

APLICAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) NA PRÁTICA CLÍNICA DO FISIOTERAPEUTA

Sampaio, R. F.,¹ Mancini, M. C.,² Gonçalves, G. G. P.,³ Bittencourt, N. F. N.,³
Miranda, A. D.³ e Fonseca, S. T.¹

¹Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

²Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

³Fisioterapeutas

Correspondência para: Rosana Ferreira Sampaio, Rua Juvenal dos Santos, nº 222, Ap. 602, Luxemburgo,
CEP 30380-530, Belo Horizonte, Minas Gerais, e-mail: rosanaferreirasampaio@yahoo.com.br

Recebido: 8/10/2004 – Aceito: 11/5/2005

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial de Saúde publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), em 2001, que reflete a mudança de uma abordagem baseada na doença para enfatizar a funcionalidade como um componente da saúde. **Objetivo:** Analisar a aplicabilidade clínica desse modelo e a importância da CIF para o fisioterapeuta brasileiro. **Método:** Avaliação fisioterapêutica de três pacientes com lombalgia crônica, no contexto da CIF. **Resultados:** O paciente A relatou dor em grau três, prejudicando a qualidade do sono e algumas atividades de vida diária, não apresentou restrição na participação social e encontrava-se levemente satisfeito com a vida. O indivíduo B relatou dor graduada como quatro, chegando a nove no trabalho, limitação na participação social, principalmente restrições ao lazer, e mostrou-se levemente insatisfeito com a vida. O indivíduo C apresentou dor constante e de grau cinco, a lombalgia impactava negativamente seu trabalho e lazer. Este indivíduo mostrou-se extremamente insatisfeito com sua vida. **Conclusão:** O estudo mostrou que uma mesma patologia diagnosticada em diferentes indivíduos não causará necessariamente as mesmas repercussões funcionais, daí a necessidade de os profissionais envolvidos na reabilitação centrarem suas avaliações e intervenções no paciente, baseando-se no modelo da CIF como ferramenta para a descrição e a classificação de todo o processo saúde-doença.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), fisioterapia, lombalgia crônica.

ABSTRACT

Application of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in physiotherapists' clinical practice

Background: The World Health Organization published the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in 2001. This reflected the change from a disease-centered approach to an emphasis on functioning, as a component of health. **Objective:** To analyze the clinical applicability of this model and the importance of ICF to Brazilian physiotherapists. **Method:** Physiotherapeutic assessment of three patients with chronic low back pain, using the ICF as a frame of reference. **Results:** Patient A reported grade-three pain that compromised sleep quality and some daily activities, with no restriction on social participation and slight satisfaction with life. Subject B reported grade-four pain (but up to grade nine during work), with limited social participation, especially leisure-activity restrictions. This subject showed slight dissatisfaction with life. Subject C had constant grade-five pain. The low back pain had a negative impact on work and leisure activities. This subject was extremely dissatisfied with life. **Conclusion:** This study has demonstrated that the same disease diagnosed in different individuals will not necessarily cause the same functional consequences. This makes it necessary for professionals involved in rehabilitation to center their assessments and intervention efforts on the patient, using the ICF model as a tool to describe and classify the whole health-disease process.

Key words: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), physical therapy, chronic low back pain.

INTRODUÇÃO

Historicamente, as intervenções em reabilitação têm sido guiadas pelo modelo médico.¹ Esse modelo define saúde como a ausência de doenças e, por conseguinte, focaliza a avaliação e o tratamento nos sinais e nos sintomas da patologia, considerando apenas o nível físico.² Na atualidade, os modelos de reabilitação refletem uma mudança de paradigma e definem saúde em termos mais amplos, indicando que fatores sociais, psicológicos e ambientais contribuem para a saúde e a qualidade de vida.^{3,4}

A fisioterapia necessita de um modelo teórico que guie sua prática e sua pesquisa, demarcando seu papel na sociedade.⁵ Dessa forma, a aplicação de um modelo teórico mais adequado à atuação dos fisioterapeutas possibilitaria melhor compreensão do processo vivenciado pelo indivíduo, desde a instalação da doença até suas conseqüências funcionais.²

Ao longo dos últimos anos foram propostos alguns modelos para nortear as discussões e as pesquisas sobre o tema da incapacidade. Por incapacidade entende-se o(s) impacto(s) que as condições agudas e crônicas têm nas funções corporais e na habilidade de o indivíduo atuar de modo esperado e pessoalmente desejável na sociedade.^{5,6} O primeiro modelo foi desenvolvido na década de 1960 por Saad Nagi,⁷ baseado na teoria sociológica, para descrever o processo de incapacidade, tendo como ponto central quatro conceitos: patologia ativa, disfunção, limitação funcional e incapacidade.⁷ Nagi definiu uma relação linear entre os componentes, estabelecida desde o início da doença e que se completa quando a incapacidade se instala⁷ (Tabela 1).

