



EREST

Osasco e Região



AVALIAÇÃO BIOPSIKOSSOCIAL E APLICAÇÃO DA CIF

DR. EDUARDO SANTANA
CEREST REGIONAL OSASCO

LIVRO CIF



CORPO TÉCNICO DO CEREST REGIONAL OSASCO/SP

Aline Vanessa Rodrigues da Silva Vasconcelos Coelho - médica do trabalho
aline.cerest@gmail.com

Eduardo Santana Cordeiro - fisioterapeuta
eduardosantana.cerest@gmail.com

Eneida Maria Mendes Roca - engenheira de segurança do trabalho
eneida.cerest.or@gmail.com

Felipe Paschoal Pracanica - diretor
felipe.cerest@gmail.com

Nádia Santos Umbelino - enfermeira do trabalho
nadia.cerest@gmail.com

Rita Lopes - psicóloga
ritalopes.cerest@gmail.com



SUMÁRIO

4	APRESENTAÇÃO
8	CAPÍTULO 1 – O QUE MUDA NO DIAGNÓSTICO COM A INTRODUÇÃO DA CIF?
14	CAPÍTULO 2 – COMO É A CODIFICAÇÃO COM A CIF?
26	ATIVIDADES DE FIXAÇÃO
32	CAPÍTULO 3 – USOS NA SAÚDE DO TRABALHADOR
34	3.1 – USOS DA CIF SEM NECESSIDADE DE MENSURAÇÃO
53	3.2 – INSTRUMENTO BASEADO NA CIF PARA MEDIR FUNCIONALIDADE
55	3.3 – INSTRUMENTO PARA MENSURAÇÃO DA INCAPACIDADE LABORATIVA QUANDO HÁ DOENÇA OCUPACIONAL OU ACIDENTE DE TRABALHO – TABELA <i>ESCAPE</i>
60	CONSIDERAÇÕES FINAIS
61	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS





APRESENTAÇÃO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi publicada oficialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001 e todos os países membros, o que inclui o Brasil, foram urgidos a inserirem o seu uso nacionalmente, da mesma forma que já acontece com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). São muitas as finalidades das classificações internacionais, entre elas, estão a organização, o registro e a documentação de dados de saúde em todos os seus aspectos.

Enquanto o foco da CID é a morbi-mortalidade, o foco da CIF é a funcionalidade. A CIF descreve, em termos alfanuméricos, a experiência humana relacionada à sua participação, às suas atividades e ao seu corpo, tanto do ponto de vista anatômico quanto fisiológico. A classificação ainda aborda e relaciona esses aspectos com o contexto, o que inclui o ambiente. Na CIF, o ambiente ganha o título de “fatores ambientais”, e eles podem conter barreiras e facilitadores, ou seja, a CIF considera que os fatores ambientais podem potencializar o desempenho humano ou prejudicá-lo.

A introdução da CIF no ordenamento jurídico brasileiro ocorreu concretamente com a publicação do Decreto nº 6.214/2007, especialmente pelo exposto no Artigo 15, embora a terminologia usada não seja a mais adequada. Anos mais tarde, a Resolução CNS nº 452/2012 instituiu a CIF para o Sistema Único de Saúde, incluindo a Saúde Suplementar.

A grande mudança não é pontual, tampouco relativa a parcelas da sociedade ou a áreas profissionais de atuação. A introdução da CIF representa uma profunda mudança de paradigma em tudo o que diz respeito à Seguridade Social. Ela imprime uma nova forma de raciocínio por meio do chamado modelo biopsicossocial. Assim, não se trata de aplicar um instrumento para determinados fazeres, mas trata-se de fazer tudo por meio de um mesmo instrumento. Ou seja, a prestação de serviços, a organização de sistemas e o desenho de políticas são agora todos desenvolvidos a partir da CIF e por meio dela, em conjunto com a CID. Juntas, as classificações fornecem todos os dados diagnósticos de saúde para avaliação, monitoramento e controle: morbidade, mortalidade e funcionalidade. A completude das informações se dá pelo



acompanhamento das intervenções em saúde e isso ocorre pela terceira classificação internacional da Família de Classificações Internacionais da OMS: a Classificação Internacional de Intervenções em Saúde, que não será abordada neste documento.

Um exemplo prático:

DIAGNÓSTICO CID/CIF	CODIFICAÇÃO CID/CIF
<i>Lombalgia por espondilolistese traumática de L5 sobre S1</i>	<i>M41.3</i>
<i>Dificuldade completa de permanecer sentado e de carregar objetos</i>	<i>d4153.44, d430.44</i>
<i>Não dispõe de equipamento de proteção individual</i>	<i>e135.4</i>
<i>Perda moderada da mobilidade e da estabilidade da coluna lombar</i>	<i>b710.2, b715.2</i>

Outro exemplo prático:

DIAGNÓSTICO CID/CIF	CODIFICAÇÃO CID/CIF
<i>Síndrome de Burnout</i>	<i>Z56.3</i>
<i>Dificuldade grave de gerenciar a rotina diária</i>	<i>d2301.33</i>
<i>Sofre assédio moral</i>	<i>e430.4</i>
<i>Alterações graves na recuperação e processamento da memória</i>	<i>b1442.3</i>

Mais um exemplo prático:

DIAGNÓSTICO CID/CIF	CODIFICAÇÃO CID/CIF
<i>Neuropraxia do nervo radial</i>	<i>G56.3</i>
<i>Dificuldade completa de escrever, atenuada por uso de órtese</i>	<i>d170.13</i>
<i>Dispositivo ortopédico para adaptação da escrita</i>	<i>e1151+4</i>
<i>Perda moderada de forma muscular</i>	<i>b730.2</i>





1

**O QUE MUDA NO DIAGNÓSTICO COM
A INTRODUÇÃO DA CIF?**

Na prática, o diagnóstico, ou seja, o processo de dividir (dia) para conhecer (gnose), deixa de se resumir a um termo ou expressão e passa a ser um parágrafo. Deixa de ser codificado apenas com a CID e passa a ser codificado com a CID e com a CIF.

É importante ressaltar que a descrição do estado de funcionalidade sempre é possível com a CIF, mesmo em casos de ausência de doenças. Assim, nos sistemas de informação será possível encontrar a situação das pessoas com a codificação da funcionalidade até em simples cadastros, mesmo se totalmente saudáveis.

Abaixo estão algumas figuras de trechos do livro “CID e CIF na codificação de diagnósticos em saúde funcional”, da Editora Wak¹:

O que muda na hora de fazer uma avaliação?

Avaliação e codificação são coisas diferentes e, por isso, a CIF não deve ser encarada como um instrumento de avaliação. Na verdade, ela classifica os resultados dos instrumentos de avaliação, sejam esses clínicos ou instrumentais.

22

O que muda com a CIF, com a implantação do **modelo biopsicossocial e espiritual**, é a forma de avaliar. Aquele velho jeito de partir da queixa principal, passando pelo histórico da moléstia atual, do exame físico, dos exames complementares e assim por diante, deve ser substituído por uma abordagem completamente diferente.

A coleta dos fatores ambientais e pessoais passa a ser o primeiro passo. Em seguida, vem a abordagem do desempenho e da capacidade, primeiro em relação à participação social e, depois, em relação às atividades. Depois disso, vem a avaliação do estado fisiológico e anatômico do corpo tanto do ponto de vista clínico quanto instrumental. A conclusão diagnóstica torna-se o último campo de uma ficha de avaliação. Essa maneira, além de favorecer a execução do modelo, facilita a classificação pela CIF, pela CID, além de propiciar a determinação de objetivos centrados no paciente e a codificação das intervenções usando a *International Classification of Health Interventions*.



A CIF não deve ser encarada como uma escala, questionário ou instrumentos semelhantes a esses. Ela codifica os resultados de instrumentos de avaliação numa linguagem única, mas não os substitui. É possível a criação de novos instrumentos de avaliação baseados na CIF. O modelo biopsicossocial também imprime um novo olhar, mais amplo sobre a saúde. Assim, a velha forma (queixa principal, história da moléstia atual, exame físico, etc) deve ser substituída por uma nova abordagem, com início nos fatores ambientais, conforme o roteiro abaixo²:

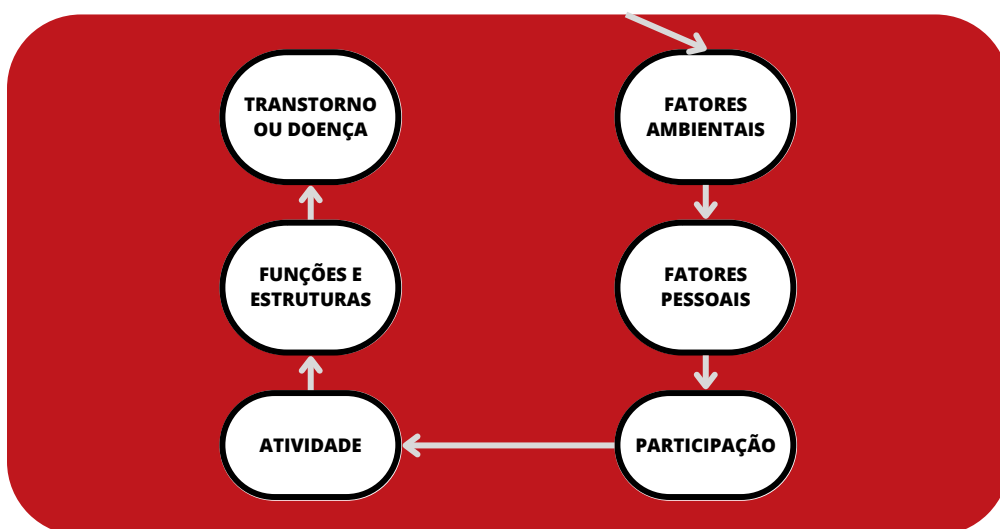
Há um roteiro para codificar? Por onde começar?

Não há um roteiro predefinido, porém, se a **matriz da informação** é "Atividades e Participação", já temos uma dica do que é importante. Se, em "Atividades e Participação", temos os qualificadores de **desempenho** e **capacidade** e se o desempenho é o que reflete uma situação de vida **real**, sabemos o que de fato importa para as pessoas. Ainda, se sabemos que o desempenho representa o real e que, ao mesmo tempo, ele é **dependente do contexto** que, por sua vez, contém os **fatores ambientais** transformáveis em códigos, chegamos ao ponto de partida.

