

# OS DEBATES ANCESTRAIS E ATUAIS ACERCA DO QUE É SAÚDE E A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA COMPREENSÃO DAS POSSIBILIDADES DE UMA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE FUNCIONAL

Maia, Helena Fraga<sup>1</sup>; Sousa, Cláudio Silva de<sup>2</sup>; Oliveira, Karina Grace Ferreira de<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Doutora em Saúde Coletiva, docente da UFBA

<sup>2</sup>Mestre em Políticas Sociais e Cidadania, docente da FADBA

<sup>3</sup>Mestranda em Políticas Sociais e Cidadania, docente da FADBA

Email: [lmaia@terra.com.br](mailto:lmaia@terra.com.br)

**Resumo:** Documentos recentes como a Política Nacional de Saúde Funcional encontram-se ativos na agenda política brasileira e devem ocupar posição de destaque na próxima 14ª Conferência Nacional de Saúde. Enquanto isso, a classificação internacional de funcionalidade completa 10 anos sem que efetivamente tenha se transformado em instrumento de uso corrente de comunicação e informação em saúde, deixando de propiciar benefícios a aqueles que convivem com alterações funcionais. Nesse cenário, deve-se contextualizar que há séculos cientistas da área ainda discutem epistemologicamente o que é e como se conceitua saúde. Esses desafios atuais, a despeito da disputa de mercado e por poderes, estariam atrelados às incertezas do termo que norteiam sistemas, políticas e práticas de saúde? As dificuldades operacionais que podem estar envolvidas na detecção e na acurada classificação do que seja funcionalidade, incapacidade e saúde podem comprometer o avanço dessa política? Nesse ensaio, apresentamos conceitos e discussões contemporâneas do termo saúde e suas repercussões nos documentos que são defendidos por fisioterapeutas e demais profissionais da saúde.

**Palavras-chave:** Funcionalidade. Incapacidade. Saúde Funcional. Conceito de Saúde.

## INTRODUÇÃO

O conceito de saúde é histórica e socialmente determinado, variando a cada época segundo a cosmovisão de um povo. Essa variação influencia diretamente nas formas de cuidar dos profissionais de saúde e no autocuidado da sociedade, influenciando, também, os debates e decisões dos responsáveis pela formulação e implantação das macropolíticas relacionadas ao setor saúde.

Compreender esta evolução histórica do conceito de saúde e sua representação atual nos permite inserir-nos como sujeitos ativos na construção das políticas do setor. Ao nos aproximarmos da 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) faz-se necessário que nos atentemos para o conceito de saúde funcional visto que na 13ª CNS com a participação ativa das representações das profissões de Fisioterapia, Terapia ocupacional, Fonoaudiologia, Nutrição e Serviço social foi aprovada uma moção de criação de uma política reformuladora, transversal e mutisetorial, a saber a Política Nacional de Saúde Funcional. Desde então Grupos de Trabalho tem se empenhado em elaborar a proposta

desta política que pela sua abrangência, transversalidade e multisetorialidade deve ser amplamente debatida a fim de ganhar a representatividade e legitimidade necessária para não ser apenas mais uma boa política que não consiga ser adequadamente implantada para atingir todas as suas possibilidades.

Esse ensaio visa, através de um resgate histórico do conceito de saúde até o surgimento da expressão saúde funcional, problematizar suas consequências para o debate da política nacional de saúde funcional, situando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde como eixo norteador desta política bem como um dos desafios a serem enfrentados.

### **Mas de fato, o que é mesmo saúde?**

Há uma questão a ser resolvida no que diz respeito ao termo saúde, pois existe uma “demanda epistemológica”. [1] Afora as lacunas, há pelo menos uma certeza: o termo “saúde” não comunica a mesma coisa para todas as pessoas, pois depende do contexto histórico, social, econômico, político e cultural; relaciona-se à ciência, religião e filosofia [2]. Da mesma forma, como o termo “doença”.

