



Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF): conceitos, preconceitos e paradigmas.

Contributo de um construto para o percurso real em meio natural de vida.

Maria do Carmo Vale

Centro de Desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

Resumo

A autora aborda o historial, génese e objectivos da Classificação Internacional de Funcionalidade para crianças e jovens, implementada pela Organização Mundial de Saúde em 2007.

Sublinha o papel de complementaridade da CIF relativamente a outras classificações como a Classificação Internacional de Doenças (CID), em que a primeira visa caracterizar as capacidades e dificuldades de crianças e jovens com deficiência, ou seja, caracterizar do ponto de vista funcional cada criança e jovem, independentemente do diagnóstico etiológico médico.

Trata-se da mudança de paradigma bio-médico para a do indivíduo que apresenta determinadas competências e dificuldades, em que estas últimas são definidas em função do ambiente – facilitador ou actuando como barreira.

Assim, é dado enfoque ao ambiente para que este seja modificado transformando os factores que actuam como barreira em facilitadores, que anulem ou atenuem as dificuldades.

Sendo a deficiência e ou doença uma experiência universal, a CIF vem colmatar uma importante lacuna na dificuldade de comunicação e articulação entre os diversos actores intervenientes no apoio socio educativo e médico destas crianças, criando uma linguagem acessível aos técnicos envolvidos – educadores, terapeutas e outros profissionais ligados à infância, por força envolvidos, dando uma maior ênfase à interacção criança/meio numa perspectiva holística de bem estar bio-psico-social.

Palavras chave: Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), Classificação Internacional de Funcionalidade para Crianças e Jovens (CIF-CJ), Organização Mundial de Saúde (OMS), ambiente, barreira, facilitador, perspectiva holística.

Acta Pediatr Port 2009;40(5):229-36

Recebido: 30.11.2009

Aceite: 10.12.2009

International Classification of Functioning (ICF): Concepts, prejudices and paradigms.

Contribution of a construct to the actual course of life in natural environment.

Abstract

The author discusses the history, origins and objectives of the International Classification of Functioning for children and young people, implemented by the World Health Organization in 2007.

The author also lists the various roles of the ICF in complementing other classifications such as the International Classification of Diseases (ICD), and starts by stating the role to characterize the capabilities and difficulties of children and youth with disabilities using the characterization of individually considered children, regardless of the etiological/medical diagnosis.

This consists of a paradigm shift from the biomedical to the individual who has certain skills and difficulties grossly defined by the environment – which acts as a facilitator or barrier. As a result the focus is given to the environment, so that it is modified, transforming barriers into facilitators therefore reducing or eliminating difficulties.

Since that disability and disease are universally experienced, the ICF will fill an important gap in the difficulty of communication and coordination between the various actors involved in supporting social, medical care and education for these children, by the creation of an accessible language destined to serve all of those involved in this project – health professional, educators, therapists and others who serve the best interest of children in childhood related professions, thus giving greater emphasis to the interaction between children and environment considering a holistic perspective of bio-psycho-social well being.

Key-words: International Classification of Functioning (ICF), International Classification of Functioning for Children and Youth (ICF-CY), the World Health Organization (WHO), environmental barriers, facilitators, holistic perspective.

Acta Pediatr Port 2009;40(5):229-36

Correspondência:

Maria do Carmo Vale

Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria Médica; Coordenadora do Centro de Desenvolvimento (CDE) do Hospital de Dona Estefânia (HDE)
Rua Jacinta Marto 1169-045, Lisboa
mcarmo_vale@clix.pt

CDE/HDE - telefone : 213596535

‘Deficiente’ é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive, sem ter consciência de que é dono do seu destino.

‘Louco’ é quem não procura ser feliz com o que possui.

‘Cego’ é aquele que não vê seu próximo morrer de frio, de fome, de miséria, e só tem olhos para seus míseros problemas e pequenas dores.

‘Surdo’ é aquele que não tem tempo de ouvir um desabafo de um amigo, ou o apelo de um irmão. Pois está sempre apressado para o trabalho e quer garantir seus tostões no fim do mês.

‘Mudo’ é aquele que não consegue falar o que sente e se esconde por trás da máscara da hipocrisia.

‘Paralítico’ é quem não consegue andar na direcção daqueles que precisam de sua ajuda.

Mário Quintana

Apesar de estarmos no início de um novo milénio, dos importantes avanços tecnológicos, científicos e educativos e sobretudo da massificação do ensino, há ainda um longo percurso a fazer no referente a conceitos, atitudes e aceitação da diferença.

Há na literatura uma grande proliferação de conceitos e definições que traduzem a dificuldade de compreender a deficiência em geral e a forma como as diferentes disciplinas e especialidades as interpretam e aplicam.

Questões básicas continuam a mistificar a sociedade e muitos paradigmas necessitam ser abandonados se queremos verdadeiramente quebrar rótulos, estigmatização e marginalização da deficiência e dos “deficientes”.