Uma versão modificada do modelo de Nagi foi proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1980, para responder à necessidade de melhor documentação dos processos de cuidados com a saúde.⁸ O desenvolvimento de tecnologia e instrumentação em saúde contribuiu para a eliminação ou o controle de muitas doenças agudas e, dessa forma, as condições crônicas e suas conseqüências tornaram-se o principal foco de preocupação dos profissionais de saúde.⁸ Nesse contexto, a *International Classification of Impairments, Disability and Handicap* (ICIDH) foi uma tentativa de descrever essa nova realidade na área da saúde.^{3,9} A ICIDH apresenta três conceitos centrais: deficiência ou disfunção (*impairment*), incapacidade (*disability*) e restrição social (*handicap*).

Embora esses modelos tenham contribuído para uma compreensão mais abrangente do processo de incapacidade, diversos autores argumentam sobre suas limitações em explicar os fenômenos de funcionalidade e de incapacidade humana.⁸⁻¹⁰ Além disso, a importância de considerar a qualidade

de vida como um desfecho determinante desse processo foi sugerido por diversos autores.^{5,11} Segundo a OMS, qualidade de vida é a percepção das pessoas de sua condição na vida, dentro do contexto de cultura e sistemas de valores nos quais elas vivem e em relação a suas metas, expectativas e padrões sociais.¹¹ Jette⁵ argumenta que qualidade de vida é um conceito que se sobrepõe aos componentes de incapacidade definidos por Nagi, pois engloba função física, interação social e aspectos emocionais, entre outros.

Uma das críticas feitas à ICIDH refere-se ao fato de que suas classificações estavam alinhadas com as seqüelas das doenças, ou seja, elas descreviam apenas os aspectos negativos das condições de saúde.⁴ Ademais, o modelo causal de progressão linear das disfunções para as incapacidades e as restrições sociais apresentava problemas para classificar os diversos aspectos da funcionalidade. Dessa forma, a ICIDH representa mais uma classificação de pessoas com incapacidade do que uma classificação neutra da funcionalidade humana.⁸⁻¹⁰

Em 2000, após diversas revisões, a ICIDH-2 foi aprovada. Essa nova versão engloba o chamado modelo biopsicossocial, uma síntese das abordagens médica e social ao processo de incapacidade.¹² Cada dimensão desse processo é conceitualizada como uma interação dinâmica entre os fatores intrínsecos ao indivíduo e o seu ambiente físico e social.¹³ As três dimensões descritas previamente na ICIDH foram então definidas como: disfunção, limitação de atividade e restrição da participação.^{12,13} Esses domínios apresentam a mesma significância e são independentes uns dos outros no processo de incapacidade. Por exemplo, uma pessoa que apresenta uma disfunção não necessariamente terá limitações de atividade ou restrições na participação social, assim como uma pessoa pode vivenciar limitações de atividade e restrição na participação sem apresentar nenhuma disfunção.¹⁰

A OMS aprovou, em 2001, o sistema de classificação definitivo para o entendimento da funcionalidade e da incapacidade humana: a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).⁴ O novo título reflete a mudança de uma abordagem baseada nas conseqüências das doenças para uma abordagem que prioriza a funcionalidade como um componente da saúde e considera o ambiente como facilitador ou como barreira para o desempenho de ações e tarefas.¹⁴ A nomenclatura utilizada baseia-se nas descrições positivas de função, atividade e participação.¹⁴ Na versão final da OMS, funcionalidade engloba todas as funções do corpo e a capacidade do indivíduo de realizar atividades e tarefas relevantes da rotina diária, bem como sua participação na sociedade. Similarmente, incapacidade abrange as diversas manifestações de uma doença, como: prejuízos nas funções do corpo, dificuldades no

desempenho de atividades cotidianas e desvantagens na interação do indivíduo com a sociedade⁴ (Tabela 1).

A CIF pertence à família das classificações internacionais desenvolvidas pela OMS e pode ser aplicada em vários aspectos da saúde.⁴ As condições de saúde (doenças, distúrbios e lesões) são classificadas principalmente pela Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10), que, com base no modelo médico, fornece uma estrutura

etiológica, às vezes baseada em sistemas ou fases da vida. A funcionalidade e a incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na CIF. Portanto, a CID-10 e a CIF são complementares: as informações sobre o diagnóstico e a funcionalidade, em conjunto, fornecem uma imagem mais completa e significativa da saúde das pessoas e que pode ser utilizada para a tomada de decisão em diferentes âmbitos da saúde.⁴

Tabela 1. Perspectiva histórica dos principais modelos de função e disfunção humana.

