

<http://www.doi.org/10.4322/CIFBRASIL.2022.010>

Maria Cristina Pedro Biz

Fonoaudióloga, Especialista em Saúde Coletiva/CFFa. Mestre em Ensino em Ciências da Saúde. EPM/UNIFESP. Doutoranda em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp
E-mail: mcristinapbiz@gmail.com

Daniella Priscila de Lima

Fonoaudióloga. Mestra em Gerontologia. Doutoranda em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp
E-mail: daniellaplima@gmail.com

Wanessa Ferreira Machado

Professora de Educação Física Especializada em Atividade Física e Saúde pela UFBA. Especializada em Biomecânica da Atividade Física e Saúde pela Universidade Estácio de Sá. Mestranda em Atividade Física Adaptada pela Faculdade de Educação Física da Unicamp
E-mail: wanfm10@gmail.com

Resumo

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), proposta pela Organização Mundial de Saúde, baseia-se na integração do modelo médico e social. Trata-se de uma ferramenta que considera a funcionalidade como consequência da interação entre a sua condição de saúde e fatores contextuais (ambientais e pessoais), sugerindo uma linguagem padronizada para descrever a saúde e os estados relacionados com a saúde de todas as pessoas. Este trabalho propõe uma reflexão a respeito das perspectivas atuais associadas à atuação interdisciplinar com uso do instrumento. Foram elencados exemplos de alguns autores nacionais e internacionais e experiências profissionais brasileiras envolvendo o uso da CIF, que reforçam a importância de seu papel no ensino, no favorecimento da comunicação intraprofissional, na elaboração de planos terapêuticos pautados pela integralidade e na formulação de informações estatísticas. Acredita-se que discussões como essa possam disseminar o uso da CIF e permitir a superação de desafios para efetivar sua utilização na rotina dos serviços, e incluí-la na formação profissional.

Descritores: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Comunicação Interdisciplinar; Integralidade em Saúde.

Abstract

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) was formulated by the World Health Organization. It is based on the integration of medical and social models and proposes a standardized language to describe health and health related states. ICF considers functionality as a consequence of the interaction between health condition and context factors (environmental and personal). This paper aims to discuss the benefits of using this tool to interdisciplinary work. We listed international examples described by other authors and added our Brazilian professional experience in the use of ICF. This study reinforced ICF roles in education, communication between different disciplines, creation of therapeutic plans based on integrality and gathering statistical information. This discussion goal is to disseminate the use of ICF and allow its use in health services routines, overcoming the usual challenges associated to it.

Descriptors: International Classification of Functioning, Disability and Health; Interdisciplinary Communication; Integrality in Health.

Introdução

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pertence ao grupo de classificações internacionais desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Estas permitem codificar uma ampla gama de informações sobre saúde por meio de uma linguagem padronizada, favorecendo a comunicação entre várias disciplinas em todo o mundo. Nas classificações internacionais da OMS, as condições de saúde (tais como doenças, perturbações ou lesões) são embasadas principalmente na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), atualmente em sua décima primeira revisão (ainda não adotada no Brasil), que fornece uma estrutura de base etiológica, fundamentando o diagnóstico. Já as condições de saúde e os estados relacionados a funcionalidade e a incapacidade podem ser classificados por meio da CIF, ferramenta aplicável a todas as pessoas. Juntas, as informações permitem uma percepção mais abrangente da saúde das populações (OMS, 2015), podendo respaldar decisões institucionais e políticas públicas, por exemplo.

A CIF, enquanto esquema de codificação universal norteia-se por uma abordagem biopsicossocial, representando um modelo que integra as várias dimensões dos seres humanos (OMS, 2015). Nessa perspectiva a incapacidade é considerada como o resultado da interação entre uma condição de saúde (doença, trauma, lesão) e os fatores do contexto (fatores ambientais e pessoais), concebendo um novo olhar para os conceitos de saúde, funcionalidade e incapacidade.

