

A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA COM O CORE SET DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE PARA LOMBALGIA

THE BRAZILIAN EXPERIENCE WITH THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH CORE SET FOR LOW BACK PAIN

LA EXPERIENCIA BRASILEÑA CON EL CORE SET DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDAD, INCAPACIDAD Y SALUD PARA DORSALGIA

MARCELO RIBERTO¹, LORELLA MARIANNE CHIAPPETTA², KATHYA AUGUSTA THOMÉ LOPES³, LINAMARA RIZZO BATTISTELLA⁴

RESUMO

Objetivo: Validar empiricamente o *core set* da CIF para lombalgia e descrever a funcionalidade de uma amostra de pacientes com lombalgia mecânica crônica inespecífica. **Métodos:** Vinte e nove pacientes de um centro de reabilitação foram avaliados por meio do *core set* da CIF para lombalgia e pelo questionário de Roland Morris (QRM) e SF-36. **Resultados:** Todas as categorias de estruturas do corpo do *core set* se mostraram comprometidas em ao menos 80% dos pacientes, sendo consideradas validadas. Entre as 19 categorias de Funções do corpo, apenas quatro estavam comprometidas em menos que 80% dos pacientes, sendo consideradas não-validadas, o mesmo foi observado para cinco das 29 de Atividades e participações e cinco das 25 categorias de Fatores ambientais. **Conclusões:** As categorias selecionadas para o *core set* da CIF para lombalgia foram consideradas empiricamente validadas e em conjunto permitiram descrever a multiplicidade de repercussões dessa condição de saúde sobre a funcionalidade das pessoas. O *core set* da CIF serve para guiar a intervenção terapêutica interdisciplinar.

Descritores: Classificação Internacional de Funcionalidade; Incapacidade e Saúde; Qualidade de vida; Lombalgia; Questionários; Meio ambiente.

ABSTRACT

Objective: To empirically validate the ICF Core Set for low back pain, describing functioning, in a sample of chronic unspecific mechanical low back pain patients. **Methods:** Twenty-nine patients from a rehabilitation center were assessed with the ICF Core Set for low back pain, Roland Morris Questionnaire (RMQ) and SF-36. **Results:** All Body structures categories of this ICF Core Set were impaired in at least 80% of the patients, thus they were considered validated. Among the 19 Body functions categories, only four were impaired in less than 80%, thus not-validated, the same was observed in five out of the 29 Activities and participation categories and five of the 25 Environmental factors categories. **Conclusions:** The selected categories of the ICF Core Set for low back pain were empirically validated, and together, they allowed the description of functioning of those patients. This ICF Core Set can be used to guide interdisciplinary therapeutic interventions.

Keywords: International Classification of Functioning; Disability and Health; Quality of life; Low Back Pain; Questionnaires, Environment.

RESUMEN

Objetivo: Validar empíricamente el *core set* de la CIF para dorsalgia y describir la funcionalidad de una muestra de pacientes con dorsalgia mecánica crónica inespecífica. **Métodos:** Veintinueve pacientes de un centro de rehabilitación fueron evaluados por medio del *core set* de la CIF para dorsalgia, y mediante el cuestionario Roland Moris (QRM) y SF-36. **Resultados:** Todas las categorías de Estructuras del cuerpo del *core set* se mostraron comprometidas en por lo menos 80% de los pacientes, siendo consideradas validadas. Entre las 19 categorías de Funciones del cuerpo, sólo cuatro estaban comprometidas en menos de 80% de los pacientes, siendo consideradas como no validadas; lo mismo fue observado para 5 de las 29 categorías de Actividades y participaciones, y 5 de las 25 categorías de Factores ambientales. **Conclusiones:** Las categorías seleccionadas para el *core set* de la CIF cuanto a dorsalgia fueron consideradas como empíricamente validadas y, en conjunto, permitieron describir la multiplicidad de repercusiones de esa condición de salud sobre la funcionalidad de las personas. Este *core set* de la CIF sirve para guiar la intervención terapéutica interdisciplinaria.

Descriptores: Clasificación internacional de funcionalidad, incapacidad y salud; Calidad de Vida; Dorsalgia; Cuestionarios.

1. Professor-Doutor do Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto, Brasil.

2. Médica Fisiatra, docente da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Alagoas, Brasil.

3. Professora-Doutora do Departamento de Ginástica, Dança e Atividades Lúdicas da Faculdade de Educação Física – UFAM, Amazonas, Brasil.

4. Professora-Associada do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina – USP, São Paulo, Brasil.

Trabalho realizado no Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Correspondência: Instituto de Reabilitação Lucy Montoro de Ribeirão Preto. Av. Bandeirantes 3900. Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP, Brasil. 14048-900. E.mail: mriberto@usp.br

INTRODUÇÃO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)¹ foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um instrumento para uniformização da terminologia empregada internacionalmente para a descrição da funcionalidade de pessoas em situação incapacitantes. Como membro da Família Internacional de Classificações da OMS, a CIF deve ser usada conjuntamente à Classificação Internacional de Doenças (CID), complementando as informações fornecidas por esta última. Enquanto a CID fornece dados de mortalidade e morbidade, a CIF provê informações sobre as repercussões da doença e dos componentes de saúde que interferem sobre a sua funcionalidade¹.