O artigo intitulado "CIF: uma discussão sobre linearidade no modelo biopsicossocial", publicado em 2013 na Revista Fisioterapia & Saúde Funcional, traz a seguinte sequência de abordagem:

21

FIGURA 1 - MODELO LINEAR BIOPSIKOSSOCIAL



Considerando essa abordagem, a metodologia que chamamos de *Escape (ESC Solution)*, tratada no Capítulo 2 deste livro, indica que devemos iniciar a codificação pelos fatores ambientais e, em seguida, os outros itens de forma linear, como indicado na figura acima.

O uso da CID é o último, reforçando a ideia de que a doença pode ser o resultado das alterações de funcionalidade, e não a sua causa. Essa concepção anula o uso dos *core sets* por doenças, o que já havia sido alertado pelo artigo *"Two steps forward, one step back? A commentary on the disease-specific core sets of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)"*, publicado em 2007 na Revista *Disability & Rehabilitation*.

Recomendamos fortemente que os formulários de avaliação utilizados nos serviços de saúde sejam modificados a fim de contemplar a descrição completa da funcionalidade: barreiras e facilitadores ambientais, desempenho e capacidade relacionados às atividades e à participação, além da descrição habitual do estado das estruturas e funções corporais.

O conceito de "CIF Principal"

No que se diz respeito ao uso da versão atualizada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), na prática profissional diária, estabeleceu-se a utilização de um código principal. Normalmente, é um código que, por exemplo, justifica um exame, justifica uma internação, justifica um afastamento do trabalho, relaciona-se com o financiamento das ações e dos serviços de saúde, entre outras razões. O fato de existir um código CID principal não significa que aquele é o único código de um paciente, mas ele determina um diagnóstico importante para determinado fim, como um procedimento ou intervenção.



O termo “CID principal” é normalmente usado para se justificar um procedimento em saúde, inclusive em termos de auditoria. Um “conjunto principal de códigos” também pode ser atribuído relativamente à CIF. Contudo, não é possível se determinar um único código da CIF, mas, ao menos, três, sendo um para o ambiente, um para o corpo e um para atividades & participação conforme o exemplo da figura abaixo.

Considerando a CIF, podemos partir do mesmo princípio. No entanto, um código apenas seria certamente insuficiente. Respeitando a indicação da CIF, em seu item 6 (Utilização da CIF) do uso mínimo de três códigos e ainda valorizando o que a CIF chama de **matriz da informação** na Tabela 2 do item 4 (Visão geral dos componentes da CIF), podemos indicar que minimamente um código de “Atividades e Participação” esteja presente. Como o qualificador de desempenho depende do contexto, o que inclui os fatores ambientais, e o da capacidade depende do estado fisiológico e anatômico do corpo, não poderão faltar ao menos um código de fatores ambientais e um código de funções ou estruturas do corpo. O trecho abaixo é um exemplo de descrição diagnóstica que pode ser classificada com três códigos da CIF:

- Dificuldade importante de andar, atenuada pelo uso de órtese suropodálica articulada e com antiderrapante, e hemiparesia leve. Codificando o diagnóstico com a “CIF Principal”: e1151+4, d450.12, b7302.1.



Como implantar a CIF em um Serviço de Saúde?

É importante lembrar que a implantação da CIF em um serviço é um processo e não um momento. A experiência adquirida pelo Grupocifbrasil, desde 2008, aponta para um tempo aproximado de dez meses para a completa implantação da ferramenta. Tal processo pode ser dividido nas seguintes partes:

Parte 1: apresentação da CIF e capacitação presencial em dois dias, totalizando 12 horas de atividades didáticas com levantamento das possíveis formas de uso da CIF.

Parte 2: atividades a distância desenvolvidas em plataforma *on-line*, para a revisão do conteúdo, realização de atividades de fixação e resolução final sobre a forma de uso a ser implantada.

A parte 2 pode definir um uso fechado ou um uso aberto.
Uso fechado: criação de formulários de notificação com categorias da CIF pré-selecionadas. A seleção deve ser feita por setor ou por área profissional, jamais por doenças específicas.

23

Uso aberto: a codificação de diagnósticos é feita sem um modelo prévio, as descrições são codificadas caso a caso, com maior exigência de conhecimento da CIF.

O uso aberto é mais adequado por explicitar melhor a realidade de cada paciente, mas demanda mais tempo que o uso fechado. O uso fechado, por sua vez, facilita e torna a aplicação mais prática, mas pode deixar de codificar itens importantes. Alguns serviços optam por uma mesclagem, ou seja, usam um modelo fechado com permissão de adição de códigos quando necessário.

Um modelo de uso fechado: Questionários, índices, escalas e outros



Temos visto que os serviços preferem o uso fechado, ou seja, a criação de um instrumento (escala, questionário ou índice) baseado na CIF para ajudar em conclusões específicas. Isso não está incorreto, mas há limitações e necessidades a serem respeitadas: a criação deve obedecer a critérios científicos para a criação de instrumentos e, mesmo assim, haverá limitações, visto que poderá ser cabível para a maioria dos casos, mas não a todos.

O uso aberto é mais adequado para a descrição perfeita (ou mais próxima da perfeição) da funcionalidade. Contudo, há a necessidade de treinamento e de educação permanente da equipe, além de exigir mais tempo de aplicação do que de um modelo fechado.

Enfim, os serviços de saúde estão livres para escolher o método mais adequado para o uso específico da CIF.





2

COMO É A CODIFICAÇÃO COM A CIF?

Os códigos da CIF são formados pela junção de categorias (de a fatores ambientais, atividades & participação, estruturas e funções do corpo) aos seus respectivos qualificadores³.

Os qualificadores são números que completam as categorias da CIF após os caracteres especiais "." ou "+", dando significado à categoria e transformando-a num código. Isso significa que um código da CIF é representado por uma categoria associada a um ou mais qualificadores. Veja o exemplo abaixo:

- b7302 é uma categoria que significa funções da força muscular de um lado do corpo;
- "." É o caracter especial;
- 4 é um qualificador que indica perda completa;
- b7302.4 é um código que significa perda completa das funções da força muscular de um lado do corpo.

Uma letra minúscula é sempre o primeiro dígito de um código da CIF, de acordo com o componente: funções do corpo (b), estruturas do corpo (s), atividades e participação (d) e fatores ambientais (e). Embora haja um padrão de significado dos qualificadores, cada componente tem a sua particularidade. Por exemplo, em "s" podemos ter até 03 qualificadores:

- s7501.321 significa ausência parcial (mais de 50%) da perna direita. Neste código, s7501 significa perna, "1" significa direita, "2" significa ausência parcial e "3" significa mais de 50%. Ele pode ser usado numa amputação parcial da perna direita.

Uma pessoa que tenha a sua situação classificada pelo código acima pode ainda usar uma prótese para facilitar a sua mobilidade. A CIF considera essa prótese uma tecnologia "facilitadora ambiental", indicada pela categoria e1151. Nesse caso, o qualificador vai indicar o grau de facilitação. Assim, o código e1151+4 indica que a prótese é uma facilitadora completa para a mobilidade. Veja que, para indicar um facilitador ambiental, o caracter especial usado é o "+" e não o ".".



Um terceiro código pode ser atribuído para descrever a atividade de “andar”: d450.04. Nesse caso, o código indica que, embora não haja capacidade para andar (pela ausência parcial da perna direita), o indivíduo desempenha a atividade de andar, sem dificuldades, com o uso da prótese.

A codificação com a CIF da situação acima ficaria:

- e1151+4 uso de prótese de membro inferior;
- d450.04 dificuldade completa de andar, resolvida pelo uso da prótese;
- s7501.321 ausência parcial da perna direita.

Maiores detalhes sobre a codificação com a CIF

Para detalhar o sistema de codificação, vamos usar abaixo trechos do Anexo 02 da CIF, com explicações mais aprofundadas.

O primeiro qualificador para Funções e Estruturas do Corpo, os qualificadores de desempenho e capacidade para Atividades e Participação, e o primeiro qualificador para Fatores Ambientais descrevem a extensão dos problemas no respectivo componente.

Todos os componentes são quantificados por meio da mesma escala genérica. Ter um problema pode significar uma deficiência, limitação, restrição ou barreira, dependendo do construto. As palavras de qualificação apropriadas, como indicado nos parênteses abaixo, devem ser escolhidas de acordo com o domínio de classificação relevante (onde xxx significa o número de domínio do segundo nível):

xxx.0 NÃO há problema (nenhum, ausente, insignificante) 0-4%

xxx.1 Problema LEVE (leve, baixo, ...) 5-24%

xxx.2 Problema MODERADO (médio, regular, ...) 25-49%

xxx.3 Problema GRAVE (alto, extremo, ...) 50-95%

xxx.4 Problema COMPLETO (total, ...) 96-100%

xxx.8 não especificado

xxx.9 não aplicável



Estão disponíveis amplas classes de percentagens para aqueles casos em que se usam instrumentos de medida calibrados ou outras normas para quantificar a deficiência, a limitação da capacidade, problemas de desempenho ou barreira. Por exemplo, quando se codifica “nenhum problema” ou “problema completo”, esta escala pode apresentar uma margem de erro de até 5%. Em geral, um problema moderado é considerado na metade da escala do problema total. As percentagens devem ser calibradas em diferentes áreas, tendo como referência padrões da população em percentis. Para essa quantificação ser utilizada de maneira uniforme, procedimentos de avaliação devem ser desenvolvidos por meio de pesquisas.

No caso do componente Fatores Ambientais, o primeiro qualificador também pode ser utilizado para indicar a extensão de aspectos positivos do ambiente (ou facilitadores). Para designar os facilitadores, pode-se usar a mesma escala 0-4, mas o ponto é substituído por um sinal de “+”: e.g., e110+2. Os fatores ambientais podem ser codificados (i) em relação a cada componente; ou (ii) sem relação com cada componente (V. Seção 3, a seguir). A primeira opção é preferível já que ela identifica mais claramente o impacto e a atribuição.