A utilização da CIF, portanto, permite uma abordagem ampla, multidisciplinar, integral e centrada no indivíduo. Tem sido uma importante ferramenta epidemiológica e clínica aplicada na área da saúde. Na neurorreabilitação, por exemplo, permite o compartilhamento de informações entre a equipe multidisciplinar, contribuindo para a estruturação do processo terapêutico, planejamento e avaliação de objetivos, além de permitir a documentação e registro das condições de saúde (OMS, 2015). O instrumento também se associa à padronização da mensuração de resultados, favorecendo a melhor gestão das intervenções das equipes de saúde, como ressaltou a OMS no World Report on Disability (OMS, 2011).

No Brasil, dentre os aspectos legais que possibilitam a normatização e uso da CIF, destaca-se a Resolução nº 452, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que dispõe sobre o uso da CIF no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Saúde Suplementar. A Resolução trata da importância da utilização da CIF e de sua incorporação aos sistemas de informação. Também dispõe que a CIF representa uma ferramenta clínica para avaliar as necessidades dos usuários e compatibilizar os tratamentos às condições específicas, ampliando a linha de cuidado. Reforça, ainda, sua importância para dar visibilidade e avaliar os processos de trabalho com os respectivos impactos reais das ações dos profissionais de saúde, que atuam diretamente com a funcionalidade humana. Outro aspecto importante da resolução é a menção à função pedagógica da CIF, na elaboração de programas educacionais e para aumentar a conscientização e a realização de ações sociais. Por fim, resgata seu potencial gerador de indicadores de saúde referentes à funcionalidade humana e de informações padronizadas em saúde, que devem ser inseridas no Sistema Nacional de Informações em Saúde com vistas ao controle, avaliação e regulação para instrumentalizar a gestão no gerenciamento das ações e serviços em todos os seus níveis de atenção.

Outro marco legal relaciona-se à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do Sistema Único de Saúde, instituída por meio da Portaria nº 793 de 2012, que também considera a CIF como base conceitual. Já o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de

Saúde (PNASS) incluiu o uso da CIF como um dos itens de verificação da rotina dos Centros Especializados em Reabilitação, CERs (BRASIL, 2015).

Diante das possibilidades acima descritas para a utilização da CIF e tendo em vista sua normatização, buscou-se uma reflexão a respeito das perspectivas associadas ao trabalho interdisciplinar embasado nessa ferramenta. Para isso, foram elencados exemplos extraídos de outros autores somados à própria experiência profissional no uso da CIF, a fim de suscitar possíveis caminhos para sua efetivação, tanto no ensino quanto na rotina clínica.

A interdisciplinaridade e a CIF

Um dos principais desafios na área da saúde consiste no fato de os diferentes profissionais envolvidos no cuidado com o paciente descreverem o mesmo problema de maneiras distintas, documentando essa informação de forma independente e restrita à sua área de atuação. Consequentemente, a comunicação entre as disciplinas torna-se difícil e a informação nem sempre flui adequadamente. Tal realidade encontra bases na fragmentação disciplinar que, assim como em outras áreas do conhecimento, também permeia o saber e as práticas no âmbito da saúde contemporâneas, como já discutido por diversos autores (GALVÁN, 2007; SANTOS e ASSIS, 2016).

Contudo, sabe-se que essa separação entre as disciplinas pode impactar negativamente no atendimento prestado ao paciente, já que, como refere Morin (2000 p.45), “(...) o parcelamento e a compartimentação dos saberes impedem apreender o que está tecido junto”. Como complementa Galvan (2007, p. 56-57), nossa sociedade atual vivencia a “(...) manutenção da rígida divisão disciplinar ou da aparente integração, sendo que os entraves aparecem nas queixas dos pacientes e na impossibilidade de [a equipe] lidar, de fato, com questões mais complexas (...)”. (GALVÁN, 2007, p.56-57).

