

Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde

Human functioning and disability: exploring the scope of the World Health Organization's international classification

Rosana Ferreira Sampaio ¹
Madel Terezinha Luz ²

Abstract

The theoretical discussion on disability is dichotomized according to the medical and social perspectives. The biomedical model focuses on impairment, disease, or physical abnormality and how these factors produce disability. The social approach suggests that the meaning of disability and impairment emerges from specific social and cultural contexts. The WHO created the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), with a classification system and theoretical model based on the combination of the medical and social models and using a biopsychosocial approach to integrate the health dimensions. Despite the importance and immediacy of the ICF, some concepts were insufficiently detailed and justified and could lead to distinct interpretations. This essay proposes to describe the ICF model and analyze the scope of the biopsychosocial theory for exploring the relational nature of the "disability" and "impairment" categories, as well as the universal nature of the WHO proposal. One of the most positive aspects of the ICF is to highlight the interactive nature of disability and the division of the phenomenon into three dimensions, thus demonstrating the degree of complexity in the process of human functioning and disability.

Disabled Persons; International Classification of Disabilities; World Health Organization

Introdução

A transição epidemiológica brasileira, segundo alguns pesquisadores, teve início com a queda da taxa de mortalidade na década de 1940, passando pelas doenças infectocontagiosas até chegar às patologias de início insidioso e longa duração, cuja evolução é marcada por redução progressiva da capacidade do indivíduo de realizar as atividades do cotidiano e por dificuldades para desempenhar papéis socialmente esperados ^{1,2}. Em decorrência desses fatos, ao longo dos últimos anos, o foco na construção de indicadores de saúde se deslocou da mortalidade para a morbidade e, mais recentemente para as conseqüências das doenças crônicas ¹. Somada a isso, a evolução tecnológica nos cuidados em saúde tem possibilitado maior sobrevivência às pessoas com deficiências congênitas, que nos últimos anos têm se organizado mundialmente para lutar por uma sociedade mais inclusiva. Em que pese a importância quantitativa e qualitativa do problema, demonstrada pelo número de estudos e o envolvimento de pesquisadores de diferentes áreas, no Brasil as discussões ainda são incipientes. A análise e os debates sobre as teorias existentes para explicar a funcionalidade e a incapacidade humana podem ajudar na concepção de indicadores de saúde mais específicos, direcionados para as conseqüências das doenças, bem como na elaboração de políticas públicas mais efetivas.

¹ Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.
² Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

R. F. Sampaio
Departamento de Fisioterapia, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais.
Av. Presidente Antônio Carlos 6627, Campus Universitário Pampulha, Belo Horizonte, MG 31270-901, Brasil.
rosana@netuno.lcc.ufmg.br

A produção científica atual e os debates com relação às teorias da incapacidade tendem a se apresentar dicotomizados e polarizados nas concepções médica e social. O discurso biomédico, partindo de uma compreensão naturalística da incapacidade, tem como foco o corpo deficiente ou a disfunção em partes do corpo, ao passo que o discurso social vê a incapacidade como resultado de uma (des)organização social, ou seja, uma diminuição de oportunidades sociais para as pessoas^{3,4}.

O modelo biomédico tem origem na profissão médica e reflete o interesse na deficiência, doença ou “anormalidade” corporal e na maneira como isso produz algum grau de incapacidade ou limitação funcional. O corpo é objeto de interesse científico, de classificação e de intervenção. Uma vez classificado como inválido ou dependente, a base da chamada abordagem da tragédia pessoal, o indivíduo é visto como vítima, necessitando de cuidado, atenção e ajuda de outras pessoas⁵. A solução se encontra no cuidado de *experts*, cabendo às chamadas equipes multiprofissionais definirem as necessidades do indivíduo e as intervenções capazes de diminuir o impacto negativo da incapacidade. Para alguns sociólogos, essa também tem sido a abordagem usada nas políticas de bem-estar social em diferentes países^{6,7}. A perspectiva biomédica reduz a deficiência à categoria de doença corporal e foca no paciente, e não na pessoa. A incapacidade é então entendida como consequência biológica do mau funcionamento do organismo; portanto, o papel do médico é reparar a disfunção corporal, vista como um desvio da normalidade.

