

CIF: Uma Discussão sobre Linearidade no Modelo Biopsicossocial

Eduardo Santana de Araújo¹

RESUMO

O modelo biopsicossocial de funcionalidade da OMS admite complexa interação completa multidirecionalidade entre seus componentes. Admitidamente, qualquer diagrama estará incompleto e fadado a interpretações incorretas devido à complexidade de interações multidimensionais. A abordagem pluralista sugere que o órgão ou sistema com deficiência não é sozinho o determinante das incapacidades de uma pessoa. Essas seriam resultado de uma interação entre fatores biológicos e fatores extra-biológicos. No entanto, um modelo universal multidimensional pode perder sentido quando reconhecemos que os processos de incapacidade são histórica e espacialmente determinados. A subjetividade dessa experiência é uma dimensão independente do estado das funções e estruturas do corpo e impossibilita entender o incapacitado enquanto pessoa. O conhecimento de um ponto de partida único poderia propiciar a real universalidade no conhecimento do estado de funcionalidade de cada indivíduo. Um modelo linear, que comece pelo estudo das interações entre fatores ambientais e pessoais parece ser o melhor meio para diagnosticar amplamente a situação. Dessa forma, sugere-se um modelo biopsicossocial linear, dividido nas seguintes etapas, nesta ordem: fatores ambientais > fatores pessoais > participação > atividade > funções/estruturas > transtorno/doença.

Palavras-Chave: Classificação. Funcionalidade. Saúde.

ABSTRACT

The WHO biopsychosocial model of functionality admits a complex interaction between its components. Any diagram is incomplete and doomed to misinterpretation due to the complexity of multidimensional interactions. The pluralist approach suggests that the organ or system with deficiency is not the main determinant of a person's disability. This is the result of an interaction between biological and non-biological factors. However, a universal model can lose its meaning when we recognize that the process of disability is historically and spatially determined. The subjectivity of this experience is an independent dimension from body functioning and makes it difficult to understand the incapacitated person. A single starting point could provide a real universal knowledge about functioning. A linear model that starts by studying the interactions between environmental and personal factors seems to be the best way to diagnose the situation extensively. Thus, we suggest a biopsychosocial model linear and the following steps: environmental factors > personal factors > participation > activity > functions / structures > disorder/disease.

Keywords: Classification. Functioning. Health.

¹ Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo - USP

*Autor correspondente: Eduardo S. de Araújo
E-mail: edusantana@usp.br

CIF: Uma discussão sobre linearidade no modelo biopsicossocial

Observando-se a história, é possível identificar que existe uma correlação direta entre os processos de transição epidemiológica e demográfica^[1]. Em geral, as transformações demográficas, sociais e econômicas ocorreram concomitantemente com mudanças nos padrões de morte, morbidade e invalidez, que caracterizam uma população específica. É a chamada transição epidemiológica^[2]. Do ponto de vista epidemiológico, esse processo engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante^[3].

No Brasil, o envelhecimento rápido da população brasileira a partir da década de 1960 faz com que a sociedade se depare com um tipo de demanda por serviços de saúde e sociais outrora restrita aos países industrializados. O Estado, ainda às voltas em estabelecer o controle das doenças transmissíveis e a redução da mortalidade infantil, não foi capaz de desenvolver e aplicar, rapidamente, estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, levando a uma perda de autonomia e qualidade de vida^[1].

No início da década de 1980 as Nações Unidas mostraram que vários países tinham estatísticas sobre pessoas com incapacidade^[4]. Ainda que tivessem a potencialidade para subsidiar políticas públicas, inclusive na área de saúde do trabalhador, eram pouco utilizadas. Analistas indicaram que a falta de coordenação entre dados coletados e a área de planejamento, assim como a falta de capacitação para análise dos dados podem explicar essa situação^[4].

Com o passar dos anos, pouco se evoluiu nessa área e, em decorrência do aumento da prevalência de incapacidades ao longo do tempo, o foco da construção de indicadores de saúde se deslocou da mortalidade para a morbidade e, mais recentemente para as conseqüências das doenças crônicas^[5]. Além disso, a evolução tecnológica nos cuidados em saúde tem possibilitado maior readaptação aos trabalhadores acometidos por problemas irreversíveis, o que aponta para uma

sociedade mais inclusiva. No entanto, os debates sobre as teorias existentes para explicar a incapacidade podem ajudar mais na concepção de indicadores de saúde mais específicos^[6], bem como na elaboração de políticas mais efetivas para a saúde do trabalhador.