| Modelo | Descrição (componentes) | | | |
|--|---|--|---|---|
| Nagi (1965) | Patologia ativa → Deficiência → Limitação funcional → Incapacidade | | | |
| Terminologia | Interrupção ou interferência nos processos normais e esforços do organismo para retornar aos estados normais. | Anormalidades ou perdas anatômicas, fisiológicas, mentais ou emocionais. | Limitação do desempenho no nível do organismo ou da pessoa. | Limitação no desempenho de papéis e tarefas socialmente definidos em um ambiente sociocultural e físico. |
| International Classification of Impairment, Disability and Handicap (OMS, 1980) | Doença → Disfunção → Incapacidade → Restrição social | | | |
| Terminologia | Patologias intrínsecas ou desordens orgânicas. | Perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica no nível orgânico. | Restrição ou perda da habilidade de realizar uma atividade de maneira normal. | Desvantagem decorrente da disfunção ou incapacidade que limita ou impede a realização de uma função normal pelo indivíduo. Depende de idade, sexo e fatores socioculturais. |
| International Classification of Functioning, Disability and Health (CIF) (OMS, 2001) | Condição de saúde (distúrbio ou doença) ↔ Estrutura e função do corpo ↔ Atividade ↔ Participação | | | |
| Terminologia | Fatores pessoais | | Fatores ambientais | |
| | Termo genérico que denomina doença, distúrbio, lesão ou trauma, inclui também circunstâncias como estresse, envelhecimento, anomalia congênita ou predisposição genética. | Partes anatômicas, como órgãos, membros e seus componentes, bem como funções fisiológicas dos sistemas do corpo, incluindo funções psicológicas. | Execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. | Envolvimento em situações de vida. |

A CIF fornece uma descrição de situações relacionadas às funções humanas e a suas restrições, servindo como uma estrutura para organizar essa informações de forma significativa, integrada e facilmente acessível.⁴ Assim, a CIF tem múltiplas finalidades: fornecer uma base científica para o entendimento e o estudo da saúde e estabelecer uma linguagem comum a ser utilizada pelos usuários e profissionais da saúde, além de influenciar e motivar a produção científica da área, promovendo o desenvolvimento de novas avaliações e condutas.^{4,12}

Os componentes classificados pela CIF são descritos em termos de domínios de saúde (isto é, ver, ouvir, andar e aprender) e domínios relacionados à saúde (isto é, transporte, educação e interações sociais). Esses domínios são caracterizados em duas listas básicas, com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade: (1) funções e estruturas do corpo e (2) atividade e participação.⁴ O componente referente à primeira lista caracteriza-se pelas funções fisiológicas e/ou psicológicas dos sistemas corporais (sistemas musculoesquelético, endócrino, nervoso central, etc.) e por suas partes anatômicas (órgãos, membros e seus componentes).⁴ O componente de atividade descreve a habilidade individual de executar uma tarefa ou ação da rotina diária em diversos contextos (isto é, pessoal, profissional e comportamental).¹⁵ O componente de participação social representa a interação de um indivíduo na sociedade em situações de vida cultural, comportamental e social.^{4,15,16}

O enfoque principal da CIF é a influência dos fatores contextuais (ambientais e pessoais) e seus impactos, tanto positivos quanto negativos, nas três dimensões das condições de saúde: estrutura e função do corpo, atividade e participação social.^{4,10} Nessa classificação, todos os domínios de saúde e os conteúdos relacionados interagem e apresentam a mesma relevância para descrever o processo de funcionalidade e incapacidade.⁶ Essa classificação constitui uma abordagem com múltiplas perspectivas para descrever a funcionalidade e a incapacidade como um processo interativo e evolutivo.⁴

A Avaliação Fisioterapêutica no Contexto da CIF

A adoção do modelo de funcionalidade e incapacidade humana possibilita ao fisioterapeuta, em seus procedimentos de avaliação e de intervenção, considerar um perfil funcional específico para cada indivíduo.² Norteado por esse modelo, o profissional pode identificar as capacidades e as limitações nos três níveis que envolvem a saúde¹² e desenvolver um plano de tratamento centrado no paciente.¹⁵

O conceito ampliado de saúde na avaliação fisioterapêutica é discutido neste artigo, na tentativa de demonstrar que uma mesma patologia, diagnosticada em diferentes indivíduos, não causará o mesmo impacto, e este não se restringe ao nível de estrutura e função do corpo.^{2,15} Portanto, a avaliação deve ser voltada para o paciente, considerando com o mesmo grau de importância todas as dimensões da saúde, incluindo as atividades e a participação social.^{2,15,17} A aplicabilidade clínica desse modelo e a importância de um sistema de classificação

como a CIF para o fisioterapeuta brasileiro serão analisadas neste estudo, tomando como objeto de análise a lombalgia crônica.

Segundo o Painel de Filadélfia (2001), a lombalgia é classificada como crônica quando há sintomas recorrentes por mais de 12 semanas.¹⁸ Aproximadamente 80% da população adulta irá apresentar algum episódio de dor lombar, sendo que 30% poderá desenvolver sintomas crônicos.¹⁷⁻¹⁹ O impacto da lombalgia na funcionalidade é consenso entre os profissionais de saúde, podendo restringir principalmente as atividades ocupacionais, gerando repercussões socioeconômicas importantes.^{17,18}

A lombalgia crônica apresenta como principal sintomatologia: dor, diminuição da força muscular, restrição da amplitude de movimento, espasmos musculares e alterações posturais.¹⁸ É comum ocorrer limitações funcionais nas atividades de vida diária e de vida prática, além de restrição na participação do indivíduo na sociedade (lazer, trabalho, escola).¹⁹

Neste estudo foram avaliados três indivíduos com diagnóstico médico de lombalgia crônica inespecífica, classificados, segundo a CID-10, com o código M.54.5. Eles foram selecionados no Serviço de Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Minas Gerais. A avaliação fisioterapêutica consistiu de um protocolo com instrumentos padronizados englobando as dimensões de saúde propostas pela CIF. Deve-se destacar que os instrumentos escolhidos não são as únicas alternativas para realizar uma avaliação mais global nos moldes da CIF. Eles são apenas exemplos de como os profissionais envolvidos na reabilitação podem utilizar ferramentas já desenvolvidas, aplicando o modelo teórico de funcionalidade e incapacidade, e classificar os achados segundo a CIF.