Por outro lado, a sociologia sugere que o significado de deficiência e de incapacidade emerge de contextos sociais e culturais específicos. Para alguns autores, a incapacidade não tem um significado universal, e estudos antropológicos apontam que em alguns idiomas e culturas não existe o termo “incapacidade” e que as diferenças sociais podem ser categorizadas de distintas formas⁵. Nessa perspectiva, a incapacidade não é necessariamente o resultado de uma condição de saúde, mas se relaciona à influência e a efeitos de fatores sociais, psicológicos e ambientais. Contrapondo ao modelo biomédico, não é a incapacidade que prediz a interação social, mas o contexto social que dá significado à incapacidade⁸. Assim sendo, a incapacidade não é algo que a pessoa tem, mas alguma coisa que acontece em algum momento de sua vida, daí o seu caráter emergente e temporal (não fixado). Em síntese, a incapacidade é uma forma de opressão social, discriminação e exclusão, isto é, são as barreiras atitudinais e sociais que incapacitam o indivíduo deficiente⁶.

Essa polarização conceitual tem dificultado uma análise relacional dos construtos deficiência e incapacidade. O modelo social, por sua vez, impede a aproximação da sociologia da categoria deficiência, criando uma noção de incapacidade “fora do corpo”⁹, mantendo a tradição ambígua entre cultura/natureza e biologia/sociedade. Por outro lado, o modelo biomédico (des)medicaliza a incapacidade, mas coloca o corpo deficiente na jurisdição exclusiva da hermenêutica médica. De alguma forma, as duas visões ignoram a identidade corporal, a personalidade e o potencial de transformação das pessoas que experimentam algum tipo de incapacidade. Outra fonte de tensão entre os teóricos diz respeito a essa conceitualização de incapacidade como uma experiência monolítica, ignorando as diferenças existentes entre pessoas com incapacidade baseadas em gênero, raça, orientação sexual, condição econômica e idade¹⁰.

Abordagens pluralistas sugerem que o corpo deficiente é muito mais do que um fenômeno fisiológico, é também um sujeito socializado e uma construção discursiva^{4,11}. A incapacidade seria então o resultado de uma interação entre biologia, estrutura social e institucional. O desafio posto é entender a relação complexa entre fatores biológicos e sociais, refinando a análise da relação entre deficiência e incapacidade, a partir da percepção do corpo como fenômeno biológico e produção social.

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou para publicação em 2001 a *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (CIF)¹² que traz um modelo de função e incapacidade e um sistema de classificação. O modelo proposto baseia-se na junção dos modelos médico e social, e uma abordagem biopsicossocial é usada para se obter uma integração das várias dimensões da saúde (biológica, individual e social). A funcionalidade e a incapacidade humanas são concebidas como uma interação dinâmica entre as condições de saúde (doença, trauma, lesões, distúrbios) e os fatores contextuais (incluindo fatores pessoais e ambientais). De acordo com a OMS, a CIF tem uma aplicação universal e pode ser usada por todas as pessoas e em qualquer condição de saúde¹².

A OMS tem destacado que o modelo representa uma abertura teórica para diferentes níveis de explicação, possibilitando aos pesquisadores desenvolver inferências causais e utilizando métodos científicos adequados¹². Diferentes autores apontaram que a CIF pode ter uma utilidade prática e explicativa limitada se for considerado que alguns dos principais conceitos apresentados foram pouco detalhados e justificados, o que

poderia ocasionar interpretações distintas do modelo entre disciplinas ^{4,5}.

Nesse contexto, os objetivos deste ensaio são: (1) descrever o modelo e o sistema de classificação da CIF; (2) analisar o alcance e as implicações da abordagem biopsicossocial para explorar a natureza relacional das categorias deficiência e incapacidade; (3) bem como o caráter universal da proposta preconizado pela OMS.

Noções preliminares sobre a CIF

O modelo de funcionalidade e incapacidade apresentado pela OMS adota uma abordagem biopsicossocial, refletindo a interação entre as várias dimensões da saúde (biológica, individual e social) descrita nos componentes: estrutura e função corporal, atividade e participação ¹². Nesse sentido, uma função ou incapacidade em um domínio representa uma interação entre uma condição de saúde (doença, trauma, lesão) e os fatores do contexto (fatores ambientais e pessoais) ¹³.

O processo de incapacidade é assim representado por dimensões distintas, mas inter-relacionadas. Deficiência (*impairment*) inclui sistemas ou partes do corpo que não funcionam apropriadamente; incapacidade (*disability*) centra-se em coisas que as pessoas não podem fazer, especialmente atividades básicas da vida diária e o desempenho de papéis socialmente esperados.

