não é apropriado presumir que pessoas com deficiência física apresentam níveis mais elevados de incapacidade do que pessoas com deficiência auditiva, por exemplo.⁷ Também

não é apropriado presumir que duas pessoas com exatamente a mesma deficiência (como baixa visão) ou doença (como doença de Parkinson) enfrentarão as mesmas barreiras e, conseqüentemente, terão as mesmas limitações e restrições. A aplicação deste instrumento é capaz de gerar discernimento em nível populacional e seu uso é extremamente apropriado.

● Método Basep e Tabela ESC

Tanto o Método *BASEP* (*body, activities, structures, environment, participation*) quanto a Tabela *ESC* (escape) são, na verdade, formas de descrever a situação de um indivíduo em particular em termos quantitativos e qualitativos por meio de suas fórmulas matemáticas.⁸ Não são instrumentos com o formato convencional, com perguntas estruturadas. Há uma mescla entre estruturas pré-definidas e seleção de códigos reais da CIF.

O uso dos códigos culmina numa fórmula de cálculo que atribui percentuais de perda da funcionalidade. Essas medidas foram criadas para sanar a necessidade de direitos sociais que dependem de uma abordagem quantitativa ou qualitativa. A diferença entre os dois instrumentos é que a Tabela *ESC* é usada apenas para incapacidade laborativa, na presença de nexos causal ou concausal. O Método *BASEP* é usado em todos os outros casos.

Os dois instrumentos são totalmente baseados na CIF porque dependem exclusivamente da atribuição dos códigos originais da classificação.

As fórmulas foram atualizadas após estudo pertencente à pesquisa de pós-doutorado intitulado “Desenvolvimento e aplicação da CIF no cuidado biopsicossocial integrado e centrado na pessoa no âmbito da atenção primária e da saúde do trabalhador”, aprovado pelo comitê de ética do Centro de Saúde Escola Dr. Joel Domingos Machado da Universidade de São Paulo, sob nº 53579221.1.0000.5414 X.

Abaixo encontram-se as fórmulas atualizadas com o respectivo significado das siglas utilizadas:

Método BASEP

- **Fórmula:**

$$DPF = \frac{\{(SD \cdot 3) \cdot 3\} + q^1 + q^2 + q^3 + q^4}{7}$$

- Legenda das siglas:

- DPF = determinação do grau de perda de funcionalidade.
SD = soma dos qualificadores de “atividades e participação” (apenas o qualificador de desempenho).
q = primeiro qualificador de funções e estruturas do corpo.

- Legenda de resultados:

- Até 4,9% = sem perda de funcionalidade
Até 12% = perda leve
Até 24% = perda moderada
Até 40% = perda grave
Até 100% = perda completa

Tabela ESC

- Fórmula:

$$PIL = \frac{\{[(SIL \cdot 3) \cdot 3] + SPS + DF + (FA \cdot 2)\}}{7}$$

- Legenda das siglas:

- PIL = percentual de incapacidade laborativa.
SIL = soma dos qualificadores de “atividades e participação” (apenas o qualificador de capacidade).
SPS = soma dos qualificadores de participação.
DF = soma de qualificadores de categorias pré-selecionadas.
FA = fatores ambientais.

- Legenda de resultados:

- Até 4,9% = sem incapacidade
Até 12% = incapacidade leve
Até 24% = incapacidade moderada
Até 38% = incapacidade grave
Até 100% = incapacidade completa

- WHODAS 2.0 - World Health Organization Disability Assessment Schedule.

O documento intitulado “Escala de avaliação da incapacidade” é uma ferramenta que possibilita a descrição da funcionalidade ou da sua perda. O seu manual foi publicado em 2010 e sua versão original permanece disponível no sítio eletrônico da Organização Mundial da Saúde para consulta e obtenção em formato digital:

[https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-\(-whodas-2.0\)](https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-(-whodas-2.0))

O instrumento consiste em uma proposta baseada na CIF e o seu desenvolvimento englobou um estudo multicêntrico com colaboração de pesquisadores de diferentes países.⁹ Está dividido em seis partes: cognição, mobilidade, autocuidado, convivência com as pessoas, atividades de vida e participação na sociedade. O manual indica a aplicação universal, ou seja, não é apenas para um grupo populacional, como para pessoas com deficiência.

A escala possui questões cujas respostas são conferidas utilizando uma escala visual graduada, com opções que correspondem à escala genérica da CIF, para pontuação do qualificador de desempenho.