Uma ferramenta capaz de dar conta dessas necessidades foi publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001 e se chama Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Ela foi aprovada pela OMS, indicada para uso pelos países membros por força da Resolução OMS 54.21/2001^[7] e tem importância reconhecida nas áreas do ensino, da pesquisa, da clínica, permitindo diferentes abordagens em setores como Educação, Trabalho, Estatísticas de Saúde, Políticas Públicas, Saúde, Seguridade Social, entre outros^[7].

A CIF, além de um esquema de codificação, traz um modelo sobre como se pensar em funcionalidade e incapacidade. O modelo proposto baseia-se na junção de dois modelos dicotômicos: o de interesse na deficiência e o de interesse social. Uma abordagem denominada biopsicossocial é usada para se obter uma integração dessas várias dimensões da saúde, por isso, o modelo também é chamado de integrativo^[8].

O modelo biopsicossocial de funcionalidade e incapacidade da OMS admite uma complexa interação e uma completa multidirecionalidade entre seus componentes: transtorno/doença, funções/estruturas, atividades, participação, fatores ambientais e fatores pessoais. Ele contrapõe um antecessor modelo linear, onde a desvantagem social era o resultado de problemas que ocorriam em cascata, começando pelo transtorno/doença, passando pela deficiência e depois pela incapacidade. Sabe-se, entretanto, que a análise dos fatores ambientais é primordial para conhecimento de determinantes da saúde do trabalhador. Assim, o uso da CIF e do modelo biopsicossocial podem ser caminhos para garantia de uma abordagem ampla em saúde funcional.

Por outro lado, alguns problemas podem ser identificados no desempenho dessa abordagem plural. Um modelo universal e multidimensional também pode perder sentido quando reconhecemos que os processos de funcionalidade e incapacidade são histórica e espacialmente determinados. A subjetividade da experiência da incapacidade é uma dimensão independente do estado das funções e estruturas do corpo e impossibilita entender o incapacitado para o trabalho enquanto pessoa. A

multidirecionalidade abre caminhos que podem levar a conclusões incorretas^[6].

Além disso, muitas barreiras têm sido encontradas no uso do modelo biopsicossocial proposto com a CIF, já que qualquer diagrama estará incompleto e fadado a interpretações incorretas devido à complexidade de interações num modelo multidirecional e multidimensional. Em suma, a abordagem pluralista sugere que o órgão ou sistema com alteração funcional não é sozinho o determinante das incapacidades de uma pessoa. Essas seriam resultado de uma interação entre fatores biológicos e fatores extra-biológicos, tais como, fatores ambientais e pessoais.

Tal amplitude da CIF também têm sido uma barreira para seu uso. Uma das saídas encontradas por alguns autores foi a criação de resumos conhecidos como “core sets”. Os “core sets” foram desenvolvidos com um método que inclui, entre outras etapas, um processo de consenso baseado na técnica “Delphi”^[9]. É um projeto multicêntrico e internacional no qual são desenvolvidas e validadas essas ferramentas. O uso dos “core sets” tem facilitado a adoção da CIF, mesmo que em partes^[8]. No entanto, esses instrumentos têm sofrido críticas, em especial por serem listas baseadas em doenças^[10], tornando o uso da classificação limitado, já que a situação na qual a doença é resultado de alterações na funcionalidade não pode ser apresentada por esse modelo. Já as listas baseadas em áreas, profissões, especialidades e objetivos são menos criticadas^[11].