A CIF assume uma posição neutra em relação à etiologia classificando componentes de saúde e considera a incapacidade como o aspecto negativo da interação entre o indivíduo com uma condição de saúde e fatores contextuais. Por exemplo, duas pessoas com a mesma condição de saúde podem ter níveis de funcionalidade distintos, e o mesmo nível de funcionalidade não tem a ver necessariamente com a mesma condição de saúde ¹⁴. Assim sendo, esse sistema de classificação não se refere unicamente às pessoas deficientes, podendo ser aplicado para todas as pessoas e para qualquer condição de saúde, daí seu caráter universal ¹⁵.

Segundo Farias & Buchalla ¹⁶, a CIF introduz um novo paradigma para se pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, tendo em conta que estas não resultam diretamente das condições de saúde, mas são determinadas também pelo contexto (ambiente físico e social), pelas diferentes percepções culturais e atitudes com relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e de políticas públicas.

O objetivo da classificação é fornecer uma linguagem padronizada e um referencial teórico para descrever todos os aspectos da saúde humana. A informação está organizada em duas

partes, cada uma contendo dois componentes: funcionalidade e incapacidade (parte 1), dividida em estrutura e função corporal, atividade e participação e fatores do contexto (parte 2), formado por fatores ambientais e fatores pessoais ¹².

Cada um dos componentes da classificação pode ser descrito em termos positivos ou negativos. Aspectos da saúde que não apresentam problemas (neutros) são agrupados sob o termo guarda-chuva “funcionalidade” (estrutura e função corporal, atividade e participação), e os aspectos negativos (deficiência na estrutura e função corporal, limitação de atividade e restrição de participação), sob o termo “incapacidade”.

Na CIF, função corporal são as funções fisiológicas dos sistemas corporais incluindo funções psicológicas; estruturas são partes anatômicas do corpo, como órgãos, membros e seus componentes. Anormalidades de função e estrutura são denominadas deficiências, que são desvios ou perdas (p.ex., deformidades) da estrutura (p.ex., joelho) e/ou da função (p.ex., dor). Atividade é a execução de uma tarefa por um indivíduo e representa a perspectiva individual da funcionalidade. Participação é o envolvimento em uma situação da vida, isto é, a perspectiva social da funcionalidade humana. Dificuldades no nível da atividade representam uma “limitação de atividade” (p.ex., caminhar), e dificuldades em desempenhar papéis socialmente esperados, uma “restrição de participação” (p.ex., restrições na vida comunitária). Os fatores do contexto são representados pelos fatores do ambiente (p.ex., físico, atitudinal, social) e pelos fatores pessoais (p.ex., sexo, raça, estilo de vida). Tais fatores podem ter influência negativa ou positiva, vale dizer, podem ser facilitadores ou barreiras para o indivíduo.

Segundo a OMS, a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10) e a CIF são classificações complementares, entendendo que a informação sobre o diagnóstico somada à funcionalidade fornece um quadro mais completo sobre a saúde dos indivíduos e de populações ¹⁶.

O que é uma abordagem biopsicossocial e como pode contribuir para integrar as diferentes perspectivas da funcionalidade humana?

A argumentação teórica relacionada ao biopsicossocial recebe diferentes denominações (abordagem, teoria, modelo, perspectiva) de acordo com os autores pesquisados, demonstrando que não existe consenso quanto à sua localização na hierarquia do conhecimento. Neste ensaio, será usada a expressão abordagem biopsicossocial sugerida pela OMS ¹².

A abordagem biopsicossocial busca integrar a investigação sociológica com a ciência biológica como uma base para desenvolver um entendimento relacional ou não dualístico do corpo. No caso específico da funcionalidade humana, essa abordagem rejeita a tentativa de separação dos componentes biológico, psicológico e social⁴. Mas qual a sua origem e como ela pode ser usada para integrar as diferentes perspectivas da funcionalidade humana?

A abordagem biopsicossocial segundo Engel^{17,18} surgiu na psiquiatria como uma resposta ao avanço da visão biológica reducionista da doença mental, na década de 1960, na tentativa de destacar o papel do social ou de fatores não biológicos, influenciando a saúde mental. Ainda segundo o mesmo autor, a abordagem biopsicossocial é científica, construída para incorporar dimensões não contempladas na biomedicina e tem como base a teoria de sistemas (associação combinatória de elementos diferentes) desenvolvida pelos biólogos Paul Weiss e Ludwig Von Bertalanffy nos anos de 1950. Essa teoria argumenta que a natureza é ordenada em um contínuo hierárquico, com base nas unidades mais complexas até as menos complexas. Cada nível na hierarquia representa um sistema organizado com uma dinâmica própria, refletindo propriedades e características distintas. Nesse caso, diferentes estratégias são exigidas para entender as regras e a força responsável pela ordem coletiva do sistema¹⁸.

