**CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE,
INCAPACIDADE E SAÚDE – CIF: APLICAÇÃO EM UM
HOSPITAL PÚBLICO**

MARIA DO CARMO RAMALHO RODRIGUES DE ALMEIDA

Tese apresentada à Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo, Departamento de
Epidemiologia, para obtenção do Grau de
Doutor em Saúde Pública.

ORIENTADOR: PROF. DR. RUY LAURENTI

São Paulo
2002

Autoriza, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

43607/2003 doc

**Àqueles com quem compartilho minha vida:
Oscar, Juliana, Daniela e Guilherme**

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador de tese, **Ruy Laurenti**, pela orientação segura, pelo incentivo e pela disponibilidade constante para a elaboração deste estudo.

À Professora **Cássia Maria Buchalla**, pela participação na elaboração do projeto e pelas sugestões apresentadas para melhoria da forma final da tese.

À Professora **Leonor de Castro Monteiro Loffredo**, pela valiosa amizade de tantos anos e apoio na elaboração do trabalho.

À Professora **Keiko Ogura** (in memorian), que não pôde ver este trabalho concluído: à sua amizade de todas as horas.

Aos amigos **Delmason S. B. Carvalho**, **Celi Maria Franarin Alves**, **Elizabeth Guimarães C. Neves**, pelo incentivo e apoio logístico.

À Dra. **Glória Maria Andrade**, pela valiosa colaboração prestada.

À Dra. **Lucila Pedroso da Cruz**, pelo incentivo na elaboração deste trabalho.

À **Rosa Aires Mesiano** pela valiosa colaboração.

À advogada **Alcyone Ramalho**, pela ajuda no preparo do material.

À Engenheira **Jayr Ramalho Monachini**, pela colaboração na estrutura do banco de dados para as classificações.

À bibliotecária **Maria Lúcia Ferraz**, da Faculdade de Saúde Pública da USP, pelo atendimento solícito prestado.

Ao Hospital de Apoio da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, em especial, ao Dr. **Cid Luis de Sousa Vale** e ao Dr. **José Jaime Bastos**, pelo apoio.

Aos pacientes internos no Hospital de Apoio da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, pela valiosa colaboração nas entrevistas.

Aos meus filhos, por terem compreendido minhas ausências durante as fases de levantamento de dados, de preparo do projeto e de confecção da tese.

RESUMO

Almeida MCRR. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF: aplicação em um hospital público**. São Paulo (BR); 2002. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Objetivo: Analisar a prática de utilização Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, da Organização Mundial da Saúde, identificando e classificando o estado funcional, as estruturas do corpo afetadas, as limitações e as restrições de participação em atividades e os fatores ambientais que envolvem a vida diária das pessoas portadoras de deficiências do aparelho locomotor. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, descritivo-analítico. A amostra foi constituída por 40 pacientes em fase final de reabilitação de seqüelas de doenças crônicas e de lesões por causas externas em um hospital público. Foram analisadas as variáveis sexo, idade, escolaridade, ocupação, diagnósticos codificados pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde- CID-10, funções e estruturas do corpo, participação e fatores ambientais codificados pela CIF. **Resultados:** A maioria dos entrevistados apresentou seqüelas de agressões por arma de fogo e de acidentes de trânsito (67,5%). A estrutura afetada foi principalmente a medula espinhal torácica (47,5%). As principais deficiências foram relacionadas às funções de continência urinária, continência fecal, de força e de tônus musculares. **Conclusões:** A CIF significa um avanço em direção às propostas de entender as necessidades e as condições específicas em que as pessoas com alguma deficiência nas funções do corpo estão inseridas no ambiente, em seus aspectos naturais, tecnológicos e sociais. Constitui-se em ferramenta que permite fazer uma avaliação multidimensional da funcionalidade dos pacientes com deficiências físicas e/ou mentais. Embora seja de bastante utilidade na classificação sistemática dos diagnósticos dos pacientes, é de difícil aplicação e seu uso está restrito a comunidades com alto grau de desenvolvimento político e institucional.

Descritores: Classificação Internacional de Doenças, Classificação Internacional de Incapacidade, Paraplegia, Hemiplegia, Tetraplegia, Deficiência neurológica, Deficiência psicomotora, Epidemiologia.

SUMMARY

Almeida MCRR. **International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF: an application in a public hospital.** São Paulo (BR); 2002. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Objective: The aim of this study was to verify the use of the International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF, in order to identify the impairments of the body structure, disabilities or disturbances at the level of the person and the interaction with and adaptation to the individual's surroundings. **Methods:** It is a transversal epidemiological study with a total of 40 inpatients in final phase of rehabilitation treatment at a public hospital. The analysed variables were related to sex, age, educational level, occupation, codes from the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-10 and from ICF. Diseases, impairments of body functions and of body structures had been related to activity limitations and to participation restriction. **Results:** The majority of the interviewed patients presented sequels of assault by firearm and of land transport accidents (67.5%). The affected structure was mainly the spinal cord and peripheral nerves (47.5%). The main impairments had been related to the urination functions, defecation, muscle power and muscle tone. **Conclusions:** The ICF means an advance in route to the proposals to understand the specific necessities and conditions where people with some disability on the functions of the body are inserted in the environment, in its natural, technological and social aspects. It is an important tool that can lead to a multidimensional evaluation of the functionality of the patients with physical and/or mental disabilities. Although the ICF is an attempt to produce a systematic classification of the consequences of injuries and diseases, it's difficult to apply its codes, especially in communities with a low level of political and institucional development.

Descriptors: International Classification of Diseases; International Classification of Disabilities; Paraplegia; Hemiplegia; Tetraplegia; Disability evaluation; Epidemiology.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. APRESENTAÇÃO	1
1.2. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	2
1.3. LESÕES MEDULARES	3
1.4. ESTATÍSTICAS DE MORBIDADE	4
1.5. A CIF: CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE	5
2. OBJETIVOS	10
3. MATERIAL E MÉTODO	11
3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	11
3.2. FONTE DE DADOS	11
3.3. AMOSTRA	11
3.4. COLETA DE DADOS	12
3.5. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	12
3.6. VARIÁVEIS DE ESTUDO	14
3.7. PLANEJAMENTO ESTATÍSTICO	15
4. RESULTADOS	16
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	16
4.2. CAUSAS DE INTERNAÇÃO	19
4.3. TIPO DE SEQUELA: CID-10	20
4.4. DEFICIÊNCIAS DAS FUNÇÕES DO CORPO	20
4.5. DEFICIÊNCIAS NA ESTRUTURA DO CORPO	22
4.6. LIMITAÇÕES EM ATIVIDADES E RESTRIÇÕES EM PARTICIPAÇÃO	25
4.7. FATORES AMBIENTAIS	29
5. DISCUSSÃO	34
6. CONCLUSÕES	38
7. REFERÊNCIAS	39
ANEXO 1	A1
ANEXO 2	A2

1. INTRODUÇÃO

1.1. APRESENTAÇÃO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF – pertence à família de classificações desenvolvida pela OMS, especialmente voltada para se medir capacidade funcional de vida da população lesada. A característica principal desta família de classificações internacionais é de fornecer uma linguagem padronizada para levantamento de informações abrangentes sobre saúde, doença, funcionalidade e deficiência.

Estas classificações, ao utilizarem essa linguagem comum, permitem, além do diagnóstico de saúde e/ou de qualidade de vida, a comunicação entre várias ciências da saúde e da assistência médica através do mundo, fornecendo elementos para melhor conhecimento e compreensão dos agravos da saúde, bem como de suas sequelas.

A finalidade da CIF é puramente estatística, permitindo a obtenção do grau de gravidade da incapacitação, bem como o impacto da deficiência sobre o desempenho individual e social. Essa classificação já foi utilizada em alguns países, não de maneira rotineira, mas em teste para avaliar sua aplicabilidade. Foram sugeridas propostas para modificação desde que a OMS publicou, pela primeira vez, em 1980, a *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps-ICIDH*¹³, tendo sido aplicada em avaliação de programas de saúde⁸. Posteriormente, publicou a *ICIDH-2 - International Classification of Impairments, Activities and Participation*³⁷ – versão denominada Beta-1 Draft que constituiu uma revisão da primeira versão. Em 1999, nova versão³⁸ teve como objetivo principal os testes sistemáticos e esteve em fase de consulta pública até o ano de 2001, quando o período de teste foi finalizado. A *ICIDH-2* propôs organizar as informações em três dimensões: funções e estrutura do corpo, atividades e participação³⁹. Foi aplicada em idosos com problema de audição e foi considerada de utilidade, porém, criticada por não avaliar fatores pessoais²⁶. Ela foi aprovada pela Assembleia Mundial de Saúde em Maio de 2001 e passou a ser chamada de *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, traduzida como Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF⁴⁰.

1.2. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

A necessidade de uma classificação como a CIF surgiu em razão das transformações na estrutura e na organização da humanidade, que se traduziram em uma revolução demográfica.

Em relação à revolução demográfica, os principais fatores transformadores dessa estrutura foram o envelhecimento da população mundial^{3,9,33}, o aumento do número de deficientes físicos e da sua sobrevida decorrentes do desenvolvimento sócio econômico e tecnológico mundial.

Na América Latina, as projeções feitas entre os anos de 1980 e 2000 mostraram um aumento, para a população acima de 60 anos, de 236%⁹. Neste processo de transição demográfica, a pirâmide populacional passou a ter base mais reduzida, pelo declínio nas taxas de mortalidade e particularmente pela redução da natalidade^{14,15}. O envelhecimento populacional fez com que, atualmente, existam países com até 18% de maiores de 65 anos e o número de idosos mais velhos, como aqueles acima de 80 anos, também está aumentando.

Como o processo de transição demográfica levou a um envelhecimento da população brasileira², no campo da saúde, este processo alterou os padrões de morbi/mortalidade, com diminuição das doenças infecto- parasitárias e elevação das doenças crônico- degenerativas, o que se constitui em transição epidemiológica².

As doenças crônicas, graças às novas terapêuticas medicamentosas e novas tecnologias, passaram a apresentar uma duração mais longa, propiciando freqüentemente, aos seus portadores, conseqüências dessas doenças, particularmente seqüelas como deficiências e incapacidades por longos períodos. Kalache⁹ comenta que, atualmente, as doenças não- infecciosas crônicas ocupam lugar de destaque, entre as principais doenças incapacitantes, pois há de se considerar o prejuízo social que acompanha a invalidez parcial ou total dos acometidos, em termos de número de anos de vida produtiva perdidos. Diferentemente da doença aguda, de caráter transitório, a crônica leva seus portadores a desafios constantes para se manterem dentro da “normalidade” atentos à manutenção de hábitos cotidianos, sob pena do agravamento da doença^{24,28}.

Até mesmo algumas doenças infecciosas crônicas têm contribuído para o aumento de frequência de seqüelas, como é o caso da Hanseníase^{32,34}, cujo número de pessoas com deformidades irreversíveis dela decorrentes, é calculado entre 1 e 2 milhões³⁵.

Assim, torna-se importante considerar estados específicos de ausência de saúde, especialmente aquelas que levam a um maior grau de incapacidade, como as lesões da medula espinhal, cuja origem poderá ter sido traumática ou não- traumática⁴, onde se destaca o número de sobreviventes de acidentes ou de violências ou, ainda, de doenças crônicas que apresentam algum tipo de seqüela.

1.3. LESÕES MEDULARES

As lesões de medula espinhal poderão afetar a condução das sensações sensoriais e motoras entre o cérebro e o corpo, em diferentes níveis de comprometimento neurológico de seu portador. Alguns estudiosos no assunto⁴ consideram a lesão medular como sendo consequência de um trauma na coluna vertebral, um tumor ou má formação que atinja a medula espinhal, podendo ser total ou parcial.

O banco de dados para lesões medulares dos Estados Unidos*- National Spinal Cord Injury Statistical Center (NSCISC) estima que existam, naquele país, 200 mil pessoas com disfunções medulares, sendo o lesado típico do sexo masculino, entre 15 e 34 anos, vítima de acidente de trânsito.

* <http://main.uab.edu/show.asp?durkj=10766>

Achado semelhante foi encontrado no Brasil, onde, pesquisa realizada em 36 hospitais públicos de sete capitais brasileiras encontrou uma prevalência, por ponto, de 8,6% de portadores de traumatismo raquimedular, sendo a grande maioria (81%) do sexo masculino, idade média de 30 anos, cujas causas mais frequentes foram acidentes de trânsito, acidentes com arma de fogo e queda⁵.