Uma das críticas feitas ao modelo dos “core sets” para uso em doenças específicas, como aqueles que são estruturados para classificar a situação de indivíduos com determinada condição (exemplo: “core set” da CIF para uso em pacientes com Fibromialgia), é que impõem categorias pré-definidas da CIF, relacionadas a alterações causadas pela doença. Assim, o modelo de funcionalidade passa a ser linear, com condições resultantes da doença, sem que as variações pessoais, culturais e ambientais sejam consideradas^[10]. Essa linearidade estaria contrapondo a multidirecionalidade do modelo de funcionalidade e incapacidade proposto na CIF^[12]. Nesse sentido, um “core set” genérico (como o exemplo de projeto disponível na página eletrônica <http://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects/diverse-situations.html>), ou por área, por profissão ou por objetivo (como ajudar na definição sobre a concessão de benefícios), parece ser mais adequado, já que a condição de saúde faz parte desse modelo de funcionalidade e

incapacidade e as áreas, profissões e objetivos não fazem.

A discussão atual, então, nos leva a crer que uma abordagem biopsicossocial em saúde funcional é necessária e que a CIF, mesmo com as dificuldades que se impõem, pode contribuir para isso. A abordagem plural é dificultada pela própria amplitude que a CIF admite quando aceita uma multidirecionalidade entre as dimensões da funcionalidade humana. Revela-se, portanto, que é preciso avançar na construção de um “novo modelo” que permita o estabelecimento da abordagem biopsicossocial e da geração de dados sobre funcionalidade em saúde funcional, com possibilidade de nortear práticas e condutas que atendam às novas e às antigas demandas dessa área.

Detalhando a CIF

A CIF é um dicionário de funcionalidade humana que contém itens relacionados às partes do corpo e seu funcionamento, itens sobre as atividades humanas, incluindo a participação social e itens que influenciam nessas atividades, denominados ‘fatores ambientais’.

Didaticamente, ela contém duas partes: funcionalidade e contexto. A funcionalidade está dividida em três componentes: Funções do Corpo, Estruturas do Corpo e Atividade e Participação. O contexto em dois: Fatores Ambientais e Fatores Pessoais. Todos esses componentes podem ser codificados, exceto os fatores pessoais (sexo, etnia, idade, cultura, entre outros) que, no entanto, são considerados influenciadores do desempenho das atividades e da participação social e devem ser lembrados, como defende a própria classificação^[13].

O modelo biopsicossocial (multidimensional e multidirecional) de funcionalidade e incapacidade da OMS foi publicado juntamente com a CIF (Figura 1). Ele rejeita a existência exclusiva de uma situação de linearidade que indicaria a restrição da participação como consequência da incapacidade, a incapacidade como exclusiva consequência da deficiência e a deficiência como exclusiva consequência da doença.

A multidirecionalidade permite, por exemplo, que se entenda que a doença seja resultado de alterações da funcionalidade e não a causadora dessas alterações. Permite ainda o entendimento da situação diferenciada de incapacidade em pessoas com a mesma doença, já que são influenciadas por contextos diferentes.

O papel do contexto é fundamental no desempenho das atividades e participação social das pessoas, sendo esse, muitas vezes, o objeto de intervenção para melhoria do estado de funcionalidade ou para a prevenção da incapacidade.

O modelo também apresenta diferentes dimensões:

- A dimensão biológica, representada pelo componente de FUNÇÕES E ESTRUTURAS DO CORPO;
- A dimensão patológica, representada pelo componente CONDIÇÃO DE SAÚDE (TRANSTORNO OU DOENÇA);
- A dimensão do contexto no qual o indivíduo vive, representada pelos componentes FATORES AMBIENTAIS e FATORES PESSOAIS;
- A dimensão da capacidade e do desempenho, representada pelos componentes ATIVIDADES e PARTICIPAÇÃO.

Dois classificações de referência da Família de Classificações da OMS estão contempladas neste modelo. Além da CIF, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) também se faz presente na representação do componente CONDIÇÃO DE SAÚDE (TRANSTORNO OU DOENÇA). Já o componente de FATORES PESSOAIS não está contemplado em nenhuma das classificações da OMS. Como em saúde funcional, o uso da CID é preponderante, fica impossível aplicar essa forma de pensamento.