Quem são os deficientes? Quais as suas necessidades?

Quais as suas capacidades, dificuldades e limitações?

A resposta implica um genuíno interesse na mudança de atitude face à diferença, respeitando a individualidade e insubstituibilidade de cada criança.

A IX Assembleia da Organização Mundial de Saúde, em 1976, propôs um novo conceito de deficiência, a *Internacional Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease (ICIDH)*, sendo a sua tradução - *A Classificação Internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens - um manual de classificação das consequências das doenças (CIDID)*, publicada em 1989.¹

De acordo com a definição do documento anteriormente referido, a deficiência é a perda ou anomalia de estrutura ou função psicológica, fisiológica e anatómica, temporária ou permanente. Inclui-se neste conceito uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais.

É portanto a manifestação de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação de órgão. Segundo a CIDID, a deficiência refere-se a problemas de linguagem, audição, visão, músculo-esquelético (físico) e psicológica (mental). A proposta inovadora desta classificação é a perspectiva da percepção do indivíduo com deficiência, com competências, capacidades e possibilidades, não centralizada

em torno de dificuldades, evocando a incapacidade como paradigma.¹

Para quem trabalha ou contacta diariamente com a criança com deficiência, a reflexão sobre a prática clínica diária constituiu o fundamento da melhoria da mesma.

Elliot (1993) define a investigação-acção como sendo: “(...) o estudo de uma situação social tendo em vista melhorar a qualidade da acção em si”². De acordo com Pérez Serrano (1990)³, esta e muitas outras definições têm em comum algumas características que podem ser consideradas como elementos básicos da investigação acção:

- A prática: partir de problemas práticos, assumir compromissos com a prática, criar uma nova prática, envolver os participantes, melhorar a prática;
- A reflexão: conhecimento e intervenção, pensamento e acção, reflexão e actuação, reflexão autocrítica;
- A melhoria: autocrítica, fomento da mudança pessoal e social, mudança de atitudes, compreensão da situação, cooperação na investigação, acção e formação.⁴

Segundo Díaz Aguado “(...) A deficiência mental e a paralisia cerebral são as situações que maiores problemas de discriminação levantam. A seguir surgem as deficiências sensoriais (auditivas e visuais), seguidas dos problemas de linguagem e a epilepsia. Os problemas que menos discriminação suscitam são, por último, as deficiências motoras”.⁵

Assim sendo, partindo do princípio de que a atitude guia a acção (Elliot e Diane, 1994), pensamos que a mudança de atitudes dos profissionais para com as pessoas com deficiência mental deveria estender-se a todas as pessoas que têm uma incapacidade de um modo geral.⁶

A sociedade não sabe e não conhece a deficiência: em grande parte dos casos “convive” com ela, mas não a aceita na prática e, naturalmente, pouco ou nada se interessa por ela.

Numa sociedade competitiva onde a importância do ter e haver é por demais sublinhada e exacerbada à exaustão, o ser surge como a consequência do ter e haver e é necessário todo um conjunto de capacidades intelectuais, emocionais e físicas, que nem todos possuem.

A sorte ou falta dela fazem a diferença, mas quando para além da citada, existe um determinismo como por exemplo a deficiência mental, também designada por incapacidade intelectual, este ser humano, muitas vezes sem capacidade de autodeterminação, fica refém das condições que a sociedade lhe “oferece”, atenta a impossibilidade ou dificuldade de afirmação e volição na estreita faixa de manobra existente para ultrapassar os determinismos intrínsecos e extrínsecos que a todos nós assiste.

À luz desta conceptualização, as intervenções e programas que visam apenas mitigar as limitações das pessoas com deficiência não bastam, sendo necessário e importante criar um sistema de apoio a este grupo, tendo em conta não só as suas limitações, mas também as suas capacidades.

Por exemplo, a utilização simplista de uma única definição de diagnóstico de deficiência mental/incapacidade intelectual

baseada no Quociente de Inteligência (QI), que estabelece as categorias de ligeira, média, severa e profunda, é devidamente complementada com mais dois critérios: idade de instalação, e limitações em duas ou mais das dez áreas de comportamento adaptativo (DSM IV-TR).⁷

Outro aspecto fundamental é que o diagnóstico de deficiência mental deixa de ser um mero relato estigmatizante de incapacidade estratificada em ligeira, média, severa e profunda, para destacar as necessidades (áreas fracas), que cada criança com deficiência tem de ser especificamente treinada.

Assim sendo, a terminologia de deficiência mental ligeira, média, severa e profunda é ultrapassada para passar a ser designada por: uma criança com deficiência mental, que necessita de determinados apoios e treino visando a aquisição de capacidades sociais e de comunicação, dando lugar à ênfase na funcionalidade individualizada, a programação de apoio específico e ou plano educativo individual, a par da planificação de objectivos de intervenção.