A história da saúde e da doença confunde-se com a história dos significados da natureza, do corpo e dos diversos elementos que compõem a vida. [3] Assim, as civilizações chamadas pré-históricas privilegiaram concepções mágico-religiosas para explicar a realidade, enquanto que a filosofia grega lançou mão da racionalidade e da observação empírica para fazer o mesmo. [4]

Personagem muito importante da ciência grega, Hipócrates (460 – 377 a.C.) compreendia o homem como uma “unidade organizada” e a doença como consequência de uma desorganização, esta mediada por fatores ecológicos [2], o que constituiu uma ruptura com o paradigma mágico-religioso. A doença foi considerada como consequência de causa endógena (de dentro do homem) por Galeno (129 – 199); já Paracelsus (1493 -1541) defendia que suas causas viriam do ambiente externo ao organismo e para lá deveriam retornar para que se retomasse a condição da saúde, para o que ele lançava mão de substâncias químicas, como mercúrio, por exemplo. [2]

A ciência do século XVII atribuiu prerrogativas mecanicistas a natureza e ao homem, através do pensamento de filósofos como Galileu, Descartes, Newton e outros. Dessa forma, o homem seria estudado da maneira como se estudavam as máquinas, separando-o em partes. Descartes comparou o homem doente a um relógio com falha mecânica e o saudável a um relógio equalizado. Daí surgiu os princípios do Modelo Biomédico que explica a doença como um defeito temporário ou não do funcionamento de uma ou mais engrenagens do corpo; e a saúde, como ausência de doença. [3]

Os avanços científicos continuaram a sua marcha e trouxeram boas e más consequências. Dentre as más, encontram-se os desequilíbrios ecológicos, exemplificadas pelo grande êxodo para as cidades e terríveis epidemias ocorridas entre século XVIII e XIX, além das questões climáticas tão discutidas atualmente. Dentre as boas consequências, deu-se o que foi denominado de primeira revolução da saúde ou revolução pasteuriana ou bacteriana. O uso do microscópio foi valorizado.

Com isso, chegou-se à descoberta dos microorganismos causadores de doenças. “Era uma revolução porque, pela primeira vez, fatores etiológicos até então desconhecidos estavam sendo identificados; doenças agora poderiam ser prevenidas e curadas.” [2, 3] Instalava-se a hegemonia do Modelo Biomédico para explicar a saúde e a doença. Sendo que, além da ideia de doença como defeito de parte do corpo, acrescentou-se a concepção de que, para cada doença, havia uma única causa.

O Modelo Biomédico parece ter respondido às necessidades da época, no entanto foi ultrapassado por demandas mais recentes e questionado pela ciência quando do surgimento de novas teorias de explicação da realidade como a teoria da relatividade [4], além de outras com maior proximidade às questões de saúde e doença como o Modelo Biopsicosocial, de George L. Engel. Até o início do século XX, ainda não havia um conceito de saúde que fosse de alguma forma, considerado universal. Somente após a Segunda Guerra Mundial, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) é que foi concebido e divulgado, pela OMS, um conceito de saúde que se propôs a ser referência para as nações, em abril de 1948, segundo o qual, Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de enfermidade. [2]

A primeira revolução da saúde ou pasteuriana apregoou que resolveria os problemas da saúde. No entanto, em meados do século XX, nos países desenvolvidos, surgem as doenças de cunho comportamental, para as quais a sua teoria dos germes não apresentava soluções. Se, por ocasião da primeira revolução da saúde e durante a vigência do Modelo Biomédico as discussões e, conseqüentemente, as ações, eram centralizadas na prevenção da doença, agora estava decretada a segunda revolução da saúde, centralizada na saúde. Sua estratégia geral seria a modificação do comportamento das pessoas para alteração de seu estilo de vida no intuito de afastar delas o risco de contrair doença. Além disso, acrescentou-se a compreensão da multicausalidade das doenças e multifatorialidade da saúde. [3]

A antropologia contribuiu, nesse momento da história, com os conceitos de saúde e de doença. Essa é uma ciência cujas raízes remontam ao final do século XIX e que se desenvolveu grandemente durante o século XX. A grande contribuição que oferece à sociedade é a sua tradição de compreensão da cultura. Inclusive no que diz respeito ao tema da saúde, seus sentidos e suas explicações. Estudos empíricos de antropólogos, como Lèvi-Strauss (1963) e Marcel Mauss (1950), constataram o que o senso comum já assegurava: saúde e doença se relacionam com características organizacionais e culturais de cada sociedade, não se resumindo a questões orgânicas, naturais e objetivas, ideia contida no conceito de saúde da OMS. [5]