Assim, a atenção médica está se voltando para as necessidades daqueles que ficaram com seqüelas incapacitantes residuais ou limitação de atividades ou ainda com restrição de capacidade de participação, gerando uma demanda de recursos da comunidade específica para a limitação causada por estas seqüelas, sendo que esta demanda pressupõe uma reestruturação nos serviços de saúde.

1.4. ESTATÍSTICAS DE MORBIDADE

Para se conhecer o impacto do dano neurológico, algumas medidas poderão ser tomadas.

Uma das formas mais rotineiras, em nosso meio, diz respeito à realização de levantamento ocasional, por meio de dados secundários, onde as informações são descritas e analisadas utilizando-se prontuários e/ou formulários^{21,22}. Porém, há de se considerar que estas pesquisas apresentam limitações pontuais, pois as metodologias empregadas poderão comprometer a comparabilidade dos resultados obtidos. Outras medidas, específicas para se medir o dano neurológico, se referem ao uso das seguintes escalas: ASIA (American Spinal Cord Injury Association) e a FIM (Functional Independence Measure).

Alguns autores^{30,32}, atentos às necessidades de desenvolver uma escala para medir as limitações no desenvolvimento das atividades diárias testaram um questionário com 68 questões baseadas na ICIDH-2, em 264 pacientes com hanseníase, sendo que foi empregado o teste não-paramétrico de correlação por postos de Spearman¹¹.

Escalas de medidas para limitação das atividades diárias foram desenvolvidas para pessoas portadoras do mal de Hansen em países em desenvolvimento, mas nenhuma delas foi aplicável para áreas rurais de regiões endêmicas^{12,18,23}. As vantagens de se aplicar os conceitos existentes na ICIDH-2 para seqüelas de Hanseníase foram

verificadas por Palande²⁰. Para estes mesmos casos, foi avaliada a reprodutibilidade intraexaminador e interexaminador no diagnóstico da funcionalidade nervosa³¹.

Por outro lado, enquanto estatísticas de morbidade e de mortalidade constituem os principais indicadores para caracterizar os níveis de saúde de coletividades¹⁵, é comentada a importância, para morbidade, de se poder contar com informações sobre a frequência das causas externas e sobre a natureza da lesão e o tipo de causa externa responsável por ela¹⁶. Ainda, há de se considerar a tendência de adoção de indicadores compostos de morbi/mortalidade, onde é avaliada a duração da sobrevida humana e a qualidade de vida¹. Nesta tentativa, foram propostos os indicadores AVAQ (Anos de Vida Ajustados por Qualidade de Vida) e AVPI (Anos de Vida Perdidos por Incapacidade), sendo que, o AVPI combina dados sobre grau e tempo de incapacidade devido à patologia específica e foi proposto, inicialmente, à luz do modelo de progressão linear (doença, patologia, manifestação, deficiência, incapacidade, desvantagem) da International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps¹.

Desde 1955, hospitais especializados no tratamento de doenças crônicas de Maryland- USA têm usado o índice de Barthel, que foi considerado de fácil aplicação, para se conhecer o grau de independência de pacientes com problemas neurológicos e o repetiam periodicamente, para medir sua eventual melhora¹⁷.

1.5. A CIF: CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

Ao propor uma nova metodologia como a CIF, será possível minimizar a variabilidade de procedimentos no levantamento de dados, colaborando para que haja uma visão uniforme dos problemas incapacitantes que mais afetam as comunidades.

A CIF⁴⁰ permite obter as informações sobre o estado de atividade das pessoas afetadas pelas seqüelas, sendo de extrema importância para os profissionais da saúde compreenderem as suas conseqüências para o paciente, para sua família, em relação à aceitação, à adaptação, às mudanças no cotidiano do convívio em sociedade. Por outro lado, será possível, em termos de organização de serviços de saúde:

- 1- decidir como administrar os problemas que afetam o físico, colaborando para a reabilitação de pacientes individuais,
- 2- avaliar a efetividade de um programa de controle de doenças, prevenindo o desenvolvimento de deficiências posteriores e as limitações de atividade,
- 3- planejar recursos necessários ao tratamento e ao cuidado de pacientes com deficiências e limitações de atividade,
- 4- decidir o momento da intervenção em relação ao tratamento medicamentoso e
- 5- desenvolver políticas públicas voltadas para as necessidades das pessoas afetadas, no sentido de facilitar o desenvolvimento das habilidades sociais.

Pela utilização dos conceitos constantes da CIF⁴⁰, o resultado da reabilitação deve ser avaliado em termos de inaptidões e deficiências, como apresentadas nesta classificação.

Dado o interesse no conhecimento do grau de incapacidade dos acometidos, é mais indicado poder contar com uma classificação que se preste à sua quantificação do que, no caso de sua não existência, apresentar relatórios em função dos dados disponíveis.

Dentro da família de classificações estatísticas internacionais, a diferença entre a CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde)¹⁹ e a CIF⁴⁰ perpassa o cunho etiológico: enquanto a primeira está voltada para a etiologia, a CIF classifica a funcionalidade e incapacidade resultantes de doenças e lesões e está associada com as condições de saúde relacionadas à funcionalidade e às limitações decorrentes de seqüelas incapacitantes. Pode-se considerar as duas classificações como complementares, e o ideal seria o uso conjunto destas duas classificações, o que proporcionaria uma informação mais abrangente sobre a saúde individual ou coletiva, em termos de classificação etiológica e funcionalidade, colaborando para a elaboração de programas de saúde, bem como para a avaliação de um programa implantado.

Por outro lado, a CIF, segundo a OMS⁴⁰, foi criada em função das recentes mudanças no quadro geral da saúde pública, em nível mundial, devido aos seguintes fatores:

- os cuidados de saúde atualmente se dirigem muito mais para as doenças crônicas do que para as agudas;
- o enfoque dos cuidados se volta mais para as conseqüências das doenças do que para as doenças propriamente ditas;
- existe a necessidade de uma linguagem internacional comum em relação às conseqüências das doenças para fazer face às demandas de atenção médica dos portadores de incapacidades.

Os princípios básicos da CIF são definidos a seguir, considerando que existe um elo de ligação importante entre as incapacidades e o convívio social:

- Funcionalidade humana: considerada de maneira global, não se restringindo meramente às deficiências,
- Modelo universal: fazer com que o modelo seja aplicável a qualquer população humana, não somente às minorias,
- Modelo integrado: fazer com que sua aplicação seja exeqüível não apenas na área médica, mas por outras áreas que a ela estão ligadas de forma a se interagirem,
- Paridade: enfoque dado de forma igual às seqüelas de diferentes doenças, não importando a etiologia,
- Inclusão: o contexto se refere à interação ambiente/pessoa, contemplando a interação entre sujeito, ambiente e os processos que o envolvem e
- Aplicabilidade cultural: os conceitos envolvidos não são somente os ocidentais, permitindo adequação a outras culturas.

Os componentes principais da CIF são voltados para duas classificações:

1- Funcionalidade e Incapacidade:

Inclui as funções do **corpo humano** e sua estrutura, as **atividades** da vida diária e **participação** social.

2- Fatores contextuais:

Inclui os fatores **ambientais** envolvidos e deveriam estar incluídos os fatores **pessoais**, os quais deixaram de constar pois estão diretamente associados com variações sociais e culturais.

As funções do corpo humano são consideradas as funções fisiológicas e as psicológicas. Quanto à estrutura do corpo humano, incluem as partes anatômicas como os órgãos, membros e seus componentes. As atividades de vida diária se referem ao desempenho de tarefas ou ações pelas pessoas acometidas. A participação social avaliará o envolvimento das pessoas em situações de vida relacionadas às condições de saúde, funções e estruturas corporais, atividades e fatores ambientais. Quanto aos fatores ambientais, devem ser avaliados os aspectos relativos ao ambiente físico, social e aos hábitos e atitudes com os quais as pessoas vivem e conduzem suas vidas. As limitações de atividades são problemas causados pela perda ou desvios das funções e da estrutura do corpo e constituem dificuldades que o indivíduo deve enfrentar para desempenhar suas atividades. As restrições, relativas à participação, são problemas que um indivíduo pode ter na forma ou extensão de envolvimento em uma situação de vida.

Neste contexto, a CIF procurará descrever a situação de cada pessoa dentro de aspectos de domínios da saúde ou relacionados à saúde.

A utilização do CIF poderá levar à melhoria dos serviços médicos, permitindo a intervenção e a análise dos resultados, à melhoria social, pois pode contribuir para delimitar os direitos dos indivíduos e os deveres da sociedade. Ainda, o conhecimento das necessidades dos indivíduos poderá promover uma melhor condição, de modo a levar à satisfação das necessidades individuais específicas. A CIF, além da contribuição científica, da melhoria de serviços, de conhecimento das necessidades individuais exercerá papel importante em planejamento econômico- social das comunidades.

Considerando o número limitado de trabalhos publicados no mundo^{10,23,26,29,30,32}, e, não sendo encontrado nenhum estudo, em nível nacional, voltado para a aplicação da CIF, houve interesse em se desenvolver este trabalho que pesquisa a aplicabilidade da CIF no âmbito hospitalar.

Atualmente a OMS está experimentando um instrumento destinado à validação dessa nova classificação, o qual foi objeto de utilização para a verificação de sua aplicabilidade em um sistema de informações nosológicas de um hospital público.

O exercício profissional da autora como profissional do serviço de controle de qualidade e na classificação de arquivo nosológico em uma instituição hospitalar pública prestadora de serviços de reabilitação, aumentou o interesse por esse tipo de estudo. Este interesse pelas classificações estatísticas e sua utilização na melhoria da qualidade das informações sobre o estado de saúde de pacientes submetidos aos tratamentos de reabilitação surgiu, assim, da vivência pessoal da autora e do contato com as deficiências e incapacidades das pessoas acometidas por seqüelas de acidentes e/ou pelos agravos decorrentes de doenças crônicas que interferem de forma incisiva nas atividades diárias, comprometendo sobremaneira a qualidade de vida de seus portadores.

Assim, pretende-se com este trabalho prestar uma contribuição aos especialistas que buscam uma metodologia apropriada, fundamentada em princípios estruturados, com finalidade estatística, para o conhecimento das funções e estruturas do corpo humano, atividades diárias, sociais envolvidas e fatores ambientais que afetam a vida cotidiana dos indivíduos com deficiências, avaliando a prática de utilização da CIF, bem como, a associação de diagnósticos de funcionalidade e incapacidade pela CIF frente à etiologia, dada pelos códigos da CID-10.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL:

O presente estudo tem como objetivo analisar a prática de utilização da CIF em um sistema de informação de um hospital público.

2.2. ESPECÍFICOS:

- Identificar e classificar o estado funcional associado ao estado de saúde dos pacientes internados, em fase de reabilitação.

- Codificar os diagnósticos dos pacientes internados para reabilitação de acordo com a CID10 em conjunto com a CIF.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO:

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, descritivo-analítico ^{7,21,22}.

3.2. FONTE DE DADOS:

O Hospital de Apoio da Secretaria de Saúde do Distrito Federal foi escolhido para se analisar a CIF, pois presta tratamento clínico e de reabilitação aos portadores de problemas de locomoção, destinando enfermarias para adultos que necessitem estas modalidades de recuperação. O Hospital de Apoio é um hospital público, de cuidados terciários e de pequeno porte, com 102 leitos, mas com 82 leitos ativos, dos quais 41 leitos são destinados à reabilitação de pacientes com problemas de locomoção, 22 ao setor de oncohematologia pediátrica e 19 leitos para adultos com neoplasia em fase terminal. É considerado centro de referência para tratamento de pacientes com problemas neurológicos e oncológicos.

3.3. AMOSTRA:

O processo de amostragem adotado foi o não- probabilístico. Como critério de seleção, todos os pacientes em tratamento de reabilitação no Hospital de Apoio em fase de alta hospitalar constituíram a amostra. Este critério foi adotado porque os pacientes em alta deveriam apresentar quadro clínico-fisiológico mais estável, que favorecesse melhor participação destes pacientes na entrevista, além de se encontrarem em fase de reinserção à vida cotidiana. Todos os participantes apresentaram autorização por Termo de Consentimento Autorizado, de forma escrita, conforme consta no Anexo 1 (A1). Convém mencionar que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP e aprovado.