Para usuários diferentes, pode ser apropriado e útil acrescentar outros tipos de informações à codificação de cada item. A CIF classifica estados de saúde “sem doença” e estados relacionados à saúde “com doenças” e, portanto, requer a designação de uma série de códigos que descrevam da melhor maneira possível o perfil da funcionalidade de uma pessoa. A CIF não é uma “classificação de eventos” como a CID, em que uma condição específica é classificada com um único código. Como a funcionalidade de uma pessoa pode ser afetada em nível corporal, individual e social, o usuário deve sempre considerar todos os componentes da classificação.

Embora seja pouco provável esperar que todos os códigos possíveis sejam utilizados para cada contato, os usuários selecionarão os códigos mais relevantes para o propósito de descrever a experiência de saúde, de acordo com a circunstância em que se realizou o contato. Apenas devem ser codificados aqueles aspectos da funcionalidade da pessoa relevantes



para uma estrutura temporal pré-definida.

Quando da designação de códigos, o usuário não deve inferir sobre a inter-relação entre as alterações das funções ou estruturas do corpo, limitação de atividade ou restrição de participação. Por exemplo, se uma pessoa tem uma limitação na mobilidade, não se justifica pressupor que ela tenha uma alteração das funções de movimento. De maneira similar, o fato de uma pessoa ter uma capacidade limitada para se movimentar não implica que ela tenha um problema de desempenho no seu deslocamento. O usuário deve obter informações explícitas sobre as Funções e Estruturas do Corpo e sobre capacidade e desempenho separadamente (em alguns casos, como por exemplo nas funções mentais, é necessário uma inferência de outras funções já que a função corporal em questão não é diretamente observável).

As alterações de funcionalidade devem ser registradas o mais especificamente possível, por meio da atribuição da categoria CIF mais apropriada. Por exemplo, a categoria mais específica para uma pessoa com cegueira noturna é b21020 "Sensibilidade à luz". Se, no entanto, por algum motivo este nível de detalhe não puder ser aplicado, o correspondente "ascendente" na hierarquia pode ser utilizado (neste caso, b2102 Qualidade da visão, b210 Funções da visão ou b2 Funções sensoriais e dor).



Utilização do Qualificador para as Funções do Corpo

As funções do corpo são codificadas com um qualificador que indica a extensão ou magnitude da alteração funcional. A presença de uma alteração funcional pode ser identificada como uma perda ou falta, redução, adição ou excesso ou desvio. A hemiparesia pode ser descrita com a categoria b7302 Força dos músculos de um lado do corpo: b7302._.

Ela pode ser classificada segundo a gravidade, utilizando-se o qualificador genérico. Por exemplo:

b7302.1 Alteração funcional **LEVE** da força muscular de um lado do corpo (5-24%)

b7302.2 Alteração funcional **MODERADA** da força muscular de (25-49%) um lado do corpo

b7302.3 Alteração funcional **GRAVE** da força muscular de (50-95%) um lado do corpo

b7302.4 Alteração funcional **COMPLETA** da força muscular de (96-100%) um lado do corpo

A ausência de uma Alteração funcional (de acordo com um valor mínimo pré-definido) é indicada pelo valor “0” do qualificador genérico. Por exemplo: b7302.0 NENHUMA Alteração funcional da força muscular de um lado do corpo. Se não houver informações suficientes para especificar a gravidade, o valor “8” deve ser utilizado. Por exemplo, se o histórico de saúde de uma pessoa indicar que a pessoa está sofrendo de fraqueza do lado direito do corpo, sem fornecer detalhes adicionais, então o seguinte código pode ser aplicado:

b7302.8 Alteração funcional da força muscular de um lado do corpo, não especificada

Pode haver situações em que seja inadequado aplicar um código específico. Por exemplo, a categoria b650 Funções da menstruação não é aplicável para mulheres antes ou depois de uma determinada idade (pré-menarca ou pós-menopausa). Para estes casos, é designado o valor “9”:



b650.9 Funções da menstruação, não aplicável.

As classificações das Funções do Corpo e das Estruturas do Corpo são projetadas para funcionar em paralelo. Quando um código de função do corpo é utilizado, o usuário deve verificar se o código da estrutura corporal correspondente é aplicável. Por exemplo, as funções do corpo incluem sentidos humanos básicos como b210-b229 Visão e funções relacionadas e seus correlatos estruturais ocorrem entre s210 e s230 como “olho e estruturas relacionadas”.

O uso de instrumentos de medida sempre é bem vindo. Por exemplo, em um cenário clínico, a memória pode ser avaliada por meio de testes padronizados e, embora não seja possível efetivamente “observar” a função do cérebro, dependendo dos resultados dos testes, pode ser razoável pressupor que as funções mentais da memória estejam prejudicadas.

Codificação das Estruturas do Corpo

As estruturas do corpo são as partes anatômicas do corpo como órgãos, membros e seus componentes. As estruturas do corpo são codificadas com três qualificadores. O primeiro qualificador descreve a extensão ou grau da alteração estrutural, o segundo qualificador é utilizado para indicar a natureza da mudança e o terceiro indica a localização, conforme a Tabela 1 abaixo:



Tabela 1. Escala dos qualificadores para as estruturas do corpo

Primeiro qualificador Extensão da deficiência	Segundo qualificador Natureza da deficiência	Terceiro qualificador (sugerido) Localização da deficiência
0 NENHUMA deficiência	0 nenhuma mudança na estrutura	0 mais de uma região
1 Deficiência LEVE	1 ausência total	1 direita
2 Deficiência MODERADA	2 ausência parcial	2 esquerda
3 Deficiência GRAVE	3 parte adicional	3 ambos os lados
4 Deficiência COMPLETA	4 dimensões aberrantes	4 parte anterior
8 não especificada	5 descontinuidade	5 parte posterior
9 não aplicável	6 desvio de posição	6 proximal
	7 mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de líquido	7 distal
	8 não especificada	8 não especificada
	9 não aplicável	9 não aplicável

Codificação do Componente Atividades e Participação

A classificação de Atividades e Participação é uma única lista de domínios. Atividades e Participação são codificadas com dois qualificadores: o qualificador de desempenho, que ocupa a posição do primeiro dígito após o ponto, e o qualificador de capacidade, que ocupa a posição do segundo dígito após o ponto. O código que identifica a categoria da lista de Atividades e Participação e os dois qualificadores formam a matriz de informações padrão.

O qualificador de desempenho descreve o que um indivíduo faz no seu ambiente habitual. Como o ambiente habitual inclui um contexto social, o desempenho registrado por este qualificador pode ser entendido como “envolvimento em uma situação de vida” ou “a experiência vivida” das pessoas no contexto real em que vivem. Esse contexto inclui os fatores ambientais – i.e., todos os aspectos do mundo físico, social e atitudinal. Essas características do ambiente habitual podem ser codificadas utilizando-se a classificação dos Fatores Ambientais.

O qualificador de capacidade descreve a habilidade de um indivíduo de executar uma tarefa ou ação. Esse construto visa indicar o nível mais



alto provável de funcionalidade que uma pessoa pode atingir em um dado domínio em um dado momento. Para avaliar a capacidade total de um indivíduo, é necessário ter um ambiente “padronizado” para neutralizar o impacto variável dos diferentes ambientes sobre a capacidade do indivíduo. Esse ambiente padronizado pode ser: (a) um ambiente utilizado correntemente para avaliação de capacidade em situações de teste; (b) nos casos em que isso não for possível, um ambiente considerado como tendo um impacto uniforme. Esse ambiente pode ser chamado de ambiente “uniforme” ou “padrão”. A lacuna entre a capacidade e o desempenho reflete a diferença entre os impactos dos ambientes habitual e uniforme, fornecendo assim uma orientação útil sobre o que pode ser feito ao ambiente do indivíduo para melhorar seu desempenho. Por exemplo, o qualificador de capacidade sem auxílio é utilizado para descrever a habilidade real do indivíduo sem a ajuda de um dispositivo de auxílio ou assistência pessoal. Como o qualificador de desempenho está relacionado ao ambiente habitual do indivíduo, a presença de dispositivos de auxílio ou de assistência pessoal ou de barreiras pode ser observada diretamente. A natureza do facilitador ou barreira pode ser descrita utilizando-se a classificação dos Fatores Ambientais.



OBSERVAÇÃO IMPORTANTE AO LEITOR
OS DOIS PARÁGRAFOS ACIMA FALAM DA MATRIZ DE
INFORMAÇÃO DA CIF, OU SEJA, AQUILO QUE MAIS
IMPORTA NA CLASSIFICAÇÃO. POR ISSO, RELEIA OS
DOIS ÚLTIMOS PARÁGRAFOS DIVERSAS VEZES.

Qualquer um dos qualificadores pode ser utilizado sozinho para cada uma das categorias listadas. No entanto, as informações transmitidas são diferentes em cada caso. Quando ambos os qualificadores são utilizados, o resultado é uma agregação de dois construtos. Se apenas um qualificador é utilizado, o espaço não utilizado não deve ser preenchido com .8 ou .9, mas deixado em branco, já que ambos são os valores reais de avaliação, e isso implicaria que o qualificador está sendo utilizado:



d4500. 2 _

d4500. _ 1

Ou d4500.21

Para o qualificador de desempenho, esse domínio refere-se a deslocar-se a pé, no ambiente habitual da pessoa, como sobre diferentes superfícies e condições, com o uso de uma bengala, andador ou de outra tecnologia de auxílio, por distâncias menores que 1 km. Por exemplo, o desempenho de uma pessoa que perdeu a perna em um acidente de trabalho e, desde então, utiliza uma bengala mas enfrenta dificuldades moderadas para se movimentar porque as calçadas na vizinhança são muito inclinadas e têm uma superfície muito escorregadia pode ser codificado como: d4500. 3 _ restrição moderada no desempenho de andar distâncias curtas. Para o qualificador de capacidade, esse domínio refere-se à capacidade de um indivíduo de mover-se sem auxílio. Para neutralizar o impacto variável dos diferentes ambientes, a capacidade pode ser avaliada em um ambiente “padronizado”. Esse ambiente padronizado pode ser: (a) um ambiente real utilizado comumente para avaliação de capacidade em situações de teste; (b) nos casos em que isso não for possível, um ambiente considerado como tendo um impacto uniforme. Por exemplo, a capacidade da pessoa acima mencionada de andar sem uma bengala em um ambiente padronizado (como um ambiente com superfície lisa e não escorregadia) será muito limitada. Portanto, a capacidade da pessoa pode ser codificada como segue: d4500. _ 3 limitação grave da capacidade para andar distâncias curtas.