O modelo é diferente da primeira abordagem linear apresentada na década de 1980, quando a OMS elaborou, para ser usada em pesquisa, uma classificação para as conseqüências das condições de saúde, a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens. Tal classificação tinha como referencial teórico a incapacidade em três dimensões, estruturadas como conseqüência de uma doença (ou lesão) numa seqüência linear. Assim, as conseqüências das doenças se manifestavam como danos no nível corporal, traduzidos como deficiências. Por sua vez, a incapacidade era definida como a falta de habilidade pessoal para realizar tarefas básicas, causada pela deficiência. Já a desvantagem experimentada ao desempenhar um papel social era o resultado final da seqüência lógica de eventos.

Dentre os questionamentos a este modelo, estava a progressão fixa de uma seqüência de eventos baseadas em acometimentos biológicos e clínicos. A partir de então, a OMS, na década

seguinte, deu início a uma revisão do modelo, com o intuito de considerar a influência contextual no desempenho humano.

A ideia do novo modelo, apresentado na figura 1, é articular as possibilidades e compreender as conexões existentes. Sem dúvida, o foco da análise da funcionalidade e incapacidade é a multidimensionalidade do fenômeno, sem permissão para uma única rede de direcionamento possível entre as dimensões da CIF e com realidades produzidas por situações individualizadas e autônomas^[10].

Entretanto, é importante ressaltar que a execução do modelo de funcionalidade e incapacidade da OMS na prática profissional em saúde funcional implica na codificação pela CID e pela CIF. O modelo é um guia de como se pensar sobre a funcionalidade humana, dentro de um panorama de múltiplas possibilidades. Paralelamente, as classificações oferecem uma linguagem-padrão e também servem para padronização da nomenclatura sobre doenças (CID) e da nomenclatura sobre funcionalidade (CIF).

Formas de facilitar o uso da CIF sem distanciamento do modelo de funcionalidade e incapacidade têm sido discutidas. Uma delas é uma alternativa de “core set”, como a criação de listas resumidas baseadas em áreas de atuação^[11], como por exemplo, para uso em saúde do trabalhador. Segundo os trabalhos publicados desde o lançamento da classificação pela OMS, o modelo multidirecional deve ser absorvido para que a CIF seja efetivamente utilizada^[14].

O mais importante na prática clínica é considerar a funcionalidade como o ponto central para avaliação e determinação de condutas^[15]. Com a utilização da CIF, poderão ser identificadas condições além das relacionadas à saúde, como as do meio ambiente, os recursos a que as pessoas têm acesso, de forma a permitir uma visão mais ampla das circunstâncias que favorecem ou dificultam a resolução dos quadros apresentados. As ações de controle devem contemplar os grupos populacionais priorizando os mais vulneráveis, como aqueles em situação de precariedade, sob alguma forma de discriminação, inseridos em atividades de maior risco para a saúde, entre outros, na perspectiva de superar desigualdades. Grupos vulneráveis, tanto em relação à saúde quanto em relação às condições de trabalho ou da participação social como um todo, poderão ser definidos a partir da análise da situação de saúde local e das condições de funcionalidade de cada indivíduo.

Considerando tal situação, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução 452/2012, instituiu a CIF no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o que inclui a Saúde Funcional, embora ainda seja necessária a definição de ferramentas operacionais para uso da classificação que sejam compatíveis com a realidade dos serviços.

Para quê um modelo linear na abordagem biopsicossocial?

A sociologia sugere que a incapacidade seja exclusivamente determinada pelo contexto, ou seja, determinada pela influência negativa exercida na funcionalidade após a interação entre os fatores pessoais e os fatores ambientais^[16]. De outro lado, na perspectiva biológica, a incapacidade é resultado de problemas nas funções e estruturas do corpo, que por sua vez, são determinados por transtornos ou doenças (fig. 2).

Dentro do escopo da CIF, as limitações das atividades e as restrições de participação social fazem parte do conceito de incapacidade. Mas, ele só ficaria completo ao adicionarem-se as alterações nas funções do corpo e nas estruturas do corpo (fig. 3). Ainda segundo a CIF, os contextos de limitações e restrições devem ser expressos sob duas perspectivas: capacidade e desempenho.

Figura 1. Interação entre os componentes da CIF. Fonte: OMS (2011).