Desde quando foi divulgado, o conceito de saúde da OMS recebeu críticas de várias naturezas. De natureza técnica surgiu a crítica de que, conceituada da forma proposta pela OMS, a saúde seria inatingível, utópica, e não poderia ser usada como indicador objetivo pelos serviços

de saúde. A crítica de natureza política foi que este conceito permitiria abusos estatais na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde. [2] Quanto à utopia, é indispensável afirmar que elas são importantes para indicar um caminho. De fato, esse conceito “utópico” tem apontado uma direção multicausal, multifatorial e integradora do ser humano biopsicosocial, diferentemente da anterior que era unicausal, biologicista, mecanicista e fragmentadora. É claro que o conceito da OMS não é suficiente para mensurar o alcance dos objetivos, o que é muito importante, principalmente para o estado e seus departamentos de saúde pública. Por isso, há constante tentativa de criação e consolidação de indicadores de saúde, mesmo que seja medindo a presença de doença. Um exemplo disso foi o projeto do Banco Mundial em parceria com a Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, em 1992, coordenada pelo economista Christopher Murray, cujo objetivo era “viabilizar uma metodologia destinada a medir a ‘carga global de doença’ (GBD – global burden of disease) das populações”. O indicador foi denominado DALY (Disability-adjusted Life Years). “O termo ‘carga global de doença’ é bastante claro e preciso no sentido de definir a doença e não a Saúde como objeto: de modo algum induz a falsas promessas”. [1]

Assim, há também uma busca de sentidos do termo saúde que é de cunho etimológico. Madel T. Luz [6], no Dicionário da Educação Profissional em Saúde, analisa o termo da seguinte forma:

Saúde, em português, deriva de *salute*, vocábulo do século XIII (1204), em espanhol *salud* (século XI), em italiano *salute*, e vem do latim *salus* (*salutis*), com o significado de salvação, conservação da vida, cura, bem-estar. O étimo francês *santé*, do século XI, advém de *sanitas* (*sanitatis*), designando no latim *sanus*: “são, o que está com saúde, aproximando-se mais da concepção grega de ‘higiene’, ligada deusa *Hygea*. Em seu plural de origem idiomática, o termo ‘saúde’ designa, portanto, uma afirmação positiva da vida e um modo de existir harmônico, não incluindo em seu horizonte o universo da doença. Pode-se dizer, deste ponto de vista, que ‘saúde’ é, em sua origem etimológica, um ‘estado positivo do viver’, aplicável a todos os seres vivos e com mais especificidade à espécie humana. (<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sau.html>)

A problemática do termo está no fato de que a definição do conceito, a compreensão, a teoria, determinam, se não direcionam, a prática do autocuidado e do cuidado em saúde. O autocuidado se refere às práticas de saúde efetuadas pelos indivíduos e suas coletividades, e o cuidado em saúde diz respeito ao trabalho do profissional da saúde, e por que não extrapolar? Diz respeito, também, aos gestores e legisladores, dos quais depende a saúde da nação, se compreendemos que as políticas sociais e econômicas são fatores determinantes da saúde.

### **Saúde Funcional e a Política Nacional de Saúde Funcional**

Historicamente a expressão “saúde funcional” surge no contexto brasileiro nas discussões da 5ª Conferência Municipal de Saúde do município de Santos/SP em 1998, proposto pelo fisioterapeuta

Rivaldo Novaes então coordenador do Conselho Municipal de Saúde, como alternativa ao termo reabilitação. Essa proposta teve como inspiração a expressão francesa *reeducation fonctionelle*. Tal mudança representa para a fisioterapia muito mais do que uma simples alteração de nomenclatura. Ela traz em sua essência uma mudança paradigmática ocorrida no desenvolvimento histórico dessa profissão que tem sua origem atrelada à reabilitação e durante um longo período experimentou, na busca de sua autoafirmação como profissão liberal, um distanciamento da saúde coletiva, reforçando seu lugar social na prática individual de reabilitação. [7]