A CIF é dividida numa parte relacionada à Funcionalidade e Incapacidade e outra ligada aos Fatores de contexto. A primeira parte subdivide-se nos componentes Funções do corpo, Estruturas do corpo e Atividades e Participações, associadas, respectivamente às funções fisiológicas, estruturas anatômicas e às áreas da vida como realização de tarefas e ações. Segundo a CIF, a expressão Funções do corpo relaciona-se à funções fisiológicas, a expressão Estruturas do corpo relaciona-se às partes anatômicas do organismo, e Atividades e Participações indica o envolvimento dos indivíduos em ações e situações da vida. Os Fatores de contexto são divididos em Fatores Pessoais e Fatores Ambientais (Figura 1).

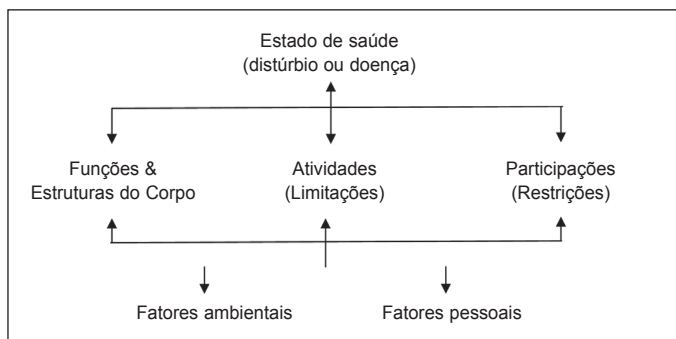


Figura 1. Modelo integrador que descreve a funcionalidade humana segundo a CIF.

Cada componente da CIF organiza-se em capítulos e subcategorias progressivamente mais detalhadas, proporcionando uma possibilidade de descrição completa da experiência humana relacionada aos estados de saúde. Em virtude do caráter internacional e da variabilidade transcultural entre os povos, os Fatores Pessoais, que englobam aspectos genéticos, antropométricos, hábitos e crenças, entre outros, não foram descritos e organizados na CIF, permanecendo ainda sem classificação¹.

Originalmente, a CIF foi destinada para o uso em saúde pública, permitindo a comparação de aspectos de funcionalidade entre países, regiões, serviços ou ao longo do tempo. Seu uso na prática clínica, todavia, pode ser de grande utilidade, pois permite a obtenção de informações sobre a funcionalidade dos pacientes com uma terminologia padronizada, fornecendo novos dados sobre o impacto da doença como determinante de incapacidade². Por consistir de um sistema de padronização da informação, ela pode ser usada para gerenciamento de necessidades dos serviços e da população-alvo, planejamento de intervenções administrativas e acompanhamento dos seus resultados.

Os *core sets* da CIF foram criados num processo de consenso entre especialistas de diversas nacionalidades e formações profissionais com a finalidade de facilitar o uso da CIF na prática corrente e incorporação dos conceitos de incapacidade e funcionalidade³,

eles contêm o conjunto de categorias da CIF típicas e específicas, que descrevem a funcionalidade das pessoas com uma determinada condição de saúde⁴.

A lombalgia é uma condição clínica que afeta 90% da população em algum momento da vida e na sua forma crônica está associada a uma prevalência de cerca de 10% em estudos populacionais, sendo mais prevalente em alguns grupos populacionais e profissionais⁵. Além da dor, múltiplos aspectos da funcionalidade desses pacientes vêm sendo descritos com relação a limitações às atividades diárias e repercussões sobre a vida de relacionamento pessoal, social e profissional.

O objetivo deste estudo é apresentar e discutir aspectos de funcionalidade e incapacidade das pessoas com dor lombar crônica de acordo com o modelo proposto pelo *core set* de lombalgia da CIF. Paralelamente, deseja-se verificar empiricamente a validade do *core set* da CIF para lombalgia, especificamente no que se refere à adequação das categorias da CIF selecionadas para compô-lo.

MÉTODO

Participaram deste estudo 29 pacientes com lombalgia crônica mecânica inespecífica que se encontravam em programa terapêutico multidisciplinar na Divisão de Medicina de Reabilitação no primeiro semestre de 2007. Encontrar-se no período de 6 meses após intervenção cirúrgica para o tratamento da lombalgia foi único critério de exclusão utilizado.

O *core set* da CIF para lombalgia foi desenvolvido para ser utilizado para pacientes com lombalgia de qualquer etiologia. Ele é composto por 19 códigos de Funções do corpo, 5 código para Estruturas do corpo, 29 códigos de Atividades e Participações e 25 códigos de Fatores Ambientais⁶.