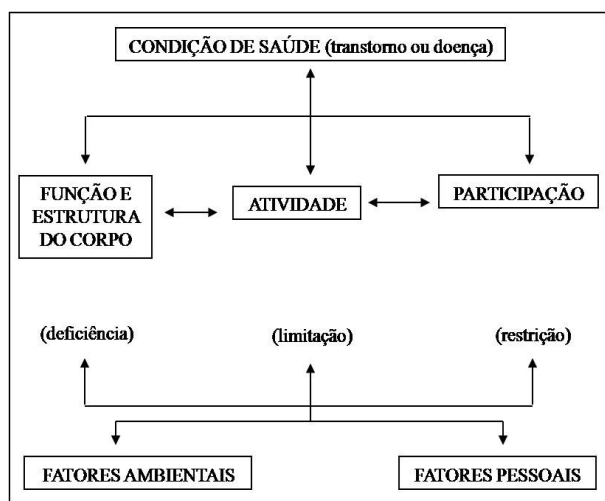


Figura 2. A incapacidade nas concepções social e biológica.

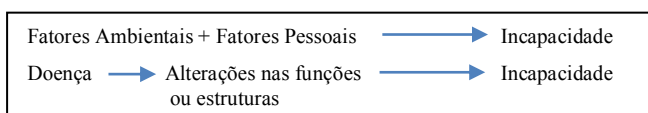
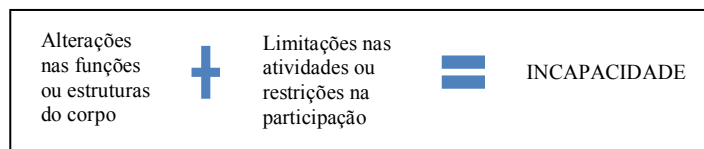


Figura 3. Conceito de incapacidade segundo a CIF.



Tais perspectivas são representadas pelos qualificadores¹ da CIF. Considera-se ‘capacidade’ o que um indivíduo consegue fazer sem a influência (positiva ou negativa) do contexto, ou seja, de acordo com sua condição biológica, e considera-se ‘desempenho’ o que um indivíduo consegue fazer sob a influência (positiva ou negativa) do contexto, ou seja, considerando a presença da interação entre os fatores ambientais e fatores pessoais (fig. 4).

O objeto de classificação pela CIF é a situação de uma pessoa, e não a pessoa em si. Assim, a incapacidade não é algo que a pessoa tem, mas alguma coisa que acontece em algum momento de sua vida. Ela está relacionada com a interação da pessoa com o ambiente. Vemos essa diferença ao compararmos os conceitos de capacidade e desempenho (fig. 5). Dois trabalhadores podem ter as mesmas condições de funções e estruturas do corpo, o que vai gerar um estado de capacidade semelhante. Ao submeter esses dois indivíduos a ambientes diferentes, teremos desempenhos diferentes. Isso significa que o estado de funcionalidade será diferente. Portanto, o objeto de classificação é a situação e não a pessoa, sendo que a situação é determinada pelo ambiente.

Figura 4. Desempenho e capacidade segundo a interpretação do uso dos qualificadores da CIF

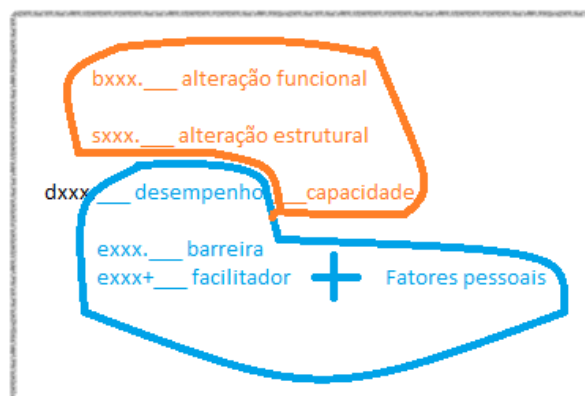
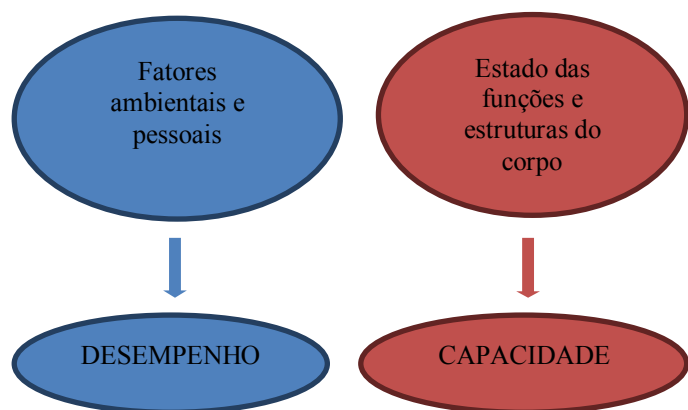