Como a OMS não especifica a origem da abordagem biopsicossocial usada na CIF, cabe dizer que autores das Ciências Sociais identificam a sua gênese no funcionalismo estrutural^{3,4,5}. Funcionalismo pode ser definido como uma perspectiva teórico-metodológica utilizada para analisar a sociedade e seus componentes, enfocando a mútua integração e interconexão entre eles. Analisa ainda a maneira como o processo social e os arranjos institucionais normativos contribuem para a efetiva manutenção da estabilidade da sociedade. O mais influente funcionalista na sociologia foi o norte-americano Talcott Parsons¹⁹, que criou a teoria do sistema social, incluindo um capítulo sobre a prática médica moderna e o interesse em distinguir o normal do desviante ou patológico. O autor defendeu a proposição de que, para a sociedade funcionar de forma apropriada, todos os seus membros devem desempenhar adequadamente o seu papel. A perspectiva teórica de Parsons agrupa as várias formas de desvio que ameaçam a coerência do sistema social, sendo a sociedade concebida como análoga a um organismo biológico – um sistema de estruturas sociais interagindo e coexistindo em um campo consensual de relações²⁰.

Nessa perspectiva, a saúde é definida como um estado normal e estável, e associada com uma capacidade ótima. Doença é vista como uma ruptura ou condição anormal que torna o indivíduo improdutivo e dependente. Isso representa uma forma de desvio social, que, se não for controlado, ameaça o funcionamento tranquilo de todo o sistema, bem como uma performance efetiva no plano individual. A partir da “creditação” da doença por um profissional ou *expert*, a doença torna-se aceita como parte da existência “normal”, cabendo ao indivíduo assumir a dependência prescrita pelo papel de doente. Tal papel provê uma alternativa temporária e condicional – uma forma de desvio sancionado.

A abordagem biopsicossocial, tal como apresentada anteriormente, descrita pela biologia e pelo funcionalismo estrutural, incorpora a noção de sistema vivo, dinâmico, em constante troca com o meio ambiente, substituindo a visão mecânica dos biofenômenos por uma visão holística, que poderá contribuir para a compreensão e descrição mais integradas da funcionalidade e incapacidade humanas. Cabe apontar as implicações do interesse de Parsons em distinguir o comportamento desviante, e a importância de se restaurar a saúde/funcionalidade do indivíduo para a sobrevivência do sistema social. Dito de outro modo, neste contexto o controle social do comportamento desviante é pensado como alternativa para se manter o equilíbrio social, e o desvio é visto como atributo ou característica inerente ao indivíduo. Estas idéias já foram discutidas e não são compartilhadas por cientistas sociais e pelo movimento de pessoas com deficiência da Inglaterra e Estados Unidos^{3,5,20}, o que poderia dificultar a aceitação e a aplicação da CIF.

No caso específico da CIF, a OMS destaca a importância da abordagem biopsicossocial para integrar as várias perspectivas da funcionalidade humana, mas não detalha como se dá essa integração. Existe um destaque para a importância da coleta de dados de cada uma das três dimensões do modelo (biológica, individual e social) de forma independente e depois explorar associações e ligações causais entre elas. Seguindo os pressupostos teóricos que deram origem à abordagem biopsicossocial, a OMS afirma que, se o objetivo é descrever uma experiência de saúde na sua totalidade, todos os componentes são úteis, o que parece traduzir a tão discutida premissa de que, por meio das partes, é possível conhecer o todo^{21,22,23}.

Talvez seja conveniente, neste ponto, chamar a atenção para a importância de se abordar o fenômeno da funcionalidade humana na sua totalidade, focando as possíveis relações e interações

entre seus componentes que resultam em incapacidade. Nesta perspectiva, as propriedades ou características dos componentes da funcionalidade só podem ser entendidas com base na totalidade funcional, inserida em um ambiente natural e social ^{21,23}.

No diagrama criado pela OMS para representar as múltiplas perspectivas de classificação da funcionalidade e da incapacidade como um processo interativo e evolutivo, os usuários da CIF podem criar modelos e estudar os diferentes aspectos desse processo, dependendo de sua orientação científica e criatividade. Seguindo a lógica relacional, a OMS supõe uma interação dinâmica e complexa entre uma condição de saúde e fatores do contexto (ambiental e pessoal), destacando que uma intervenção em um dos elementos tem o potencial de modificar um ou mais dos outros elementos ¹². Essa interação tornou-se ainda mais complexa na última versão da classificação, pois, além da modificação dos conceitos, a relação entre eles veio acrescida de bidirecionalidade, a saber, tanto a deficiência poderia levar a uma limitação de atividade e restrição de participação quanto o inverso.