A atuação profissional, portanto, torna-se fragmentada, hierarquizada e compartimentalizada, constituindo-se como um entrave para a construção da integralidade, uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma valorização excessiva da técnica e da especialidade, intrínseca ao modelo biomédico, com resolubilidade questionável, (SANTOS e ASSIS, 2016). Como apontam Bispo et al (2014), para modificar essas formas arraigadas e desarticuladas de cuidado, observa-se inicialmente a necessidade de profundas transformações no ensino em saúde, ainda fortemente biologicista e medicalizante. Segundo os autores, que investigaram a percepção de profissionais da Atenção Básica em relação à prática da interdisciplinaridade, apenas investindo em novas ações de formação profissional é que se podem aventar outros horizontes que de fato favoreçam a prática da atenção integral.

Bispo et al (2014) destacam que o modelo pedagógico tradicional de ensino em saúde representa um “incentivo à especialização precoce”, já que valoriza as práticas técnicas científicas individualizadas. Considerando que o processo saúde-doença é complexo e multifatorial, identifica-se uma demanda urgente que coloca a interdisciplinaridade “(...) no centro das discussões acerca do desenvolvimento da ciência e das práticas sanitárias” (MATOS et al, 2009, p.834).

Entende-se, portanto, que envolver o futuro profissional de saúde nessa teia de saberes pode favorecer uma construção compartilhada que resulte em ações práticas interdisciplinares, aprimorando-se à atenção ao indivíduo (BISPO et al 2014). Essa construção pedagógica corresponde, inclusive, ao que preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde, que descrevem a necessidade de uma formação ampla e que seja

destinada ao sistema de saúde vigente no país, levando em conta a reciprocidade com a sociedade.

A formação destinada ao desenvolvimento de habilidades para atuação interdisciplinar, inclusive, é prevista pelo Ministério da Educação. “As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) reforçam a necessidade de orientar a formação profissional em seu trabalho no SUS, destacando a aproximação da formação aos princípios do SUS e ampliação da formação humanista” (LONGHI et al, p.07). Em relação ao curso de Medicina e Enfermagem, por exemplo, destaca-se como uma das bases para a formação a necessidade de “(...) promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais” (BRASIL, 2001). Já em relação ao curso de Fonoaudiologia, expressa-se que a formação deve permitir que o profissional seja capaz de “(...) desenvolver, participar e/ou analisar projetos de atuação profissional disciplinares, multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares” (BRASIL, 2002).

Verifica-se, todavia, uma larga distância entre essas propostas e a efetividade das ações no cotidiano de trabalho. Entretanto, propostas para promover uma educação interprofissional para o cuidado em saúde vêm sendo debatidas pela Organização Mundial de Saúde desde 1978, sendo que algumas iniciativas ganharam fôlego após 1988, em virtude da publicação “Aprender junto para trabalhar junto em saúde” (WHO, 1988). A educação interprofissional, sob essa perspectiva, permite o desenvolvimento de competências comuns a todas as profissões, implicando em uma força de trabalho mais preparada, colaborativa e centrada no paciente, que aprimora a comunicação e impacta positivamente em melhores resultados em saúde (WHO, 1988; CAMARA, 2014).

Assim, o investimento em novos modelos de formação profissional, a necessidade da educação permanente em saúde, com capacitações no cotidiano das instituições de saúde (BISPO et al, 2014) e principalmente a ampliação do conceito de saúde são alguns caminhos apontados para promover a interdisciplinaridade (GALVÁN, 2007). Isso implica na inclusão de pontos de vistas mais amplos, abarcando a “(...) dimensão social, relacional, cultural, psíquica e corporal como dimensões indissolúveis” (p. 59), o que pode trazer consequências fecundas para a intervenção. Esse posicionamento, portanto, vai ao encontro do modelo biopsicossocial concretizado pela CIF, evidenciando-a como uma importante estratégia para a interdisciplinaridade e, conseqüentemente, para a integralidade. Além disso, a CIF pode permitir que a formação do profissional de saúde seja construída sob as bases supramencionadas, como sugerem algumas experiências apresentadas a seguir.