Figura 5. Desempenho e Capacidade segundo a interpretação dos conceitos da CIF.



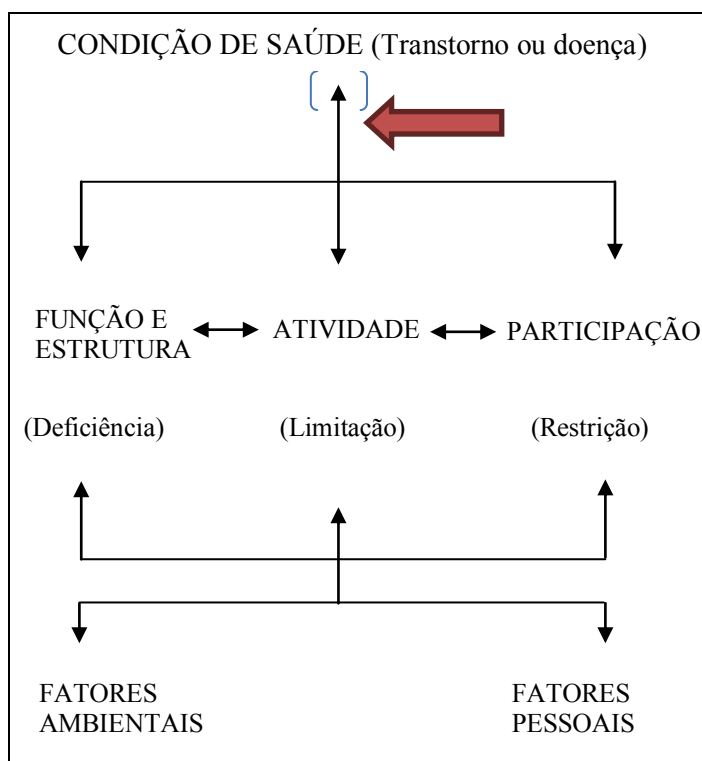
A polarização conceitual tem dificultado uma análise relacional, seja qualificadora ou quantificadora, da funcionalidade e incapacidade, dificultando tanto o uso da CIF quanto a abordagem biopsicossocial em saúde funcional.

A maneira pela qual os profissionais de saúde abordam seus pacientes tem influência dos modelos pelos quais foram formados.

O modelo multidirecional (fig. 1), apesar de muito possivelmente se aproximar da verdade, é extremamente complexo e só é tido como válido pelo fato de ter sido publicado pela OMS que, graças ao seu alcance institucional, consegue disseminar uma discussão sobre o assunto. É visto que alguns pesquisadores desconsideram, ao menos, parte do modelo (fig. 6), como na construção dos “core sets” da CIF por condições de saúde, estabelecendo um ponto de partida para um modelo multidirecional que, conceitualmente, não teria ponto de partida.