Os usuários que desejam especificar o ambiente habitual ou padronizado enquanto utilizam o qualificador de desempenho ou capacidade devem utilizar a classificação de Fatores Ambientais.



Codificação de Fatores Ambientais

Os fatores ambientais devem ser considerados para cada componente da funcionalidade. Devem ser codificados sob a perspectiva da pessoa cuja situação está sendo descrita. Por exemplo, meio-fio com rampa e sem um piso liso pode ser codificado como um facilitador para uma pessoa em cadeira de rodas mas como uma barreira para uma pessoa cega.

O qualificador indica a extensão na qual um fator é um facilitador ou uma barreira. Há vários motivos pelos quais um fator ambiental pode ser um facilitador ou uma barreira, e em qual extensão. No caso dos facilitadores, o codificador deve ter em mente questões como a acessibilidade de um recurso, se o acesso é seguro ou variável, de boa ou de má qualidade e assim por diante. No caso de barreiras, pode ser relevante saber com que frequência um fator limita a pessoa, se a dificuldade é grande ou pequena, evitável ou não. Deve-se ter em mente também que um fator ambiental pode ser uma barreira tanto por sua presença (por exemplo, atitudes negativas em relação a pessoas com incapacidades) quanto por sua ausência (por exemplo, não dispor de um serviço necessário). Os efeitos que os fatores ambientais têm sobre a vida das pessoas com condições de saúde são variados e complexos, e espera-se que pesquisas futuras levem a uma melhor compreensão desta interação e, possivelmente, indiquem a utilidade de um segundo qualificador para esses fatores.


Em alguns casos, um conjunto diverso de fatores ambientais é resumido por um único termo como pobreza, desenvolvimento, contexto urbano ou rural ou capital social. Esses termos que resumem muitas características não são encontrados na classificação. De fato, o usuário deve separar os fatores que os compõem e codificá-los. Novamente, há a necessidade de pesquisas adicionais para determinar se há conjuntos consistentes e claros de fatores ambientais que compõem cada um desses termos.



Abaixo, incluímos a escala positiva e negativa que indica a extensão em que um fator ambiental age como barreira ou facilitador. A utilização de um ponto sozinho denota barreira enquanto que a utilização do sinal “+” denota um facilitador como indicado abaixo:

xxx.0 NENHUMA Barreira
xxx+0 NENHUM Facilitador
xxx.1 Barreira LEVE
xxx+1 Facilitador LEVE
xxx.2 Barreira MODERADA
xxx+2 Facilitador MODERADO
xxx.3 Barreira GRAVE
xxx+3 Facilitador SUBSTANCIAL
xxx.4 Barreira COMPLETA
xxx+4 Facilitador COMPLETO
xxx.8 barreira, não especificada
xxx+8 facilitador, não especificado
xxx.9 não aplicável
xxx.9 não aplicável





ATIVIDADES DE FIXAÇÃO

ATIVIDADE DE DECODIFICAÇÃO

Decodifique os casos abaixo conforme primeiro exemplo:

1. JAS – 89 ANOS, APOSENTADO, VIÚVO. DPOC.

b4402.2 Déficit moderado do volume respiratório.

d4501.04 Andar distâncias longas (sem dificuldades de desempenho / sem capacidade para andar distancias longas).

e1101+8 medicamentos como facilitadores (oxigênio).

JAS, de 89 anos, aposentado e viúvo, só consegue andar longas distancias sem dificuldade com o uso de oxigênio, visto que tem presença de alterações respiratórias importantes.

2. ASS – 40 ANOS, SOLTEIRO. ESQUIZOFRENIA.

b122.3 _____

b126.8 _____

b1603.3 _____

d7.14 Interações e relacionamentos interpessoais (dificuldade leve no desempenho/ sem capacidade de interações e relacionamentos interpessoais).

e1101+8 Medicamentos como facilitadores.

e355+8 Profissionais de saúde como facilitadores.

ASS, 40 anos, solteiro. Apresenta leve dificuldade....



3. AES – MASCULINO, 43 ANOS, TAXISTA HÁ 20 ANOS. TRANSTORNO DE DISCOS LOMBARES COM RADICULOPATIA

b28013.4 _____

d4751.43 _____

e255.8 _____

Parágrafo:

4.MAS, 39 ANOS, CASADO, MOTORISTA DE CARRO PESADO HÁ 12 ANOS. SÍNDROME DO PÂNICO.

b152.3 _____

b160.4 _____

d4751.34 _____

e1101+8 _____

e310+8 _____

e355+8 _____

Parágrafo:



5. JBS, masculino, 35 anos, solteiro, técnico de perfuração. Ruptura completa ligamento cruzado anterior do joelho direito.

b7100.8 _____

b7150.8 _____

b770.8 _____

s75011.271 _____

s75013.451 _____

d450. 2 3 _____

e1101+8 _____

e355+8 _____

e1151+8 _____

Parágrafo:



ATIVIDADE DE CODIFICAÇÃO

Codifique o caso abaixo, baseado em fatos reais, após cuidadosa leitura, AO MENOS identificando os códigos relacionados aos termos grifados:

MAA – 30 ANOS, EX-BANCÁRIA, SOLTEIRA (NOIVA).

Diagnosticada com endometriose desde abril de 2022, quando foi submetida a tratamento hormonal. Em 01 de janeiro de 2023, logo no início de suas férias, teve uma TVP, foi internada e, no primeiro dia de internação, sofreu um AVC. Teve alta em 16 de janeiro de 2023, com as seguintes sequelas: **alterações nas funções mentais da linguagem** (não identificada) e **hemiparesia leve** à direita.

Ao retornar ao trabalho em 01 de fevereiro de 2023, foi reavaliada e teve atestada a sua aptidão. No entanto, foi demitida em 20 de fevereiro de 2023, sem justa causa, apenas por não atingir as metas habituais. Recebeu todos os direitos trabalhistas.

Imediatamente após a demissão, teve agravada a sua **dor lombar** crônica. Não conseguia **manter-se sentada**, nem **levantar-se sem ajuda**. Procurou auxílio e uma RNM identificou uma hérnia lombar entre L5 e S1. Sem sucesso no tratamento clínico, foi indicada e realizada artrodese por via anterior em 15 de março de 2023. Após nova alta hospitalar, permanece com dor lombar intensa e com **incontinência urinária de esforço**, sendo necessário o uso de **fraldas**. Tem dificuldades de **lavar-se** e de **vestir-se**. Relata também que percebeu que não consegue **ler** com compreensão e interpretação da linguagem escrita.

Ela refere não ter condições de realizar nenhum trabalho. É formada em Administração e deseja ser indenizada pelo banco por causa do seu estado de saúde atual. Aceita o recebimento temporário de algum benefício, se for cabível. Um advogado está ajudando nesse aspecto. Sente-se impotente e desmotivada. Está preocupada pelas **dificuldades atuais na sua relação romântica**. A data do seu casamento teve que ser adiada. O noivo não



está contente por ter descoberto recentemente que a endometriose pode impedir ou dificultar um sonho dele, que é ter filhos.





3

USOS NA SAÚDE DO TRABALHADOR

É importante reforçar que o termo que se opõe à incapacidade é funcionalidade, e não capacidade.

Capacidade é um dos aspectos das atividades e da participação, tal qual é também o desempenho. Desempenho e capacidade são, na prática, qualificadores que aferem a dificuldade para execução de atividades e participação, estando o indivíduo em seu ambiente habitual e influenciado por ele (desempenho) ou em um ambiente padrão (capacidade).

A CIF permite, portanto, que qualquer indivíduo transite por uma linha imaginária que vai da incapacidade completa até a funcionalidade plena, no exercício de alguma atividade ou participação, às vezes tendendo para a incapacidade e outras para a funcionalidade, na dependência não só do seu estado de saúde, mas também de suas características pessoais e do que o meio lhe oferece ou deixa de oferecer.

Tendo isso como base conceitual, é preciso lidar com os termos diante da legislação brasileira, que usa uma terminologia divergente, que deve ser interpretada sempre à luz da CIF. Abaixo estão relacionados alguns desses termos legais:

- Avaliação da incapacidade;
- Capacidade ou aptidão física e mental;
- Incapacidade para o trabalho;
- Apto ou inapto para a função específica;
- Absoluta ou relativamente incapaz;
- Certificado de capacidade;
- Capacidade funcional de membros;
- Capacidade auditiva;
- Competência funcional;
- Avaliação da deficiência;
- Invalidez.

Embora, muitas vezes, esses termos sejam divergentes da CIF, é possível traduzí-los de forma a descrever a funcionalidade individual de modo a observar a possibilidade de direitos, conforme as ações afirmativas mais estruturadas no Brasil, tais como: Benefício de Prestação Continuada,



reserva legal do mercado de trabalho, incluindo concursos públicos, reserva legal para educação, isenção de imposto de renda, isenção de ICMS, IPI, IOF, IPVA, gratuidade do transporte coletivo, aposentadoria especial, entre outras.

3.1 - Usos da CIF Sem Necessidade de Mensuração

Na maioria desses usos, não é necessário graduar a funcionalidade, seja em termos percentuais ou qualitativos. Em outras vezes, a graduação do tipo “leve”, “moderada” e “grave” é exigida. Abaixo, usando como referência a publicação “Manual – CIF em laudos, pareceres e relatórios”⁴, da Editora CIF Brasil, apresentaremos alguns conceitos e exemplos de uso da CIF para exames convencionais e para enquadramento da situação da pessoa em determinados objetivos ou benefícios sociais.

Um dos usos mais recorrentes da CIF é para o diagnóstico biopsicossocial. Considerando o significado da palavra *di* (dividir) e *gnose* (conhecer), entendemos que diagnóstico é um processo. Durante uma avaliação biopsicossocial, o processo de “dividir para conhecer” fica claro e palpável quando temos que estabelecer as relações entre os fatores ambientais com as potenciais restrições de participação e com as limitações de atividades, o que gera a diferenciação entre capacidade e desempenho. O modelo biopsicossocial ainda aborda o corpo do ponto de vista funcional e estrutural, além dos fatores pessoais e dos eventuais problemas de saúde identificados com o uso da versão atualizada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID.