No delineamento desta pesquisa, destinou-se o período de seis meses para o levantamento, onde seriam esperados 68 participantes. Porém, neste período, apenas 43 receberam alta, sendo que três foram perdidos de observação, ficando a amostra constituída por 40 pacientes .

3.4. COLETA DE DADOS:

Esta pesquisa envolveu a técnica de produção de dados primários, com o emprego de formulário para a abordagem dos fatores relativos às funções do corpo humano e sua estrutura, às atividades da vida diária, participação social e os fatores ambientais; também envolveu dados secundários, ao levantar dados em prontuários dos pacientes.

A aplicação do formulário foi feita pela autora desta pesquisa (MCRRA), após ter estudado a CIF, seus componentes e ter feito prova-piloto. Tal formulário consta do Anexo 2 (A2), especialmente desenvolvido por técnicos da OMS para a avaliação da CIF; adicionalmente, foram consultados os respectivos prontuários médicos para complementação das informações.

3.5. INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS:

O formulário, identificado pela OMS como *ICF Checklist, version 2.1ª, Clinician Form*, foi elaborado por técnicos da OMS e traduzido ao português para a finalidade deste estudo, para codificar cada caso nas categorias principais da Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde para a versão denominada *ICIDH-2 Beta-2* da Organização Mundial de Saúde. O formulário foi projetado como uma ferramenta prática para obter e registrar dados sobre a funcionalidade e a incapacidade de um indivíduo, os quais podem ser usados para resumir o estado de saúde dos casos registrados na prática clínica ou em trabalhos sociais.

O formulário (Anexo 2) é pré-codificado, e, anteriormente, utilizado em vários países. Este formulário é dividido em quatro partes, e dois apêndices, com as seguintes finalidades :

Parte A - obter informações demográficas, sendo que a Parte 1A objetiva caracterizar perdas ou deficiências das funções corporais e a Parte 1B as perdas ou deficiências em estruturas corporais.

Parte 2 - caracterizar as atividades, limitações e restrições à participação.

Parte 3 - identificar os fatores ambientais que sejam considerados como obstáculos ou como elementos facilitadores da participação e da vida diária. Tal identificação foi feita segundo a escala proposta pela CIF ⁴⁰, como mostra o quadro abaixo:

Quadro 1: Identificação do nível de obstáculo ou facilitador segundo a CIF ⁴⁰.

Código	Tipo de obstáculo ou facilitador	Classificação	%
xxx.0	NENHUM obstáculo	(nenhum, ausente, escasso...)	0-4
xxx.1	Obstáculo LEVE	(leve, baixo...)	5-24
xxx.2	Obstáculo MODERADO	(médio, regular...)	25-49
xxx.3	Obstáculo CONSIDERÁVEL	(alto, extremo...)	50-95
xxx.4	Obstáculo COMPLETO	(total...)	96-100
Xxx+0	NENHUM facilitador	(nenhum, ausente, escasso...)	0-4
Xxx+1	Facilitador LEVE	(leve, baixo...)	5-24
Xxx+2	Facilitador MODERADO	(médio, regular...)	25-49
Xxx+3	Facilitador CONSIDERÁVEL	(alto, extremo...)	50-95
Xxx+4	Facilitador COMPLETO	(total...)	86-100
xxx.8	Obstáculo não especificado		
Xxx+8	Facilitador não especificado		
xxx.9	não aplicável		

Nota: a escala negativa e a positiva denotam a extensão na qual um fator ambiental atua como um obstáculo ou um facilitador. Um ponto decimal sozinho indica um obstáculo, enquanto o sinal + indica um facilitador.

Parte 4 - juntamente com os apêndices, destina-se ao registro de informações complementares para facilitar a classificação da funcionalidade, incapacidade e saúde do entrevistado.

3.6. VARIÁVEIS DE ESTUDO:

Foram estudadas as seguintes variáveis:

- **Sexo**, nas categorias masculino e feminino;
- **Idade**, classificada em faixas etárias com intervalo de 10 anos: 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50 e +;
- **Escolaridade**, avaliada segundo número de anos de estudo;
- **Ocupação**, descrevendo-se a principal ocupação profissional dos pacientes: emprego assalariado, emprego por conta própria, não assalariado, estudante, dona de casa, aposentado, desempregado por razão de saúde, desempregado, outra (especificada).
- **Diagnósticos etiológicos**, codificados segundo as categorias da CID-10, considerando-se as doenças, a natureza da lesão e as causas externas.
- **Diagnósticos de funcionalidade e de incapacidade**, codificados segundo a CIF e classificando-se somente as disfunções e deficiências declaradas na entrevista com o instrumento utilizado.
- **Diagnósticos das limitações de atividades e restrição de participação**, codificados segundo a CIF, restringindo-se às limitações e restrições observadas e/ou declaradas pelo paciente durante a entrevista.
- **Fatores Ambientais**, codificados segundo a CIF, declarados pelos entrevistados como obstáculos ou facilitadores para a realização de tarefas e/ou atividades da vida diária.

Apenas o diagnóstico etiológico foi obtido de prontuário, sendo as demais informações levantadas na entrevista.

3.7. PLANEJAMENTO ESTATÍSTICO

Foi criado um banco de dados, com estrutura pré-codificada e relacional, para o processamento das informações, empregando-se o *software EPI-INFO, versão 6.04d*.

Para a análise exploratória das variáveis de estudo, foram realizadas tabelas e gráficos. Foram apurados os tipos de causas externas ou doenças mais comuns que levaram a seqüelas graves, verificando-se os principais comprometimentos estruturais e funcionais e os fatores do ambiente em que estão inseridos.

Para a análise estatística, foi aplicado o teste de Qui- quadrado (χ^2) para análise das associações de interesse. O nível de significância adotado foi de 5% para a tomada de decisão.

4. RESULTADOS

A aplicação do formulário (Anexo II) levou aos seguintes resultados para cada variável de interesse:

4.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

A amostra foi constituída por 40 pacientes em reabilitação, sendo 32 do sexo masculino, correspondendo a 80%.

A maioria dos pacientes tinha entre 10 e 40 anos (67,5%), sendo que, a idade média foi de, aproximadamente, 34 anos. Para as mulheres, esta média foi 38,2 anos e para os homens valeu 32,6 anos.

Tabela 1. Distribuição do número (N) e porcentagem (%) de pacientes com problema locomotor segundo faixa etária e sexo. HAP, Brasília, 2001.

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Faixa Etária						
10 - 19	7	21,9	1	12,5	8	20,0
20 - 29	5	15,6	1	12,5	6	15,0
30 - 39	11	34,4	2	25,0	13	32,5
40 - 49	5	15,6	2	25,0	7	17,5
50 - 59	4	12,5	2	25,0	6	15,0
TOTAL	32	100,0	8	100,0	40	100,0

Após a idade de 40 anos, a proporção de pacientes do sexo feminino predominou sobre o masculino.

A tabela 2 mostra a distribuição da amostra segundo a escolaridade em anos de estudo.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes com problema locomotor, segundo a escolaridade (em anos de estudo). HAP, Brasília, 2001.

Escolaridade	Frequência	%
0	5	12,5
1 a 4	12	30,0
5 a 8	12	30,0
9 a 10	10	25,0
11 e +	1	2,5
Total	40	100,0

Pode-se observar que 17 entrevistados tinham nível de escolaridade até a 4ª série do ensino fundamental, correspondendo a 42,5% da amostra e que 12,5% declararam nunca ter freqüentado escola, não saber ler nem escrever ou apenas saber assinar o nome. Ressalta-se que apenas 27,5% dos pacientes estudou além do primeiro grau, correspondendo a mais de 9 anos de estudo e apenas 1 (2,5%) dos entrevistados tinha nível superior completo.

A tabela 3 mostra as diferentes formas de ocupação profissional que os componentes da amostra citaram como suas profissões anteriores ao momento da internação.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes, em número (n) e em porcentagem (%) com problema locomotor, segundo a ocupação. HAP, Brasília, 2001.

Ocupação	n	%
Emprego assalariado	9	22,5
Trabalhador por conta própria	15	37,5
Estudante	4	10,0
Manutenção da casa	1	2,5
Aposentado por doença	8	20,0
Outra	3	7,5
Total	40	100,0

Como pode ser observado na tabela 3, predominaram os pacientes que trabalhavam por conta própria, em ocupações como eletricista, cabeleireiro, mecânico, marceneiro, pintor, pedreiro, pequeno comerciante, lavrador e cozinheira, representando 37,5% da amostra. As ocupações assalariadas concentraram 22,5% da amostra e 20,0% dos pacientes declararam ser aposentados por invalidez recebendo benefícios do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS. Vale ressaltar que a categoria “Outra”, citada por 7,5% da amostra, incluiu pacientes cuja ocupação era catador de papéis e de latas.

4.2. CAUSAS DE INTERNAÇÃO

4.2.1. LESÕES DE CAUSAS EXTERNAS

Entre os motivos para a internação, encontramos, principalmente, as conseqüências de lesões de causa externas: quatorze foram vítimas de agressões com armas de fogo e treze de acidentes de trânsito, que conjuntamente foram responsáveis por 67,5% das internações.

A figura 1 mostra a freqüência com que se distribuíram entre as causas de internação:

Figura 1. Distribuição de pacientes com problemas no aparelho locomotor, segundo as causas externas e doenças crônicas. HAP, Brasília, 2001.

4.2.2. DOENÇAS CRÔNICAS

Em relação às doenças crônicas, houve um predomínio de casos diagnosticados como acidente vascular cerebral (3), 2 casos de tumor de coluna e 1 caso

Em relação às doenças crônicas, houve um predomínio de casos diagnosticados como acidente vascular cerebral (3), 2 casos de tumor de coluna e 1 caso para cada um dos seguintes diagnósticos: sequela de Mal de Pott, neuropatia alcoólica, hérnia discal cervical e doença de Wilson.

4.3. TIPO DE SEQUELA – CID-10

Quanto à natureza da lesão ou, no caso, tipo de seqüela, classificadas segundo a CID-10, observou-se o que está exposto na tabela 4, mostrando o predomínio da paraplegia, 42,5%, seguindo-se a tetraplegia (37,5%).

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes com problema locomotor, segundo os diagnósticos codificados pela CID-10, HAP, Brasília, 2001.

CID-10	Diagnóstico	Frequência	%
G81.9	Hemiplegia	7	17,5
G82.2	Paraplegia	17	42,5
G82.5	Tetraplegia	15	37,5
T93.3	Seqüela de Traumatismo de Membro Inferior	1	2,5
Total		40	100,0

4.4. DEFICIÊNCIAS DAS FUNÇÕES DO CORPO

Observa-se, na tabela 5, os diagnósticos classificados pela CID-10 associados à funcionalidade, classificada segundo a CIF.

As deficiências de funcionalidade encontradas com mais frequência foram aquelas relacionadas à força e tônus muscular correspondendo a 28,6% e a 26,9%, respectivamente, em relação ao total de deficiências codificadas. Ocuparam posição de destaque as deficiências relativas às funções dos aparelhos urinário (19,8%) e intestinal (19,8%), representando, em conjunto, 39,6% do total de deficiências.

Tabela 5 – Associação entre os diagnósticos codificados pela CID-10 e as deficiências das funções do corpo codificadas pela CIF em pacientes com problema locomotor. HAB, Brasília, 2001.