Existem evidências mostrando que a incapacidade não é completamente explicada pela deficiência. Fatores como a satisfação do indivíduo com o seu desempenho ²⁴, as estratégias de enfrentamento adotadas para lidar com a sua condição de saúde ²⁵ e até mesmo os diferentes profissionais e contextos em que o paciente está sendo avaliado podem interferir na incapacidade ²⁶. No entanto, existem poucos estudos que testam a CIF como modelo científico que se fundamenta em dados empíricos, bem como outras prováveis relações entre os seus componentes. Possíveis explicações para esse número reduzido de trabalhos pode ser o fato de que a classificação é relativamente recente e, sobretudo, em razão das dificuldades de se operacionalizar separadamente cada um dos construtos.

Nesse sentido, um estudo usando dados transversais e longitudinais, desenvolvido com três grupos de pacientes (acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio e incapacidades diversas) confirmou as dificuldades para se identificar de forma distinta os construtos do modelo e evidenciou uma relação entre limitação de atividade e restrição na participação social, mas não o contrário. A análise estatística também não suportou a proposição de que a limitação de atividade resultou da deficiência, o que exige mais exploração. O estudo mostrou ainda pouca evidência com relação à interação reversa entre os construtos ²⁶. Embora não possam ser considerados decisivos com relação às evidências sobre o modelo proposto pela OMS, os resultados acima

apontam para a necessidade de se replicar o estudo e analisar de forma sistematizada as possíveis interações entre os componentes da CIF.

Para que se possa aplicar o modelo e a classificação da OMS, é primordial uma clareza conceitual com relação aos componentes ou construtos do modelo. Conseqüentemente, várias são as críticas apresentadas por diferentes autores ^{4,10,20,26}. Numa aproximação inicial, os componentes da CIF, definidos por intermédio da experiência com uma condição de saúde, parecem seguir uma progressão desde o biomédico (estrutura/função) até o psicossocial (atividade/participação), trazendo embutida a idéia de normalidade ²⁶. Somado a isso, é difícil definir os limites quando uma função se transforma em atividade ou como a habilidade para desempenhar atividades pode ser separada do contexto em que ela ocorre. Como resultado, diferentes pesquisadores trabalhando com o modelo podem usar a mesma medida para representar diferentes construtos.

Não está claro como a normalidade pode ser definida quando se trata de estruturas, funções, atividades e desempenho de papéis que “normalmente” apresentam grande variabilidade. A noção de ser humano normal pode ter sua origem na abordagem médica ou no tratamento racional para condições iguais, mas é também um sistema normativo de graduar pessoas ⁹. O julgamento de um fenômeno exige a adoção de uma norma biológica ou de uma norma social ²⁷, e a aplicação de uma norma biológica incorpora a noção de desvio corporal conquanto ausência ou excesso, presente no conceito de deficiência da CIF. Estudos antropológicos recentes sustentam que criar desvio é um fenômeno universal, mas existem diferentes visões do que é desvalorizado em uma cultura comparado com outra ¹⁵. Ainda que seja legítimo pensar que a distinção das três dimensões (biológico, psicológico e sócio-cultural) facilite a construção de um conhecimento analítico, sistematizado, é preciso não esquecer que uma ação social desenvolve-se nas três dimensões, ao mesmo tempo e no mesmo espaço ²⁸.

Outra questão a ser discutida é a definição de deficiência adotada no modelo da OMS. Para alguns autores ^{3,5}, deficiência é tratada no nível ontológico, na perspectiva do corpo pré-social, orgânico, como entidade natural, exterior ao discurso (entendido como um sistema estruturado de conceitos que cria conhecimentos sobre objetos, pessoas e relações). A neutralidade proclamada pela OMS parece estar relacionada somente à impossibilidade de se afirmar causalidade entre deficiência e condição de saúde, mas não ao se afirmar que, quando há uma deficiência,

existe uma disfunção em uma função ou estrutura corporal, afirmação que traz a organicidade da relação e coloca a deficiência numa condição pré-social e natural. A classificação nesse nível é considerada objetiva e científica.

Para Abberley (1987, *apud* Barnes et al. 5), a deficiência, porém, não é natural, mas construída historicamente, acrescentando que reconhecer a historicidade da deficiência não é negar a materialidade. Nesse sentido é controverso declarar que deficiência é um fenômeno puramente biológico. Além disso, trabalhar com a deficiência valendo-se de uma concepção puramente biológica pode implicar exploração da deficiência/incapacidade numa abordagem categórica, deixando de lado a perspectiva relacional entre os dois construtos.