Como já mencionado, ao estabelecer uma linguagem comum a CIF pode favorecer a comunicação entre os diferentes profissionais (OMS, 2015). Na literatura, têm sido relatadas diversas experiências que reforçam essa afirmação. Andrade et al (2009), por exemplo, descrevem a utilização da CIF na elaboração de plano terapêutico para um adolescente de 14 anos, que apresentou um episódio de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Foram selecionados componentes dos diferentes domínios, sendo os qualificadores atribuídos pela equipe multidisciplinar (neurologia, neuropsicologia e fisioterapia). O perfil funcional do paciente foi classificado por meio da CIF e descrito como hemiparesia direita, instabilidade postural, afasia de Broca, apraxia construtiva (estrutura e função do corpo), dificuldades de aprendizagem e motivacionais, limitações na comunicação, mobilidade, cuidado pessoal, vida doméstica e comunitária (atividade e participação). Foram descritos, em fatores ambientais, quatro barreiras (apoio da família imediata, amigos, professora, serviços de educação) e seis facilitadores (família ampliada, cuidadores, profissionais da saúde, atitudes da família

imediate, serviços de saúde e situação econômica). A partir desses achados, foi elaborado um plano terapêutico único, considerando-se todos os profissionais envolvidos. Os autores descrevem que a CIF apresentou potencial para utilização na prática interdisciplinar e para o planejamento conjunto da reabilitação.

A necessidade de revisão das práticas das equipes que atuam em saúde, motivada pela CIF, também foi explorada por Rimmer (2005). O autor baseou-se na ferramenta para descrever uma série de fatores associados à reabilitação de pessoas com deficiência, destacando a importância dos aspectos ambientais para a adesão à atividade física e aos programas de reabilitação. Para os autores, a CIF permitiu identificar o nível de funcionamento considerando as funções e estruturas do corpo, no nível pessoal e também na sua inserção ao contexto de vida.

A intervenção precoce transdisciplinar e a articulação intersetorial, favorecidas pela CIF, foram aspectos abordados por Silva et al (2014). De acordo com a pesquisa realizada na cidade de Nova Lima (MG), crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, disfunções neuromotoras, transtornos psíquicos e síndromes chegavam para a rede de tratamento com sequelas já consolidadas. Diante disso, estabeleceu-se como meta o planejamento para diagnóstico precoce. Essas ações foram elaboradas sobre o olhar voltado para a funcionalidade, utilizando a CIF e foram caracterizadas as capacidades e dificuldades de crianças do ponto de vista funcional de cada uma delas, com enfoque nas barreiras e facilitadores. Para isso, a equipe realizou atuação conjunta com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A atuação com populações em situação de vulneração também tem sido alvo de estudos com base na CIF. Jorgensen et al (2010), por exemplo, relatam a experiência de aplicar o instrumento a populações de refugiados. Nesse caso, a CIF permitiu uma ampla descrição da capacidade física e mental funcional e dos impactos ambientais, como sono, atenção, memória, funções emocionais, dor, funções musculares, rotina diária, enfrentamento de estresse, conversar, preparar refeições, utilizar transporte, relacionamentos, profissionais de saúde. O trabalho foi realizado em equipe multidisciplinar para atribuição dos qualificadores (médico, psicólogo, fisioterapeuta), permitindo uma compreensão muito mais global das necessidades dessas pessoas, conforme sugerem os autores.

Tendo em vista as possibilidades para a prática terapêutica, algumas instituições de ensino internacional já têm incluído a CIF em suas propostas pedagógicas da graduação, sendo um exemplo o estudo de Hollar et al (2008). Os autores descrevem a atuação da escola de Medicina da Universidade da Carolina do Norte, nos Estados Unidos, que realizou experiência com uso do instrumento aplicado a 574 estudantes de nove áreas da saúde. Os estudantes deveriam analisar um caso-padrão (paciente com politrauma, com restrições de mobilidade, isolamento social, abuso de substâncias e depressão), estabelecer diagnóstico e intervenção. Conforme os autores, a CIF permitiu que os estudantes pudessem analisar o caso de forma mais “holística” e promoveu a consciência das contribuições de cada disciplina para o cuidado com o paciente, favorecendo o trabalho em equipe. Todavia, Hollar et al (2008) também sugerem desafios, como as dificuldades dos alunos para qualificarem as barreiras ambientais para o caso em questão.