A intervenção fisioterápica e/ou fisioterapêutica é entendida, ao longo da história da profissão, como quase que exclusivamente atrelada a práticas curativas individuais e ao atendimento de certas sequelas físico-funcionais, produzidas por alguma patologia, sendo outras formas de intervenção as ações educativas de prevenção e promoção da saúde e/ou execução de projetos de saúde coletiva, tido como algo muito novo na profissão. [8] De acordo com Almeida [7], não há dúvidas de que está em marcha um processo de mudança na formação e nas práticas da fisioterapia que visa ampliar o lugar social do Fisioterapeuta, avançando na direção do reconhecimento da profissão em espaços que até então não foram mercedores de grande atenção. A saúde funcional surge como o novo lugar social a ser ocupado pela fisioterapia e representa bem a aproximação desta profissão com a saúde coletiva e o sistema de saúde brasileiro, ocorrida a partir do início da década de 90.

Em decorrência da maturidade profissional e dos desafios impostos pelo crescimento quantitativo e qualitativo da profissão, órgãos representativos, em especial o sistema COFFITO/ CREFITOS e ABENFISIO, promoveram a partir de 2006, pré-fóruns em todo território nacional que culminaram com a realização de dois Fóruns Nacionais de Políticas Públicas da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional, dos quais emergiu a proposta de criação de uma Política Nacional de Saúde Funcional. A articulação política com outras profissões possibilitou que uma moção de apoio a criação da PNSF fosse aprovada na 13ª Conferência Nacional de Saúde. O surgimento da expressão saúde funcional na Conferência Municipal de Saúde e a aprovação da moção de criação da PNSF na CNS deve despertar nos profissionais de saúde a compreensão da importância desses espaços de controle social como lócus de discussão de agendas que venham a contribuir para o reforço do SUS e a extensão de ações benéficas à população brasileira.

No ano de 2010, visando oficializar uma proposta a ser protocolada no Ministério da Saúde, o COFFITO e o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) formaram grupos de trabalho integrados por representantes da Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais, da Federação Nacional de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia, da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, da Academia Brasileira de Audiologia e da Ordem dos Hospitais Ortodoxos, contando com apoio de profissionais dos mais diversos segmentos das áreas social, de saúde e demais entidades científicas. O resultado do trabalho desse GT foi a elaboração do

texto da PNSF acatado pelo Ministério da Saúde em 15/10/2010, sua publicação no Diário Oficial da União é aguardada com expectativa por todos os profissionais que trabalham com a funcionalidade humana. Os avanços alcançados desde as primeiras discussões a respeito desta política nos fóruns de políticas públicas da fisioterapia e terapia ocupacional apontam para a eficácia e necessidade de mobilização política. É inegável o mérito das organizações de classe, em especial o sistema COFFITO/CREFITOs e a ABENFISIO na condução do processo. Ressaltamos a necessidade de uma maior participação política dos profissionais fisioterapeutas com objetivo de reforçar o trabalho destas entidades e conferir-lhes maior legitimidade no processo de representatividade da profissão.

O GT que elaborou o texto desta política define saúde funcional como “o estado de bem-estar do sujeito, nas coletividades ou enquanto pessoa, no desempenho das atividades e na participação social, visando o exercício da funcionalidade humana e da cidadania”. Este é um conceito que não se restringe a uma profissão, mas engloba ações que podem ser desenvolvidas por profissionais de todas as profissões da área de saúde e, até mesmo, de outras áreas que compartilhem um conceito ampliado e positivo de saúde e que atuem na funcionalidade humana. Funcionalidade que tem como negativa a incapacidade (*disability*), entendida como as consequências da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades. [9] De acordo como GT que elaborou o texto da PNSF, a funcionalidade humana sofre influência direta da presença de doenças, em especial as crônicas, como de fatores contextuais negativos, ou seja, barreiras ambientais dos diferentes gêneros: físicas, geográficas, culturais, tecnológicas, legais etc. A funcionalidade é influenciada também por fatores sociais como: acesso aos serviços de saúde, medicamentos, paz, habitação, educação, alimentação, renda, justiça social, equidade, entre outros.