Informações sobre o componente de estrutura e função do corpo foram obtidas pelo exame físico (avaliação postural, movimentação ativa e palpação) e pela Escala Visual Analógica da Dor, que gradua a sensação dolorosa de zero a dez, sendo zero a ausência de dor e dez a dor mais insuportável vivenciada pela pessoa.¹⁹⁻²¹ Na descrição do componente de atividade utilizou-se o Brazil Roland Morris Questionnaire, um instrumento que avalia a incapacidade resultante da dor lombar, apresentando 24 situações que exemplificam consequências funcionais decorrentes da lombalgia. Em 2001, Nusbaum *et al.*²² traduziram para o português e adaptaram o questionário para a população brasileira. Para avaliar aspectos referentes à participação social, segundo a CIF, foi utilizada a Medida de Desempenho Ocupacional Canadense (*Canadian Occupational Performance Measure – COPM*),²³ que constitui uma medida individualizada, administrada na forma de entrevista semi-estruturada, cujo objetivo é mensurar a autopercepção do paciente em relação ao seu desempenho ocupacional, enfocando as áreas de auto-cuidado, produtividade e lazer. Assim, a COPM possibilita mensurar itens tanto de atividade quanto de participação social.²³ Essa medida baseia-se no

modelo da prática centrada no cliente, uma vez que incorpora o ambiente e as expectativas individuais, assegurando que as questões levantadas sejam de relevância para o cliente,²³ que é encorajado a identificar até cinco atividades que ele considere como as de mais difícil execução ou desempenho e, depois, pontuá-las, dando-lhes uma nota de zero a dez.²³ A COPM é um instrumento com validade e confiabilidade testadas em diversos contextos clínicos, incluindo a lombalgia crônica.^{17,23}

Para estimar a qualidade de vida, este estudo utilizou a Escala de Satisfação com a Vida (*The Satisfaction with Life Scale*). Shin & Johnson²⁴ definem satisfação com a vida como a avaliação global da qualidade de vida de uma pessoa de acordo com seus próprios critérios. Esta é uma área subjetiva do bem-estar, centrada nos julgamentos da própria pessoa e não em critérios considerados importantes pelos avaliadores.²⁵ A escala não avalia a satisfação em domínios da vida como saúde ou finanças, mas permite ao indivíduo integrar e dar importância a eles da maneira que escolher. Os itens da escala são de natureza global e não específica, permitindo respostas em termos dos valores do próprio indivíduo, alcançando um julgamento abrangente da satisfação com a vida.²⁵ O instrumento é curto e apresenta cinco afirmativas com as quais o respondente pode concordar ou discordar, como, por exemplo, “em muitos aspectos, minha vida aproxima-se dos meus ideais”.²⁵ As respostas são dadas numa escala de sete pontos que variam de “discordo totalmente” (escore 1) a “concordo