Na África do Sul (Universidade de Stellenbosch), o uso da CIF tem sido promovido desde 2010 (SNYMAN, 2015). Os estudantes de graduação de medicina em estágios clínicos rurais utilizam a CIF para gerenciamento de pacientes e a capacidade dos estudantes para desenvolverem planos de cuidados interprofissionais é avaliada por uma equipe de preceptores que representam várias profissões de saúde. Snyman (2015) descreve as experiências de 37

estudantes de medicina, 16 preceptores e 15 pacientes. De acordo com o autor, a CIF viabilizou uma abordagem centrada no paciente e reforçou a importância do contexto. Os pacientes sentiram-se escutados e cuidados e os preceptores destacaram as vantagens do cuidado interprofissional, com maior eficiência e integração entre os profissionais da equipe.

Na Pós Graduação, um exemplo da experiência brasileira de utilização da CIF no ensino consistiu na realização de oficinas de educação interprofissional direcionada à Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. A proposta foi instrumentalizar os residentes para exercerem a prática colaborativa centrada no indivíduo, organizando-os em grupos que abarcavam profissões como Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional. Diante disso, acredita-se que a CIF "(...) possibilitou uma ampliação do olhar sobre as condições de saúde e ao mesmo tempo aproximou os olhares dos diversos profissionais, facilitou a comunicação e possibilitou a elaboração de um raciocínio clínico compartilhado centralizado no indivíduo" (CAMARA, 2014, p. 33-34).

Apesar de relatos como esses, no Brasil a experiência mais conhecida envolvendo a CIF não se relaciona ao ensino, mas à Assistência Social, por meio da Avaliação para Concessão de Benefícios para Pessoa com Deficiência (BPC), proposta pelo Ministério do Desenvolvimento Social (BRASIL, 2007). O instrumento de avaliação utiliza a classificação da OMS como ferramenta e tem demonstrado bons resultados, entre eles, a diminuição dos processos de judicialização. Outro fator importante é a admissão do assistente social ao processo de concessão do benefício, antes realizado apenas pelo médico perito, permitindo uma abordagem interprofissional.

Uma experiência interessante que incorporou a CIF na rotina do serviço e de forma interdisciplinar vem sendo realizada pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Bauru. Pensando em realizar um processo de avaliação e de reabilitação que atendesse melhor tanto as necessidades das pessoas com deficiência como a legislação vigente no país, a APAE começou a utilizar a CIF como instrumento de interpretação das condições de saúde dessas pessoas desde 2015 (ANTONIO & SIGOLO, 2016). Isso possibilitou um processo avaliativo mais amplo, com otimização do tempo da equipe para realizar os relatórios; favoreceu a interdisciplinaridade e demonstrou de maneira mais clara as maiores fragilidades da pessoa, possibilitando a elaboração de um relatório prognóstico, ou seja, mensurando o quanto o processo de reabilitação / habilitação é significativo na vida do sujeito (ANTONIO & SIGOLO, 2016). Dessa forma, tanto a avaliação como a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) tornaram-se mais capazes de atender às peculiaridades da condição de saúde da pessoa em seu ambiente, sem considerar apenas a patologia que a levou a um processo de reabilitação.

A APAE de São Carlos também é outro exemplo de incorporação da CIF na rotina de serviço, cuja implementação foi realizada através de listas resumidas (checklists) desenvolvidas pela equipe multiprofissional de acordo com o processo de trabalho, que compreendem desde a admissão do paciente na instituição, a avaliação pela equipe multidisciplinar, o planejamento e reavaliação do processo terapêutico e pedagógico. Inicialmente a equipe passou pela capacitação sobre o uso da CIF, e, com base nesse aprendizado, foram elencadas as fases do processo de trabalho e segmentos terapêuticos e pedagógicos para, assim, serem definidas as listas de códigos da classificação que iriam compor as fichas de avaliação. A composição das listas (checklists) pelos profissionais partiu da expertise técnica em cada processo de trabalho, sendo estabelecidos os códigos necessários e os qualificadores para cada lista. Ficou estabelecido como rotina de avaliação as fases propostas no Ciclo de Reabilitação, adaptado

de Rauch et al (2008) (fig. 1) onde os profissionais realizam a avaliação inicial, atribuem os qualificadores e estabelecem o plano terapêutico e posteriormente reavaliam. O tempo para reavaliação foi estabelecido pela equipe mediante cada processo de trabalho.