O preenchimento do *core set* da CIF para lombalgia foi realizado por meio de entrevistas por profissionais de saúde especificamente treinados para o estudo, também foram usados dados dos prontuários e a observação clínica dos pacientes em terapia.

Para as categorias dos componentes Funções do corpo, Estruturas do corpo e Atividades e Participações foram atribuídos qualificadores genéricos variando de 0 a 4, no qual 0 significa nenhum impacto e 4 o maior impacto possível (Quadro 1), quando o código em questão esteve com sua participação comprometida por outras doenças, deveria então ser somado o qualificador "C", relativo a comorbidade. Por fim, os qualificadores 8 e 9 significaram que não havia informação disponível a respeito do qualificador ou que o mesmo não era aplicável para o paciente em questão.

Para o componente Fatores ambientais, os qualificadores 8, 9 e C mantiveram o mesmo significado. Quando ao fator ambiental em questão foi atribuída uma ação positiva sobre a funcionalidade, o mesmo recebeu um valor positivo de 1 a 4, significando desde um facilitador leve completo. Por outro lado, quando foram atribuídos os qualificadores .1 a .4, os mesmos significaram que a categoria em questão atuou como barreira de intensidade variável de leve até completa. Quando a categoria não foi considerada nem facilitador nem barreira, foi atribuído o valor 0 (Quadro 1).

Como parte do processo de validação empírica das categorias selecionadas para o *core set* da CIF de lombalgia, especificamos arbitrariamente que somente aquelas nas quais ao menos 20% dos pacientes apresentassem algum grau de deficiência, limitação ou restrição seriam consideradas válidas⁷. Isso significa que a soma-tória de sujeitos com pontuação 1, 2, 3 ou 4 deveria ser igual ou maior que 20% da amostra. Todavia, se a referida categoria fosse considerada não aplicável (qualificador 9) ou não fosse adequadamente avaliada (qualificador 8) para uma parte substancial da amostra, esse valor absoluto deveria ser modificado.

Quadro 1. Qualificadores da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

Qualificador	Definição nominal		Definição quantitativa
	Funções e Estruturas do corpo, Atividades e Participações	Fatores ambientais	
0	Nenhum problema	Nem facilitador nem barreira	0-4%
+1		Facilitador leve	5-24%
+2		Facilitador moderado	25-49%
+3		Facilitador substancial	50-95%
+4		Facilitador completo	96-100%
1	Problema leve	Barreira leve	5-24%
2	Problema moderado	Barreira moderada	25-49%
3	Problema grave	Barreira grave	50-95%
4	Problema completo	Barreira completa	96-100%
8	Não especificada		
9	Não aplicável		
C	Comorbidade		

Para avaliar os múltiplos aspectos da funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes, foram usadas as versões validadas dos questionários Roland-Morris (QRM)⁸ e SF-36⁹. O QRM foi inicialmente desenvolvido com itens de outro questionário genérico de qualidade de vida para medir incapacidade física em forma de auto-relato para pacientes com dor na coluna. Tem 24 itens com pontuações de zero ou 1 (sim ou não) e o escore total varia de zero (sugerindo nenhuma incapacidade) a 24 (incapacidade grave)¹⁰. O SF-36 foi desenvolvido como uma medida genérica para levantamento de qualidade de vida relacionada à saúde. Tem oito escalas: capacidade física, aspectos físicos, dor, saúde geral, aspectos sociais, aspectos emocionais, vitalidade e saúde mental. Cada domínio é pontuado de zero (pior situação) a 100 (melhor situação)⁹.

As variáveis quantitativas foram resumidas na forma de média \pm desvio-padrão, enquanto a apresentação das variáveis categóricas foi sistematizada na apresentação porcentual das categorias.

RESULTADOS

Dos 29 pacientes avaliados, 75% eram do sexo feminino e as características gerais da amostra estudada estão apresentadas na Tabela 1.

A Tabela 2 apresenta as categorias do componente Funções do corpo e seus respectivos códigos nas colunas à esquerda. Nela está expressa a quantidade de pessoas que recebeu cada qualificador. Como os qualificadores 1, 2, 3 e 4 representam níveis progressivos de deficiência, foram agrupados sob a coluna nomeada "Alguma deficiência". Os qualificadores 0 e 9 indicam, respectivamente, sem deficiência ou não aplicável, foram agrupados sob a coluna "Sem deficiência". A coluna da direita, indica a porcentagem de pessoas consideradas "sem deficiência" para aquela categoria, considerando-se apenas as observações úteis (ou seja, diferentes de 8).

O qualificador 8 representa a informação que não foi colhida de forma adequada. Para o componente Funções do corpo, esse qualificador só foi utilizado selecionado 5 vezes, ou seja, 1% das respostas possíveis, refletindo boa qualidade dos dados. Somente a categoria b640 (Funções sexuais) teve a qualificação 9, não aplicável, relativa a pacientes que não informaram sobre esse assunto porque haviam interrompido a vida sexual por opção pessoal.