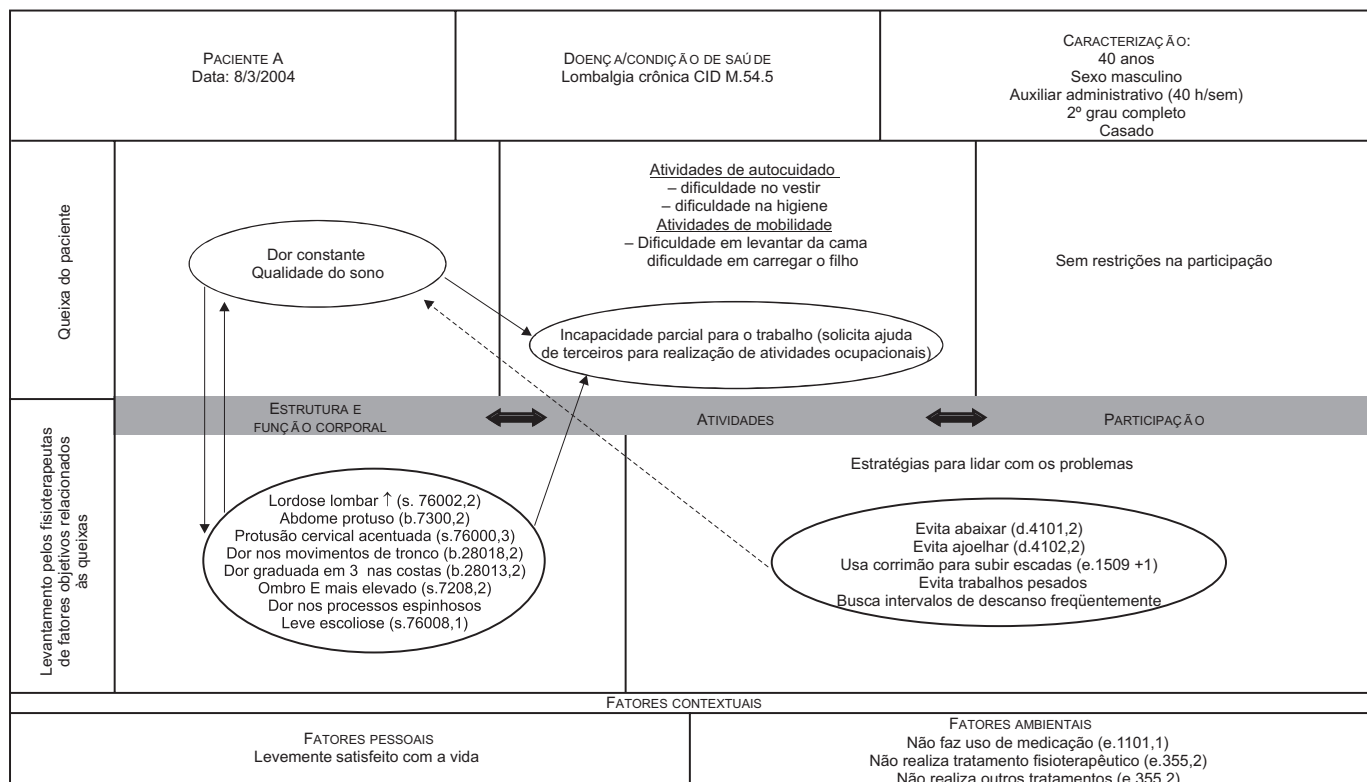
totalmente” (escore 7). Um escore igual a 20 representa um ponto neutro em que o indivíduo está igualmente satisfeito ou insatisfeito com sua vida.

RESULTADOS

As Tabelas 2, 3 e 4 apresentam a caracterização dos indivíduos e os resultados obtidos por meio dos instrumentos utilizados na avaliação fisioterapêutica classificados segundo a CIF. O nível de dor descrito pelos indivíduos foi baixo, não se caracterizando como a principal queixa. Nenhum deles encontrava-se afastado do trabalho em decorrência da lombalgia crônica, porém todos relataram piora dos sintomas durante as atividades ocupacionais e não realizaram qualquer tipo de tratamento desde o diagnóstico.

O indivíduo A relatou início dos sintomas há um ano e meio, sentindo dor constante graduada como três, segundo a Escala Analógica da Dor, prejudicando a qualidade do sono e atividades como vestir uma calça, higiene dos pés, levantar-se da cama e carregar o filho. Seu trabalho demanda posturas sustentadas como permanecer sentado por longos períodos de tempo e tarefas que exigem carregar objetos pesados. Ele solicita ajuda de terceiros para a realização de algumas atividades ocupacionais. Entretanto, ele não apresenta restrição na participação social e encontra-se levemente satisfeito com sua vida.

Tabela 2.



Adaptado de Steiner et al.¹⁵

O indivíduo B relatou dor constante iniciada há cerca de dois anos, após acidente de trabalho. No momento da avaliação, a dor foi graduada como quatro. Durante e após o trabalho, a sensação dolorosa torna-se quase insuportável, sendo graduada como nove, pois sua demanda ocupacional exige movimentos repetitivos de tronco (flexão e rotação). Esse indivíduo apontou como principais limitações de atividade: calçar sandálias, higiene dos pés, lavar o cabelo no tanque e carregar a filha. O impacto da lombalgia crônica na participação social caracterizou-se pela restrição no lazer (passear de bicicleta). Esse indivíduo encontra-se levemente insatisfeito com sua vida.

A dor no indivíduo C teve início há um ano, apresentando-se constante e de grau cinco no momento da avaliação. As principais limitações apontadas no nível de atividade foram: ficar muito tempo em pé, sentar em um sofá mais baixo, dirigir moto e carregar latas de tinta, sendo as duas últimas tarefas imprescindíveis em seu emprego. Não praticar esportes com os amigos foi descrito como a única restrição na participação social. Esse indivíduo encontra-se extremamente insatisfeito com sua vida.