CIF	Deficiências de funções do corpo	Diagnósticos codificados pela-CID-10				Total
		G81.9 Hemiplegia	G82.2 Paraplegia	G82.5 Tetraplegia	T93.3 Seqüela de fratura	
b16810.2	Deficiência moderada da expressão da linguagem oral	-	-	1	-	1
b21008.3	Deficiência grave nas funções da acuidade visual, outras especificadas	1	-	-	-	1
b5253.4	Deficiência completa em continência fecal	-	16	9	-	25
b6202.4	Deficiência completa em continência urinária	-	16	9	-	25
b7302.3	Deficiência grave na força dos músculos de um lado do corpo	1	1	2	-	4
b7302.4	Deficiência completa na força dos músculos de um lado do corpo	-	-	1	-	1
b7303.3	Deficiência grave na força dos músculos da metade inferior do corpo	1	-	-	-	1
b7303.4	Deficiência completa na força dos músculos da metade inferior do corpo	-	16	1	-	17
b7304.2	Deficiência moderada na força dos músculos de todos os membros	1	-	4	-	5
b7304.3	Deficiência grave na força dos músculos de todos os membros	1	-	3	-	4
b7304.4	Deficiência completa na força dos músculos de todos os membros	-	-	4	-	4
b7352.3	Deficiência grave no tônus dos músculos de um lado do corpo	-	1	2	-	3
b7352.4	Deficiência completa no tônus dos músculos de um lado do corpo	-	-	1	-	1
b7353.3	Deficiência grave no tônus dos músculos da metade inferior do corpo	1	-	-	-	1
b7353.4	Deficiência completa no tônus dos músculos da metade inferior do corpo	-	15	1	-	16
b7354.2	Deficiência moderada no tônus dos músculos de todos os membros	1	-	5	-	6
b7354.3	Deficiência grave no tônus dos músculos de todos os membros	1	-	3	-	4
b7354.4	Deficiência completa no tônus dos músculos de todos os membros	-	-	3	-	3
B770.3	Deficiência grave nas funções do padrão de marcha	3	-	-	1	4

Porém, para os tetraplégicos, houve predomínio de deficiência completa em continência fecal (18,4%) e em continência urinária (18,4%). Para os paraplégicos, destacaram-se: deficiências completas em continência fecal (24,6%) e em continência urinária (24,6%), deficiência completa na força dos músculos da metade inferior do corpo

(24,6%) e deficiência completa do tônus dos músculos da metade inferior do corpo (23,1%). Para os hemiplégicos, 27,3% das deficiências foram relativas às funções do padrão de marcha.

O diagnóstico de paraplegia, que apresentou o maior número de casos, está associado às deficiências completas nas funções da força e tônus dos músculos da metade inferior do corpo, e também às deficiências das funções de continência urinária e fecal ($\chi^2=14,23$; $p=0,0001$).

4.5. DEFICIÊNCIAS NA ESTRUTURA DO CORPO

A tabela 6 mostra os diagnósticos classificados pela CID-10 em relação às deficiências nas estruturas do corpo classificadas pela CIF.

Tabela 6 – Associação entre os diagnósticos codificados pela CID-10 e as deficiências na estrutura do corpo codificadas pela CIF em pacientes com problema locomotor. HAB, Brasília, 2001.

CIF	Estrutura do Corpo	Diagnósticos – CID-10				Total
		G81.9	G82.2	G82.5	T93.3	
		Hemiplegia	Paraplegia	Tetraplegia	Seqüela de fratura	
s110.2	Deficiência moderada na estrutura do cérebro	6	-	4	-	10
s12000.1	Deficiência leve na medula espinhal cervical	-	-	1	-	1
s12000.3	Deficiência grave na medula espinhal cervical	-	-	4	-	4
s12000.4	Deficiência completa da medula espinhal cervical	-	-	5	-	5
s12001.1	Deficiência leve da medula espinhal torácica	-	1	-	-	1
s12001.2	Deficiência moderada da medula espinhal torácica	1	-	-	-	1
s12001.4	Deficiência completa da medula espinhal torácica	-	16	1	-	17
s75000.3	Deficiência grave da estrutura dos ossos da coxa	-	-	-	1	1
Total		7	17	15	1	40

As deficiências em estruturas do corpo relacionadas à medula espinhal foram as mais frequentes entre as deficiências encontradas, representando 72,5%, considerando conjuntamente as deficiências na estrutura da medula espinhal torácica (47,5%) e as deficiências da medula espinhal cervical (25,0%).

Levando em consideração o diagnóstico, observou-se que entre os hemiplégicos, a estrutura do corpo mais prejudicada foi o cérebro; para os paraplégicos, houve predomínio da deficiência completa de medula espinhal torácica e para os tetraplégicos, destacou-se a deficiência completa da medula espinhal cervical.

A tabela 7 associa as estruturas do corpo afetadas pelas patologias de origem, com as deficiências de funcionalidade do corpo dos pacientes.

Tabela 7. Deficiências de funcionalidade, segundo as estruturas do corpo dos pacientes com problema locomotor, HAB, 2001.

Estrutura	Funções	Deficiências	Casos
s110 Cérebro	b169 Deficiência moderada da expressão da linguagem oral	1	10
	b21008 Deficiência nas funções da acuidade visual	1	
	b5253 Deficiência em continência fecal	2	
	b6202 Deficiência em continência urinária	2	
	b7302 Deficiência na força dos músculos de um lado do corpo	3	
	b7304 Deficiência na força dos músculos de todos os membros	4	
	b7352 Deficiência no tônus dos músculos de um lado do corpo	2	
	b7354 Deficiência no tônus dos músculos de todos os membros	4	
s12000 Medula espinhal cervical	b770 Deficiência nas funções do padrão de marcha	3	10
	b5253 Deficiência em continência fecal	6	
	b6202 Deficiência em continência urinária	6	
	b7304 Deficiência na força dos músculos de todos os membros	9	
s12001 Medula espinhal torácica	b7354 Deficiência no tônus dos músculos de todos os membros	9	19
	b5253 Deficiência em continência fecal	17	
	b6202 Deficiência em continência urinária	17	
	b7302 Deficiência na força dos músculos de um lado do corpo	1	
	b7303 Deficiência na força dos músculos da metade inferior do corpo	18	
	b7352 Deficiência no tônus dos músculos de um lado do corpo	1	
s75000 Ossos da Coxa	b7353 Deficiência grave no tônus dos músculos da metade inferior do corpo	17	1
	b770 Deficiência nas funções do padrão de marcha	1	
Total		126	40

Como pode ser observado, 10 pacientes apresentaram deficiências na estrutura do cérebro, 10 na estrutura da medula espinhal cervical, 19 pacientes apresentaram deficiência na estrutura da medula espinhal torácica e apenas 1 paciente apresentou problemas na estrutura dos ossos da coxa. A amostra concentrou pacientes com problemas estruturais na medula espinhal torácica, correspondendo a 47,5% do total de pacientes. Relacionando-se aos problemas estruturais observamos na tabela 7 que a maioria das disfunções (71) foram relacionadas a essa deficiência de estrutura atingindo 56,3% em relação ao total das 126 disfunções encontradas.

4.6. LIMITAÇÕES EM ATIVIDADES E RESTRIÇÕES EM PARTICIPAÇÃO

As questões dirigidas à obtenção de dados sobre as limitações em atividades e sobre as restrições em participação estão inseridas no Apêndice 2 do formulário (Anexo II).

As dificuldades encontradas pelos pacientes entrevistados, no domínio das atividades cotidianas, codificadas segundo a CIF, constam da tabela 8.

São apresentadas as atividades e a participação citadas pelos entrevistados, correspondendo às dificuldades e às restrições encontradas por eles, no desempenho e na capacidade de execução das atividades e de participação.

Tabela 8. Distribuição das dificuldades (n) em realizar atividades e participação, codificadas pela CIF. HAB, 2001.

Atividades e Participação				n
Código principal		Especificações		
D440	Uso fino da mão	d4400	Pegar	4
D450	Andar	d4500	Andar distâncias curtas	25
		d4501	Andar distâncias longas	35
D465	Deslocar-se	d465	Deslocar-se com equipamentos	32
D470	Utilização de transporte	d4702	Utilização de transporte público	33
D475	Dirigir	d4751	Dirigir veículos motorizados	33
D510	Lavar-se	d5101	Lavar todo o corpo	7
D540	Vestir-se	d5400	Vestir-se	15
D845	Adquirir, manter e sair de um emprego	d8450	Procurar emprego	24
		d8451	Manter um emprego	26
D870	Auto-suficiência econômica	d8700	Recursos econômicos pessoais	19
D910	Vida comunitária	d9109	Vida comunitária, não especificada	33
D920	Recreação e lazer	d9201	Praticar esportes	1
		d9209	Recreação e lazer, não especificados	27
D930	Religião e espiritualidade	d9309	Religião e espiritualidade, não especificada	31
D950	Vida política e cidadania	d950	Vida política e cidadania	30
Total				350

De acordo com a tabela 8, as dificuldades citadas com mais frequência pelos pacientes entrevistados foram relativas ao desempenho das seguintes atividades, descritas a seguir, com os respectivos códigos da CIF e com a frequência relativa de aparecimento em relação à amostra analisada:

- Andar, com maior ou menor grau de dificuldade, foi mencionado por 35 pacientes, representando 87,5% da amostra

d450Andar

mover -se sobre uma superfície a pé, passo a passo, de maneira que um pé esteja sempre no solo, como passear, caminhar lentamente, andar para a frente, para trás ou para o lado

Inclusões: andar distâncias curtas e longas; andar sobre superfícies diferentes; andar evitando os obstáculos

- deslocar-se com equipamentos, principalmente com cadeira de rodas e bengala, citada por 32 pacientes, representando 80,0% da amostra, com maior ou menor grau de dificuldade.

d465 *Deslocar-se com equipamentos*

mover todo o corpo de lugar para outro, sobre qualquer superfície ou espaço, utilizando dispositivos específicos para facilitar a movimentação ou criar outras maneiras de se mover com equipamentos como patins, esquis equipamento de mergulho, ou deslocar-se na rua com cadeira de rodas ou andador

- utilização de transporte público, citada por 33 pacientes, representando 82,5% dos entrevistados

d4702 *Utilização de transporte público*

ser transportado como passageiro por um veículo motorizado por terra, mar ou ar projetado para o transporte público, como ser passageiro em um ônibus, trem, metrô ou aeronave

- dirigir veículos motorizados, em 33 entrevistas, significando 82,5% dos pacientes.

d4751 *Dirigir veículos motorizados*

dirigir um veículo a motor, como um automóvel, motocicleta, barco a motor ou aeronave

- procurar e manter emprego remunerado, dificuldade citada por 60,0% dos pacientes, que afirmaram ser difícil, tanto encontrar emprego, como se manter empregado.

d8450 *Procurar emprego*

localizar e escolher um emprego, em um negócio, profissão ou outro tipo de emprego, e realizar as tarefas necessárias para ser contratado como comparecer ao local de trabalho ou participar de uma entrevista de emprego

d8451 *Manter um emprego*

realizar as tarefas relacionadas ao trabalho para manter uma ocupação, negócio, profissão ou outra forma de emprego, e conseguir promoção e outros progressos no emprego

- ter controle sobre recursos econômicos foi outro problema citado por 47,5% dos entrevistados.

d8700 Recursos econômicos pessoais

ter controle sobre recursos econômicos pessoais ou privados, para garantir segurança financeira para as necessidades atuais e futuras

- participar em todos os aspectos da vida social comunitária, citada por 33 pacientes, que representam 82,5% da amostra.

d910Vida comunitária

participar em todos os aspectos da vida social comunitária, como participar em organizações beneficentes, em clubes de serviços ou em organizações sociais profissionais

- participar de qualquer forma de jogo, atividade recreativa ou de lazer, foi outra dificuldade para 28 pacientes, que representam 70,0% do total dos entrevistados.

d920Recreação e lazer

participar de qualquer forma de jogo, atividade recreativa ou de lazer, como jogo ou esportes informais ou organizados, programas de forma física, relaxamento, diversão, ir a galerias de arte, museus, cinema ou teatro; participar de trabalhos artesanais ou hobbies, ler por prazer, tocar instrumentos musicais; fazer excursões, turismo ou viajar por prazer

- participar em atividades religiosas ou espirituais, organizações e práticas para auto-satisfação da pessoa, foi citada por 31 pacientes, correspondendo a 77,5% da amostra.

d930Religião e espiritualidade

participar em atividades religiosas ou espirituais, organizações e práticas para auto-satisfação da pessoa, encontrar significado, valor religioso ou espiritual e estabelecer conexão com um poder divino, como frequentar igreja, templo, mesquita ou sinagoga, rezando ou cantando para um propósito religioso, e contemplação espiritual

- participar da vida social, política e governamental de um cidadão também foi outra dificuldade encontrada pela grande maioria dos entrevistados, ou seja por 31 pacientes que representam 75,0% da amostra.

d950Vida política e cidadania

participar da vida social, política e governamental de um cidadão, ter o status legal de cidadão e desfrutar dos direitos, proteções, privilégios e deveres associados a este papel, como o direito ao voto e à candidatura a um cargo político, a formar associações políticas; desfrutar os direitos e as liberdades associadas à cidadania (e.g. os direito da liberdade de expressão, associação, religião, proteção contra a busca e apreensão não justificada, o direito a um defensor público, a um julgamento e outros direitos legais e proteção contra discriminação); ter posição legal como cidadão

4.7. FATORES AMBIENTAIS

Observa-se, pela tabela 9, as frequências com que os pacientes citaram fatores do meio ambiente identificados como obstáculos para o desempenho de suas atividades.