A inclusão dos aspectos relacionados ao desempenho das atividades e da participação social no conceito de saúde funcional é uma clara alusão à CIF, tomada como uma das ferramentas mais importantes para a implantação da Política Nacional de Saúde Funcional. Ao atrelar o exercício da cidadania a definição de saúde funcional nos remete a compreensão da saúde como direito de todos e dever do estado, reforçando o compromisso dos profissionais que atuam ou venham a atuar neste campo em construção com o Sistema Único de Saúde.

De acordo com Ana Cristina de Oliveira Brasil, conselheira efetiva do CNS, a PNSF não deve ser considerada como uma política de saúde e sim como uma política de seguridade social (saúde, assistência e previdência social). [10] A elaboração e implantação de uma política dessa natureza se justifica pela característica de transição epidemiológica brasileira, na qual se destaca o envelhecimento populacional, o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas e suas repercussões na funcionalidade. Prospectivas demográficas apontam para a inversão da pirâmide populacional já no ano de 2050, ou seja, quando a atual população jovem atingir a terceira idade. Se mantiver o cenário atual em que os idosos têm uma maior expectativa de vida, nem sempre acompanhada por uma boa qualidade de vida e capacidade funcional, essa inversão trará sérias

consequências para a seguridade social. Tendo em vista que uma boa capacidade funcional na terceira idade depende de ações de promoção da funcionalidade nos ciclos de vida que a antecedem fica evidente a urgência de implantação da PNSF.

A PNSF tem como objetivos acompanhar de modo transversal e integral todos os ciclos de vida e delinear o perfil da funcionalidade, acompanhamento a incidência de incapacidades e desenvolver ações sobre as futuras gerações com base no conceito ampliado de saúde proposto pela OMS e defendidos nos princípios e diretrizes do SUS.

De acordo com o Grupo de Trabalho responsável pela elaboração da Política Nacional de Saúde Funcional, esta tem os seguintes itens como princípios: a) *universalidade*, que abrange áreas como a Educação em Saúde, a Educação, a Acessibilidade, o Transporte Pública, a Segurança e o Acesso aos Serviços; b) *integralidade*, que faz ligações fortes entre as políticas públicas já existentes, propiciando a coesão e a efetividade das ações específicas; c) *visibilidade*, que avalia e controla os processos e práticas profissionais do cuidado em saúde, indo além do conhecimento sobre doenças, partindo para o conhecimento da funcionalidade humana e suas interfaces com o ambiente; e finalmente, d) *sustentabilidade*, que promove maior independência dos cidadãos na realização de atividades e na participação social, bem como, gerando menos custos com consequências negativas para a Seguridade Social.

Para que esta política seja implantada, há uma série de desafios a serem enfrentados, sem dúvida será necessário vontade política e empenho concreto do governo. Mas, destacamos os desafios que recaem diretamente sobre nós profissionais de saúde, como o rompimento do corporativismo, a consolidação do novo paradigma que compreende a saúde de forma ampliada, não só na teoria como na prática, a reestruturação das formações em saúde com ênfase na formação interprofissional e o desenvolvimento das dimensões crítica e reflexiva, extrapolação da compreensão teórica da CIF para sua aplicação prática, ampliação dos estudos que envolvam a funcionalidade humana, entre outros.

## **A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde**

Não se discute a necessidade de investir em prevenção de riscos à saúde funcional do homem em qualquer faixa etária, incluindo crianças e adolescentes, nem tampouco a necessidade imperativa de promover saúde e que tais ações repercutirão tanto em qualidade de vida quanto em redução de sofrimentos e custos para o setor saúde. Todavia, cabe refletir sobre a efetividade das ações propostas pela Política Nacional de Saúde Funcional, na medida em que depende da quantificação da funcionalidade pelo emprego da Classificação da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde conforme idealizado pela Organização Mundial da Saúde. O debate, mais que oportuno, deve ser ampliado e discutido multiprofissionalmente dado o alcance da proposta.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Assembléia Mundial de Saúde publicaram em 2001 a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF propõe que a incapacidade funcional resulta não apenas de uma deficiência orgânica, mas de influência mútua entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, limitação de suas atividades, restrição da participação social e em razão de fatores ambientais e pessoais que interferem no seu desempenho em atividades da vida diária, podendo funcionar como barreiras ou facilitadores do estado funcional. De fato, condições de vida extremamente desfavoráveis determinam maior comprometimento funcional e pior desempenho social. Os determinantes sociais da saúde impõem também barreiras na funcionalidade.