Assim, a visão ampliada oferecida por CIF e CID acaba por exigir que a avaliação biopsicossocial também seja multiprofissional e interdisciplinar, bem como, as conclusões a respeito de cada caso. Para a exposição, usaremos três modelos, sendo o primeiro uma descrição clínica, o segundo um relatório de inclusão nas reservas legais e o terceiro, a solicitação de um benefício social.



É importante entender que, com base na Lei nº 13.146/2015, podemos estabelecer critérios para os casos de inclusão nas reservas legais, conforme os itens apresentados. A pessoa precisa ter sua situação enquadrada nos seguintes termos:

1. Ter uma alteração fisiológica ou anatômica permanente ou de longa duração;
2. O ambiente (fatores ambientais) causa dificuldades de desempenho, ou seja, o primeiro qualificador de “d” não é ZERO naturalmente. Nesses casos, sempre é necessário retirar barreiras, incluir facilitadores, como fazer adaptações nos postos, ou até mesmo alterar a atividade, como ampliar as pausas.
3. A situação pode colocar a pessoa em “pé de desigualdade” com as demais, no que se refere a manter ou crescer na empresa, por causa da sua situação de saúde, conforme versa a Convenção nº 159 da Organização Internacional do Trabalho - OIT.

Modelo 01 - CIF para Uso Clínico

Fatores Pessoais:

Nome / Idade / Sexo / Etnia / Profissão / Escolaridade / Outros

Descrição das (1)limitações do desempenho nas atividades de vida diária, das (2)restrições da participação social e da influência dos fatores ambientais (tecnologias, ambiente natural ou social, tais como, órteses, próteses, cuidadores, etc), conforme a linguagem e conceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF:

Dificuldade para levantar e carregar objetos (d430), de permanecer sentado (d4153) por longos períodos, de permanecer agachado (d4151) e de permanecer em pé (d4154). Tem necessidade de gerenciar o nível de atividade pessoal (d2303), de permanecer em acompanhamento profissional (e355) e de produtos e tecnologias de assistência para o trabalho (e1351).



Descrição detalhada das alterações nas funções e estruturas do corpo, conforme a linguagem e conceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF:

Presença de alteração da mobilidade articular (b710) e da estabilidade (b715) da região lombar, com dor crônica (b28013) e perda de força (b7301) do membro inferior direito.

Codificação da conclusão do processo diagnóstico após 1ª consulta:

Fatores ambientais: e355+4, e1351+2

Atividades e Participação: d430.13, d4153.12, d2303.12, d4151.12, d4154.12.

Funções e estruturas: b710.3, b715.2, b28013.3, b7301.2.

Radiculopatia lombar CID-10 M51.1 | CID-11 8B93.0

Objetivos terapêuticos:

Diminuir a dificuldade para levantar objetos, carregar objetos, permanecer sentado, permanecer agachado, permanecer em pé

Critérios de alta:

Autonomia e independência para levantar objetos, carregar objetos, permanecer sentado, permanecer agachado, permanecer em pé. Tornar desnecessário o gerenciamento do nível de atividade pessoal.

Observação: avaliar a necessidade de tecnologias assistivas no Trabalho.

Intervenções (condutas ou prescrições, etc):

[DESCREVER AS INTERVENÇÕES].

Codificação na alta:

Fatores ambientais: e1351+8.

Atividades e Participação: d430.00, d4153.00, d2303.00, d4151.00, d4154.00.

Funções e estruturas: b710.0, b715.0, b28013.0, b7301.0.

Assinatura do Profissional



Modelo 02 - CIF para Inclusão no Trabalho / Reserva (ou cota) legal

LAUDO CARACTERIZADOR - LEI DE COTAS

De acordo com os dispositivos da Lei nº 13.146/2015, da Lei nº 12.764/2012, do Decreto nº 3.298/1999 e da Instrução Normativa SIT/MTE nº 98 de 15/08/2012

Fatores Pessoais:

Nome / Idade / Sexo / Etnia / Profissão / Escolaridade / Outros.

Fibromialgia - CID-10: M79.7 | CID-11: MG30.01 (fibromialgia)

Origem: () Congênita () Acidente ou doença do trabalho () Acidente comum (X) Doença comum () Adquirida em período pós-operatório () Outra origem.

COORDENADORA DE DIVERSIDADE E INCLUSÃO: Atua na liderança de pessoas e de processos, necessitando de altas habilidade de concentração, atenção e planejamento, além de estratégias assertivas de comunicação para contemplar as necessidades de seus liderados. Faz uso constante de computadores e meios de comunicação digital, necessitando permanecer sentada pela maior parte do tempo e de usar os, com frequência, os movimentos finos das mãos na digitação. Também tem necessidade de deslocamentos para reuniões e visitas nas diferentes unidades da instituição.

Dados adicionais

Documentos anexos: laudos de exames de imagem e relatórios técnicos de especialistas.

Comorbidades: K07.6 Disfunção temporomandibular | R52.2 Síndrome de dor crônica | J38.2 Nódulos em cordas vocais | M22.4 Condromalácia bilateral Grau IV | S93.2 Ruptura ligamentar do tornozelo direito | K58 Síndrome do intestino irritável | N30.1 Cistite intersticial crônica.



Descrição das (1)limitações do desempenho nas atividades de vida diária, das (2)restrições da participação social e da influência dos fatores ambientais (tecnologias, ambiente natural ou social, tais como, órteses, próteses, cuidadores, etc), conforme a linguagem e conceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF:

O quadro fibromiálgico apresenta flutuação da gravidade, havendo momentos de agravamento e de alívio dos sintomas. Na exacerbação dos sintomas com a associação de altas demandas e permanência na posição sentada por tempos prolongados, tem a necessidade de esforços adicionais para concentrar atenção (d160), concentrar-se para ler (d166), realizar cálculos complexos (d1721), realizar múltiplas tarefas (d220), para resolução de problemas (d1750), para tomada de decisões (d177) e para ser compreendida pela totalidade da equipe de trabalho (d310). Devido à complexidade das limitações impostas pelas comorbidades, trabalhar a tempo inteiro (d8502) exige maior atenção às pausas tanto em termos quantitativos quanto qualitativos, bem como, lidar com estresse e outras exigências psicológicas (d2408) exigem meios emocionais para driblar a presença dos sintomas. Deve evitar permanecer sentada por longos períodos (d4153), permanecer em pé por longos períodos (d4154), levantar e transportar objetos (d430). Em alguns momentos, tem dificuldades para gerenciar a rotina diária (d2301) e o nível de atividade pessoal (d2303). Tem ainda como barreiras ambientais níveis altos de intensidade de som (e2500), níveis altos de intensidade de luz de equipamentos – como computadores – (e1350), nível alto de intensidade de luz ambiente natural ou artificial (e2400), mudanças temporais periódicas, tais como baixas e altas temperaturas (e2250). Como facilitadores ambientais tem o uso de medicamentos (e1101) e assistência de profissionais de saúde (e355).

Descrição detalhada das alterações nas funções e estruturas do corpo, conforme a linguagem e conceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF:

Presença de alterações nas funções da motivação (b1301), da mobilidade articular (b710) têmporo-mandibular, além de hipermobilidade em todas as outras articulações. Tem lesão ligamentar no tornozelo direito (s75023), gerando instabilidade articular (b715) e torções recorrentes, além de condromalácia bilateral (s75011), causando dor (b280) e edema local.



Codificação para fins de enquadramento:

Fatores ambientais: e355+8, e1101+8, e2500.8, e1350+0, e2400.8, e2250.8.

Atividades e Participação: d160.03, d166.03, d1721.03, d220.03, d1750.03, d177.03, d310.03, d8502.03, d2408.03, d4153.13, d4154.13, d430.13, d2301.03, d2303.13.

Funções e estruturas: b1301.2, b710.3, s75023.451, b715.8, s75011.373, b280.8.

Enquadramento: FÍSICO.

CONCLUSÃO:

A trabalhadora apresenta alterações de ordem anatômica e funcional crônicas que, no impacto com barreiras ambientais geram restrições de desempenho nas suas atividades profissionais, na presença da exacerbação dos sintomas, quando há exigência de atenção, concentração, memória, realização de cálculos complexos, ou quando é necessário permanecer longos períodos sentada, fazer movimentos contínuos para a digitação. Outros aspectos demandam o gerenciamento do nível de atividade e o esforço para a manutenção da motivação para comunicar-se com clareza, dirimir pressão e estresse característico do atendimento aos clientes, presença em toda jornada horária ou com pausas comuns e permanecer muito tempo à frente da luz do computador ou submetida à luz artificial do ambiente. Salienta-se que suas condições de saúde são de caráter crônico e algumas com risco de caráter progressivo, como é o caso da condromalácia. Necessita de acompanhamento biopsicossocial, multiprofissional e interdisciplinar, contudo, ainda tem acesso a profissionais que atuam separadamente, mas que mesmo assim auxiliam na manutenção da sua qualidade de vida. Ademais, necessita abster-se de ambientes, atividades e relacionamentos estressores, sob pena de regressão dos avanços obtidos nos tratamentos, bem como de exacerbação dos sintomas já existentes ou até mesmo o surgimentos de novos, o que é característico da síndrome fibromiálgica.

Conforme descrição da funcionalidade e dados complementares documentais anexos, a colaboradora tem sua situação enquadrada nas definições do artigo 2º da Lei nº 13.146/2015.



Dessa forma, indicamos a inclusão da mesma na reserva legal conforme proporções estabelecidas pela Lei nº 8213/1991, nas recomendações da IN nº 98/SIT/2012 e nos dispositivos relativos do Decreto nº 6.949/2009.

Profissional 1

Profissional 2

“Estou ciente de que sou parte do programa [NOME DO PROGRAMA DE INCLUSÃO] (que inclui reservas legais) e autorizo a apresentação deste laudo e exames anexos aos órgãos competentes”.