Tabela 9. Distribuição dos fatores ambientais (n) considerados como obstáculos para a execução de atividades da vida diária. HAB, 2001.

Fatores ambientais	n
e1108.3 Produtos ou substâncias para consumo pessoal	13
e1501.2 Dificuldade moderada de acesso às instalações internas dos edifícios para uso público por produtos e tecnologias de projeto, arquitetura e construção para o acesso	1
e1501.3 Dificuldade considerável de acesso às instalações internas dos edifícios para uso público por produtos e tecnologias de projeto, arquitetura e construção para o acesso	3
e1501.4 Dificuldade completa de acesso às instalações internas dos edifícios para uso público por produtos e tecnologias de projeto, arquitetura e construção para o acesso	22
e310.2 Obstáculo moderado quanto ao apoio e relacionamento com a família imediata	3
e310.3 Obstáculo considerável quanto ao apoio e relacionamento com a família imediata	2
e310.4 Obstáculo grave relativo ao apoio e de relacionamento com a família imediata	2
e320.2 Obstáculo moderado relativo ao apoio e relacionamento com amigos	2
e320.3 Obstáculo grave relativo ao apoio e relacionamento com amigos	7
e355.3 Obstáculo grave relativo ao apoio de profissionais de saúde	1
e460.3 Obstáculo grave relativos às atitudes sociais	14
e460.4 Obstáculo completo relativo às atitudes sociais	1
e5252.3 Obstáculos relativos às políticas de habitação	4
e5400.3 Obstáculos relativos aos serviços de transporte	6
e5400.4 Obstáculos relativos aos serviços de transporte	23
e5700.2 Obstáculos relativos aos serviços da Previdência Social	3
e5700.3 Obstáculos relativos aos serviços da Previdência Social	9
e5700.4 Obstáculos relativos aos serviços da Previdência Social	4
e5901.3 Obstáculos relativos aos sistemas de mão de obra e emprego	1
e5901.4 Obstáculos relativos aos sistemas de mão de obra e emprego	14

Os obstáculos mais frequentemente citados, em grau completo, foram relativos aos serviços de transporte e ao acesso às instalações internas dos edifícios para uso público, correspondendo a 57,5% e a 55%, respectivamente.

Quanto aos fatores do meio ambiente identificados como elementos facilitadores, constam da tabela 10:

Tabela 10. Distribuição dos fatores ambientais em número (n) considerados facilitadores na execução de atividades da vida diária. HAB, 2001.

Fatores ambientais	n
e1101+3 Medicamentos	34
e1151+4 Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária	21
e1201+1 Produtos e tecnologia facilitadores para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos ou externos	1
e1201+3 Produtos e tecnologia facilitadores para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos ou externos	28
e1201+4 Produtos e tecnologia facilitadores para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos ou externos	1
e5700+4 Serviços da Previdência Social	18

Na tabela 10, observa-se que 85% dos pacientes dependem de medicamentos como facilitadores da vida diária em grau considerável. Para 70% deles, produtos e tecnologia para mobilidade foram identificados como facilitadores de grau considerável. Produtos e tecnologia de assistência para uso pessoal na vida diária foram facilitadores em grau completo para 52,5% deles.

De acordo com as recomendações da CIF, os obstáculos ou facilitadores das atividades da vida diária de pessoas com deficiências físicas, devem ser consideradas em conjunto com os domínios do desempenho e da capacidade para executar as atividades da vida diária. As principais dificuldades que os pacientes encontraram na execução das atividades de vida diária foram associadas aos fatores do ambiente citados com mais frequência, que, em algumas vezes podem significar elementos facilitadores e, em outras vezes, obstáculos que impedem o bom desempenho das atividades diárias.

A tabela 11 foi elaborada selecionando apenas os códigos principais da CIF sem os qualificadores para os domínios das atividades da vida diária, relacionados aos fatores ambientais mais importantes para cada domínio de atividade quando desempenhada pelos pacientes.

Tabela 11. Distribuição das principais limitações de atividades, segundo os fatores ambientais facilitadores envolvidos na execução de atividades da vida diária. HAB, 2001.

CIF	Limitações de Atividades – CIF												
	d440	d450	d465	d470	d475	d510	d540	d845	d870	d910	d920	d930	d950
	Uso fino da mão	Andar	Deslocar-se	Utilização de transporte	Dirigir	Lavar-se	Vestir-se	Adquirir, manter sair de um emprego	Auto-suficiência econômica	Vida comunitária	Recreação e lazer	Religião e espiritualidade	Vida política e cidadania
e1101+3 Medicamentos como facilitadores	-	4	4	3	4	1	1	7	2	3	3	3	2
e1151+4 Produtos e tecnologias de assistência para uso pessoal na vida diária como facilitadores	-	2	2	1	2	1	2	4	2	2	2	2	2
e1201+3 Produtos e tecnologias facilitadores para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos ou externos	1	7	7	6	7	2	4	4	2	7	7	6	7
e5700+4 Serviços da Previdência social como elemento facilitador	1	3	3	3	3	-	-	6	-	3	2	3	3

Os fatores ambientais facilitadores mais citados foram classificados sob o código e1201+3, correspondente aos produtos e tecnologias facilitadores para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos ou externos, destacando-se aqueles diretamente relacionados às atividades de andar, deslocar-se, dirigir e a participação na vida comunitária, recreativa e política.

A tabela 12 dá as limitações de atividades e os fatores ambientais que se constituem em obstáculos:

Tabela 12. Distribuição das principais limitações de atividades, segundo os fatores ambientais envolvidos como obstáculos na execução de atividades da vida diária. HAB, 2001.

CIF	Limitações de Atividades – CIF												
	d440	d450	d465	d470	d475	d510	d540	d845	d870	d910	d920	d930	d950
	Uso fino da mão	Andar	Deslocar-se	Utilização de transporte	Dirigir	Lavar-se	Vestir-se	Adquirir, manter sair de um emprego	Auto-suficiência econômica	Vida comunitária	Recreação e lazer	Religião e espiritualidade	Vida política e cidadania
e1108.3 Produtos ou substâncias para consumo pessoal, outros especificados como obstáculos	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
e1501.4 Dificuldade completa de acesso às instalações internas dos edifícios para uso público por produtos e tecnologias de projeto, arquitetura e construção para o acesso	-	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1
e310.3 Obstáculo considerável relativo ao apoio e relacionamento com a família imediata	-	-	-	1	1	-	-	2	1	1	1	1	1
e320.3 Obstáculo grave relativo ao apoio e relacionamento com amigos	-	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
e355.3 Obstáculo grave relativo ao apoio de profissionais de saúde	-	1	-	1	-	-	1	-	-	1	1	-	-
e460.3 Obstáculo grave relativo às atitudes sociais	-	1	1	1	1	-	-	2	1	1	1	1	1
e5252.3 Obstáculos relativos às políticas de habitação	-	1	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
e5400.3 Obstáculos relativos aos serviços de transporte	-	1	1	1	1	-	-	2	1	-	-	1	1
e5400.4 Obstáculos relativos aos serviços de transporte	1	4	4	4	4	-	-	2	2	4	2	3	3
e5700.2 Obstáculos relativos aos serviços da Previdência Social	-	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1
e5700.3 Obstáculos relativos aos serviços da Previdência Social	-	3	3	3	3	-	-	6	2	3	3	3	2
e5901.4 Obstáculos relativos aos sistemas de mão de obra e emprego	-	4	3	4	3	-	-	8	3	4	3	4	4

Os obstáculos relativos aos serviços de transporte foram os mais frequentemente mencionados pelos pacientes para a maioria das atividades.

Para os portadores de paraplegia, foram analisadas as limitações de atividades e os fatores ambientais facilitadores, conforme tabela 13:

Tabela 13 - Distribuição das limitações de atividades dos pacientes com paraplegia (G92.2), segundo os fatores ambientais facilitadores envolvidos na execução de atividades da vida diária. HAB, 2001.

		Limitações de Atividades – CIF												
		d450	d465	d470	D475	d510	D540	d845	D8451	D870	D910	d920	D930	d950
CIF		Andar	Deslocar-se	Utilização de transporte Dirigir	Lavar-se	Vestir-se	Arrumar um emprego	manter-se no emprego	Auto-suficiência econômica	Vida comunitária	Recreação e lazer	Religião e espiritualidade	Vida política e cidadania	
e1101+3	Medicamentos como facilitadores	4	4	3	4	1	1	3	4	2	3	3	3	2
e1151+4	Produtos e tecnologias de assistência para uso pessoal na vida diária como facilitadores	1	1	-	1	-	-	1	1	1	1	1	1	1
e1201+3	Produtos e tecnologias facilitadores para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos ou externos	3	3	2	3	-	-	-	-	-	3	3	2	3

Os fatores facilitadores mais citados pelos pacientes com paraplegia foram os medicamentos e os produtos facilitadores para a mobilidade e transporte pessoal.

Os fatores citados como obstáculos na execução das atividades diárias para portadores de paraplegia constam da tabela 14:

Tabela 14 - Distribuição das limitações de atividades dos pacientes com paraplegia (G92.2), segundo os fatores ambientais envolvidos como obstáculos na execução de atividades da vida diária. HAB, 2001.

		Limitações de Atividades – CIF												
		d450	d465	d470	D475	d510	D540	D845	d8451	D870	D910	d920	D930	d950
CIF		Andar	Deslocar-se	Utilização de transporte	Dirigir	Lavar-se	Vestir-se	Arrumar um emprego	manter –se no emprego	Auto-suficiência	Vida comunitária	Recreação e lazer	Religião e espiritualidade	Vida política e cidadania
e1501.4	Dificuldade completa de acesso às instalações internas dos edifícios para uso público por produtos e tecnologias de projeto, arquitetura e construção para o acesso	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
e310.3	Obstáculo considerável relativo ao apoio e relacionamento com a família imediata	-	-	1	1	-	-	1	1	1	1	1	1	1
e460.3	Obstáculo grave relativo às atitudes sociais	1	1	1	1	-	-	1	1	1	1	1	1	1
e5400.4	Obstáculos relativos aos serviços de transporte	1	1	1	1	-	-	1	1	1	1	1	1	1
e5700.3	Obstáculos relativos aos serviços da Previdência Social	3	3	3	3	-	-	3	3	2	3	3	3	2
e5901.4	Obstáculos relativos aos sistemas de mão de obra e emprego	2	2	2	2	-	-	2	2	1	2	1	2	2

As barreiras mais freqüentemente citadas pelos pacientes com paraplegia foram os obstáculos encontrados para conseguir os serviços da Previdência Social e aqueles relativos aos sistemas de mão de obra e emprego.

Para os portadores de tetraplegia, foram analisadas as limitações de atividades e os fatores ambientais facilitadores, conforme tabela 15:

Tabela 15 - Distribuição das limitações de atividades dos pacientes com tetraplegia (G92.5), segundo os fatores ambientais facilitadores envolvidos na execução de atividades da vida diária. HAB, 2001.

CIF	Limitações de Atividades – CIF												
	D440	d450	d465	d470	d475	d510	d540	d845	d870	d910	d920	d930	d950
	Uso fino da mão	Andar	Deslocar-se	Utilização de transporte	Dirigir	Lavar-se	Vestir-se	Adquirir, manter sair de um emprego	Auto-suficiência econômica	Vida comunitária	Recreação e lazer	Religião e espiritualidade	Vida política e cidadania
e1151+4 Produtos e tecnologias de assistência para uso pessoal na vida diária como facilitadores	-	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1
e1201+3 Produtos e tecnologias facilitadores para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos ou externos	1	4	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	4
e5700+4 Serviços da Previdência social como elemento facilitador	1	3	3	3	3	-	-	6	-	3	2	3	3

Os fatores facilitadores ao desempenho das atividades mais citados pelos pacientes com tetraplegia foram os produtos para mobilidade e transporte pessoal.