Ressalta do exposto, claramente aplicável a qualquer forma de deficiência ou incapacidade, que as competências a serem desenvolvidas, têm como objectivo primordial a autonomia motora, intelectual, quanto a capacidade de decisão, e moral, numa perspectiva realista, visando sempre as potencialidades máximas de cada criança, a rentabilização de oportunidades, a autonomia e a convicção de que pertence e é parte da comunidade.

Mas a estigmatização, preconceito e exclusão não se aplicam unicamente à definição. Como consequência desta, organizam-se sistemas de intervenção padronizados que proporcionam apoios estandardizados a todos os grupos de crianças que são incluídas na definição, mas que não necessitam desses mesmo apoios em determinadas áreas, quando individualmente consideradas.

O sistema também reflecte o facto de que muitas pessoas com deficiência mental não apresentam limitações em todas as áreas das capacidades adaptativas e, portanto, não precisam de apoios nas áreas não afectadas. Esse sistema também exige uma mudança na concepção de prestação de serviços, face a uma orientação subordinada designadamente às noções de crescimento e desenvolvimento pessoal, o que implica disponibilizar alguns serviços continuados e adequados às necessidades destas crianças. Estas necessidades devem ser determinadas através de avaliações clínicas seriadas e, se possível, em contexto, e nunca em função de um diagnóstico hermético que rotula a criança.

Estas três etapas visam proporcionar uma avaliação detalhada do indivíduo e dos apoios de que ele necessita, permitindo analisar separadamente todas as áreas potencialmente problemáticas e providenciar a intervenção adequada e individualizada.

Atento ao exposto, a programação de serviços educativos e intervenções terapêuticas deve ser efectuada em função das características da população pediátrica a que se destina, mudando e adaptando-se aos anseios e objectivos da criança e família. Centrando-se nestas e nas possibilidades que o meio social lhes pode disponibilizar de forma organizada, articulada,

deve constituir-se uma rede de suporte assente nas áreas da Saúde, Educação, Segurança Social e Justiça, contemplando os princípios éticos da Beneficência, Autonomia e Justiça.

Como é do conhecimento de todos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) possui várias classificações de que a mais conhecida é a Classificação Internacional de Doenças (CID), largamente utilizada entre nós e actualmente na sua versão 10. Esta baseia-se na etiologia nosológica, ou seja na relação causal entre patologia e etiologia e nada refere relativamente à constituição ou organização do ambiente como facilitador ou barreira.⁸

A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) veio colmatar esta falha. Trata-se de um novo sistema de classificação inserida na Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization Family of International Classifications – WHO-FIC), constituindo o quadro de referência universal adoptado pela OMS para descrever, avaliar e medir a saúde e a incapacidade, quer ao nível individual, quer ao nível da população.

A OMS, em 1993, deu início a um longo e aprofundado processo de revisão da ICIDH que viria a dar origem à CIF, para o qual contou com uma ampla participação internacional (diferentes países e entidades, grupos de trabalho, elevado número de especialistas, organizações não governamentais, etc.). Os contributos e a participação activa de pessoas com incapacidades e das suas organizações é um aspecto que a OMS realça como particularmente significativo no desenvolvimento da CIF.

A CIF resultou assim da revisão da anterior *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - ICIDH)*, versão experimental publicada em 1980 pela OMS. A sua versão portuguesa foi publicada em 1989 pelo então SNR (*Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens*).¹

Em Maio de 2001, a 54ª Assembleia Mundial de Saúde aprovou o novo sistema de classificação com a designação de *International Classification of Functioning, Disabilities and Health*, conhecida abreviadamente por ICF, traduzida para a língua portuguesa como *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*, visando a sua utilização em adultos nos diferentes países membros.⁹⁻¹²

Em 2007 é publicada a Classificação Internacional de Funcionalidade para Crianças e Jovens (CIF-CJ).¹³

Com a adopção da CIF passamos de uma classificação assente na “consequência das doenças” (versão de 1980) para uma classificação assente em “componentes da saúde” (CIF), mais próxima da consolidação e operacionalização de um novo quadro conceptual da funcionalidade, da incapacidade humana e da saúde.⁹

Ultrapassara-se, ainda, a conotação da anterior classificação (ICIDH) com o “modelo biomédico”, acompanhando a evolução conceptual, científica e social, relacionada com as questões da deficiência e da incapacidade. Com efeito, as críticas mais frequentemente apontadas à ICIDH, baseiam-se no facto de:

- estabelecer uma relação causal e *unidireccional* entre: deficiência - incapacidade - desvantagem;
- centrar-se nas *limitações “dentro” da pessoa e apenas nos seus aspectos negativos*;
- não contemplar o papel determinante dos factores ambientais;⁹

Com efeito, tem sido defendido e aceite que a deficiência tem consequências nefastas na família e sociedade mas, em contrapartida, tem sido menos reconhecido e discutido que os diferentes tipos de deficiência são igualmente influenciados por essa mesma família e sociedade. Tomando como exemplo a incapacidade mental ligeira a moderada, é conhecido o papel das características ambientais – família, literacia, fratria, condições de acessibilidade a cuidados de saúde e a equipamentos escolares, etc. - como factores de agravamento ou atenuadores dessa mesma incapacidade intelectual.