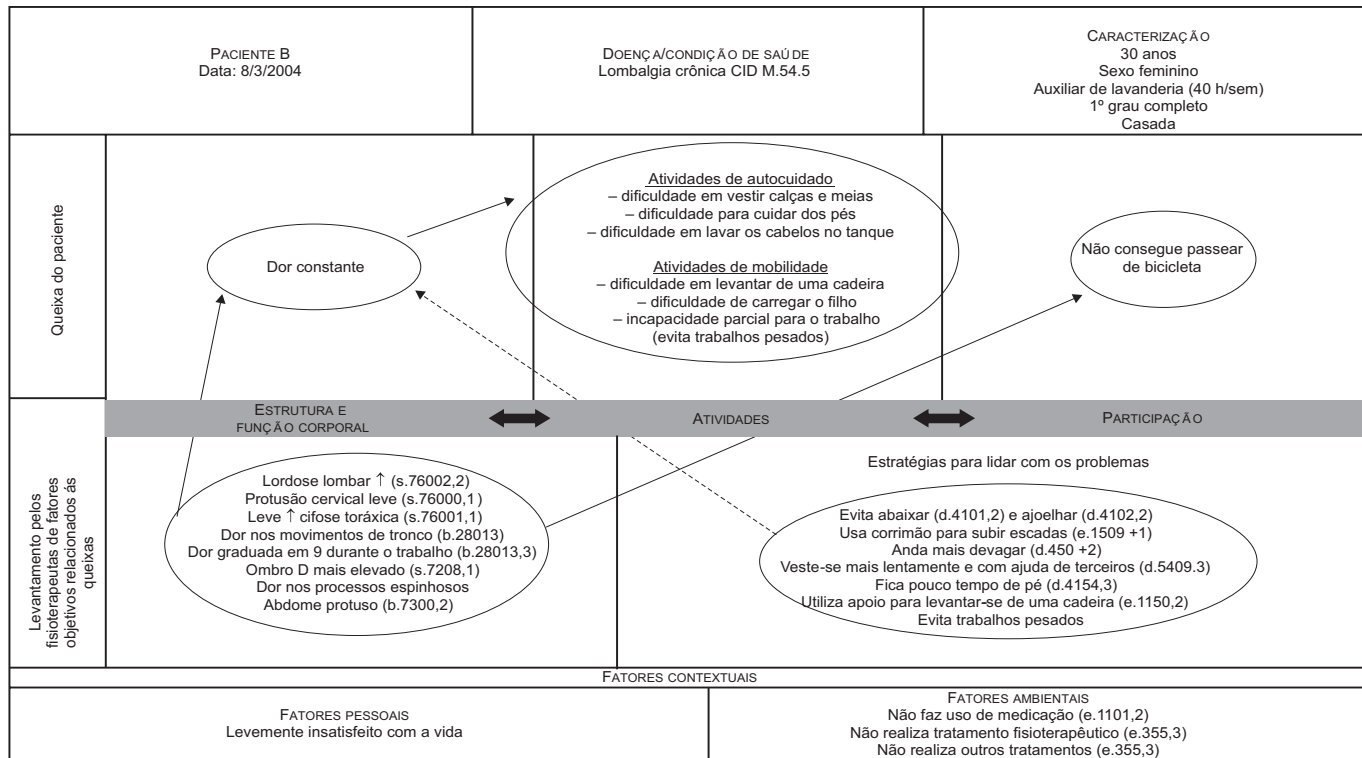
DISCUSSÃO

Um passo crítico para o futuro da profissão de fisioterapeuta é o desenvolvimento de estratégias diagnósticas condizentes com sua prática clínica.¹ O profissional deve

ser capaz de identificar as discrepâncias que existem entre o nível de função desejado pelo paciente e sua capacidade de alcançá-lo.²⁶ Uma premissa importante é a de que o tratamento deve ser baseado no perfil funcional identificado pelo fisioterapeuta, pois o diagnóstico médico não provê informações suficientes acerca das conseqüências das doenças e de seus impactos em todas as dimensões da funcionalidade humana.¹ A utilização da CIF pelos profissionais envolvidos no processo de reabilitação aumenta a qualidade e a individualidade dos dados relativos aos pacientes, pois duas pessoas com a mesma doença podem apresentar diferentes manifestações funcionais e duas pessoas com capacidade funcional equivalente não necessariamente apresentam a mesma condição de saúde.⁴