Tabela 1. Características gerais da amostra estudada.

Característica	
Mulheres	75%
Idade	46,1 \pm 18,9 anos
Estudo formal	10,8 \pm 4,5 anos
Índice de massa corpórea	25,8 \pm 4,5 kg/cm ²
Duração da doença	10,1 \pm 21,2 anos
Moram sozinhos	13,7%
Economicamente ativos/inativos	11/18
Rolland-Morris	7,9 \pm 5,1
SF-36	
Capacidade funcional	55,4 \pm 19,8
Aspectos físicos	51,7 \pm 46,3
Dor	47,1 \pm 22,7
Estado geral de saúde	69,8 \pm 14,8
Vitalidade	53,4 \pm 21,6
Aspectos sociais	69,2 \pm 22,9
Aspectos emocionais	72,4 \pm 39,9
Saúde mental	69,7 \pm 19,7

SF-36: Short form - 36.

Tabela 2. Categorias de Funções do corpo da CIF apontados com maior frequência de acordo com as faixas de pontuação do core set (n=29).

Categoria	Nome da categoria	Qualificadores da CIF								%
		Alguma deficiência				Sem deficiência				
	Funções	1	2	3	4	0	9	8		
b126	Temperamento/e personalidade	7	5	1	0	16	0	0	55,1	
b130	Energia impulsos	6	5	1	0	17	0	0	58,6	
b134	Sono	9	6	1	1	12	0	0	41,3	
b152	Emocionais	11	1	1	0	17	0	0	58,6	
b180	Experiência pessoal e do tempo	1	1	0	0	27	0	0	93,1	
b260	Tátil	4	1	0	0	23	0	1	82,1	
b280	Sensação de dor	5	12	6	0	6	0	0	20,6	
b455	Tolerância a exercícios	4	12	2	0	10	0	1	35,7	
b620	Urinárias	0	1	0	0	28	0	0	96,6	
b640	Sexuais	5	1	0	0	16	5	2	77,8	
b710	Mobilidade das articulações	11	11	2	0	5	0	0	17,2	
b715	Estabilidade das articulações	2	4	0	0	23	0	0	79,3	
b720	Mobilidade óssea	6	14	3	0	6	0	0	20,6	
b730	Força muscular	11	3	1	0	14	0	0	48,3	
b735	Tônus muscular	5	8	3	0	13	0	0	44,8	
b740	Resistência muscular	10	4	1	0	13	0	1	46,4	
b750	Reflexo motor	3	1	0	0	25	0	0	86,2	
b770	Padrão de marcha	4	3	1	0	21	0	0	72,4	
b780	Sensações relacionadas aos músculos e movimento	6	8	3	0	11	0	1	39,3	

As categorias nas quais houve mais que 80% de resposta 0 (sem deficiência) foram consideradas não representativas da funcionalidade desses pacientes, portanto não validadas. Nesse grupo estão: b180 (Experiência pessoal e do tempo), que se refere à percepção alterada do corpo, b260 (Função tátil), b620 (Funções urinárias) e b750 (Funções de reflexo motor).

Por outro lado, as categorias nas quais o comprometimento foi mais freqüente foram: b280 (Sensação de dor), b710 (Funções relacionadas à mobilidade das articulações) e b720 (Funções da mobilidade óssea).

A Tabela 3 indica que apenas 10% das informações não foram colhidas de forma adequada (qualificador 8). Por outro lado, todas as categorias selecionadas para o *core set* da CIF de lombalgia no componente Estruturas do corpo foram consideradas relevantes, sendo que as estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas ao movimento (s770), em particular, discos intervertebrais, músculos e partes moles, foram as mais freqüentemente comprometidas.

Tabela 3. Categorias de Estruturas do corpo da CIF apontados com maior freqüência de acordo com as faixas de pontuação do *core set* (n=29).

Categoria	Nome da categoria	Qualificadores da CIF							%
		Alguma deficiência				Sem deficiência			
	Estruturas	1	2	3	4	0	9	8	
s120	Medula espinhal	5	3	2	0	16	0	3	61,5
s740	Região pélvica	12	1	0	0	14	0	2	51,9
s750	Extremidade inferior	15	2	0	0	11	0	1	39,3
s760	Tronco	13	8	1	0	6	0	1	21,4
s770	Estruturas musculoesqueléticas adicionais	19	3	0	0	4	0	3	15,4

A Tabela 4 apresenta o perfil de qualificadores atribuídos às categorias do componente Atividades e participação do *core set* da CIF para lombalgia. O qualificador 8 só foi usado em 4,2% das vezes, indicando uma boa coleta de dados. Por outro lado, o qualificador 9 foi usado 86 vezes, indicando 10,2% situações em que as categorias não eram aplicáveis aos sujeitos do estudo. Isso ocorreu especialmente nas atividades e participações relacionadas ao trabalho e emprego (d845, d850 e d859) ou deslocar-se com equipamento (d465).