Mas, se uma criança com limitado potencial intelectual apresenta dificuldades motoras, linguísticas, sociais ou de comportamento adaptativo, em parte explicadas por factores intrínsecos, como explicar as dificuldades de aprendizagem em crianças com potencial intelectual normal ou até mesmo acima da média?

As respostas mais interessantes baseiam-se na análise de estudos longitudinais que revelaram que, mesmo em condições clínicas precocemente diagnosticadas, os principais factores causais residem em condições ambientais e contexto social – classes socio-económicas mais desfavorecidas, baixo índice de literacia materna, famílias com elevado número de crianças, factores deterministas de maior risco de insucesso escolar/dificuldades de aprendizagem - e não no diagnóstico biomédico.

Atento ao exposto, as duas classificações – ICD 10 e CIF - têm objectivos distintos e podem ser utilizadas de forma complementar:

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) fornece uma estrutura de base etiológica biomédica, proporciona um diagnóstico de doenças, perturbações ou outras condições de saúde. Em contrapartida a CIF dá ênfase à funcionalidade e a incapacidade, associadas a uma condição de saúde.

Diz-nos a OMS que a CIF é uma classificação com múltiplas finalidades, para ser utilizada de forma transversal em diferentes áreas disciplinares e sectores:[...] saúde, educação, segurança social, emprego, economia, política social, desenvolvimento de políticas e de legislação em geral e alterações ambientais. Foi por isso aceite pelas Nações Unidas como uma das suas classificações sociais, considerando-a como o quadro de referência apropriado para a definição de legislações internacionais sobre os direitos humanos, bem como, de legislação nacional.⁹⁻¹¹

A CIF como mudança de paradigma

A CIF introduz uma mudança radical de paradigma, do modelo puramente médico para um modelo biopsicosocial integrado da funcionalidade e incapacidade humana. Sintetiza, assim, o modelo médico e o modelo social numa visão coe-

rente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social, (CIF-OMS, 2001).

Define ainda a funcionalidade e incapacidade como conceitos multidimensionais e interactivos que relacionam:

- As Funções e Estruturas do Corpo;
- As actividades e as tarefas efectuadas e as diferentes áreas da vida nas quais participam (Actividades e Participação);
- Os factores do meio-ambiente que influenciam essas experiências (Factores Ambientais).

Operacionaliza o modelo biopsicosocial da incapacidade (disability), enfatizando a identificação das experiências de vida e das necessidades reais de uma pessoa, assim como, a identificação das características (físicas, sociais e atitudinais) do seu meio circundante e das condições que precisam ser alteradas para que a funcionalidade e participação dessa pessoa possa ser otimizada.

Substitui, assim, os modelos tradicionais de cariz biomédico, baseados em diagnósticos de deficiência (aspectos biológicos), que ao longo dos anos foram condicionando a definição de políticas, medidas e critérios de elegibilidade, acções de natureza estatística, programas e práticas interventivas.

A funcionalidade e incapacidade de uma pessoa são expressos na interacção dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) e os factores contextuais (factores ambientais e pessoais). A incapacidade não é um atributo da criança, mas sim um conjunto complexo de condições que resulta da sua interacção com o meio.

Assim sendo, a CIF não propõe a definição universal do que constitui uma incapacidade (*disability*), nem quem deve ser considerado incapaz [...], priorizando uma estrutura multidimensional que permite definir uma população com incapacidades em lugar de uma definição única e pretensamente clara (*Guidelines and Principles for the Development of Disability Statistics – United Nations, 2001*).¹⁴

Decorrente do modelo biopsicosocial, a CIF tem como princípios orientadores:

- a incapacidade não é específica de um grupo minoritário, mas sim uma experiência humana universal;
- a incapacidade não deve ser diferenciada em função da etiologia ou do diagnóstico. Pessoas com a mesma etiologia e diagnóstico apresentam perfis muito diferentes a nível da execução de Actividades e Participação;
- os domínios de classificação na CIF são neutros, permitindo expressar tanto os aspectos positivos como negativos do perfil funcional e de participação de uma pessoa;
- os Factores Ambientais assumem um papel crucial, como facilitadores ou barreiras, na funcionalidade e incapacidade das pessoas.

Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Para uma correcta compreensão do quadro conceptual e do sistema de classificação e de codificação da CIF, quer das

suas implicações políticas e sociais, importa ter bem presente qual o significado para a OMS de alguns termos e conceitos chave, a saber:

- *Funcionalidade* - é o termo genérico para as funções e estruturas do corpo, actividades e participação. Corresponde aos aspectos positivos da interacção entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus factores contextuais (ambientais e pessoais).
- *Incapacidade* (disability) - é o termo genérico utilizado para deficiência, limitação da actividade e restrição na participação. Corresponde aos aspectos negativos da interacção entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus factores contextuais (ambientais e pessoais).

O termo incapacidade introduzido pela CIF passou a ter um significado radicalmente diferente daquele que tinha na classificação anterior de 1980, reportando-se apenas às limitações no indivíduo. Enquanto que na ICIDH, incapacidade era definida como qualquer restrição ou falta de capacidade (resultante de uma deficiência) para realizar uma actividade dentro dos moldes e limites considerados normais para um ser humano, a CIF, incapacidade (*disability*) não a enfrenta como uma mera consequência de uma deficiência (*impairment, deficiency*), mas sim como o resultado da interacção da pessoa com o meio ambiente.

Na CIF, o conceito de deficiência (*impairment*) apenas nos diz da existência ou não de uma alteração (biomédica) na estrutura ou função do corpo da pessoa, sem que daí se possa estabelecer uma relação causal para a sua funcionalidade/incapacidade.

Trata-se de uma profunda mudança conceptual, que tem importantes implicações políticas e sociais e que por isso requer que mudemos o sentido como estes termos e conceitos são usados entre nós, quer no dia a dia quando falamos ou escrevemos, quer na investigação e estudos científicos, nos serviços, políticas sociais, educativas e legislação a implementar.

Assim sendo, a CIF permite uma nova conceptualização das noções de saúde e incapacidade.

Os objectivos da CIF

A CIF tem como objectivo principal: proporcionar uma linguagem unificada e padronizada que sirva como quadro de referência para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde.

É uma ferramenta a utilizar universalmente na abordagem da incapacidade e funcionalidade humana, proporcionando-nos:

- um quadro conceptual de referência universal assente em bases científicas;
- uma linguagem comum e padronizada para aplicação universal que uniformiza conceitos e terminologias, de molde a facilitar a comunicação entre profissionais, investigadores, pessoas com incapacidades, decisores políticos, etc.

- um sistema de classificação multidimensional e de codificação sistemática para documentar as experiências de vida, o perfil funcional e de participação das pessoas, facilitando a comparabilidade entre países, entre várias disciplinas, entre serviços e em diferentes momentos ao longo do tempo.

A CIF não é de forma alguma uma classificação de pessoas. Permite descrever as características de cada pessoa em diferentes domínios e as características do seu meio físico e social, seleccionando um conjunto de códigos que possa documentar, da melhor forma possível, o seu perfil de funcionalidade e de participação.

A CIF não é um instrumento de avaliação ou de medida e não dispensa que os profissionais, dentro das suas áreas de especialidade, adoptem procedimentos e utilizem instrumentos de avaliação normalizados e fidedignos que evidenciem de forma rigorosa os diferentes domínios em estudo, tomando como referência a CIF.¹¹

Definição dos componentes

O sistema de classificação da CIF é constituído por três componentes:

- As Funções e Estruturas do Corpo
- As Actividades e Participação
- Os Factores Ambientais

Funções do Corpo

funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas ou da mente)

Estruturas do Corpo

partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes.

Deficiências

problemas nas funções ou estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou perda.

Actividade

execução de uma tarefa ou acção por um indivíduo.

Limitações da Actividade

dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de actividades.

Participação

envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real.

Restrições de Participação

problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real.

Factores Ambientais

ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem sua vida.⁹

Obedecendo a um esquema hierarquizado, a CIF integra listas de classificações para cada um destes componentes. Cada componente engloba diferentes domínios que se subdividem em categorias e subcategorias mais detalhadas, correspondendo a diferentes códigos. O sistema de codificação é completado pela utilização de qualificadores para cada código, que indica o grau de gravidade ou de extensão do problema, segundo uma escala de cinco pontos. A Figura ilustra graficamente o modelo multidimensional e interactivo de incapacidade e funcionalidade (funções e estruturas do corpo, actividades e participação, factores ambientais e pessoais), como resultante da interacção entre a condição de saúde e os factores contextuais (ambientais e pessoais), daí as setas de ligação entre os diferentes componentes da CIF serem bidireccionais.