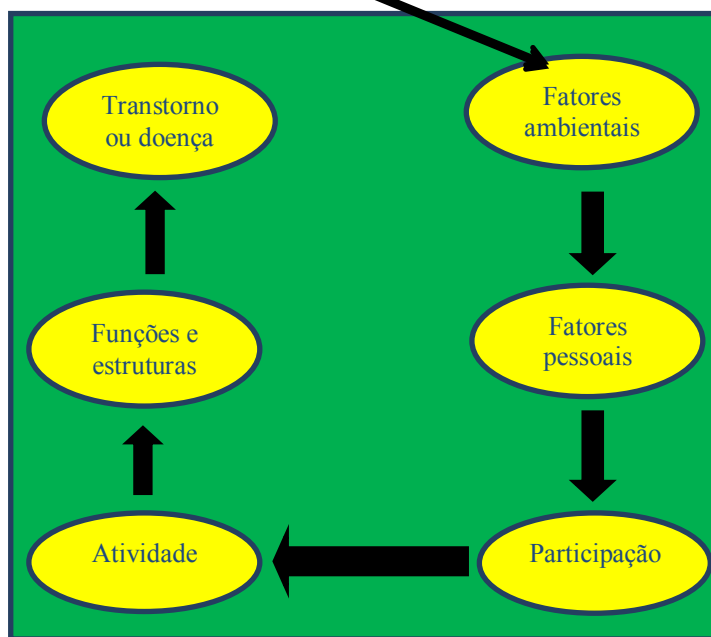
De fato, um modelo linear e unidirecional seria capaz de facilitar a leitura e, possivelmente, facilitar a adoção da abordagem biopsicossocial. Em resumo, os profissionais da área de saúde funcional precisam de um modelo mais simples que, inclusive, contenha um ponto de partida. É sabido que os fatores ambientais são determinantes das condições de saúde e de funcionalidade. No caso de estabelecimento de um ponto de partida num modelo linear, ele pode ser o item a ser eleito, capaz de desencadear os itens seguintes num fluxo contínuo, linear, mas que permanece sob a perspectiva biopsicossocial (fig. 7).

Figura 6. Ponto do modelo extinto nos “core sets” por condição de saúde.



Assim, o estabelecimento de um ponto de partida único para avaliação de todos os casos pode criar uma tendência de avaliação com as características da universalidade no conhecimento do estado de funcionalidade ou incapacidade de cada indivíduo.

Figura 7. Modelo linear biopsicossocial



É necessário que se estabeleça a abordagem biopsicossocial na saúde do trabalhador, nos seus diversos aspectos, incluindo a avaliação e classificação dos casos. Estudos publicados apontam a CIF como uma ferramenta adequada para coletar dados sobre funcionalidade humana^[17]. Mostram também que uma das buscas é facilitar seu uso, de forma a torná-la operacional^[18]. Ainda que o ideal seja usá-la integralmente, em uma equipe multidisciplinar, isso nem sempre é possível. A literatura aponta formas de uso da CIF por meio de listas simplificadas^[8].

O uso dessas listas, por sua vez, conflita com a multidirecionalidade do modelo biopsicossocial proposto com a própria CIF^[10]. A situação que se mostra difícil, portanto, o uso da CIF e também a implementação de uma abordagem biopsicossocial na Saúde do Trabalhador.

A CIF se mostrou como uma ferramenta completa, capaz, inclusive, de servir como um parâmetro na criação de inquéritos de saúde^[19]. O uso do sistema de códigos da classificação tornaria mais tangível a visualização da situação de funcionalidade e incapacidade.

A CIF tem, como um dos seus principais objetivos, dar visibilidade ao estado de funcionalidade e incapacidade de populações, quando aplicada como uma ferramenta estatística. O conhecimento dessa situação pode ser capaz de embasar políticas de saúde. No entanto, para que isso seja possível, é necessário que os profissionais estejam aptos a utilizá-la com segurança e de forma assertiva, levando-se em consideração que, para isso existem etapas a serem vencidas. A primeira etapa a ser transposta é a inserção do modelo conceitual de funcionalidade e incapacidade da OMS na prática profissional, na prática política e na prática acadêmica^[20]. O modelo multidimensional não nega a existência pontual e limitada de um modelo linear, mas o inverso é verdadeiro. Se assumirmos a linearidade com ponto de partida na doença, dificilmente executaremos a multidirecionalidade. Atualmente, as instituições formadoras dos profissionais de saúde ainda ensinam a execução do modelo linear para a prática clínica e para determinação das diretrizes político-sociais.

Esse tipo de limitação existe em menor grau nas listas (ou “core sets”) por áreas, justamente porque elas conseguirão abranger um grande número de condições de saúde. Apenas um “core set” genérico, como apresentado da introdução do presente trabalho, ou uma intersecção entre os “core

sets” por área poderiam resolver melhor a questão, o que já está em andamento e pode ser visualizado em www.cihiconferences.ca/icconference/20.pdf.