Embora a CIF possa ser considerada como um grande avanço na concepção e na forma de comunicar com detalhamento as alterações que determinam maior ou menor grau de comprometimento da saúde do indivíduo, na prática tem sido observado grandes dificuldades no emprego desta forma de classificação das condições de saúde. As evidências científicas produzidas no país, desde a sua publicação, não têm demonstrado sua aplicabilidade na rotina diária dos profissionais de saúde. Os poucos estudos têm sido idealizados para, quando muito, apresentar dados de poucos casos.

A produção nacional de estudos que utilizam a CIF para estimar comprometimentos funcionais é bastante reduzida. Na biblioteca virtual Scielo, nos anos de 2005 a 2011, dos 13 artigos indexados pelos termos incapacidade e funcionalidade, apenas sete são artigos originais que efetivamente usam a escala para classificar níveis de participação, funcionalidade e/ou incapacidade, já que os demais abordaram aspectos teóricos conceituais da aplicação da escala. Na base Pubmed, é possível detectar também um grande número de artigos igualmente teóricos conceituais, e em menor monta com a aplicação da escala para descrever disfunções, limitações, restrições e barreiras ou fatores de facilitação.

Vale salientar que o perfil sanitário populacional brasileiro e mundial tem apresentado elevação significativa da carga de doenças crônicas e degenerativas que ameaçam a saúde e o desenvolvimento humano, com imposição de severas limitações funcionais. Em agosto de 2011, na cidade do Salvador, Bahia, foi comemorado o lançamento de um volume específico da revista *The Lancet* sobre a saúde da população brasileira, sobre o sistema de saúde, e sobre os avanços e desafios a serem enfrentados pela sociedade civil e governo. Em um dos artigos produzidos sobre doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), os autores Shimitd *et al.*[11], reportaram que em 2007 que 72% dos óbitos no Brasil foram atribuídos às DCNT, em especial as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes, cânceres e outras, entre as quais as músculo-esqueléticas. Salientaram, ainda, que a maior carga dessas doenças recai, especialmente, sobre países de renda baixa e média. No seminário de apresentação, todos os autores presentes enfatizaram que utilizaram dados produzidos por autores brasileiros para caracterizar o perfil sanitário atual.

Para os profissionais de saúde que estão em contato direto com a população e, especialmente,



para fisioterapeutas, essas afirmações não se configuram como uma revelação e sim como uma reafirmação do perfil da demanda observada nos serviços de saúde quer seja em hospitais, clínicas e unidades básicas de saúde, tanto das regiões metropolitanas quanto peri-urbanas. Em 2010, em todo o território brasileiro, de acordo com dados do Datasus, 185.615 indivíduos foram internados por acidente vascular encefálico, 261.055 por transtornos mentais diversos, 193.197 por asma, 148.150 por Diabetes Melitus, e 74.694 por infarto agudo do miocárdio. Tais condições mórbidas, que implicam em alterações da funcionalidade, apontam para a magnitude do problema e para o fato de que o setor saúde precisa investir. Todavia, não recai somente sobre o setor saúde a necessidade de investir na busca de condições adequadas de viver. Ações e investimentos do setor transporte, do setor de educação, e do setor de infraestrutura, deverão ser condizentes com a necessidade vivenciada de modo a possibilitar redução da desigualdade social e de suas implicações no cotidiano das pessoas que vivem ou não com deficiências.

Ainda com relação a este específico artigo do volume do *The Lancet*, produzido por autores brasileiros, em maio de 2011, chama a atenção para, além da qualidade da sistematização dos dados, a metodologia empregada para estimar a carga de doença no Brasil. Os autores selecionaram e reportaram um estudo de morbidade, já que dados de mortalidade oferecem apenas um quadro parcial da carga de doença, em que um pesquisador empregou a *Disability Adjusted Life Years* (DALYs), ou em português, anos de vida perdidos ajustados por incapacidade. Trata-se, de acordo com Schramm *et al.* [13], de um indicador que propõe mensurar simultaneamente o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. Esse instrumento tem sido mundialmente utilizado e, desse modo, comparações internacionais tem sido possíveis. Ainda de acordo com os autores a utilização do indicador DALY propicia a identificação de prioridades em função do perfil epidemiológico, facilitando a tomada de decisões e destinação adequada de recursos por parte dos gestores.