Campos e áreas de aplicação

A CIF é uma classificação para ser utilizada de forma transversal em diferentes áreas disciplinares e sectores:

- Sectores da saúde, da educação, da segurança social, do emprego
- Sectores da economia e desenvolvimento
- Sector das estatísticas e sistemas de informação
- Legislação

Visa não só diferentes campos de aplicação, como também, pode ter múltiplas finalidades nas actuações e intervenções relacionadas com a incapacidade:

- a nível clínico/ individual (avaliação funcional do indivíduo, planeamento das intervenções, reabilitação, etc.);
- a nível institucional (planeamento e avaliação de serviços e recursos, formação dos profissionais, investigação, etc.);
- a nível social e político (planeamento, desenvolvimento e avaliação de políticas e medidas; sistemas de compensação e de atribuição de benefícios; critérios de elegibilidade; acessibilidade; indicadores e estatísticas, etc.).⁹⁻¹¹

Implementação

O processo de implementação da CIF a nível internacional tem sido liderado pela OMS, através das suas Comissões especializadas e dos seus Centros Colaboradores existentes em diversos países.

Com o objectivo de que a sua aplicação e desenvolvimento se efectue de uma forma coordenada e consistente nos diversos países, este processo, sob a égide da OMS, tem envolvido uma ampla rede internacional que engloba diversas organizações internacionais, organizações científicas e profissionais, organizações representativas de pessoas com deficiência, universidades, grupos de especialistas e peritos.

Não obstante a importante adesão em grande número de países, a adopção da CIF não tem sido imediata em outros e requer mudanças mais ou menos profundas a nível conceptual, a nível das políticas e a nível das práticas na abordagem das questões da incapacidade e funcionalidade por parte de

decisores políticos, de universidades e organizações científicas, de entidades prestadoras de serviços, dos profissionais de diferentes áreas disciplinares, bem como, das próprias pessoas com incapacidades e das suas organizações representativas.

Na utilização da CIF têm sido identificados alguns equívocos que levam por vezes ao seu uso inapropriado, a aplicações incompletas, com simplificação e má compreensão da sua complexidade, sobretudo, quando ela é utilizada como um instrumento de avaliação e não como um sistema de caracterização da interacção criança-meio. Daí as exigências da OMS quanto à necessidade de uma formação rigorosa e adequada sobre a CIF, que contemple aspectos técnicos e éticos, como forma de evitar aplicações não compatíveis com o seu quadro conceptual, nem com as suas finalidades e que revelam a persistência do modelo médico.

Tendo em vista a sua aplicação universal de uma forma coerente e consistente, a OMS com a colaboração de outras entidades, tem desenvolvido um conjunto de estratégias e de orientações a serem adoptadas pelos diferentes estados membros, nomeadamente, no que se refere a:

- Definição de modelos e de diferentes estratégias de formação sobre a CIF consoante os objectivos e os públicos-alvo;
- Criação de materiais de apoio para os utilizadores da CIF;
- Reformulação, construção e validação de instrumentos de avaliação e de medida da incapacidade, tornando-os compatíveis com o quadro conceptual da CIF;
- Desenvolvimento de novos instrumentos para organização da informação e colheita de dados estatísticos (inquéritos, censos e informação administrativa) que passem a englobar questões relativas às Actividades e Participação;
- Desenvolvimento de estudos científicos e da investigação;
- Concepção e adaptação de formas e de procedimentos para o uso da CIF em diferentes campos de aplicação e com objectivos diversificados;
- Comparabilidade da CIF com outros sistemas de classificação, a nível nacional e internacional.

O apoio da OMS, o intercâmbio e a troca de experiências a nível internacional, garantem a correcta aplicação da CIF. É exemplo disso, a existência de um número já considerável de estudos e de investigações efectuados em áreas específicas e de natureza interdisciplinar,¹⁵⁻¹⁶ a realização de reuniões científicas temáticas (Instituto Nacional de Reabilitação, Direcção Geral de Desenvolvimento e Inovação Curricular do Ministério da Educação, Centro de Desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia, de workshops e cursos de formação), bem como, a publicação de elevado número de artigos, de manuais e de outra documentação relacionados com a CIF.¹⁴

Destaca-se a nível europeu o Projecto EU-MHADIE, apoiado pela UE e envolvendo 11 países europeus, cujos principais objectivos são:

- Contribuir para o estudo e o desenvolvimento de estratégias para aplicação do modelo da CIF em inquéritos de saúde e educação nos diferentes países europeus;
- Elaborar recomendações para a uniformização e adequação da sua aplicação a contextos clínicos e de reabilitação e ao sector da educação.¹⁷

A actual versão da CIF não é estática. Os contributos prestados pelos diferentes países, através do estudo, da investigação e da sua aplicação em diferentes campos são decisivos para o seu aperfeiçoamento e futuros desenvolvimentos.