Por fim, mas não menos importantes, são as questões relacionadas ao desempenho de papéis sociais (participação social) e a influência dos fatores ambientais. É sabido que papéis sociais variam entre grupos sociais e contextos, portanto a definição de políticas ou a comparação de dados entre países ou populações pode embasar ou produzir conclusões não verdadeiras. Dito de outro modo, dificilmente bancos de dados produzidos com esse tipo de informação fazem sentido se não forem contextualizados, até mesmo territorializados. O conceito de participação da CIF pressupõe ainda envolvimento, definido como “*tomar parte, ser incluído ou participar em uma área da vida*”¹² (p. 25), e a definição exclui o sentido de pertencer. Muitas vezes essa não-inclusão pode ser ocasionada por fatores culturais, e não por questões relacionadas à funcionalidade/incapacidade. Nesse sentido, os conceitos da OMS são vagos e pouco precisos com relação à natureza da deficiência.

Talvez uma das análises do processo de funcionalidade humana que vem gerando mais discussão e críticas é a relação entre ambiente e incapacidade. Para os profissionais da saúde, particularmente na área de reabilitação, o ambiente é percebido como um fenômeno físico, um conjunto de obstáculos ou barreiras que ampliam o problema da deficiência. Na teoria da incapacidade (*disability theory*), o ambiente é percebido como uma expressão de poder, um universo de discriminação e opressão que cria a incapacidade. Já os estudos sociológicos sobre doença crônica e incapacidade definem o ambiente como o resultado de uma interação simbólica e social que tem lugar entre os indivíduos e seus mundos e como eles negociam sua vida no dia-a-dia⁵. Para Sally French²⁹, pesquisadora inglesa que apresenta deficiência visual, a deficiência é parte da experiência da incapacidade e na prática as conseqüências de uma deficiência visual não são

automáticas, mas situacional e socialmente mediadas. A OMS tenta, por intermédio do conceito, englobar as diferentes questões apresentadas acima; parece, todavia, que a complexidade das relações ambiente/sociedade e deficiência/incapacidade terá ainda muito a ser confrontada.

Após o exposto, a CIF abre novas possibilidades de análise do processo de funcionalidade humana, ainda que retenha noções médicas e individualizadas da incapacidade e suas causas. Talvez um dos aspectos mais positivos da classificação seja trazer à baila a natureza interativa da incapacidade e a divisão do fenômeno em três dimensões, mesmo que a interação proposta caminhe na exploração da relação entre corpos deficientes e processos sócio-culturais. Dessa forma, parece que a CIF concebe o corpo humano (deficiência) como uma entidade física que delimita e define, em parte, os limites e as capacidades da ação humana.

A teoria dos sistemas, apesar das inúmeras críticas, mormente em razão da idéia de equilíbrio/homeostase dos componentes, apresenta três características que não podem ser perdidas quando aplicadas ao fenômeno da funcionalidade humana: o centro da teoria não é uma unidade elementar discreta, mas uma unidade complexa, ou seja, o todo não se reduz à soma das partes; a noção de sistema não foi concebida como uma noção do real nem do formal, mas como uma noção ambígua ou fantástica; e situa-se em um nível transdisciplinar que permite conceber a natureza material do seu objeto, mas também os tipos e as complexidades dos fenômenos de associação/organização³⁰.

Seria a CIF uma classificação universal?

Universal significa “*que abarca toda a terra, que se estende a tudo e a toda parte; que não se atém a uma especialidade, abrangendo quase por inteiro um campo de conhecimento, de idéias, de aptidão*”³¹ (p. 1739). Para Laplantine³², estamos em busca de modelos universais, cujo valor heurístico pode ser aplicado a qualquer sociedade.

Com relação ao fenômeno da funcionalidade humana, teria a CIF o alcance universal apontado pela OMS? Como um fenômeno complexo que envolve aspectos culturais, subjetivos e ambientais pode pleitear a universalidade? A universalização não implicaria tratar de forma homogênea eventos que são distintos, levando o observador a perder exatamente o foco de importância das diferenças que marcam as experiências de incapacidade?

Talvez a universalidade no uso da CIF possa estar no modo de produção do conhecimento

sobre o processo de funcionalidade humana, pela referência conceitual da OMS, no entanto o conhecimento produzido (o produto) é localizado, já que incapacidade tem a ver com o indivíduo deficiente e com o contexto em que ele vive; as intervenções, por conseguinte, também devem ser localizadas. Estudos antropológicos que adotam uma perspectiva materialista argumentam que a incapacidade e os processos de funcionalidade humana são historicamente e espacialmente determinados mais que trans históricos e universais²⁰.

