

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Programa de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação

Mirlan Cristian Mendes de Oliveira

**ANÁLISE DOS COMPONENTES E DOMÍNIOS DA CLASSIFICAÇÃO
INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)
PRESENTES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO BRASIL**

Belo Horizonte

2025

Mirlan Cristian Mendes de Oliveira

**ANÁLISE DOS COMPONENTES E DOMÍNIOS DA CLASSIFICAÇÃO
INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)
PRESENTES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Estudos da Ocupação.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra.

Coorientadora: Profa. Dra. Beatriz Cardoso Lobato

Área de Concentração: Ocupação, Participação e Inclusão.

Linha de Pesquisa: Ocupação, Políticas Públicas e Inclusão Social.

Belo Horizonte

2025

O48a Oliveira, Mirlan Cristian Mendes de
2025 Análise dos componentes e domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) presentes nas políticas públicas de saúde do Brasil [recurso eletrônico] / Mirlan Cristian Mendes de Oliveira. – 2025.
1 recurso online (83 f. : il.) : pdf.

Orientadora: Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra
Coorientadora: Beatriz Cardoso Lobato

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Inclui bibliografia.

1. Classificação Internacional de Doenças – Teses. 2. Incapacidade – Avaliação – Teses. 3. Saúde – Classificação – Teses. 4. Políticas públicas – Teses. I. Dutra, Fabiana Caetano Martins Silva e. II. Lobato, Beatriz Cardoso. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. IV. Título.

CDU: 615.851.3



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DA OCUPAÇÃO




FOLHA DE APROVAÇÃO

ANÁLISE DOS COMPONENTES E DOMÍNIOS DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) PRESENTES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO BRASIL


MIRLAN CRISTIAN MENDES DE OLIVEIRA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ESTUDOS DA OCUPAÇÃO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ESTUDOS DA OCUPAÇÃO, área de concentração OCUPAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO.


Aprovada em 12 de setembro de 2025, pela banca constituída pelos membros:

Documento assinado digitalmente
 **FABIANA CAETANO MARTINS SILVA E DUTRA**
Data: 12/09/2025 11:52:09-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


Prof(a). Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra – Orientadora
UFTM

Documento assinado digitalmente
 **BEATRIZ CARDOSO LOBATO**
Data: 12/09/2025 11:22:26-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof(a). Beatriz Cardoso Lobato
UFTM

Documento assinado digitalmente
 **MEYRIELLE BELOTTI**
Data: 12/09/2025 11:04:42-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof(a). Meyrielle Belotti
Universidade Federal do Espírito Santo

Documento assinado digitalmente
 **BARBARA IANSA DE LIMA BARROSO**
Data: 12/09/2025 10:55:37-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof(a). Barbara Iansã de Lima Barroso
Universidade Federal de São Paulo

Belo Horizonte, 12 de setembro de 2025.

AGRADECIMENTOS

Expresso minha profunda gratidão por ter tido a oportunidade de acessar universidades públicas, tanto na graduação quanto nas duas pós-graduações realizadas ao longo desses anos. Reconheço que enfrentei barreiras sociais significativas para ingressar, permanecer e concluir minha trajetória acadêmica. O conhecimento dos meus direitos foi um passo importante, mas, na prática, o racismo estrutural e a desigualdade social sempre me lembraram de que o acesso ao ensino superior público não deveria ser exceção.

Torna-se, portanto, essencial a existência de políticas públicas alinhadas às realidades sociais e suficientemente abrangentes para garantir não apenas vagas, mas também condições de permanência a pessoas pobres, periféricas, LGBTQIAPN+, pessoas com deficiência, quilombolas e comunidades tradicionais, entre tantas outras que enfrentam obstáculos pelo simples fato de serem quem são. É nesse contexto que reconheço o papel fundamental das políticas de ações afirmativas, que abriram caminhos para pessoas como eu, e que geram interesse em estudar as leis e decretos da Constituição Federal de 1988, uma vez que a educação é direito social fundamental e responsabilidade inalienável do Estado.

Agradeço imensamente à minha mãe, Cristiane Mendes, por sempre me apoiar e incentivar a estudar, respeitando meus interesses e celebrando cada conquista. Seu amor e entusiasmo foram fundamentais. Eu te amo, mãe. Sou grata aos meus irmãos, tios e tias, e toda a minha família que acompanharam essa jornada de perto e sempre me receberam com felicitações e acolhimento nesse “bate e volta” de Vitória/ES x Belo Horizonte/MG.

Aos professores do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), registro meu agradecimento pela generosidade em compartilhar conhecimentos e por me possibilitarem experiências em projetos de extensão, iniciação científica, monitoria e estágios. Da mesma forma, agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), pelo acolhimento, pela aprendizagem e pela formação proporcionada. Foram anos de intenso aprendizado com pessoas inspiradoras.