A utilização de um indicador, por mais complexa que seja a sua formulação, propicia uma comunicação rápida, direta e objetiva de uma informação extremamente útil para o planejamento e gestão de recursos. E a CIF? Propicia, também, uma comunicação rápida, direta e objetiva? Porque este cenário nacional e mundial de morbidade elevada por doenças crônicas não transmissíveis que repercute em taxas elevadas de deficiências, disfunções e incapacidades não propiciaram semelhante elevação de produção de dados utilizando esta escala? Após dez anos de sua publicação a CIF não tem sido, de fato, reconhecida como um instrumento útil na avaliação empírica dos comprometimentos funcionais de pacientes. Há que se refletir. Embora extremamente bem elaborada, de fato sua produção é operacionalmente pouco exequível exigindo a avaliação por parte de vários profissionais para produzir códigos precisos que envolvem vários construtos. Assim como os idiomas não falados, escalas não utilizadas também fenecem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde funcional não se restringe a objeto de estudo e/ou campo de atuação de nenhuma profissão da área de saúde em específico, mas se apresenta como espaço fértil para interprofissionalização do cuidado em direção à integralidade. Como campo em construção abre espaço para estudos que envolvam o bem estar individual e coletivo no desenvolvimento de suas atividades e participação social, que atrelem funcionalidade com cidadania.

É possível que cheguemos à conclusão que, embora difícil e pouco provável em um cenário de disputas classistas e de reserva de mercado, as vantagens a serem obtidas com a Política Nacional de Saúde Funcional para o sistema de saúde e, por conseguinte, para a população seriam enormes.

Dessa forma, nós deveremos, não só como fisioterapeutas, alimentar esta luta, mas também como cidadãos que defendem o SUS e a melhora do perfil sanitário, e assim contribuir para a sua efetiva implantação, já que com as perspectivas de envelhecimento global, esta parece ser a melhor forma de abordar e cuidar do que chamamos de saúde. Vale salientar que é bastante possível que não mensuramos novas conquistas em saúde com a aplicação da CIF, o que de fato não se constitui em nenhuma modificação da realidade vivida por aqueles que produzem ciência ou mesmo por aqueles que atuam com assistência à portadores de deficiências.

## REFERÊNCIAS

1. Almeida Filho N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev. Bras. Epidemiologia*. 2000, 3(1-3): 4-20.
2. Scliar M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2007, 17(1): 29-41.
3. Albuquerque C, Oliveira C. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *Millenium*. 2002, 25. Disponível em: <[http://www.ipv.pt/millenium/millenium25/25\\_27.htm](http://www.ipv.pt/millenium/millenium25/25_27.htm)>
4. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*. jan-jul/2002, 11(1): 67-84.
5. Campos GWS. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
6. Luz MT. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sau.html>>
7. Almeida ALJ. *O Lugar Social do Fisioterapeuta*. [Tese]. Presidente Prudente: Universidade do Estado de São Paulo; 2008. 166 p. Doutorado em Geografia.
8. Freitas MS. *A atenção básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil: as Diretrizes Curriculares resignificando a prática profissional*. [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006. 138 p. Doutorado em Saúde Coletiva.
9. Farias N, Buchalla CM. *A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*

da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. 2005, 8(2): 187-93.

10. UNIVERSIDADE TIRANDENTES. 1º Fórum de Saúde Funcional é realizado pelo Crefito-7 na Unit. [Acessado em 06 jul. 2011] Disponível em: <[http://www.unit.br/not%C3%ADcias\\_principais/vw/1/itemid/4921.aspx?skinsrc=%5Bg%5Dskins/%5Bunit%5Dnoticias/noticiasprincipal](http://www.unit.br/not%C3%ADcias_principais/vw/1/itemid/4921.aspx?skinsrc=%5Bg%5Dskins/%5Bunit%5Dnoticias/noticiasprincipal)>
11. Shimitd MI et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet. Mai. 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9 disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>
12. Schramm JMA et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2004, 9(4): 897-908.