Esse pode ser o ponto de partida para a construção de um quadro de deficiência/incapacidade mundial e para a definição de políticas públicas. Tratar a universalidade como generalidade pode nos levar a perder de vista a concretude e a complexidade do fenômeno que o “universal” julga abarcar. Outra questão diz respeito à publicação relativamente recente da CIF, fato que dificulta uma avaliação precisa do seu grau de generalidade. Este tipo de avaliação implica caracterizar o tipo de situação que a classificação pode abarcar, ou seja, a classe de fenômeno que ela pode acomodar²¹.

Uma política de incapacidade de caráter universal talvez possa focar na equidade na distribuição de recursos e oportunidades. Retirar o foco das chamadas necessidades especiais, que requerem atenção especial para o entendimento de que todas as pessoas têm necessidades que variam ao longo da vida. Sendo assim, a política de incapacidade não deve se dirigir a um grupo especial, mas a todo universo social¹⁵.

Considerações finais

A importância das discussões apresentadas anteriormente tem dois pilares: o reconhecimento e o alcance institucional da OMS fazem com que a CIF seja usada na clínica e na pesquisa em diferentes países e principalmente o fato de essa classificação servir para nortear políticas públicas relacionadas a pessoas com deficiência. A importância da forma como doença/incapacidade são conceituadas deriva de como isso determina o que é considerado limite próprio da responsabilidade dos profissionais de saúde e como influencia as atitudes e o comportamento dos pacientes. Dito de outra maneira, o modo como os profissionais abordam os pacientes e seus problemas é influenciado pelos modelos conceituais que eles adotam e tem relação com a forma como o conhecimento e a experiência são organizados. Frequentemente, os profissionais ignoram o poder desses modelos sobre seu pensamento e comportamento, muitas vezes

porque os modelos dominantes não são totalmente explícitos.

Segundo Wittgenstein (1889, *apud* Levack³³), os limites da minha linguagem significam os limites do meu mundo, ou seja, as nossas palavras estruturam a nossa maneira de pensar, nossas decisões e nossas ações. No caso específico da funcionalidade humana, a linguagem que usamos para falar sobre doença, lesão, deficiência e incapacidade pode influenciar nossas decisões clínicas e a maneira como interagimos com nossos pacientes e com outros profissionais de saúde³³. Prover uma base para o entendimento da funcionalidade humana e seus determinantes para posteriormente dar início a um tratamento racional e ao planejamento de cuidados em saúde é o primeiro passo, contudo é preciso considerar o paciente, o contexto social em que ele vive e o sistema de saúde planejado pela sociedade para dar conta dos efeitos ruptores da doença/incapacidade.

A subjetividade da experiência da incapacidade é uma dimensão independente de função, e incapacidade e pode nos ajudar a entender o indivíduo incapacitado enquanto pessoa. Pode não ser suficiente registrar que a OMS reconhece a importância dos fatores pessoais, ainda que esses não possam ser classificados por causa da influência cultural. Talvez a questão central seja: como os fatores intrínsecos ao indivíduo interagem com os fatores do ambiente social para produzir a incapacidade?

Para finalizar, cabe trazer a ideia de complexidade implícita em diferentes estudos com seres humanos, que pode nos ajudar a entender o problema das contradições e o fato de que o todo não é igual à soma das partes. “*A complexidade aparece onde o pensamento simplificador falha, mas ela integra em si tudo aquilo que põe ordem, clareza, distinção e precisão de conhecimento*”³⁰ (p. 6). A ideia implícita no pensamento complexo é não reduzir uma realidade a outra, e sim articulá-la e compreender as suas conexões. Talvez caiba trazer essa proposição para as análises da funcionalidade humana, tendo como foco a multidimensionalidade do fenômeno, com abertura para a não-existência de uma única rede formal de relações possíveis entre as dimensões da CIF, mas realidades produzidas por diferentes interações sistêmicas que apresentam certa autonomia.