Assinatura da Trabalhadora



Modelo 03 - CIF para recuperação de benefício B91

Fatores Pessoais:

Nome / Idade / Sexo / Etnia / Profissão / Escolaridade / Outros

CID-10 Z73.0 Síndrome de *Burnout*

O autor refere que iniciou atividade laboral de radialista há 19 anos como iluminador na televisão brasileira onde nos últimos dois anos, pelas condições de trabalho, não obteve direito a folgas planejadas, horários fixos e sofreu com ameaças frequentes de demissão ocasionando sobrecarga física e mental. Tal situação o levou a usar medicamentos para controlar a sintomatologia que evoluiu com dores musculares generalizadas, alterações urinárias, intestinais, gástricas, taquicardias, dispneias, apatia, ansiedade entre outros sintomas físicos e mentais como a ideação suicida até a exaustão, e pânico.

Em 02/08/201, procurou auxílio do sistema de saúde complementar e foi diagnosticado de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID 10) com: F41 - Outros transtornos ansiosos e F43 - "Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação". Recebeu então como tratamento a indicação para se afastar por 07 (sete) dias das atividades laborais, além da prescrição dos medicamentos Escitalopram 5mg/ dia e Trazodona 50mg/dia. Foi orientado a realizar exames laboratoriais e cuidar dos hábitos como manter atividade física regular, evitar álcool e manter-se ocupado. Mesmo afastado e seguindo a prescrição teve piora do quadro entrando em contato telefônico após uma semana, quando foi esclarecido sobre os horários mais adequados poro as medicações, pois estava tendo sonolência matinal, e retornou ao trabalho sofrendo as mesmas violências de forma repetitiva sem a melhora da sintomatologia.

Em Julho/2018, completamente esgotado procurou o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e então foi estabelecido nexos causal com a formalização da Comunicação de Acidente de Trabalho com F06.6 - Transtorno de labilidade emocional (astênico) orgânico com observação



para Z56.6 - Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas ao trabalho e sem condições do trabalho. Encaminhado então para psicoterapia e auxílio acidentário para melhor elucidação diagnóstica e medicado com carbamazepina 200mg a noite para alívio da sintomatologia.

Ainda com a persistência do sofrimento físico e mental, em setembro de 2018 passou por outro especialista, realizou novos testes quando identificada então Síndrome de *Burnout*, CID-10 Z73.0 - Esgotamento.

De acordo com as limitações apresentadas, começou a identificar que muito antes do diagnóstico procurou a se adaptar algumas situações como:

- Sono irregular, com despertar de 8 a 10 vezes por noite;
- Episódios de taquicardia, dispneia, disfunção gástrica, urinária e intestinal;
- Cansaço e falta de energia que levaram a momentos de “ausência” durante as atividades diárias;
- Afastamento das atividades físicas e de lazer;
- Abandono das comemorações na vida familiar e comunitária;
- Não cumprimento de tarefas simples por esquecimento das mesmas;
- Aumento do consumo de álcool e tabaco.

Desde então mantém acompanhamento especializado e terapia medicamentosa, porém ainda sem controle e com pouca remissão dos sintomas. As experiências traumáticas vividas no contexto do trabalho ainda provocam sintomas que podem permanecer por tempo indeterminado e até mesmo por toda a vida. Mesmo quando consideradas as dimensões social, dinâmica e políticas do sofrimento, neste caso, há a complicação do autor ter sido lesado, inclusive, na dimensão existencial e esta afirmação pode ser confirmada pelos sintomas crônicos que provocam sensações como as apresentadas pela paciente (vida roubada, sequestrada, entre outras).



ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

- Solteiro.
- Mora em casa alugada.
- Afastado das funções laborais .
- Nega quedas ou acidentes graves.
- Nega hipertensão ou diabetes.
- Etilista social.
- Possui CNH Categoria "B".

EXAME FÍSICO- FUNCIONAL

Apresenta-se para realizar a perícia em bom estado geral, devidamente asseado e trajado, com aparência normal, com sinais evidentes de desânimo, fala monótona e repetitiva, choro espontâneo, apatia, postura antálgica e astênica com musculatura cervical e dos ombros característicos quadros de tensionais por estresse. A sintomatologia está registrada conforme recurso terapêutico do tratamento psiquiátrico, o que permite a avaliação temporal do quadro clínico. Relata que deseja sua cura para poder retornar à sua rotina familiar e trabalho que no momento sente que foi roubada. O tratamento integra a psicoterapia, medicamentos, e os afastamentos do trabalho que até o momento foram insuficientes para o controle da sintomatologia exigido para o retorno e desenvolvimento da vida doméstica e áreas principais da vida, assim como as atividades de interação social.

Perfil Metabólico:

- **Estatura** – 1,75 mt
- **Massa Corporal Total** – 88 kg
- **Destro**



TESTES REALIZADOS

- Questionário de Sensibilização Central-BP-CSI (2012);
- Inventário Breve de Dor (1983);
- Shirom-Melamed Burnout Measure-SMBM (2012);
- Inventário de Maslach para detecção de Burnout ([MB|-HSS), voltado para profissionais de recursos humanos;
- Questionário de atos negativos revisado (NAQ-R), para detecção de assédio moral no ambiente do trabalho.

REGISTROS FOTOGRÁFICOS DOCUMENTADOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS COMO CONVERSAS DE WHAT APP, EMAILS E OUTROS REGISTROS COMO FOTOS do local de trabalho e de agressões recebidas ETC.

EXAMES COMPLEMENTARES

[PREENCHER COM INFORMAÇÕES]

RELATÓRIO PROFISSIONAIS E TRATAMENTOS REALIZADOS

[PREENCHER COM INFORMAÇÕES]



DISCUSSÃO

Após análise de todos os documentos supracitados, confirmamos o diagnóstico de Síndrome de *Burnout*. Vejamos referências bibliográficas relacionadas:

- Síndrome de Burnout

Há registros da expressão “burn out” em estudos descritos desde 1953, porém somente em 1974 houve uma definição do processo gradual de desgaste no humor e ou desmotivação frequentemente acompanhado de sintomas físicos e psíquicos de trabalhadores voluntários, que denotavam um particular estado de estar "exausto". Após mais de quatro décadas de estudos a respeito ao redor do mundo observou-se uma explosão do número de casos desta síndrome que tem sido investigada sistematicamente os sintomas do burnout podem ser de cunho psicossomático, psicológico e comportamental e geralmente produzem consequências negativas nos níveis individual, profissional e social.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) está prestes a iniciar o desenvolvimento de diretrizes baseadas em evidências sobre o bem-estar mental no local de trabalho. A síndrome de burnout está incluída na 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) como um fenômeno ocupacional. A definição na CID-11 é: “burnout é uma síndrome conceituada como resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso”. É caracterizada por três dimensões: sentimentos de exaustão ou esgotamento de energia; aumento do distanciamento mental do próprio trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao próprio trabalho; e redução da eficácia profissional. A síndrome se refere especificamente a fenômenos no contexto ocupacional e não deve ser aplicada para descrever experiências em outras áreas da vida.



- Etiologia e Fisiopatologia

Para compreender essa patologia é necessário ter conhecimento de como funciona a resposta do organismo ao estresse. O corpo humano possui dois sistemas reguladores do estresse, o eixo simpático-adrenal-medular (SAM) e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA). O SAM é responsável por uma resposta imediata a um agente estressor e entre os fenômenos decorrentes da ativação desse eixo ocorre o aumento do ritmo cardíaco, da pressão sanguínea e a secreção de catecolaminas (epinefrina e norepinefrina). O eixo HPA é o elo entre o cérebro e o sistema endócrino e desencadeia uma resposta mais lenta do organismo a estímulos internos e externos dentre eles os estressores psicológicos e a sua ativação envolve a secreção de corticosteroides, hormônio adrenocorticotrófico e cortisol, e provoca imunossupressão.

A exposição do organismo ao estresse induz o hipotálamo a secretar o hormônio liberador de corticotropina (HLC) e vasopressina que ativam a pituitária a secretar o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH). O ACTH, no sangue, por sua vez estimula a secreção de glicocorticoides pelo córtex adrenal principalmente o cortisol. Ao exceder o limite homeostático o cortisol inibe a secreção de HLC e ACTH em uma reação negativa por feedback.

Os níveis de cortisol no organismo variam no decorrer do dia, há uma baixa secreção durante a primeira metade da noite e uma elevação durante a segunda metade da noite com pico no amanhecer ao acordar, decaindo durante o dia. A resposta do cortisol ao despertar ou CAR (cortisol awakening response), representa a maior e mais rápida elevação do cortisol em condições normais e acontece em média 30 minutos após o despertar. Esta resposta independe da hora do despertar, de quanto tempo decorreu o ato de dormir, da qualidade do sono, de atividade física ou da rotina matinal e seus níveis alteram-se de acordo com exposição a um estressor.

Outro hormônio liberado durante o mesmo processo do cortisol é o desidroepiandrosterona (DHEAS), precursor dos hormônios sexuais. Possui ações opostas ao cortisol, está envolvido no aperfeiçoamento do



funcionamento do sistema imunológico, na recuperação muscular, recuperação da massa óssea e diminuição dos níveis de colesterol. Uma alteração em um desses hormônios pode causar um desequilíbrio entre eles, suspeita-se que isto possa desencadear as síndromes relacionadas ao estresse.

A disfunção do eixo HPA está associada a manifestações desreguladas psicossomáticas e psiquiátricas, pode ser resultante de uma resistência adquirida pelo organismo com a continuidade a exposição ao estresse, neste caso a tentativa de recuperação da homeostase é fracassada e o organismo entra em estado crônico. A Síndrome de Burnout pode ser confundida com outras patologias podendo gerar falsos diagnósticos e sua fisiopatologia não está de toda esclarecida, sua relação com o cortisol é arduamente estudada, pois as alterações provocadas no eixo HPA podem alterar a secreção de cortisol provocando um estado de sobrevivência onde as respostas se tornam automáticas nas formas de Fuga ou Ataque.

Esta reação hormonal à tensão emocional crônica é um construto formado por três dimensões relacionadas, mas independentes:

1. **Exaustão Emocional:** caracterizada pela falta ou carência de energia e entusiasmo e sentimento de esgotamento de recursos. A estes sentimentos soma-se o de frustração e tensão, pois o trabalhador passa a perceber, ou não que já não possuem condições de despender mais energia para o atendimento de seu cliente ou demais pessoas como faziam anteriormente.
2. **Despersonalização:** ocorre quando o profissional passa a tratar os clientes, colegas e a organização de forma distante e impessoal. O trabalhador passa a desenvolver insensibilidade emocional frente às situações vivenciadas por sua clientela.
3. **Baixa Realização no Trabalho:** é caracterizada pela tendência do trabalhador em se auto-avaliar de forma negativa. Ele torna-se insatisfeito com seu desenvolvimento profissional e experimenta um declínio no sentimento de competência e êxito.