Fig. 1: Ciclo de Reabilitação (RAUCH et al, 2008)

Todos os casos classificados compõem um banco de dados por área, sendo 11 no total, com informações específicas em cada segmento e de cada paciente. Os dados consolidados nas planilhas fornecem indicadores de cada indivíduo.

A experiência na APAE de São Carlos mostra, entre outros ganhos, o quanto o uso da CIF pode ampliar o raciocínio clínico do profissional das diversas áreas, antes restrita ao domínio das funções e estruturas, favorecendo a problematização e ampliando seu olhar e dimensionamento das estratégias de cuidado estabelecidas. O cuidado passou a ser visto de forma multidimensional, no qual o contexto do indivíduo é fator preponderante no processo de recuperação e inclusão. Este olhar favorece o estabelecimento de planos terapêuticos individuais, pois considera o indivíduo em seu meio. Também permite estabelecer programas terapêuticos embasados nas reais necessidades – físicas, sociais - de cada indivíduo.

Experiências práticas, com incorporação do uso da CIF à rotina dos serviços e ao sistema de informação em saúde, assumem grande relevância, pois a condição de saúde é influenciada pelos recursos (econômicos e habilidade pessoais) e também pelo ambiente no qual o indivíduo está inserido. Segundo definição da OMS, a incapacidade é complexa, dinâmica e multidimensional (WHO, 2011). É necessário que os aspectos que envolvem as condições de saúde sejam considerados. As avaliações funcionais não podem continuar sendo realizadas apenas sob o olhar biomédico e focado no corpo, segundo Di Nubila (2007), mas sim sob uma abordagem biopsicossocial, no qual a CIF apresenta-se como uma ferramenta adequada e abrangente. Reforçando-se o posicionamento da autora, a tendência atual é que a CIF torne-se de fato a base para avaliações multiprofissionais, definição de metas, gerenciamento das intervenções e medida de resultados.

Segundo Araújo (2016) a CIF, em seu escopo, estimula mais do que o trabalho multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar. Na verdade, ela faz com que os profissionais que a utilizam reconheçam a dependência que eles têm de outros profissionais, inclusive daqueles que não são considerados profissionais da área da Saúde, para garantir a funcionalidade de alguém.

Considerações finais

A disseminação do uso da CIF ao longo dos últimos anos tem sido associada, dentre outros fatores, à necessidade de uma compreensão funcional em relação à saúde e de uma comunicação intraprofissional mais efetiva. O aumento contínuo de relatos associados à utilização do instrumento, a descrição dos possíveis benefícios clínicos e de gestão sugerem que equipes e gestores têm conseguido empreender sua realização, o que pode ser ainda mais favorecida pela troca de experiências em oficinas, capacitações e relatos científicos.

Como já mencionado, a estrutura proposta pela CIF, na qual seus domínios dialogam entre si, possibilita às equipes formas de problematização do cuidado a ser estabelecido, tendo como perspectiva a inserção do sujeito no seu próprio ambiente. Uma vez que fornece uma linguagem comum para a prática clínica, o ensino e a pesquisa acredita-se que tende a se tornar cada vez mais a referência central para medidas existentes do estado de saúde.

A urgente inserção da CIF na formação dos futuros profissionais e discussões ampliadas a respeito da ferramenta, incluindo as formas de atribuição dos qualificadores e outros pontos sensíveis, pode permitir a superação de possíveis desafios, favorecendo sua ampla utilização. Tal disseminação pode, inclusive, desmembrar-se em inúmeras outras possibilidades, haja vista a aplicação universal da CIF.