Os fatores citados como obstáculos na execução das atividades diárias para portadores de tetraplegia constam da tabela 16:

Tabela 16 - Distribuição das limitações de atividades dos pacientes com tetraplegia (G92.5), segundo os fatores ambientais envolvidos como obstáculos na execução de atividades da vida diária. HAB, 2001.

CIF	Limitações de Atividades – CIF													
	D440 Uso fino da mão	d450 Andar	d465 Deslocar-se	d470 Utilização de transporte	d475 Dirigir	d510 Lavar-se	d540 Vestir-se	d845 Arrumar um emprego	d8451 manter-se em um emprego	d870 Auto-suficiência econômica	d910 Vida comunitária	d920 Recreação e lazer	d930 Religião e espiritualidade	d950 Vida política e cidadania
e1108.3 Produtos ou substâncias para consumo pessoal, outros especificados como obstáculos	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
e355.3 Obstáculo grave relativo ao apoio de profissionais de saúde	-	1	-	1	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-
e5252.3 Obstáculos relativos às políticas de habitação	-	1	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
e5700.2 Obstáculos relativos aos serviços da Previdência Social	-	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
e5901.4 Obstáculos relativos aos sistemas de mão de obra e emprego	-	4	3	4	3	-	-	1	1	1	1	1	1	1

Os pacientes com tetraplegia citaram os fatores relacionados aos sistemas de mão de obra e emprego como os obstáculos mais frequentes para o desempenho das atividades.

5. DISCUSSÃO

A CIF representa, sem dúvida, um avanço em direção às propostas de entender as necessidades e os resultados do tratamento das pessoas submetidas aos programas de reabilitação, no sentido de compreender as condições específicas em que as pessoas portadoras de deficiências físicas, mentais ou fisiológicas vivem, dado o ambiente em que estão inseridas, em seus aspectos naturais, tecnológicos e sociais.

O entendimento dessas dimensões integradas, natural, ambiental e humana, combinado com programas de reabilitação apropriados, podem reduzir o estigma que algumas populações possam sofrer no convívio diário em sociedade.

Neste estudo, procurou-se, com a aplicação da CIF, retratar a realidade dos pacientes com deficiências no aparelho locomotor e tentar quantificar as principais dificuldades, barreiras ou facilidades encontradas no dia-a-dia.

A aplicação da CIF, neste estudo, mostra a potencialidade de seu uso como uma linguagem comum entre pesquisadores, especialmente no campo das deficiências motoras.

Classificou-se as doenças e as conseqüências de causas externas utilizando a CID-10. As deficiências funcionais e de estrutura do corpo decorrentes foram relacionadas às dificuldades para execução e participação em atividades, após sua codificação com a CIF. A maioria dos entrevistados apresentou seqüelas de agressões por arma de fogo e de acidentes de trânsito (67,5%). A estrutura afetada foi, principalmente, a medula espinhal torácica (47,5%). As principais deficiências foram relacionadas às funções de continência urinária, continência fecal, de força e tônus musculares.

A utilização conjunta da CID-10 com a CIF levou à codificação dos diagnósticos das doenças dos pacientes internados para reabilitação em conjunto com a CIF, o que permitiu trabalhar com as associações. Assim, o diagnóstico de paraplegia, codificado pela CID-10 como G82.2, que apresentou o maior número de casos, associou-se significativamente ($\chi^2=14,23$; $p=0,0001$) às deficiências completas nas funções da força e tônus dos músculos da metade inferior do corpo, codificados pela CIF como b7303 e b7353, e também às deficiências das funções de continência urinária e fecal, codificadas pela CIF como b6202 e b5253.

Como este estudo foi empreendido junto aos pacientes em fase de alta hospitalar, algumas situações não puderam ser avaliadas, dado que os pacientes ainda não tinham vivido as experiências a elas relacionadas. Um exemplo diz respeito às questões ligadas às dificuldades em utilizar transporte público ou em dirigir automóveis. Este tipo de avaliação ficou prejudicado, pois a CIF somente permitirá realizá-la após adaptação à rotina do dia a dia do paciente pós- alta.

Outra dificuldade foi utilizar o qualificador de capacidade, que descreve a potencialidade de um indivíduo para executar uma tarefa ou ação. Este qualificador identifica o nível máximo provável de funcionamento que a pessoa pode atingir em um domínio específico em um dado momento. A capacidade é medida em um ambiente uniforme ou padrão refletindo assim a habilidade ambientalmente ajustada do indivíduo. Há de se considerar, ainda, a subjetividade dos critérios desenvolvidos para medir a capacidade de desempenho de um indivíduo em proporções relativas a uma hipotética situação “normal” ou relativas a uma situação do passado, que pode ser longínquo ou recente, dependendo da memória do paciente, e de, ainda, classificá-la como “ligeira”, “média” ou “alta”.

Dificuldades foram encontradas, também, ao escalonar as restrições de participação sentidas pelos pacientes na execução de atividades, dada a variação de sentimento de cada indivíduo isoladamente em relação às mesmas situações de vida, como, por exemplo, as diferenças individuais na valorização do apoio e relacionamento com amigos ou família.

Existem escalas desenvolvidas por profissionais das diferentes especialidades²⁷, que, talvez, pudessem facilitar o uso da CIF, como uma forma de padronização de medidas e critérios a serem utilizados para avaliar a funcionalidade, atividade e participação na sociedade. Citamos como exemplo, escalas para mensurar a dor, escalas para medir qualidade de vida, escalas como a escala FIM (Functional Independence Measure) desenvolvida para determinar o grau de deficiência dos pacientes em estágio inicial de tratamento e o progresso alcançado em programas de Medicina de Reabilitação, em relação às funções motoras e atividades cognitivas^{10,11,12,18,30}.

O instrumento utilizado, o *ICF Checklist Version 2.1ª, Clinician Form*, em sua versão em português, Formulário Clínico para a Classificação Internacional Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (Anexo 2), não se mostrou muito prático em seu formato atual, na experiência da prática de classificar os casos por meio de entrevistas. Esta falta de praticidade se liga ao fato de que as questões elaboradas para levantar as informações necessárias para a classificação estão inseridas na parte final do instrumento – Apêndices 1 e 2 -, o que representa uma dificuldade no momento da entrevista com o paciente. Recomenda-se que questões sejam colocadas junto a cada item das tabelas destinadas à classificação propriamente dita, ou seja, nas partes 1a, 1b, na parte 2, e na parte 3.

O formulário foi proposto como um guia para auxiliar o pesquisador na entrevista e sugere que sejam elaboradas outras perguntas adicionais, deixando em aberto, os critérios de coleta de dados. Considera-se a atenção para a falta de credibilidade das informações obtidas por meio de questões feitas sem planejamento prévio, porque podem estar sujeitas a vieses de entrevistador que pode, consciente ou inconscientemente, induzir as respostas, comprometendo os resultados das pesquisas, e, conseqüentemente, a comparabilidade com outros trabalhos científicos.

Além disso, o instrumento, na forma em que se encontra atualmente, não abrange todas as situações e todos os domínios das atividades, deixando-se de coletar algumas informações importantes para classificar algumas deficiências. Como ilustração do fato referido, no formulário, dispõe-se apenas de uma questão: “Você encontra alguma dificuldade para votar?” (“*Are you prevented from voting?*”) para medir a participação na vida política e cidadania(d950), que inclui participar da vida social, política e governamental como cidadão, ter o status legal de cidadão e desfrutar dos direitos, proteções, privilégios e deveres associados a este papel, como o direito ao voto e à candidatura a um cargo político, a formar associações políticas; desfrutar os direitos e as liberdades associadas à cidadania (o direito à liberdade de expressão, associação, religião, proteção contra a busca e apreensão não justificada, o direito a um defensor público, a um julgamento e outros direitos legais e proteção contra discriminação); ter posição legal como

cidadão. O direito ao voto, no Brasil, não remete o cidadão aos seus direitos políticos porque o voto não é definido em lei como um direito, mas como um dever de todo cidadão de 18 a 70 anos de idade. O não comparecimento às urnas, implica em sanções tais como multas, impedimento para praticar outros atos da vida civil (receber pagamento, viajar para o exterior, participar de certames como os concursos públicos para emprego, obtenção de documentos e outros).

Outros estudos realizados anteriormente apontaram algumas dificuldades na experiência de utilizar a CIF:

Em uma pesquisa²⁶, junto a uma amostra de deficientes auditivos, os autores consideraram a CIF um instrumento útil para classificar os efeitos da perda auditiva sobre as vidas dos sujeitos que participaram do estudo, porém, afirmam que as escalas de Atividades e Participação não são abrangentes o suficiente para classificar as dificuldades de comunicação enfrentadas pelos deficientes auditivos e também apontam para a necessidade do desenvolvimento do item sobre fatores pessoais a ser desenvolvido ainda na CIF.

Em estudo realizado sobre dor lombar²⁵, os autores apontam para falhas para a codificação da dor e de algumas funções musculares, tanto na versão resumida da CIF como na versão detalhada.

Seria interessante também que estudos fossem desenvolvidos pelas diferentes áreas do conhecimento com o objetivo de elaborar instrumentos adequados e padronizados para medir e classificar de maneira uniforme as deficiências e as limitações e restrições de participação em atividades da vida cotidiana e social.

Outra questão a ser considerada é que o idoso vem sofrendo transformações sociais e econômicas que, acompanhadas do reduzido suporte da família causado por estas transformações³³, poderão isolar-se, e seu convívio em sociedade estará prejudicado, caso seja portador de doença incapacitante.

É sabido que as comparações internacionais são desejáveis para estudos voltados à etiologia de uma doença, porém, a interpretação das diferenças entre países é arriscada, uma vez que são esperadas grandes variações, em registros e diagnósticos. As comparações dentro do país serão de utilidade para planejamento de serviços de saúde, a nível nacional, estadual e local⁶.

6. CONCLUSÕES

A prática de utilização da CIF mostrou que se constitui em uma ferramenta capaz de avaliar a funcionalidade dos pacientes com deficiências físicas e/ou mentais. Permite, também, identificar e classificar o estado funcional associado ao estado de saúde de indivíduos lesados.

É desejável que a CIF seja utilizada em conjunto com a CID-10, permitindo resultados mais amplos, com uma compreensão maior em termos da etiologia e da funcionalidade, sem a qual não poderá ser implantado um programa de saúde eficaz voltado para a reabilitação da população lesada.

A CIF significa um avanço em direção às propostas de entender as necessidades e as condições específicas em que as pessoas com alguma deficiência nas funções do corpo estão inseridas no ambiente, em seus aspectos naturais, tecnológicos e sociais, porém, precisaria incluir a classificação dos fatores pessoais.

Porém, é um instrumento de difícil aplicação, e é necessário treinamento prévio, com verificação de sua reprodutibilidade intra e interexaminador.

Sua aplicação, em larga escala, fica prejudicada, em função de fatores culturais e sociais que certamente afetarão os resultados encontrados para diferentes países.

Conclui-se que o uso da CIF é recomendável, ficando restrito a comunidades com alto grau de desenvolvimento político e institucional.

7. REFERÊNCIAS

1. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. **Introdução à epidemiologia**. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica; 2002.
2. Berquó ES, Leite VM. Algumas considerações sobre a demografia da população idosa no Brasil. **Ciênc Cult** 1988; 40(7): 679-88.
3. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Pública** 1997; 31:184-200.
4. Costa P, Perrouin- Verbe B, Colvez A, Didier J, Marquis P, Marrel A et al. Quality of life in spinal cord injury patients with urinary difficulties. Development and validation of qualiveen. **Eur Urol** 2001; 39(1):107-13.
5. Da Paz AC, Beraldo PS, Almeida MC, Neves EG, Alves CM, Khan P. Traumatic injury to the spinal cord. Prevalence in Brazilian hospitals. **Paraplegia** 1992; 20(9):636-40.
6. Dever GEA. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Livraria Pioneira e Editora; 1998.
7. Hennekens CH, Buring JE. **Epidemiology in medicine**. Boston: Little, Brown and Company; 1987.
8. Jiwa-Berrigter H, Van Engelen HGM, Lankhorst GJ. Application of the ICDH in rehabilitation medicine. **Int Disabil Stud** 1990; 12: 17-9.

9. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev Saúde Pública** 1987; 21: 200-10.
10. Keith RA, Granger CV, Hamilton BB, Sherwin FS. The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. **Adv Clin Rehabil** 1987; 1: 6-18.
11. Kirkwood BR. **Essentials of medical statistics**. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1988.
12. Laman H, Lankhorst GJ. Subjective weighting of disability: an approach to quality of life assessment in rehabilitation. **Disabil Rehabil** 1994; 16:198-204.
13. Last JM. **A Dictionary of epidemiology**. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1988.
14. Laurenti R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Rev Saúde Pública** 1991; 25:407-17.
15. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Lebrão ML, Gotlieb SLD. **Estatísticas de saúde**. 2^a. ed. São Paulo: EPU/EDUSP; 1987.
16. Laurenti R. Acidentes e violências/lesões e envenenamentos e a 10^a. revisão da Classificação Internacional de Doenças. **Rev Saúde Pública** 1997; 31 (4 Supl):55-8.
17. Mahoney FJ, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. **Md State Med J** 1965; 14: 56-61.
18. McDowell I, Newell C. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1987.

19. Organização Mundial de Saúde. Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português. **Manual de classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID 10**. 7^a. ed. São Paulo: EDUSP; 1999.
20. Palande DD. Nerve involvement in leprosy: prevention and management of deformities: need for a paradigm-shift. **Lepr Rev** 1994; 65:161-4.
21. Pasquali L. **Delineamento de pesquisa em ciência**. Brasília: Universidade de Brasília; 1998. (Série Métodos e Medidas em Ciências Psicossociais).
22. Pereira MG. **Epidemiologia : teoria e prática**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan; 1995.
23. Salén BA, Spangfort EV, Nygren ÅL, Nordemar R. The disability rating index: an instrument for the assessment of disability in clinical settings. **J Clin Epidemiol** 1994; 47:1423-34.
24. Scholz MR. **Deficiências e incapacidades de pessoas com doença arterial oclusiva crônica em membros inferiores**. São Paulo; 1999. [Tese de Doutorado- Escola de Enfermagem da USP].
25. Soukup MG, Vollestad NK. Classification of problems, clinical findings and treatment goals in patients with low back pain using ICDH-2 beta-2. **Disabil Rehabil** 2001; 23(11):462-73.
26. Stephens D, Gianopoulos I, Kerr P. Determination and classification of the problems experienced by hearing-impaired elderly people. **Audiology** 2001; 40(6):294-300.

27. Streiner DL, Norman GR. **Health measurement scales: A practical guide to their development and use.** 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 1989.
28. Trentini M., Silva, DGV, Leimann, AH. Mudança no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. **Rev Gaucha Enferm** 1990; 11(1):18-28.
29. van Bennekom CAM, Jelles F, Lankhorst GJ. Rehabilitation activities profile: the ICIDH as a framework for a problem-oriented assessment method in rehabilitation medicine. **Disabil Rehabil** 1995; 17:169-75.
30. van Brakel WH, Anderson AM, Worpel FC, Saiju R, Bk HB, Sherpa S et al. A scale to assess activities of daily living in persons affected by leprosy. **Lepr Rev** 1999; 70: 314-23.
31. van Brakel WH, van LM, Kets M, Drever W, Khawas IB, Gurung KS. Intra- and inter- tester reliability of sensibility testing in leprosy. **Int J Lepr** 1996; 64:287-98.
32. van Brakel WH, Anderson AMA. Impairment and disability in leprosy: in search of the missing link. **Ind J Lepr** 1997; 69:361-76.
33. Veras RP, Kalache A, Ramos LR. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Rev Saúde Pública** 1987;21:225-33.
34. World Health Organization. **Who Expert Committee on leprosy: Sixth report.** Geneva; 1988.(WHO- Technical Report Series, 768).
35. World Health Organization. Leprosy disabilities: magnitude of the problem. **Wkly Epidemiol Rec** 1995; 70: 269-76.

36. World Health Organization. Global case detection trend in leprosy. **Wkly Epidemiol Rec** 1997; 72:173-80.
37. World Health Organization. **ICIDH-2: International Classification of Impairments, Activities and Participation: A manual of dimensions of disablement and functioning. Beta-1 draft for field trials.** Geneva; 1997.
38. World Health Organization. **ICIDH-2: International Classification of Impairments, Activities and Participation: A manual of dimensions of disablement and functioning. Beta-2 draft, full version.** Geneva; 1999.
39. World Health Organization. International Classification of Functioning and Disability: a new release from WHO. **Note for the Press** [on line], Geneva, 1999 Aug 20. Available in <URL: <http://www.who.int/inf-pr-1999/en/note99-19.html>> [2002 Jun 5].
40. World Health Organization. **International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF.** Geneva: World Health Organization; 2001.

ANEXO 1

Pedido de Autorização para a Realização da Entrevista**Termo de Consentimento Autorizado**

Eu,

_____, fui informado e esclarecido do que se trata o estudo *Implantação de um Sistema de Informação baseado na utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em um hospital público.*

Estou de acordo em prestar as informações, responder às perguntas feitas, bem como tenho conhecimento do caráter científico do estudo proposto, no qual minha colaboração é voluntária, podendo me recusar ou retirar meu consentimento.

Estou ciente de que não haverá identificação pessoal dos participantes e da confidencialidade das informações.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Endereço da Pesquisadora: SHIS QL 24 Cj 09 Casa 01, Brasília-DF- Fone: 3671883.

ANEXO 2

Formulário Clínico

ICIDH-2

Versão 2.1a,

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Este é um *checklist* para conferir o agrupamento nas categorias principais da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde. A lista foi projetada como uma ferramenta prática para extrair e registrar informação sobre a funcionalidade e a inaptidão de um indivíduo. Esta informação pode ser usada para resumir as informações dos casos registrados (por exemplo na prática clínica ou em trabalho social) A lista pode ser usada com as versões da *ICIDH-2 Beta-2* reduzida ou com as versões completas OMS, 1999.

H 1. Ao completar este checklist, use toda a informação disponível. Por favor, confira o que será utilizado:

[1] registros escritos [2] respondente primário [3] outros informadores [4] observação direta

Se a informação médica e sobre o diagnóstico não estiver disponível sugere-se completar o apêndice I: Resumo das Informações de Saúde (p 9-10) que pode ser completado pelo respondente.

H 2. Data ____ / ____ / ____ H 3. Caso ID ____ H 4. o Participante Não. ____
Ano Mês Dia CE ou CS nº. do caso 1ª ou 2ª Avaliação FTC Local Participante

A. INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA

A.1 NOME (opcional) Nome _____ Sobrenome _____

A.2 SEXO (1) [] Feminino (2) [] Masculino

A.3 DATA DE NASCIMENTO ____ / ____ / ____ (dia/mês/ano)

A.4 ENDEREÇO (opcional)

A.5 ANOS DE EDUCAÇÃO FORMAL ____

A.6 ESTADOS MATRIMONIAIS ATUAIS: (Confira único que é muito aplicável)

(1) nunca foi casado [] (4) Divorciado []

(2) atualmente Casado [] (5) Viúvo []

(3) separado [] (6) Coabitando []

A.7 OCUPAÇÃO ATUAL (Selecione a única melhor opção)

(1) emprego assalariado [] (6) Aposentado []

(2) por conta própria [] (7) Desempregado (razão de saúde) []

(3) Não assalariado- trabalha, como voluntário/caridade [] (8) Desempregado (outra razão) []

(4) o estudante [] (9) Outro []

(5) manutenção da casa/Dona de casa [] (por favor especifique) _____

A.8 DIAGNÓSTICO MÉDICO de Saúde Principal ; existindo secundários, se possível dê Códigos de ICD.

1. nenhuma Condição Médica existe

2..... código de ICD: ____ . ____ . ____ . ____

3..... código de ICD: ____ . ____ . ____ . ____

4..... código de ICD: ____ . ____ . ____ . ____

5. uma Condição de Saúde (doença, desordene, dano) existe, porém sua natureza ou diagnose não é conhecida

ICIDH-2 lista de codificação © Organização Mundial de Saúde, 1999. Página 1

PARTE 1a: DETERIORAÇÕES DAS FUNÇÕES DO CORPO

- *Funções do Corpo* são as funções fisiológicas ou psicológicas do sistema do corpo.
- *Deteriorações de* · são problemas de função do corpo ou de estrutura como uma divergência significativa ou perda.

Qualificador:- Extensão de deteriorações: 0 nenhum deterioração, 1 deterioração Leve, 2 deterioração Moderada, 3 deterioração Severa, 4 deterioração Completa 8 não especificada 9 não aplicável

Lista pequena das Funções do Corpo	Qualificador	Comentários (.....)
b1. FUNÇÕES MENTAIS		
B110 consciência		
B115 orientação (tempo, lugar, pessoa)		
B120 intelectual (incl. Retardamento, demência)		
B135 sono		
B140 atenção		
B145 memória		
B155 emocional		
b2. FUNÇÕES SENSORIAIS		
B210 visão		
B230 audição		
B235 Vestibular (incl. Equilibre funções)		
B275 dor		
b3. VOZ E FUNÇÕES de FALA		
B310 voz		
b4. FUNÇÕES CARDIOVASCULAR, HEMATOLOGICA, IMUNOLÓGICA E SISTEMA RESPIRATÓRIO		
B410 coração		
B420 pressão sanguínea		
B430 Hematologia (sangue)		
B435 imunologia (alergias, hipersensibilidade)		
B440 respiração (respirar)		
b5. FUNÇÕES DIGESTIVAS, METABÓLICAS, SISTEMA ENDÓCRINO		
B515 digestivo		
B525 defecação		
B530 peso		
B555 endócrino (mudanças hormonais)		
b6. FUNÇÕES GENITURINARIAS E FUNÇÕES REPRODUCTIVAS		
B620 funções urinárias		
B640 funções sexuais		
b7. NEUROMUSCULOESQUELÉTICA E MOVIMENTO		
FUNÇÕES RELACIONADAS		
B710 mobilidade de articulação		
B730 função muscular		
B735 tonus muscular		
B765 movimentos involuntários		
b8. FUNÇÕES DA PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS		
QUALQUER OUTRA FUNÇÃO DO CORPO		

Parte 1 b: DETERIORAÇÕES DAS ESTRUTURAS DO CORPO

• Estruturas do Corpo são partes anatômicas do corpo como órgãos, membros e os componentes deles.

Deteriorações são problemas de função ou estrutura do corpo com divergência significativa ou perda.

Primeiro Qualificador:	Segundo Qualificador:
Extensão de deterioração	Localização
0 nenhum deterioração	0 mais que uma região
1 deterioração moderado	1 direito
2 deterioração moderado	2 esquerda
3 deterioração severo	3 ambos os lados
4 deterioração completo	4 frente
8 não especificaram	5 atrás
9 não aplicável	6 proximal
	7 distal

LISTA DAS ESTRUTURAS DO CORPO	Primeiro qualificador Extensão da deterioração	Segundo qualificador Localização
s1. ESTRUTURA DO SISTEMA NERVOSO		
S110 cérebro		
S120 medula espinhal e nervos periféricos		
s2. O OLHO, ORELHA E ESTRUTURAS RELACIONADAS		
s3. ESTRUTURAS QUE ENVOLVEM VOZ E FALA		
s4. ESTRUTURA DO CARDIOVASCULAR,		
SISTEMAS IMUNOLÓGICOS E		
RESPIRATÓRIOS		
S410 sistema cardiovascular		
S430 sistema respiratório		
s5. ESTRUTURAS RELACIONADAS AO SISTEMA DIGESTIVO, METABOLISMO E SISTEMAS ENDÓCRINOS		
s6. ESTRUTURA RELACIONADAS AO SISTEMA GENITURINÁRIO		
S610 sistema urinário		
S630 sistema de Reprodutivo		
s7. ESTRUTURA RELACIONADAS AO MOVIMENTO		
S710 cabeça e região de pescoço		
S720 região de ombro		
S730 extremidade superior (braço, mão)		
S740 pélvis		
S750 mais baixa extremidade (perna, pé)		
S760 tronco		
s8. PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS A QUALQUER OUTRA ESTRUTURA DO CORPO		

PARTE 2: ATIVIDADES, LIMITAÇÕES & RESTRIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

- Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.. Participação é envolvimento em uma situação de vida
- " Limitações de atividade são dificuldades que um indivíduo pode ter executando atividades. Restrições de participação são problemas que um indivíduo pode ter em envolvimento em situações de vida.