Todas as definições já propostas para esta síndrome, embora com algumas questões divergentes, ressaltam, no mínimo, cinco elementos comuns: (a) a predominância de sintomas relacionados à exaustão mental e emocional, fadiga e depressão; (b) ênfase nos sintomas comportamentais e mentais e não nos sintomas físicos; (c) os sintomas são relacionados ao trabalho; (d) manifestação em pessoas que não sofriam de distúrbios psicopatológicos antes do surgimento da síndrome; (e) diminuição da efetividade e do desempenho no trabalho decorrente de atitudes e comportamentos negativos.

- Sinais e sintomas

Em geral, os indivíduos apresentam-se emocional e fisicamente exaustos, estão frequentemente irritados, ansiosos ou tristes. Além disso, as frustrações emocionais podem desencadear entre outras patologias estruturais as úlceras, insônia, dores de cabeça e hipertensão, viroses e infecções recorrentes, além de abuso no uso do álcool e medicamentos, promovendo problemas familiares e conflitos sociais. Entretanto, diante da quantidade e complexidade podemos ainda classificar a sintomatologia em três eixos:

1. Sinais e sintomas físicos: são sintomas e sinais físicos similares aos do estresse ocupacional gerando assim a dificuldade de diagnóstico, entre eles a fadiga, a sensação exaustão (cansaço crônico), indiferença ou frieza, sensação de baixo rendimento profissional, frequentes dores musculares e de cabeça, distúrbios gastrintestinais, urinários, alterações do sono (insônia) e dificuldades respiratórias, taquicardia, tontura, náuseas, choro espontâneo, pânico.
2. Sintomas de conduta: existem graves alterações no comportamento que usualmente afetam aos colegas, clientes, colaboradores, parceiros, a comunidade e inclusive seus próprios familiares.
3. Sintomas psicológicos: podem aparecer mudanças, tais como, trabalhar cada vez de forma mais intensa, sentimento de impotência frente a situações de vida ocupacional, sentimento de confusão e inutilidade, irritabilidade, pouca atenção a detalhes, aumento do absentismo ocupacional, aumento do sentimento de responsabilidade exagerada ou fora de contexto frente à situação, atitude negativa, rigidez, baixo



nível de entusiasmo, e levar para casa os problemas do trabalho. Além disso, o aumento no consumo de álcool e drogas, como uma forma de amortecer os efeitos do cansaço e esgotamento.

CODIFICAÇÃO COM A CIF

Utilizamos, como base, um modelo fechado.

1. FATORES AMBIENTAIS (NORMAS REGULAMENTADORAS)	SIM	NÃO
1. O trabalhador era submetido a ruído contínuo, intermitente ou ruídos de impacto acima dos níveis recomendados (categoria CIF e2500)?		X
2. O trabalhador era exposto ao calor ou ao frio acima dos níveis recomendados (categoria CIF e2250)?		X
3. O trabalhador era exposto a radiações ionizantes ou a agentes químicos invariavelmente insalubres (categoria CIF e298)?		X
4. O trabalhador era exposto a poeiras minerais (categoria CIF e2601)?		X
5. Era exposto a vibrações (categoria CIF e255)?		X
6. Era exposto a umidade acima dos níveis recomendados (categoria CIF e2251)?		X

2. FATORES AMBIENTAIS (ASPECTOS ERGONÔMICOS)	SIM	NÃO
1. A empresa possui descrições das tarefas e das atividades do reclamante? Possui descrição dos graus de funcionalidade exigidos ou possíveis para cada posto de trabalho (categorias CIF de d1 a d9)?	X	
2. Há descrição das características e vulnerabilidades do trabalhador (categorias CIF de d1 a d9 associadas às categorias de e1, e2 e e4)?	X	
3. Em caso de adaptações, a empresa comprova que fez considerando a descrição das atividades e não das tarefas (categorias CIF de d1 a d9 associadas às categorias de e1, e2 e e4)?	X	
4. Há laudos ergonômicos baseados nas atividades individuais que comprovam que havia conforto no trabalho (categorias CIF de d1 a d9 associadas às categorias de e1, e2 e e4)?	X	



Avaliação Biopsicossocial e Aplicação da CIF

ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO	QUALIFICADOR DE CAPACIDADE
<i>d630 – preparação de refeições</i>	4
<i>d730 – interações interpessoais complexas</i>	4
<i>d160 – concentrar a atenção</i>	4
<i>d177 – Tomar decisões</i>	4
<i>d2400 – lidar com responsabilidades</i>	4
<i>d640 – realização de tarefas domésticas</i>	4
<i>d350 - conversação</i>	4

FUNÇÕES E ESTRUTURAS DO CORPO	ALTERAÇÃO PRESENTE?	
<i>Há algum grau de alteração sensorial (visão/audição)?</i>	Não	
<i>Há algum grau de alteração nas funções musculoesqueléticas?</i>	Sim	
<i>Há algum grau de alteração nas estruturas musculoesqueléticas?</i>	Não	
<i>Há algum grau de alteração nas estruturas nervosas?</i>	Não	
FATORES AMBIENTAIS	SIM	NÃO
<i>Tinha tecnologia para o trabalho adequada (e135)?</i>	X	
<i>O ambiente atitudinal era satisfatório (e4)?</i>		X



CONCLUSÃO

Do anteriormente exposto no presente parecer concluímos:

- **O AUTOR apresenta incapacidade laboral completa**
- Apresenta adicionalmente as seguintes limitações e restrições:
 - Impedido para dirigir e utilizar forno e fogão (medicamentos utilizados);
 - Dificuldade de manter e controlar as interações com outras pessoas, de maneira contextual e socialmente apropriada;
 - Dificuldade para concentrar a atenção nas atividades diárias, ou de leituras e estudo em geral;
 - Relutância em tomar decisões;
 - Esforço intenso para controlar as exigências psicológicas necessárias para realizar tarefas que exigem responsabilidades importantes;
 - Atrapalha-se para manter e terminar a análise de um assunto, com argumentos a favor ou contra;
 - Vida doméstica: confusão em organizar e realizar tarefas domésticas, estabelecer e cumprir uma rotina de forma sistemática;
 - Vida comunitária: relutância para participar em todos os aspectos da vida social comunitária;
 - Recreação e lazer: sem resistência para atividades física.



Sendo assim, indicamos a retomada do benefício até que haja remissão do quadro e avaliação de possíveis sequelas. Enquanto isso, o autor também move uma ação contra o empregador na Justiça do Trabalho a fim de pleitear a devida indenização trabalhista em face de culpa pela incapacidade laborativa completa no presente momento.

Nada mais temos a relatar.

LOCAL, DATA E ASSINATURA DE 02 OU 03 PROFISSIONAIS DE ÁREAS DISTINTAS.



3.2 - Instrumento Baseado na CIF para Medir Funcionalidade

Existem vários instrumentos baseados na CIF para mensuração da funcionalidade em finalidades específicas, como é o caso da Metodologia VILE (valoração da incapacidade laboral específica), do MPAV (movimento para a vida), IFBr (índice de funcionalidade brasileiro), entre outros. A CIF-basep é o método de cálculo baseado em body, activities, structures, environment & participation e pode auxiliar profissionais a apresentarem com facilidade o grau de perda da funcionalidade⁵, qualitativa e quantitativamente, de forma rápida e simples, a partir da fórmula abaixo:

$$DPF = CF + \frac{\{[(Sd.3).3]+q1+q2+q3+q4\}}{7}$$

A sigla **DPF** significa “determinação da perda de funcionalidade”, **CF** é a “constante de funcionalidade”, **Sd** é a “soma dos qualificadores de Atividades & Participação” e a letra **q** representa o qualificador utilizado em categorias de funções ou estruturas do corpo.

A BASEP é uma adaptação da Tabela ESCape, que apresentaremos na próxima seção, e é apropriada para uso em todos os casos, com exceção da medida de incapacidade laborativa relativa à doença ocupacional ou acidente de trabalho.

No uso da Basep, a equipe de avaliação biopsicossocial precisa selecionar até 07 códigos de “d”, usando o qualificador de desempenho, associados a até 04 códigos de “b/s”, usando o primeiro qualificador. Vamos ver um exemplo, onde foram indicados os seguintes códigos que melhor descrevem um caso concreto:

- d410.3_, d415.2_, d430.3_, d451.2_, d4501.3_, d510.2_, d530.3_.
- b760.2, b730.3, b715.2, b710.3.



Até 4,9%	sem incapacidade
Até 12%	leve
Até 24%	moderada
Até 40%	grave
> 40%	máxima

Neste exemplo, a fórmula ficaria assim:

$$DPF = 4,9 + \frac{\{(18.3).3\}+2+3+2+3}{7} = 29,47\%$$

Graduação qualitativa: grave.

Normas peculiares de cada benefício social podem estabelecer limites e regras próprias para concessão. A medida deve ser calibrada para os determinados fins, não sendo possível obter um instrumento único que possa justificar cada benefício em sua complexidade.

3.3 - Instrumento para mensuração da incapacidade laborativa quando há doença ocupacional ou acidente de trabalho – Tabela ESCape

Para apresentar a Tabela ESC, utilizaremos um trecho do artigo “Funcionalidade para o trabalho e perícias biopsicossociais: a nova tabela ESC”, publicado na Revista Revista Síntese trabalhista e previdenciária, v. 29, n. 360, p. 206–211, jun., 2019⁶:

A Tabela ESC (do inglês, escape) é um instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para facilitação da abordagem biopsicossocial no âmbito trabalhista. (...). A CIF foi desenvolvida com a finalidade de ser útil para padronização da linguagem, para uso clínico, para uso estatístico e para uso em políticas sociais.