A CIF para Crianças e Jovens (CIF-CJ)

Uma versão da CIF adaptada à especificidade da infância e adolescência foi sentida como uma necessidade, atendendo ao facto das primeiras décadas de vida se caracterizarem pelo rápido crescimento e desenvolvimento com mudanças significativas no funcionamento físico, social e psicológico;

Por esse motivo, a OMS promoveu a elaboração de uma versão da CIF para crianças e jovens – *International Classification for Children and Youth (ICF-CY)* - visando a utilização universal nos sectores da saúde, educação e social, sensível às mudanças inerentes ao desenvolvimento da criança e adolescente e que relectisse as características dos diferentes grupos etários e dos contextos das crianças e jovens (OMS, 2006).¹²

Em 2002, a OMS constituiu um grupo de trabalho, que integrou um conjunto de peritos com a coordenação de Rune Simeonsson¹⁸, para a elaboração da versão da CIF para crianças e jovens.

Esta versão, concluída recentemente em 2007, embora obedecendo à estrutura e organização da CIF original, engloba um total de 237 novos códigos que contemplam especificidades da infância e adolescência. Nesta versão adaptada foi dado especial relevo a questões do desenvolvimento e crescimento das crianças e jovens:

- a criança no contexto da família;
- o atraso de desenvolvimento;
- a participação;
- os contextos da criança.

O termo e conceito de atraso de desenvolvimento é um aspecto crucial nesta nova versão, tendo sido incluído na definição de qualificador genérico (que determina a gravidade e extensão do problema) para as funções e estruturas do corpo, actividades e participação, atendendo ao carácter relevante das variações no tempo na emergência de funções ou estruturas do corpo ou na aquisição de competências associadas com diferenças individuais no crescimento e desenvolvimento da criança.¹²

A CIF em Portugal

Em Portugal, o Conselho Superior de Estatística aprovou a utilização da CIF para fins estatísticos a iniciar de forma faseada a partir de Janeiro de 2003¹⁹ e delegou o acompanhamento em torno da futura aplicação da CIF no Grupo de

Trabalho Estatísticas da Deficiência e Reabilitação, coordenado pelo então Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência (SNRIPD), actualmente designado por Instituto Nacional para a Reabilitação (INR, Ministério do Trabalho e Reabilitação).

Quer as Grandes Opções do Plano 2005-2009, especificamente, na 2ª Opção Mais e Melhor Reabilitação, quer o I Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009 Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade (PAIPDI), explicitam a determinação do governo português na adopção da CIF como o quadro de referência orientador das políticas e medidas relativas às deficiências e incapacidade, implicando a sua implementação progressiva [...] na reformulação de políticas sectoriais, de sistemas de informação e estatística, de quadros legislativos, de procedimentos e de instrumentos de avaliação e de critérios de elegibilidade (PAIPDI, 2006).²⁰

O Decreto Lei (DL) 3/2008 de 7 de Janeiro do Ministério da Educação que veio legislar a Educação Especial veio também acelerar a introdução deste novo paradigma ao sugerir (alínea 3 do artigo 6º), a elaboração de relatório técnico pedagógico, preferencialmente por referência à CIF.²¹

Este DL foi posteriormente complementado pela Lei n.º 21/2008 de 12 de Maio de 2008 do Ministério da Educação.²²

Finalmente, mais recentemente foi publicado o DL 281/2009, assinada pelos Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Educação e Saúde, veio legislar especificamente sobre Intervenção Precoce, reforça, na sua introdução, a necessidade de utilização da CIF como instrumento de caracterização da problemática da incapacidade, numa perspectiva melhoria efectiva da eficácia e eficiência na rede de suporte a delinear a cada criança e respectiva família, colmatando uma grave lacuna nesta área.²³

Ao finalizar este artigo, propomos uma série de questões para reflexão, que poderão talvez incentivar um estudo mais profundo por parte das pessoas que desejam melhorar a qualidade de vida das pessoas e dos grupos menos favorecidos. Apresentamos, por conseguinte, uma lista de possíveis temas a aprofundar:

- Determinar novas vias que permitam passar de uma abordagem baseada em grupos interdisciplinares de profissionais para uma abordagem baseada na coordenação interinstitucional para intervir e elaborar programas e serviços;
- Analisar a forma como os direitos e obrigações das pessoas com deficiência são difundidos e aplicados;
- Intervir na formação dos profissionais de saúde para atender às necessidades das pessoas com deficiência e respectivas famílias, participando na notificação do diagnóstico e no acompanhamento de caso, em coordenação com os restantes profissionais envolvidos no processo de desenvolvimento da criança;
- Proporcionar, ao nível das ordens profissionais oficiais, cursos de formação sobre atitudes para com a criança com deficiência, destinados a todos os profissionais que estejam em posição de conseguir estruturas sociais susceptíveis de aceitar a diferença;

- Fomentar, junto dos empresários, a necessidade de recrutar pessoas com deficiência nas suas empresas;
- Tentar alterar a legislação vigente no sentido de introduzir medidas que favoreçam a inserção social e profissional das pessoas com deficiência mental;
- Facilitar a formação em atitudes favoráveis para as pessoas com deficiência, logo na fase da formação inicial dos profissionais;
- Rever as bases em que assentam os serviços e programas destinados às pessoas com deficiência.⁴

Este trabalho surge de uma longa meditação pessoal sobre a deficiência em geral e a incapacidade intelectual em particular, sobre os seus determinismos biológicos e psicossociais e incide predominantemente sobre o que a ética da responsabilidade e justiça nesta matéria podem mudar numa sociedade para autonomizar o mais vulnerável: criar ou rentabilizar os melhores meios para tornar o que é diferente, aceitável.