As atividades que apresentaram problemas com menos freqüência foram d760 (relações familiares), que não teve problemas em 95,5% dos indivíduos; d445 (uso da mão e do braço) em 86,2% e d910 (vida comunitária) em 85,7%. Porém outras se mostraram comprometidas em menos que 20% da amostra, preenchendo o critério de invalidação: d570 (cuidar da própria saúde) e d770 (Relações íntimas). O total de categorias não validadas foi 5 (17,2%).

As atividades e participações comprometidas com maior freqüência foram d640 (Realização das tarefas domésticas), d650 (Cuidar dos objetos da casa) e d455 (deslocar-se).

A Tabela 5 apresenta o papel dos Fatores ambientais do *core set* da CIF para lombalgia como moduladores da funcionalidade da amostra em questão. O qualificador 8 só foi usado em 22,8% das vezes. Por outro lado, os qualificador 0 ou 9 foram usados 326 vezes (44,9%), indicando que ou a categoria não era barreira ou facilitador, ou não era aplicável, o que no caso de fatores ambientais acaba tendo o mesmo significado. Isso ocorreu especialmente nas categorias de produtos para o transporte e mobilidade pessoal (e120), para o trabalho (e135), edifícios de uso privado (e155) ou uso público (e150), e serviços, sistemas e políticas de suporte social geral (e575).

Os fatores ambientais que se apresentaram como facilitadores para esta amostra foram os profissionais de saúde (e350), outros profissionais ligados a saúde (e355), serviços, sistemas e políticas de saúde (e580) e produtos para consumo pessoal (e110).

Tabela 4. Categorias de Atividades e participações da CIF apontados com maior freqüência de acordo com as faixas de pontuação do *core set* (n=29).

Categoria	Nome da categoria	Qualificadores da CIF							
		Alguma deficiência				Sem deficiência			
	Atividades e participações	1	2	3	4	0	9	8	
d240	Lidar com estresse	6	5	0	0	18	0	0	62,1
d410	Mudar a posição do corpo	12	1	2	0	14	0	0	48,3
d415	Manter a posição do corpo	8	8	3	0	13	0	0	44,8
d420	Transferir a própria posição	7	0	1	1	19	1	0	69,0
d430	Levantar e carregar objetos	10	5	1	0	13	0	0	44,8
d445	Uso da mão e do braço	3	0	0	0	25	0	1	86,2
d450	Andar	6	4	1	0	18	0	0	62,1
d455	Deslocar-se	4	8	7	1	8	0	1	28,6
d460	Deslocar-se em diferentes locais	1	5	1	0	21	0	1	75,0
d465	Deslocar com equipamento	0	3	3	1	2	20	0	75,9
d470	Utilização de transporte	8	4	1	0	15	1	0	55,2
d475	Dirigir	5	1	0	1	15	7	0	75,9
d510	Lavar-se	12	2	0	0	15	0	0	51,7
d530	Cuidados relacionados ao processo de excreção	4	2	0	0	23	0	0	79,3
d540	Vestir-se	13	3	0	0	13	0	0	44,8
d570	Cuidar da própria saúde	4	0	0	0	25	0	0	86,2
d620	Aquisição de bens e serviços	8	6	1	0	14	0	0	42,3
d630	Preparação de refeições	5	0	1	0	23	0	0	79,3
d640	Realização das tarefas domésticas	11	8	4	0	5	1	0	20,7
d650	Cuidar dos objetos da casa	12	4	4	2	5	2	0	24,1
d660	Ajudar os outros	5	1	0	0	22	1	0	79,3
d710	Interações interpessoais básicas	3	1	1	0	24	0	0	82,3
d760	Relações familiares	1	0	0	0	20	1	7	95,5
d770	Relações íntimas	3	1	1	0	18	6	0	79,3
d845	Conseguir, manter e sair de um emprego	5	1	0	2	8	8	5	66,7
d850	Trabalho remunerado	4	3	0	1	7	9	5	66,7
d859	Trabalho e emprego não especificado	2	1	1	1	5	14	5	79,2
d910	Vida comunitária	2	0	1	0	12	6	8	85,7
d920	Recreação e lazer	4	2	2	1	8	9	3	65,3

Os fatores ambientais entendidos como barreiras com maior freqüência foram e225 (clima), e255 (vibração) e e580 (sistemas, serviços e políticas de transporte).

DISCUSSÃO

Esta é a primeira descrição da funcionalidade e incapacidade por meio do *core set* da CIF de lombalgia numa amostra brasileira. A CIF permitiu a documentação da funcionalidade dessa amostra numa forma abrangente, incluindo as funções e estruturas do corpo, atividades e participações. Também foram descritos sistematicamente os papéis dos fatores ambientais na modulação da funcionalidade desses pacientes.