Resumo

A produção teórica sobre incapacidade se apresenta dicotomizada nas perspectivas médica e social. O modelo biomédico foca a deficiência, doença ou anormalidade corporal e como esses fatores produzem incapacidade. A abordagem social sugere que o significado de deficiência e incapacidade emerge de contextos sociais e culturais específicos. A OMS criou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que traz um sistema de classificação e modelo teórico baseados na junção dos modelos médico e social e usa uma abordagem biopsicossocial para integrar as dimensões da saúde. Apesar da importância e atualidade da CIF, alguns conceitos foram pouco detalhados e justificados, podendo ocasionar interpretações distintas. Propõe-se com este ensaio descrever o modelo da CIF e analisar o alcance da teoria biopsicossocial para explorar a natureza relacional das categorias deficiência e incapacidade, bem como o caráter universal da proposta da OMS. Um dos aspectos mais positivos da CIF é trazer à baila a natureza interativa da incapacidade e a divisão do fenômeno em três dimensões, mostrando o grau de complexidade do processo de funcionalidade e incapacidade humana.

Pessoas com Deficiência; Classificação Internacional Incapacidades; Organização Mundial da Saúde

Colaboradores

As autoras definiram em parceria a concepção geral e o conteúdo do artigo. O manuscrito foi redigido por R. F. Sampaio e a revisão final foi realizada por M. T. Luz.

Agradecimentos

Trabalho realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Referências

- Costa JLA. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, Brasil, 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:927-40.
- Barros MBA, Cezar CLG, Carandina L. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:911-26.
- Barnes C, Mercer G. Key concepts disability. Cambridge: Polity Press; 2003.
- Imrie R. Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Sociol Health Illn* 2004; 26:287-305.
- Barnes C, Mercer G, Shakespeare T. Exploring disability: a sociological introduction. Cambridge: Polity Press; 1999.
- Oliver M. The politics of disablements. Basingstoke: MacMillan; 1990.
- Finkelstein V. Representing disability. In: Swain J, Finkelstein V, French S, Oliver M, editors. *Disabling barriers: enabling environments*. London: Sage Publications/Open University; 2003. p. 21-7.
- Fine M, Asch A. *Women with disabilities*. Philadelphia: Temple University Press; 1998.
- Willians SJ. Is anybody there? Critical realism, chronic illness and the disability debate. *Sociol Health Illn* 1999; 21:797-819.
- Mulvany J. Disability, impairment or illness? The relevance of the social model of disability to the study of mental disorder. *Sociol Health Illn* 2000; 22:582-601.
- Le Breton D. *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Editora Vozes; 2006.
- Organização Mundial da Saúde. *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. São Paulo: Edusp; 2003.

13. Werner AS, 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; 22: 1099-107.
14. Sampaio RE, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter* 2005; 9:129-36.
15. Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Ustün TB. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Soc Sci Med* 1999; 48:1173-87.
16. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8:187-93.
17. Engel LG. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1997; 196: 129-36.
18. Engel LG. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 535-44.
19. Parsons T. *The social system*. Glencoe: Free Press; 1951.
20. Thomas C. *Sociologies of disability and illness*. Hampshire: Palgrave MacMillan; 2007.
21. Rosen R. *Life itself: a comprehensive inquiry into the nature, origin and fabrication of life*. New York: Columbia University Press; 1991.
22. Garnett WP. *Chaos theory tamed*. Washington DC: Joseph Henry Press; 1997.
23. Capra F. *A teia da vida*. São Paulo: Editora Cultrix; 2006.
24. Sampaio RE, Mancini MC, Martins FC, Figueiredo IM, Alves GB. Work-related hand injuries: cases analysis in a Brazilian rehabilitation service. *Disabil Rehabil* 2006; 23:803-8.
25. Viana SO, Sampaio RE, Mancini MC, Parreira VF, Drummond A. Life satisfaction of workers with work-related musculoskeletal disorders in Brazil: associations with symptoms, functional limitation and coping. *J Occup Rehabil* 2007; 17 33-46.
26. Johnston M, Pollard B. Consequences of disease: testing the WHO International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) model. *Soc Sci Med* 2001; 53:1261-73.
27. Luz MT. *Natural, racional, social*. São Paulo: Editora Hucitec; 2004.
28. Amaral AL. *Conhecendo a deficiência em companhia de Hércules*. São Paulo: Robe Editorial; 1995.
29. French S. Can you see the rainbow? The roots of denial. In: Swain J, French S, Barnes C, Thomas C, editors. *Disabling barriers: enabling environments*. London: Sage Publications; 2004. p. 81-6.
30. Morin E. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Editora Sulina; 2005.
31. Holanda, AB. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editores LTM; 1986.
32. Laplantine F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Editora Martins Fontes; 2004.
33. Levack K. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): applications to physiotherapy. *New Zealand Journal of Physiotherapy* 2004; 32:1-2.

Recebido em 11/Out/2007

Versão final reapresentada em 06/Ago/2008

Aprovado em 11/Set/2008