Há uma versão brasileira com problemas na tradução, mesmo tendo sido previamente autorizada pela OMS. A autorização para a tradução não confere um atestado de qualidade. Por isso, é importante que o usuário tenha atenção às traduções corretas dos termos *impairment* (deficiência) e *disability* (incapacidade).

O formato é semelhante aos dos inquéritos de saúde, compondo três versões: uma com escala resumida de 12 itens, uma completa com 36 itens e uma híbrida que possibilita ajustar a aplicação em 12 ou 36, conforme a demanda da pessoa que está tendo a sua situação avaliada. As versões também variam quanto à forma de aplicação: entrevista, autoaplicação e aplicação junto ao responsável.

Podemos dizer que a utilização da ferramenta busca descrever aspectos habitualmente desorganizados nos sistemas de informação em saúde, visto que não há sistema formal que descreva dados sobre as limitações das atividades e sobre a restrição da participação a partir de uma codificação alfanumérica.¹⁰

Um estudo nacional identificou a existência de duas versões traduzidas para o português do Brasil e explanou algumas divergências entre elas, incluindo limitações e potencialidades. Este estudo buscou identificar, organizar e apresentar tais incongruências, no sentido de conferir recomendações que estimulem a reflexão da comunidade científica, acadêmica e clínica para maior adequação, padronização e robustez de uma versão em português.¹¹

CONCLUSÃO

Todos os instrumentos, com exceção da CBDF, são úteis para o alcance dos seus objetivos principais, desde que, no caso do *MDS* e da *WHODAS 2.0*, sejam escolhidas as versões com as traduções corretas. Em se tratando do IFBr, uma simples correção de termos importantes dará uma boa amplitude de uso da ferramenta. Já em relação ao Método *BASEP* e à Tabela *ESC*, a análise concluiu que estes dependem da codificação direta pela CIF, não havendo possibilidade de haver erros conceituais ou de nomenclatura, entretanto, considera-se a existência do processo de aprimoramento contínuo dessas ferramentas no ambiente acadêmico a partir do uso prático.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Editora USP. 2022.
2. Brasil AC de O. Promoção de saúde e a funcionalidade humana. Revista Brasileira de Promoção da Saúde. 2013; 26(1):1-4. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/2646>.
3. Paiva FCA, Pinto SF. Classificação Internacional de Funcionalidade: da teoria à prática em Fonoaudiologia. Editora Book Toy. 2022.
4. Leonardi M, Lee H, Kostanjsek N, Fornari A, et al. 20 Years of ICF-International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. Int J Environ Res Public Health. 2022 Sep 8;19(18):11321. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811321>. PMID: 36141593; PMCID: PMC9517056.
5. Moreira RS. Validade ou verdade? Algumas reflexões sobre crenças verdadeiras e justificáveis em epidemiologia. Cadernos de Saúde Pública. 2010;26(4). Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400005>.
6. Cordeiro ES. IFBrM invertido. Revista CIF Brasil. 2020;12(1):1-2.
7. Cordeiro ES, Marques JMA, Rocha AS. Tradução e adaptação transcultural do “Model Disability Survey”. Revista CIF Brasil. 2024;16(2):102-111 DOI: <http://www.doi.org/10.4322/CIFBRASIL.2024.006>.
8. Cordeiro ES, Marques JMA, Cordeiro FFT. Familiaridade, confiança e validade do cálculo único para uso da CIF. Revista CIF Brasil. 2024;16(2):61-77 DOI: <http://www.doi.org/10.4322/CIFBRASIL.2024.003>.
9. Balco EM, Marques JMA, Cordeiro ES. Avaliação da funcionalidade de pacientes com WHODAS 2.0 aplicada por profissionais da atenção primária no cotidiano profissional: um estudo brasileiro. Revista CIF Brasil. 2024;16(2):78-87 DOI: <http://www.doi.org/10.4322/CIFBRASIL.2024.004>.
10. Castro SS, Castaneda L, Araujo ES, Buchalla CM. Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Revista Brasileira de Epidemiologia. 2016;19(03). Disponível em <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030018>.
11. Cordeiro ES, Balco EM Marques JMA. Whodas 2.0: um estudo comparativo entre traduções para o português. Revista CIF Brasil. 2024;16(2):88-101 DOI: <http://www.doi.org/10.4322/CIFBRASIL.2024.005>.