Tabela 5. Categorias de Fatores ambientais da CIF apontados com maior frequência de acordo com as faixas de pontuação do core set (n=29).

Categoria	Nome da categoria	Qualificadores da CIF			
		Facilitador	Barreira	Nem facilitador e nem barreira	
		1 a 4	-1 a -4	0 ou 9 (%)	8
e110	Produtos para consumo pessoal	14	0	13 (48,1)	2
e120	Produtos para transporte pessoal	4	2	22 (78,6)	1
e135	Produtos para o trabalho	3	2	22 (81,5)	2
e150	Edifícios de uso público	5	2	19 (73,1)	3
e155	Edifícios de uso privado	2	3	21 (80,1)	3
e225	Clima	1	12	4 (23,5)	12
e255	Vibração	0	10	9 (47,4)	10
e310	Família imediata	11	5	6 (27,3)	7
e325	Conhecidos	9	3	10 (45,5)	7
e330	Pessoa em posição de autoridade	5	1	17 (73,9)	6
e355	Profissionais da saúde	15	5	0 (0)	9
e360	Outros profissionais	14	2	5 (23,8)	8
e410	Atitudes da família imediata	10	4	7 (33,3)	8
e430	Atitudes das pessoas com autoridade	8	2	12 (54,5)	7
e450	Atitudes dos profissionais de saúde	10	1	11 (50)	7
e455	Atitudes dos outros profissionais	6	2	14 (63,6)	7
e460	Atitudes sociais	3	4	15 (68,2)	7
e465	Normas, práticas e ideologias sociais	4	2	16 (72,7)	7
e540	Serviços, sistemas e políticas de transporte	8	6	8 (36,4)	7
e550	Serviços, sistemas e políticas legais	2	3	17 (77,3)	7
e570	Serviços, sistemas e políticas da previdência social	7	3	12 (54,5)	7
e575	Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral	1	3	18 (81,8)	7
e580	Serviços, sistemas e políticas de saúde	14	3	4 (19,0)	8
e585	Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento	3	1	17 (81,0)	8
e590	Serviços, sistemas e políticas de trabalho em emprego	1	3	17 (81,0)	8

Seguindo o critério de que ao menos 20% dos pacientes deveriam apresentar algum grau de comprometimento da funcionalidade para considerar a categoria como validada, consideramos que 64 (82,1%) das categorias do core set abrangente da CIF para lombalgia foram representativas e típicas para essa amostra, entre as quais, 15 corresponderam a funções do corpo, 5 às estruturas do corpo, 24 às atividades e participações e 20 categorias de fatores ambientais. Tendo em vista que múltiplos aspectos da funcionalidade estavam comprometidos em algum grau, ficou evidenciada a necessidade de intervenções multiprofissionais no atendimento

desses pacientes¹¹, esse é um achado esperado nas afecções musculoesqueléticas crônicas¹². A avaliação do impacto da lombalgia sobre a qualidade de vida desses pacientes com o QRM e o SF-36 mostrou, também, comprometimento em variados aspectos da funcionalidade dessas pessoas, reforçando a indicação da abordagem terapêutica multidisciplinar.

Num estudo anterior de nosso grupo, usamos a frequência de 30% de não-comprometimento da categoria para invalidá-la¹³, porém uma revisão dos resultados nos fez considerar essa linha de corte muito severa, e preferimos adotar o parâmetro definido por outros grupos mais recentemente⁷.

Entre as categorias que não foram consideradas validadas segundo o critério escolhido, estão aspectos fundamentais do exame físico do paciente com lombalgia, como a avaliação da continência urinária (b620), reflexos miotáticos (b750) e sensibilidade tátil (b260), que, quando alteradas, são sinais de alerta para a lesão medular ou outras condições sérias de saúde¹⁴. Considerando que foram incluídos apenas pacientes com lombalgia crônica, não se espera que haja lesão medular (efetivamente, somente 38,5% dos pacientes tinham algum sinal de comprometimento da medular espinhal ou estruturas associadas – s120, o que neste estudo foi documentado por achados de exames de imagem como o contato de conteúdos herniários com a medula lombar e raízes nervosas). Estes achados são concordantes com os de outra amostra de pacientes ambulatoriais¹⁵. Similarmente, outros aspectos das funções do corpo considerados não validados nesta amostra foram a experiências pessoal de alteração de imagem corpórea (b180), que só foi percebida por dois pacientes¹⁵.

Foram encontradas deficiências em todas as estruturas do corpo presentes no core set da CIF para lombalgia, evidenciadas pelas alterações do exame físico ou de exames complementares (tabela 2) o que indica que as categorias selecionadas realmente são relevantes para a funcionalidade das pessoas com lombalgia.