Como a CIF compreende mais de 1.600 categorias, alguns instrumentos paralelos vêm sendo desenvolvidos para dar celeridade ao seu uso, como é o caso da WHODAS (World Health Organization Disability Assessment Schedule), desenvolvida para facilitar a utilização da CIF e dos seus conceitos nos serviços de saúde, avaliando a funcionalidade e a incapacidade nos domínios da vida cotidiana na Atenção Primária à Saúde.

A Tabela ESC, da mesma forma, teve seu desenvolvimento voltado para auxiliar a aplicação prática da CIF, mas, nesse caso, especificamente para aplicação por peritos judiciais[7]. No seu processo de desenvolvimento, mais de 150 profissionais de diferentes países, incluindo membros do NetWork da Organização Mundial da Saúde, foram convidados para validar seu conteúdo, por meio do link <http://hodu-cifbrasil.blogspot.com/>, logo após a apresentação inicial feita durante o 3º Simpósio de Ensino da CIF, realizado na Alemanha, em 13 de abril de 2018. A tabela voltou a ser discutida em outubro do mesmo ano, durante o Encontro Anual da Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial da Saúde, na Coreia do Sul, por meio de apresentação oral do trabalho de nº 504, publicado na página 73 do Poster Booklet do WHOFIC NetWork Annual Meeting - 2018, com o título Functioning Status and Indemnities in Brazil.

As classificações internacionais da OMS são instrumentos usados na geração de indicadores e marcadores que ajudam no conhecimento de todas as características de saúde, inclusive de suas determinantes[8]. A CIF ajuda a diferenciar o problema funcional da incapacidade laboral, permitindo uma visão mais ampla tanto aos peritos quanto aos Juízes. A incapacidade é o extremo oposto da funcionalidade, é uma experiência que não está ligada somente ao estado do corpo, mas também às atividades laborais e ao ambiente de trabalho. Portanto, não é correto definir que deficiência funcional resulta sempre na mesma incapacidade laboral[9]. São conceitos distintos, que devem estar bem claros tanto para os assistentes técnicos quanto para os peritos judiciais.



Adicionalmente, é necessário lembrar que as classificações, CID e CIF, não determinam diagnósticos, mas os codificam, ou seja, elas os transformam numa linguagem alfanumérica padronizada, sempre traduzindo processos e conclusões profissionais, não se configurando como instrumentos de avaliação, mas como instrumentos de classificação. Também é essencial ressaltar que as alterações de funcionalidade podem aparecer sem relação direta com a presença de doenças. Por isso, não existe entre as classificações uma relação de dependência, mas de complementaridade. (...)

A Tabela ESC congrega os conceitos acadêmicos e legais para subsidiar o processo técnico de quantificação, qualificação e codificação da incapacidade laboral. Ela considera a presença ou ausência de relação entre a incapacidade e as atividades profissionais, permitindo julgamento técnico para determinar se o indivíduo periciado é capaz de voltar a exercer a sua atividade laboral, se (2) não é capaz ou se (3) é capaz com restrições. (...)

No tocante aos cálculos, a tabela está dividida em duas partes, sendo que a primeira é a qualificação e quantificação da incapacidade laboral, conforme fórmula abaixo:

$$PIL = CF + \frac{\{(SIL.3).3\} + SPS + DF + (FA.2)}{7}$$

7

Onde,

PIL = Percentual de Incapacidade Laboral

CF = Constante de Funcionalidade

SIL = Soma dos qualificadores da CIF para incapacidade laboral

SPS = Soma dos qualificadores da CIF para o componente participação

DF = Qualificador da CIF para déficit funcional

FA = Qualificador da CIF para fatores ambientais



Um exemplo de aplicação da Tabela ESC:

Para exemplificar a aplicação do instrumento, vamos simular um caso de uma bancária que desenvolveu a síndrome do túnel do carpo. As categorias selecionadas e seus qualificadores estão baseados numa avaliação clínica e de exames complementares (com suposição de resultados). O objetivo deste exemplo é demonstrar o cálculo na prática.

1. FATORES AMBIENTAIS (NORMAS REGULAMENTADORAS)	SIM	NÃO
1. O trabalhador era submetido a ruído contínuo, intermitente ou ruídos de impacto acima dos níveis recomendados (categoria CIF e2500)?		X
2. O trabalhador era exposto ao calor ou ao frio acima dos níveis recomendados (categoria CIF e2250)?		X
3. O trabalhador era exposto a radiações ionizantes ou a agentes químicos invariavelmente insalubres (categoria CIF e298)?		X
4. O trabalhador era exposto a poeiras minerais (categoria CIF e2601)?		X
5. Era exposto a vibrações (categoria CIF e255)?		X
6. Era exposto a umidade acima dos níveis recomendados (categoria CIF e2251)?		X

2. FATORES AMBIENTAIS (ASPECTOS ERGONÔMICOS)	SIM	NÃO
1. A empresa possui descrições das tarefas e das atividades do reclamante? Possui descrição dos graus de funcionalidade exigidos ou possíveis para cada posto de trabalho (categorias CIF de d1 a d9)?	X	
2. Há descrição das características e vulnerabilidades do trabalhador (categorias CIF de d1 a d9 associadas às categorias de e1, e2 e e4)?	X	
3. Em caso de adaptações, a empresa comprova que fez considerando a descrição das atividades e não das tarefas (categorias CIF de d1 a d9 associadas às categorias de e1, e2 e e4)?	X	
4. Há laudos ergonômicos baseados nas atividades individuais que comprovam que havia conforto no trabalho (categorias CIF de d1 a d9 associadas às categorias de e1, e2 e e4)?	X	



SIL - SELECIONE DE 03 A 07 CATEGORIAS DA CIF QUE REPRESENTAM A INCAPACIDADE LABORAL	QUALIFICADOR DE CAPACIDADE
<i>d440 – uso fino da mão</i>	3
<i>d170 – escrever</i>	3
<i>d4453 – girar ou torcer com as mãos</i>	3
Soma	9

SPS - PREENCHA AS INFORMAÇÕES RELATIVAS À PARTICIPAÇÃO SOCIAL ATUAL - RESPONDA COM O NÚMERO "1"	SIM	NÃO
<i>Facilidade para conseguir um emprego (d8450)?</i>	1	
<i>Facilidade para manter um emprego (d8451)?</i>		1
<i>Facilidade para trabalho autônomo (d8500)?</i>		1
<i>Facilidade para trabalho em tempo parcial (d8501)?</i>	1	
<i>Facilidade para trabalho em tempo integral (d8502)?</i>		1
Total (-1)	---	2

DF - VIDA COTIDIANA E DÉFICIT FUNCIONAL	RESPONDA COM "1" PARA INDICAR "SIM"
<i>Há algum grau de alteração sensorial (visão/audição)?</i>	
<i>Há algum grau de alteração nas funções musculoesqueléticas?</i>	1
<i>Há algum grau de alteração nas estruturas musculoesqueléticas?</i>	1
<i>Há algum grau de alteração nas estruturas nervosas?</i>	1
<i>Há alguma dificuldade na comunicação?</i>	
<i>Há alguma dificuldade no cuidado pessoal?</i>	1
<i>Há alguma dificuldade nas interações pessoais?</i>	
Soma	4



FA - INFORME SOBRE OUTROS FATORES AMBIENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO - RESPONDA COM O NÚMERO "1"	SIM	NÃO
Tinha tecnologia para o trabalho adequada (e135)?		1
O ambiente atitudinal era satisfatório (e4)?		1
Total		2

Fórmula:

$$PIL = CF + \frac{\{[(SIL.3).3]+SPS+DF+(FA.2)\}}{7}$$

$$PIL = 4,9 + \frac{\{[(9.3).3]+2+4+(2.2)\}}{7}$$

$$PIL = 4,9 + 13 = 17,9\%$$

Quantificação da incapacidade laboral: 17,9%

Qualificação da incapacidade laboral:

() leve – até 12%

(X) moderada – até 24%

() grave – até 40%

8. DEFINA O TIPO DE NEXO - RESPONDA COM O NÚMERO "1"	MARQUE A OPÇÃO CORRETA		
Causal	X		
Concausal	Grau I (25%)	Grau II (50%)	Grau III (75%)
Pre-existente			
Concorrente			
Superveniente			

Recomendação de percentual de indenização: 17,9%.



Considerações Finais

A CIF é o instrumento da OMS para documentar e organizar informações de funcionalidade. O modelo biopsicossocial, publicado nela, serve para embasar tudo em saúde, deixando para trás um modelo baseado na doença e o substituindo por um modelo baseado na funcionalidade. Assim, até mesmo os exames admissionais e periódicos devem incluir a descrição com a CIF7, permitindo aos profissionais da saúde inferirem estratégias de proteção, promoção e recuperação da saúde de forma mais completa.

Alguns instrumentos podem ser desenvolvidos para facilitar a aplicação do modelo biopsicossocial e a codificação com a CIF, mas não devem substituir totalmente a análise e o complexo processo diagnóstico numa abordagem multiprofissional e interdisciplinar.

Seguramente, vemos que a CIF amplia o olhar profissional, tornando-o mais competente e mais próximo da verdade, especialmente para tomada de decisões relativas à Seguridade Social, seja no campo individual ou coletivo. A CIF é então uma ferramenta útil e essencial para a potencialização de serviços, de sistemas e de políticas intersetoriais.



Referências Bibliográficas

1. Cordeiro ES e outros. CID e CIF na codificação de diagnósticos em Saúde Funcional. Editora Wak. 2019.
2. Araujo ES. CIF: uma discussão sobre linearidade no modelo biopsicossocial. Revista Fisiot. & Saúde Funcional. 2013; 2(1):6-13.
3. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Editoria USP. 2003.
4. Cordeiro ES. CIF em laudos, pareceres e relatórios. Editora CIF Brasil. 2022.
5. Cordeiro ES. CIF – basep. Revista CIF Brasil. 2020; 12(2): 42-43.
6. Bramante IC, Cordeiro ES. Funcionalidade para o trabalho e perícias biopsicossociais: a nova Tabela ESC. Revista Síntese Trabalhista e Previdenciária. 2019; 29(360): 206-211.
7. Beltrame CS, Beltrame JS. A otimização da saúde do trabalhador através da implantação da CIF na medicina do trabalho. Revista CIF Brasil. 2021; 13(2): 28-38. DOI - <https://doi.org/10.4322/CIFBRASIL.2021.013>