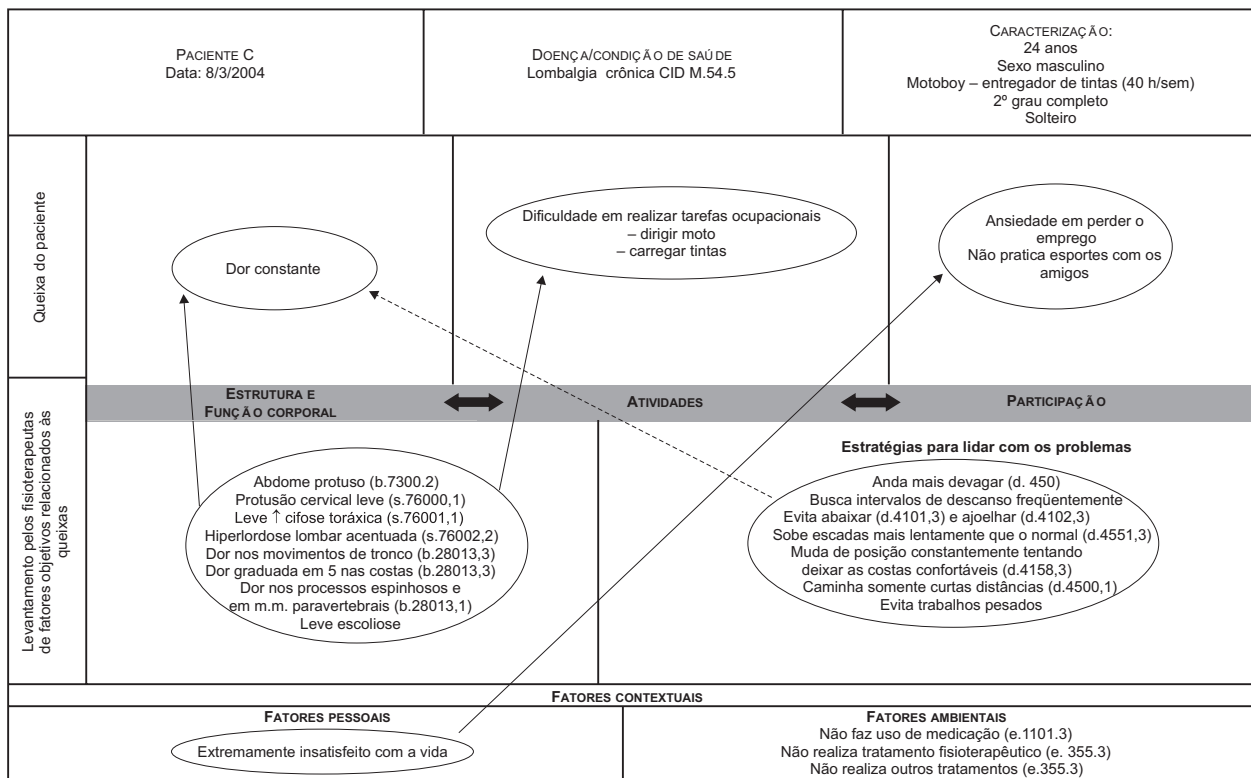
Os profissionais envolvidos na reabilitação tentam relacionar os problemas e as necessidades levantadas pelo indivíduo com as disfunções, limitações de atividade e restrições na participação ou, ainda, com fatores pessoais e ambientais. Para entender melhor esse tipo de interação existente nos processos de funcionalidade e de incapacidade humana é necessário introduzir o conceito de fator moderador. Segundo Baron & Kenny,²⁷ uma variável moderadora é aquela que interfere e modifica a relação entre outras variáveis, podendo afetar a direção e a força da relação entre elas. No presente estudo, embora a dor do paciente aparentemente possa ser vista como fator que se relaciona diretamente com a satisfação, essa relação precisa ser explorada com a complexidade adequada.

Tabela 3.



Adaptado de Steiner et al.¹⁵

Tabela 4.



Adaptado de Steiner et al.¹⁵

A dor de dois dos três pacientes avaliados parece restringir suas participações sociais. Essa relação é ilustrada pelas estratégias utilizadas pelos indivíduos para lidar com as limitações nas atividades da rotina diária. Enquanto os pacientes B e C, que demonstraram restrições na participação social, apresentam comprometimento de sua satisfação, o paciente A, que não apresentou restrição na participação social, apesar de também apresentar queixa de dor, relatou melhor nível de satisfação com a vida. Essa análise sugere que a relação entre dor e satisfação é influenciada pelas limitações funcionais e pela restrição na participação social do indivíduo. Nesse caso, fatores como limitação funcional e restrição na participação seriam considerados moderadores na relação entre dor e nível de satisfação com a vida.

Os problemas identificados por meio da avaliação fisioterapêutica realizada nos indivíduos deste estudo estão de acordo com os achados da literatura sobre as repercussões da lombalgia na vida das pessoas.^{17,21} A lombalgia crônica está associada não somente a sintomas como dor, fraquezas musculares e limitações de movimento, mas também pode causar impacto na realização de tarefas da vida diária, como calçar sapatos, subir escadas, virar-se na cama e, ainda, restringir a participação em situações de convívio social, como, por exemplo, no trabalho e no lazer.^{17,21} Além disso, segundo alguns autores, parece não haver correlação direta entre a intensidade da dor e o grau de incapacidade em pacientes com lombalgia crônica.²¹ Portanto, fatores biomecânicos podem influenciar a dor, en-

quanto fatores psicossociais podem influenciar o desenvolvimento e a duração da incapacidade.^{17,21}

Um importante desfecho avaliado neste estudo foi o impacto da lombalgia crônica na qualidade de vida dos indivíduos. De acordo com Kovacs et al.,²¹ não só a dor e a incapacidade determinam a qualidade de vida em pacientes com lombalgia crônica, outros fatores não relacionados a essa condição de saúde podem influenciar a qualidade de vida, como fatores pessoais, familiares e econômicos, ansiedade, depressão, tipo de personalidade e outras situações de vida.²¹ A influência de fatores como faixa etária e estado civil na qualidade de vida pôde ser claramente observada durante a avaliação do indivíduo C. Por ser uma pessoa jovem e solteira, com grandes expectativas em relação a sua estabilidade financeira e afetiva, nesse indivíduo a lombalgia crônica repercutiu mais negativamente em sua satisfação com a vida do que nos outros que eram casados e estáveis financeiramente. A análise dos três casos apresentados ilustra o fato de que o mesmo diagnóstico leva, no processo de incapacidade, a diferentes desfechos que, por sua vez, também dependem das estratégias utilizadas por cada indivíduo.