O componente de atividades e participações da CIF é o que traz maiores novidades na avaliação da funcionalidade da pessoa com lombalgia, pois é por meio dele que são evidenciados os aspectos de vida diária, profissional, relacionamentos e envolvimento em situações que não são o objetivo imediato do processo curativo, mas sim de reabilitação. Apesar de outros instrumentos^{16,17,18} usados para avaliar a funcionalidade de pessoas com lombalgia abordarem alguns desses aspectos^{19,20}, o core set da CIF para lombalgia traz a vantagem de documentar a melhora ou deterioração neste componente, seja em função das funções e estruturas corpóreas ou pela modulação pelos fatores ambientais. Por exemplo, restaurar o desempenho do paciente para o trabalho remunerado (d845, d850 e d859) pode ser obtido por meio do fortalecimento muscular do paciente (b730) ou com alterações nos instrumentos de trabalho (e135).

À semelhança de outro estudo¹⁵, as atividades e participações comprometidas com maior frequência foram d640 (realização das tarefas domésticas)²¹ e d650 (cuidar dos objetos da casa), o que pode ser explicado pela maior proporção de mulheres e pessoas economicamente inativas na amostra estudada, portanto mais restritas às atividades do ambiente doméstico, onde logicamente vão perceber a maior parte das limitações. Em seguida, em ordem de frequência de problemas, está a categoria d455 (deslocar-se), que inclui correr, saltar, subir e descer degraus, que são atividades de mobilidade muito comprometidas nesses pacientes e que dependem de força (b730), resistência muscular (b740), equilíbrio e coordenação, além de boa mobilidade e estabilidade de articulações (b710, b715 e b720). A restrição para recreação e lazer (d920) foi destacada como importante, em vista de serem participações habitualmente realizadas pelos pacientes e muito comprometidas pela lombalgia²¹.

Uma longa revisão sobre o papel dos fatores ambientais sobre a funcionalidade de pacientes com lombalgia²² mostra que praticamente todas as categorias desse componente contidas no *core set* da CIF de lombalgia são citadas com frequência na literatura médica, muitas vezes atuando como fator de risco para cronificação dos sintomas, como a família (e310) e os recursos de previdência social (e570). Assim como Bautz-Holter et al.¹⁵, as categorias que mais atuaram como facilitadoras foram aquelas ligadas à rede de apoios e atitudes das pessoas (capítulos e3 e e4), em particular os profissionais de saúde, cabendo aqui a ressalva de que essas informações foram coletadas pelos próprios profissionais de saúde e seria pouco provável que eles fossem apontados como barreiras.

Uma das limitações ao uso dos instrumentos baseados na CIF, como é o caso dos *core sets*, é que as categorias da CIF têm descrições muito amplas e podem incluir múltiplos aspectos daquilo a que se referem. Para contornar esse problema, a equipe envolvida na coleta dos dados foi treinada pelos autores e toda definição de qualificadores foi realizada em discussões de equipe. Nesse sentido, é fundamental destacar que o *core set* da CIF presta-se muito bem a orientação dos trabalhos multiprofissionais e interdisciplinares. Vários esforços internacionais vêm sendo despendidos no sentido de associar instrumentos validados às categorias da CIF, de modo a garantir a reprodutibilidade dos achados^{23,24}.

Outra limitação do estudo é que os Fatores pessoais não foram investigados de forma sistemática, exceto pelas informações constantes na Tabela 1. As informações sobre formas de enfrentamento das deficiências e incapacidade são muito relevantes no planejamento terapêutico multidisciplinar visto que comportamentos mal adaptados podem ser responsáveis pela ampliação das restrições à participação social decorrentes de afecções crônicas.

Os *core sets* da CIF são instrumentos em desenvolvimento, até o momento, eles definem "o que" deve ser avaliado nos pacientes com lombalgia, mas ainda não está determinada a melhor forma

de "como" avaliar cada uma das categorias selecionadas. Desta forma, eles são essencialmente usados para a descrição qualitativa da funcionalidade das pessoas, mas há a intenção de utilizá-los na avaliação quantitativa da funcionalidade.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu demonstrar que pacientes com lombalgia mecânica crônica inespecífica têm comprometimento de aspectos variados da sua funcionalidade, desde as partes anatômicas e funções fisiológicas até as atividades e envolvimento nas situações do cotidiano. Esse achado explica em parte porque as intervenções unimodais não são eficazes quando se usa um desfecho terapêutico amplo como a qualidade de vida. São necessárias, portanto, intervenções multidisciplinares.

O *core set* da CIF para lombalgia mostrou-se útil porque possibilitou a descrição de toda gama de problemas enfrentados pelas pessoas com lombalgia mecânica crônica inespecífica. Poucas categorias não foram consideradas não representativas e isso se deveu à seleção da amostra do estudo, sem impedir a validação empírica do instrumento. Ainda são necessárias padronizações da aplicação e quantificação dos problemas descritos qualitativamente por este *core set*.