O qualificador de Desempenho descreve o que um indivíduo em seu ambiente atual. Como o ambiente traduz o contexto de sociedade, o desempenho também pode ser entendido como " o envolvimento em uma "situação de vida ou "a experiência vivida" das pessoas no contexto atual no qual eles vivem. Este contexto inclui os fatores ambientais - todos os aspectos do mundo físico, social e atitudinal que pode ser codificado usando os Fatores Ambientais.

O qualificador de Capacidade descreve a habilidade de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma ação. Este construto indica o mais alto nível provável de funcionalidade que uma pessoa pode alcançar em um determinado domínio em um determinado momento. Para avaliar a habilidade plena do indivíduo, precisaríamos ter um ambiente "padronizado" para neutralizar o impacto das variações dos ambientes diferentes sobre a habilidade do indivíduo. O ambiente padronizado pode ser: o atual ambiente geralmente usado para avaliação da capacidade em teste; ou (b) onde isto não é possível, um hipotético ambiente um impacto uniforme.

Nota: Use Apêndice 2 se precisou extrair informação sobre as Atividades e Participação do indivíduo

Primeiro Qualificador: Desempenho Extensão de Restrição de Participação	Segundo Qualificador: Capacidade (sem ajuda) Extensão de limitação de Atividade
0 nenhuma dificuldade	0 nenhuma dificuldade
1 dificuldade mínima	1 dificuldade Moderada
2 dificuldade moderada	2 dificuldade Moderada
3 dificuldade grave	3 dificuldade Severa
4 dificuldade completa	4 dificuldade Completa
8 não especificaram	8 não especificada
9 não aplicável	9 Não aplicável

<i>Lista Resumida do domínio das A&P</i>	<i>Qualificador de Desempenho</i>	<i>Qualificador de Capacidade</i>
D1. APRENDER E APLICAR CONHECIMENTO		
D110 Observar/assistir		
D115 Ouvir		
D140 Aprender a ler		
D145 Aprender a escrever		
D150 Aprender a calcular (aritmética)		
D175 Resolver problemas		

D2. TAREFAS E AÇÕES GERAIS		
D210 Empreender uma tarefa simples		
D220 Empreender múltiplas tarefas		
D3. COMUNICAÇÃO		
D310 Receber – expedir mensagens verbais		
D315 Receber– expedir mensagens não verbais		
D330 Falar		
D335 Produzir mensagens não verbais		
D350 Conversar		

<i>Lista Reduzida dos domínios A&P</i>	<i>Qualificador de Desempenho</i>	<i>Qualificador de Capacidade</i>
d4. MOBILIDADE		
d430 Levantar e carregar objetos		
d440 Uso do tato fino das mãos (<i>pegar, agarrar</i>)		
d450 Andar		
d465 Movimentar-se usando equipamento(<i>cadeira de rodas, patins, etc.</i>)		
d470 Usar meios de transporte (<i>carros, onibus, trem, avião, etc.</i>)		
d475 Dirigir (<i>bicicleta, motos, dirigir um carro, etc.</i>)		
d5. CUIDADOS PESSOAIS		
d510 Banhar-se (<i>banhar-se, secar-se, lavar as mãos, etc</i>)		
d520 Cuidar de partes do corpo (<i>escovar os dentes, barbear-se, etc.</i>)		
d530 Toilete		
d540 Vestir-se		
d550 Comer		
d560 Beber		
d570 Cuidar da própria saúde		
d6. DOMESTIC LIFE		
d620 Adquirir bens e serviços (<i>fazer compras, etc.</i>)		
d630 Preparar refeições(<i>cozinhar, etc.</i>)		
d640 Serviços domésticos (<i>limpar a casa, lavar louça, roupas, passar a ferro, etc.</i>)		
d660 Assisting others		
d7.RELAÇÕES INTERPESSOAIS		
d710 Relações pessoais simples		
d720 Relações pessoais complexas		
d730 Relaciona-se com estranhos		
d740 Relações formais		
d750 Relações informais		
d760 Relações Familiares		
d770 Relações Intimas		
d8. ÁREAS PRINCIPAIS DE VIDA		
d810 Educação informal		
d820 Educação escolar		
d830 Educação superior		
d850 Emprego remunerado		
d860 Transações econômicas simples		
d870 Auto-suficiência econômica		
d9. VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA		
d910 Vida comunitária		
d920 Recreação e lazer		
d930 Religião e espiritualidade		
d940 Direitos humanos		
d950 Participação política e cidadania		
QUALQUER OUTRA ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO		

PARTE 3: FATORES AMBIENTAIS

- Fatores ambientais abrangem o ambiente físico, social e das atitudes nos quais as pessoas vivem e conduzem suas vidas

Qualificador dos fatores ambientais Barreiras ou facilitadores	0 Não há barreiras	0 Não representa facilitador
	1 Barreira leve	+1 Facilitador fraco
	2 Barreira Moderada	+2 Facilitador moderado
	3 Barreira Grave	+3 Facilitador importante
	4 Barreira Completa	+4 Facilitador completo

Lista Reduzida do Ambiente	Qualificador das barreiras ou facilitadores
e1. PRODUTOS E TECNOLOGIA	
e110 Para consumo pessoal (comida,remédios)	
e115 Para uso pessoal na vida diária	
e120 Para transporte pessoal dentro de casa ou fora de casa	
e125 Produtos para comunicação	
e150 Produtos e tecnologia de construção para uso público	
e155 Produtos e tecnologia de construção par a uso particular	
e2. AMBIENTE NATURAL E HUMANO QUE INTERFEREM NAS MUDANÇAS	
e225 Clima	
e240 Luz	
e250 Som	
e3. APOIO E RELAÇÕES HUMANAS	
e310 Família nuclear	
e320 Amigos	
e325 Semelhantes, conhecidos, colegas, vizinhos e membros da comunidade	
e330 Autoridades	
e340 Provedores de cuidados pessoais e assistentes pessoais	
e355 Profissionais de saúde	
e360 Profissionais relacionados a saúde	
e4. ATTTUDES	
e410 Atitudes individuais de membros familiares	
e420 Atitudes individuais de amigos	
e440 Atitudes individuais de provedores e assistentes de cuidados pessoais	
e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde	
e455 Atitudes individuais de profissionais relacionados a saúde	
e460 Atitudes sociais	
e465 Normas sociais, práticas e ideologias	
E5. SERVIÇOS, SISTEMAS E NORMAS	
e525 Serviços domésticos, sistemas e normas	
e535 Serviços de comunicação, sistemas e normas	
e540 Serviços de transporte , sistemas e normas	
e550 Serviços legais, sistemas e normas	
e570 Serviços de seguro social, sistemas e normas	
e575 Serviços de assistência social gerais, sistemas e normas	
e580 Serviços de saúde, sistemas e normas	
e585 Serviços educacionais e de treinamento, sistemas e normas	
e590 Serviços Trabalho e emprego, sistemas e normas	
QUALQUER OUTRO FATOR AMBIENTAL	

PARTE 4: OUTRA INFORMAÇÃO - CONTEXTUAL

5.1 Fazer um esboço do indivíduo ou qualquer outra informação pertinente.

5.2 Incluir qualquer Fator Pessoal (por exemplo estilo de vida, hábitos, fundo social, educação, vida, eventos, raça/etnia, orientação sexual e recursos do indivíduo).

Apêndice 1:

INFORMAÇÃO DE SAÚDE

[] Relatório próprio [] Relatório Clínico (feito pelo médico)

X.1 altura: __/__/__ cm (ou polegadas)

X.2 peso: Kg de __/__/__ (ou libras)

X.3 Mão dominante (anterior a condição de saúde): Esquerda [] Direito [] Ambas as mãos igualmente []

X.4 como você taxa sua saúde física no último mês?

Muito bom [] Bom [] Moderado [] Ruim [] Muito ruim []

X.5 como você taxa sua saúde mental e emocional no último mês?

Muito bom [] Bom [] Moderado [] Ruim [] Muito ruim []

X.6 você tem alguma doença (s atualmente) ou distúrbio(s)?

[] NENHUM [] SIM

Se SIM, por favor especifique: _____

X.7 você sempre teve qualquer dano significante que teve um impacto em seu nível de funcionalidade?

[] NENHUM [] SIM

Se SIM, por favor especifique _____

X.8 Foi hospitalizado no último ano?

[] NENHUM [] SIM

Se SIM, por favor especifique a razão(s) e por quanto tempo?

1. _____; _____. _____. Quantos Dias ____
2. _____; _____. _____. Quantos Dias ____
3. _____; _____. _____. Quantos Dias ____

X.9 Você está tomando algum medicamento (prescreveu ou em cima do contador)?

[] NENHUM [] SIM

Se SIM, por favor especifique medicamentos principais

1. _____
2. _____
3. _____

ICIDH-2 lista de codificação © Organização Mundial de Saúde, 1999. Página 9

X.10 você fuma?

[] NENHUM [] SIM

X.11 Você consome álcool ou drogas?

[] NENHUM [] SIM

Se SIM, por favor especifique quantidade diária comum

Tabaco: _____

Álcool: _____

Drogas: _____

X.12 Você usa qualquer dispositivo como óculos e aparelho de audição, ajuda, cadeira de rodas, etc.?

[] NENHUM [] SIM

Se SIM, por favor especifique

X.13 você tem qualquer pessoa que o ajuda com seu cuidado pessoal, para fazer compras ou outras atividades diárias?

[] NENHUM [] SIM

Se SIM, por favor especifique a pessoa e ajuda que eles provêem

X.14 Você se ocupou de qualquer tipo de tratamento para sua saúde?

[] NENHUM [] SIM

Se SIM, por favor especifique:

X.15 Informação significativa adicional sobre sua saúde passada e presente:

X.16 NO ÚLTIMO MÊS, você reduziu suas atividades habituais ou de trabalho por causa de sua condição de saúde? (uma doença, dano, razões emocionais ou álcool ou uso de droga)

[] NENHUM [] SIM Se sim, quantos dias? _____

X.17 NO ÚLTIMO MÊS, você esteve totalmente impossibilitado de levar a cabo suas atividades habituais ou trabalho por causa de sua condição de saúde? (uma doença, dano, razões emocionais ou álcool ou uso de droga)

[] NENHUM [] SIM Se sim, quantos dias? _____

Apêndice 2:

PERGUNTAS GERAIS PARA PARTICIPAÇÃO & ATIVIDADES

As perguntas seguintes são propostas como um guia para ajudar o examinador a entrevistar o respondente sobre problemas funcionais, em termos de participação na sociedade e em atividades de vida diária. Leve em conta toda informação pessoal sabida sobre o respondente e faça perguntas adicionais, se necessário. Deverão ser reformuladas as frases com perguntas em aberto se necessário para extrair maior informação.

1. Você paga assistência de saúde adequada?
2. Você tem seguro-saúde? Que tipo: privado, público, saúde, reabilitação?
3. Você tem alguma pensão? Qual tipo: velhice, inaptidão, outros?
4. Em que tipo de lugar você vive? (casa, apartamento, etc.)
5. você tem uma família ou grupo das pessoas com quem você vive? Como são suas relações com os membros de sua família?
6. Você se dá bem seus amigos / colegas com quem que você tem contatos regulares?
7. Você acha difícil se mover ao redor da casa? Você tem problemas usando transporte público? ou seu próprio veículo pessoal?
8. Você tem algum problema para cuidar de sua limpeza pessoal ou vestir-se?
9. Você tem algum problema com atividades domésticas como limpar casa, lavar pratos ou tarefas semelhantes?
10. Você está em algum treinamento ou fazendo algum curso acadêmico? É a escola/curso/programa sensível às suas necessidades?
11. Você tem um trabalho remunerado? Você teve problemas para conseguir trabalho ou para manter-se no trabalho?
12. Você tem algum problema financeiro? Você está bem financeiramente?
13. Você se ocupa de qualquer jogo esportivo, jogos ou outras atividades recreativas?
14. Você se envolve com qualquer organização/associação: recreativa, religiosa, filantrópica, etc?
15. Você tem alguma condição de saúde que você sente e esconde de outros?
16. Sempre se sente insultado pelas atitudes de outras pessoas para sua condição de saúde?
17. Sempre se sente impedido de fazer o que você gostaria de fazer por causa de atitudes sociais (i.e. vacância, discriminação) lei ou outras barreiras ambientais?
18. É impedido de votar?