Essas informações enfatizam a importância de os fatores contextuais (ambientais e pessoais) serem considerados nos processos de funcionalidade e incapacidade humana. De acordo com a CIF, esses fatores interagem com os componentes das funções e estruturas do corpo e de atividades e participação,⁴ sendo importantes na construção da incapacidade.¹⁰ Esse

processo pode ser descrito como a interação entre a condição de saúde da pessoa e o contexto (ambiental e pessoal) no qual ela se encontra. O desfecho dessa relação pode ser identificado como o desempenho, o comportamento ou o nível de produtividade e descrito como um desfecho da incapacidade nos níveis do corpo, da pessoa e da sociedade.¹⁰

Uma abordagem terapêutica abrangente permite que as necessidades dos indivíduos com doenças crônicas sejam completamente consideradas. Uma disparidade entre os problemas levantados por um indivíduo e os fatores objetivos avaliados pelos profissionais da reabilitação pode levar a estratégias inapropriadas de intervenção, dificuldades na comunicação e diminuição da adesão ao tratamento.¹⁵ Portanto, uma avaliação centrada no paciente permite aos profissionais da saúde a formulação dos problemas relevantes e dos objetivos específicos, o discernimento dos fatores que causam ou contribuem para esses problemas e o planejamento de intervenções mais apropriadas.¹⁵

Após analisar todos os componentes envolvidos nos processos de funcionalidade e de incapacidade humana, os fisioterapeutas devem centrar suas avaliações e intervenções no paciente, baseando-se no modelo da CIF como ferramenta para a descrição e a classificação de todo o processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sahrman SA. Diagnosis by the physical therapist-a prerequisite for treatment. A special communication. *Phys Ther* 1988; 68(11): 1703-6.
- Sampaio RF, Mancini MC, Fonseca ST. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. *Rev Bras Fisioterapia* 2002; 6(3): 113-118.
- Organização Mundial de Saúde. International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. In: Saúde OMD. Genebra; 1980.
- Organização Mundial de Saúde (OMS)/Organização Panamericana de Saúde (OPAS). CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Universidade de São Paulo; 2003.
- Jette AM. Physical disablement concepts for physical therapy research and practice. *Phys Ther* 1994; 74(5): 380-6.
- Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med* 1994; 38(1): 1-14.
- Nagi SZ. Some conceptual issues in disability and rehabilitation. In: Sussman MB, editor. *Sociology and rehabilitation*. Washington, D.C.: American Sociological Association; 1965.
- Gray DB, Hendershot GE. The ICDH-2: developments for a new era of outcomes research. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81(12 Suppl 2): S10-4.
- Johnston M, Pollard B. Consequences of disease: testing the WHO International classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH) model. *Soc Sci Med* 2001; 53(10): 1261-73.
- Schneidert M, Hurst R, Miller J, Ustun B. The role of environment in the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Disabil Rehabil* 2003; 25(11-12): 588-95.
- The World Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10): 1403-1409.
- Organização Mundial de Saúde. Icidh-2: Internacional classification of functioning and disability. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1999.
- Soukup MG, Vollestad NK. Classification of problems, clinical findings and treatment goals in patients with low back pain using the ICDH-2 beta-2. *Disabil Rehabil* 2001; 23(11): 462-73.
- Nordenfelt L. Action theory, disability and ICF. *Disabil Rehabil* 2003; 25(18): 1075-9.
- Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther* 2002; 82(11): 1098-107.
- Dijkers MP, Whiteneck G, El-Jaroudi R. Measures of social outcomes in disability research. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81(12 Suppl 2): S63-80.
- Walsh DA, Kelly SJ, Johnson PS, Rajkumar S, Bennetts K. Performance problems of patients with chronic low-back pain and measurement of patient-centered outcome. *Spine* 2003; 29(1): 87-93.
- Philadelphia panel evidence-based clinical practice guidelines on select rehabilitation interventions for low back pain. *Phys Ther* 2001; 81(10): 1641-1674.
- Nyendo J, Haas M, Goldberg B, Sexton G. Pain, disability, and satisfaction outcomes and predictors of outcomes: a practice-based study of chronic low back pain patients attending primary care and chiropractic physicians. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 2001; 24(7): 433-439.
- Magee DJ. Avaliação musculoesquelética. 3ª ed. São Paulo: Manole; 2002.
- Kovacs FM, Abreira V, Zamora J, Teresa Gil del Real M, Llobera J, Fernandez C, et al. Correlation between pain, disability, and quality of life in patients with common low back pain. *Spine* 2004; 29(2): 206-10.
- Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire — Brazil Roland-Morris. *Braz J Med Biol Res* 2001; 34(2): 203-10.
- Pollock N, McColl MA, Carswell A. Medida de performance ocupacional canadense. In: *Prática baseada no cliente na terapia ocupacional: guia para implementação*. São Paulo: Editora Roca; 2003. P. 183-204.
- Shin DC, Johnson DM. Avowed happiness as a overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research* 1978; 5: 475-492.
- Diener ED. The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment* 1985; 49(1): 71-75.
- Raman S, Levi SJ. Concepts of disablement in documents guiding physical therapy practice. *Disabil Rehabil* 2002; 24(15): 790-7.
- Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 1986; 51: 1173-1182.