Evidencia-se, por fim, a importância do cumprimento da Resolução nº 452/12 e a incorporação efetiva da CIF ao sistema de informação em saúde no Brasil, pois se trata de um ponto chave para a obtenção de dados epidemiológicos e de assistência que contemplem a funcionalidade, contribuindo assim para realmente avançarmos rumo a um modelo de atenção e cuidado ampliado e interdisciplinar.

Referências bibliográficas

ANDRADE, PMO; FERREIRA, FO; HAASE, VG. O uso da CIF através do trabalho interdisciplinar no AVC pediátrico: relato de caso. Contextos Clínicos, 2(1):27-39, janeiro-junho 2009.

ANTONIO, DH; SIGOLO, JR. A Classificação Internacional de Funcionalidade como instrumento de interpretação das condições de saúde da pessoa com deficiência na APAE de Bauru. Pedagogia em Ação, v. 8, n. 2 (2016).

ARAÚJO, ES. CIF-WIN-S 2017. Revista Científica CIF Brasil. 6(6):2-5. 2016

BISPO, Emanuella Pinheiro de Farias; TAVARES, Carlos Henrique Falcão and TOMAZ, Jerzuí Mendes Tôrrez. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. Interface (Botucatu) [online]. 2014, vol.18, n.49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200337&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 de janeiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 28, de 8 de janeiro de 2015. Reformula o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0028_08_01_2015.html. Acesso em 24 de janeiro de 2017.

Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.

Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior Resolução CNE/CES 5, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia.

Decreto n. 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993, e a Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto n. 3.048, de 06 de maio de 1999, e dá outras providências.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução 452/2012 -aprova resolução que trata da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar: Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.htm> acesso em 13 de novembro de 2016.

CAMARA, AMCS. Oficina de educação interprofissional para a Residência Multiprofissional. Cad Edu Saude e Fis. 2014; V 1 N1.

DI NUBILA, HBV. Aplicação das classificações CID-10 e CIF nas definições de deficiência e incapacidade [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2007.

GALVAN, GB. Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar. Rev. SBPH [online]. 2007, vol.10, n.2, pp. 53-61. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 24 de janeiro de 2017.

HOLLAR, D et al. Using the ICF to develop patient treatment plans and to promote interdisciplinary teamwork. Disability and Health Journal Volume 2 , Issue 1 , e1, 2008.

JORGENSEN, U et al. Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to describe the functioning of traumatised refugees. Torture. 2010;20(2):57-75

LONGHI, DM et al. Manual de preceptoria – Interação Comunitária da Medicina/UFSC. Florianópolis, 2014.

MATOS RA. Integralidade e a formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: Pinheiro R, Matos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); 2003. p. 45-59.

MORIN, E. Os Sete Saberes necessários à Educação do Futuro. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. OPAS/OMS; EDUSP .2015.

RAUCH A, CIEZA A, STUCKI G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. Eur J Phys Rehabil Med. 2008 Sep;44(3):329-42.

RIMMER, JH. Use of the ICF in identifying factors that impact participation in physical activity/rehabilitation among people with disabilities. *Disabil Rehabil.* 2006 Sep 15;28(17):1087-95.

SANTOS, AM; ASSIS, MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2006, vol.11, n.1 [cited 2016-12-19], pp.53-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 de janeiro de 2017.

SILVA, ADM et al. Perfil de uma instituição pública de educação e saúde. Nupi: núcleo de prevenção e intervenção. A intervenção precoce sob a ótica da classificação internacional de funcionalidade e do modelo de transdisciplinaridade de intervenção. Minas Gerais: Faenol, 2014.

SNYMAN S, VON PRESSENTIN KB, CLARKE M. International Classification of Functioning, Disability and Health: Catalyst for interprofessional education and collaborative practice. *J Interprof Care.* 2015;29(4):313-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Report on Disability: Summary, 2011, WHO/NMH/VIP/11.01, available at: <http://www.refworld.org/docid/50854a322.html>. Acesso em 24 de janeiro de 2017.

Learning together to work together for health. Report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education for Health Personnel. The Team Approach Technical Report Series 769. Geneva: WHO, 1988