AGRADECIMENTOS

A coleta de dados para este trabalho dependeu da participação ativa da equipe multiprofissional de atendimento aos pacientes com lombalgia do Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP (IMREA): Sonia Yezeguilian, Edna de Araújo, Gracinda Rodrigues Tsukimoto, Wilma Viana, Carlos Alexandrino de Brito, Sandra Regina Schewinsky, Maria Cecília dos Santos Moreira, Natalia Evangelista Borloni.

Este estudo foi concretizado com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; 2003.
2. Farias N, Buchala CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Conceitos, usos e perspectivas. Rev Bras Epidemiol. 2005;8(2):187-93.
3. Üstün B, Chatterji S, Konstanisek N. Comments from WHO for the Journal of Rehabilitation Medicine Special supplement on ICF core sets. J Rehabil Med. 2004;(Suppl 44):7-8.
4. Cieza A, Ewert T, Üstün B, Chatterji S, Konstanisek N, Stucki G. Development of ICF core sets for patients with chronic conditions. J Rehabil Med. 2004;(Suppl 44):9-11.
5. Freburger JK, Holmes GM, Agans RP, Jackman AM, Darter JD, Wallace AS, et al. The rising prevalence of chronic low back pain. Ann Intern Med. 2009;169(3):251-8.
6. Cieza A, Stucki G, Weigl M, Disler P, Jäckel W, van der Linden S, et al. ICF core sets for low back pain. J Rehabil Med. 2004;(Suppl 44):69-74.
7. Jonsdottir J, Rainero G, Racca V, Glässer A, Cieza A. Functioning and disability in persons with low back pain. Disabil Rehabil. 2010;32(Suppl 1):S78-84.
8. Tsukimoto GR, Riberto M, Brito CA, Battistella LR. Avaliação longitudinal da escola de postura para dor lombar crônica através da aplicação dos questionários Roland Morris e Short Form Health Survey (SF-36). Acta Fisiatr. 2006;13(2):63-9.
9. Cicconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol. 1999;39(3):143-50.
10. Sardá Júnior JJ, Nicholas MK, Pimenta CAM, Asghari A, Thieme AL. Validação do questionário de incapacidade Roland Morris para dor em geral. Rev Dor. 2010;11(1):28-36.
11. Stier-Jarmer M, Cieza A, Borchers M, Stucki G. How to apply the ICF and ICF core sets for low back pain. Clin J Pain. 2009;25(1):29-38.
12. Weigl M, Cieza A, Cantista P, Stucki G. Physical disability due to musculoskeletal conditions. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2007;21(1):167-90.
13. Riberto M, Saron TRP, Battistella LR. Resultados do core set da CIF para dor crônica generalizada em mulheres com fibromialgia no Brasil. Acta Fisiatr. 2008;15(1):6-12.
14. Henschke N, Mahler CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, et al. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. Arthritis Rheum. 2009;60(10):3072-80.
15. Bautz-Holter E, Sveen U, Cieza A, Geyh S, Roe C. Does the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) core set for low back pain cover the patients' problems? A cross-sectional content-validity study with a Norwegian population. Eur J Phys Med Rehabil. 2008;44(4):387-97.
16. Daltory LH, Cats-Baril WL, Katz JN, Fossel AH, Liang MH. The North American Spine Society Lumbar Spine Outcome Assessment Instrument. Reliability and validity tests. Spine (Phila Pa 1976). 1996;21(6):741-9.
17. Fairbank JC, Couper J, Davies JB, O'Brien JP. The Oswestry low back pain disability questionnaire. Physiotherapy 1980;66(8):271-3.
18. Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain. Part 1: development. Spine (Phila Pa 1976). 1983;8(2):141-4.
19. Brockow T, Cieza A, Kuhlow H, Sigl T, Franke T, Harder M, et al. Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on musculoskeletal disorders and chronic widespread pain using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference. J Rehabil Med. 2004;(Suppl 44):30-6.
20. Sigl T, Cieza A, Brockow T, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Content comparison of low back pain-specific measures based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Clin J Pain. 2006;22(2):147-53.
21. Mullis R, Barber J, Lewis M, Hay E. ICF core sets for low back pain: do they include what matters to patients? J Rehab Med. 2007;39(5):353-7.
22. Weigl M, Cieza A, Cantista P, Reinhardt JD, Stucki G. Determinants of disability in chronic musculoskeletal conditions: a literature review. Eur J Phys Rehabil Med. 2008;44(1):67-79.
23. Paul B, Leitner C, Vacariu G, Wick F, Zehetmayer S, Matzner M, et al. Low-back pain assessment based on the brief ICF core set. Diagnostic relevance of motor performance and psychological tests. Am J Phys Med Rehabil. 2008;37(6):452-60.
24. World Health Organization. The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millennium. WHO Technical Report Series No. 919. Geneva: World Health Organization; 2003. p.52-120.