A divulgação da classificação e o ensino do modelo de funcionalidade proposto pela OMS configurariam, então, o primeiro passo para que a CIF se tornasse uma ferramenta estatística para geração de informações sobre funcionalidade e incapacidade.

Por outro lado, considerando que o uso da CIF na integralidade não é exequível, no lugar de encontrarmos formas de adequar o uso ao modelo conceitual, propomos alterar o modelo conceitual para facilitar o uso. Uma abordagem biopsicossocial considera que todas as doenças têm origens simultaneamente biológicas, psicológicas e sociais, sendo necessária uma atuação multiprofissional para efetivamente combater a doença, dando preferência para a prevenção primária^[21]. Sendo assim, a doença é o resultado das interações dos outros componentes do modelo e não o ponto de partida. O estabelecimento do “ponto de partida” nos fatores ambientais, perpassando por todos os componentes até resultar na doença pode ser um modelo facilitador e organizador do pensamento para uma abordagem mais ampla.

A ideia de usar a linearidade para tornar o pensamento menos complexo pode facilitar o entendimento da abordagem biopsicossocial e a aplicação dos conceitos da CIF em saúde funcional.

REFERÊNCIAS

1. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século 21: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública* 1997; 31(2):184-200.
2. Omram AR. The epidemiologic transition: a theory of epidemiology population change. *Milbank Memorial Fund Quartely*. 1971; 29(1):509-38.
3. Schamm JMA, Oliveira AF, Leite IC et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*. 2007; 9(4):897-908.
4. Swanson G, Carrothers L, Mulhorn KA. Comparing disability survey questions in five countries: a study using ICF to guide comparisons. *Informa Healthcare, Disability and rehabilitation*. 2003; 11:665-75.
5. Costa JLA. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, Brasil, 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:927-40.

6. Sampaio RF, Madel TL. Funcionalidade e Incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(3):475-83.
7. World Health Organization. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health - ICF. [WHO/EIP/GPE/CAS/01.3] Geneva; 2002.
8. Riberto M. Core Sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2011; 64(5):938-46.
9. Weil M, Cieza A, Andersen C, Kollerits B, Amann E, Stucki G. Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a Delphi exercise. *Journal of Rehabil Medicine* 2004; Suppl. 44: 12-21.
10. McIntyre A, Tempest S. Two steps forward, one step back? A commentary on the disease-specific core sets of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation*. 2007; 29(18):1475-9.
11. Finger ME, Cieza A, Stoll J, Stucki G, Huber EO. Identification of intervention categories for physical therapy, based on the International Classification of Functioning, Disability and Health: a Delphi exercise. *Physical Therapy*. 2006; 86(9):1203-20.
12. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2005; 9:129-36.
13. OMS. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. EDUSP. São Paulo; 2003. Tradução: Profa. Dra. Cassia Maria Buchalla.
14. Di Nubila H, Paula AR, Marcelino MA, Maior IL. Evaluating the model of classification and valuation of disabilities used in Brazil and defining the elaboration and adoption of a unique model for all the country. *BMC Public Health* 2011, 11(Suppl 4):S10.
15. Brockow T, Cieza A, Kuhlow H, Sigl T, Franke T, Harder M, Stucki G. Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on musculoskeletal disorders and chronic widespread pain using the international classification of functioning, disability and health as a reference. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004; 44:30-6.
16. Szilvia G et al. The Personal Factors of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the literature – a systematic review and content analysis. *Disability and Rehabilitation*. 2010; Early Online, 1–14.
17. Kostanjsek N. Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems *Public Health* 2011, 11(Suppl 4):S3 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S4/S3>
18. Ruaro JÁ et al. Panorama e perfil da utilização da CIF no Brasil: uma década de história. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2012; 16(6):454-62.
19. Roussel P, Barral C. Reference to ICIDH in French surveys on disability. *Disability and Rehabilitation*, 2003; 25(11–12):659–664.
20. Araujo ES, Buchalla CM. Uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em Fisioterapia: uma revisão bibliográfica. *Terapia Manual*. 2011; 40(8):548-54.
21. Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad. Saúde Pública*. 1988; 4(4):363-81.