Não nos compete julgar a sociedade, mas sim, esclarecê-la.

A optimização do potencial intrínseco individual é o que nos torna mais ou menos aptos a crescer do ponto de vista intelectual e emocional, sobreviver, resistir, desenvolver resiliência e a criar: criar caminhos próprios, lutar por convicções, reinventar-se a cada momento da vida.

Desta forma, cabe a nós, pediatras, médicos de família, educadores, psicólogos, técnicos de serviço social, ou seja, a todos os profissionais ligados à infância, envolvidos com o desenvolvimento da criança, esclarecer a sociedade, sensibilizá-la nas vertentes humanista, ética e utilitarista para a disponibilização de meios adequados, em número e qualidade, visando a necessidade acrescida de reinvenção/recriação da criança com limitado potencial intelectual e suporte das respectivas famílias.

Referências

1. *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease*. Geneva: World Health Organization; 1980.
2. Modelo de John Elliot. Investigação-Ação [Internet]. [citado 2009 Out 13]; Disponível em: http://faadsaze.com.sapo.pt/11_modelos.htm
3. Serrano MGP. Investigação-acção. Aplicações ao campo social e educativo. Madrid: Editorial Dykinson; 1990; 58.
4. Mayol B I. Damos uma oportunidade ou apenas valorizamos a produtividade? Rev Eur de Form Prof 2006; 97-111.
5. Díaz Aguado M.J. Todos iguais, todos diferentes. Madrid: ONCE; 1994; 18.
6. Smith ER, Mackie DM. *Psicología Social*. Madrid: Medica Panamericana, 1994.
7. American Psychiatric Association. DSM IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4ª edição. Lisboa: Climepsi Editores; 2006; 39-49.
8. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision*. Geneva: World Health Organization; 2007. Introdução: 5-18, acessível em <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>. Acedido a 13/10/2009.
9. Manual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Direcção Geral de Saúde: Lisboa; 2004 Introdução: 5-18. acessível em http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf. Acedido a 13/10/2009.
10. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Modelo de Funcionalidade e Incapacidade: 19-21. http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf. Acedido a 13/10/2009.
11. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Utilização da CIF: 22-4. http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf. Acedido a 13/10/2009.
12. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Versão para Crianças e Jovens: pp 9-10. <http://www.inr.pt/content/1/54/aplicacao-implementacao-cif>. Acedido a 15/10/2009.
13. UNITED NATIONS. *Guidelines and Principles for the Development of Disability Statistics*, United Nations, New York.; 2001. <http://www.inr.pt/content/1/54/aplicacao-implementacao-cif>. Acedido a 15/10/2009.
14. Aplicação e Implementação da CIF. Site do Instituto Nacional de Reabilitação. <http://www.inr.pt/content/1/54/aplicacao-implementacao-cif>. Acedido a 15/10/2009.
15. Stucki A, Grimby G. Applying the ICF in medicine. J Rehabil Med. 2004;44:5-6.
16. Ayuso-Mateus JL; Niet-Moreno M; Sánchez-Moreno J; Vázquez-Barquero JL. Classification Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. Med Clin (Barc). 2006;126:461-6.
17. MHADIE: Measuring Health and Disability in Europe. <http://www.mhadie.it/home3.aspx>. Acedido a 13/10/2009.
18. Lollar DJ, Simeonsson RJ. Diagnosis to Function: Classification for Children and Youths. Developmental and Behavioral Pediatrics. 2005; 26:323-30.
19. Deliberação n.º 10/2003. D.R. n.º 5, Série II de 2003-01-07
20. Plano de Acção para a Integração de Idas Pessoas com Deficiências e Incapacidade. PAIPDI INR [Internet]. [citado 2009 Out 15]; Available from: <http://www.inr.pt/content/1/26/paipdi>
21. Diário da República: Decreto Lei 3/2008 Ministério da Educação
22. Diário da República :Lei n.º 21/2008 de 12 de Maio de 2009. Ministério da Educação
23. Diário da República: Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro de 2009. Ministério do Trabalho e Solidariedade, Ministério da Educação e Ministério da Saúde
24. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças - USP [Internet]. [citado 2009 Out 15]; Available from: <http://hygeia.fsp.usphttp://hygeia.fsp.usp.br/~cbcd/>.