Aos colegas de turma, agradeço pela parceria e pelas trocas, especialmente aos amigos Amanda Palmerim, Danielle Ferreira, Jéssica Waleska e Rubens Correa, que se tornaram minha rede de apoio durante e após as aulas. Foi acreditando no poder transformador do ensino —

capaz de alimentar sonhos, estreitar laços, mudar vidas e qualificar relações humanas — que decidi ingressar no mestrado e consegui concluir com apoio de profissionais excelentes.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trabalho, Participação Social e Saúde, agradeço pelas trocas e pelo aprendizado compartilhado. Por fim, registro minha gratidão à minha coorientadora, Profa. Dra. Beatriz Cardoso Lobato, pelo suporte constante durante a pesquisa, e à minha orientadora, Profa. Dra. Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra, por me conduzir ao rigor metodológico e científico da pesquisa acadêmica e, sobretudo, por me inspirar a acreditar no potencial transformador do meu estudo.

RESUMO

Introdução: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e tem sido aplicada como ferramenta pedagógica, estatística, clínica, de pesquisa e para formulação de políticas sociais. Apesar de sua versatilidade, estudos apontam baixa utilização da CIF nas políticas públicas. **Objetivo:** identificar os atos normativos federais relacionados à saúde no Brasil que apresentam componentes e domínios da CIF e classificá-los de acordo com a Classificação de Segundo Nível da CIF. **Método:** Revisão de escopo orientada pelas diretrizes do PRISMA-ScR *Extension for Scoping Reviews*. A condução dos dados foi realizada por duas equipes: Seleção, Análise e Extração de Dados e Comissão de Consenso, ambas compostas por terapeutas ocupacionais com experiência na área da saúde. As equipes trabalharam de forma cegada e sem cegamento, havendo uma alternância em cada etapa. A coleta de dados se deu no Sistema de Legislação da Saúde do Ministério da Saúde (Saúde Legis), com os seguintes filtros: Fonte: DOU; Situação: Vigente; Termo: saúde; Período: 22/05/2001 a 28/09/2024. **Resultados e Discussão:** Foram identificados 44.003 atos normativos, dos quais apenas cinco mencionam diretamente a CIF — quatro publicados em 2012 e um em 2023 — todos classificados segundo a Classificação de Nível 2 da CIF. Identificou-se que estes atos normativos abordam os componentes Fatores Ambientais (48,4%), vinculados aos serviços e profissionais de saúde; Funções do Corpo (23,6%), que sugere uma atenção voltada à descrição do estado funcional e fisiológico do indivíduo, o que remete ao modelo biomédico; Atividades e Participação (18,5%), que relacionam-se com as atividades da vida diária, a vida política, comunitária e interações interpessoais; Estruturas do Corpo (9,6%), sendo observado achados relacionados às extremidades superiores, inferiores e às estruturas musculoesqueléticas, o que sugere impacto funcional decorrente de alterações na estrutura corporal. Destaca-se que, entre maio de 2001 e setembro de 2024, poucos atos normativos incorporaram a CIF à nível federal. **Conclusão:** Os resultados evidenciam a aplicabilidade da CIF na orientação de políticas de saúde no Brasil, mas revelam pouco uso desta classificação. Ressalta-se a necessidade de integrar nas políticas de saúde normas que fortalecem direitos, a participação social e inclusão, bem como expandir análises de atos normativos em novos estudos no âmbito estadual e municipal, a fim de ampliar a compreensão do uso da CIF no SUS.

Palavras-chave: CIF; política de saúde pública; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), recommended by the World Health Organization (WHO), has been applied as a pedagogical, statistical, clinical, research, and policy-making tool. Despite its versatility, studies indicate a low level of use of the ICF in public policies. **Objective:** To identify federal health-related normative acts in Brazil that include ICF components and domains, and to classify them according to the Second-Level Classification of the ICF. **Method:** A scoping review guided by the PRISMA-ScR Extension for Scoping Reviews. Data collection was conducted by two teams: the Selection, Analysis, and Data Extraction Team, and the Consensus Committee, both composed of occupational therapists with experience in health care. The teams alternated between blinded and unblinded work in each stage. Data were collected from the Ministry of Health's Health Legislation System (Saúde Legis) using the following filters: Source: Official Gazette (DOU); Status: In force; Term: health; Period: May 22, 2001, to September 28, 2024. **Results and Discussion:** A total of 44,003 normative acts were identified, of which only five explicitly mention the ICF — four published in 2012 and one in 2023 — all classified according to the ICF Level 2. These normative acts addressed the following components: Environmental Factors (48.4%), mainly related to health services and professionals; Body Functions (23.6%), suggesting an emphasis on describing the individual's functional and physiological status, aligned with the biomedical model; Activities and Participation (18.5%), referring to daily life activities, political and community life, and interpersonal interactions; and Body Structures (9.6%), with findings involving upper and lower extremities and musculoskeletal structures, indicating functional impact resulting from structural alterations. It is noteworthy that, between May 2001 and September 2024, few federal normative acts incorporated the ICF. **Final Considerations:** The findings highlight the applicability of the ICF in guiding health policies in Brazil, but also reveal its limited use at the federal level. There is a pressing need to integrate health policies that reinforce rights, social participation, and inclusion, as well as to expand analyses of normative acts in future studies at state and municipal levels, in order to broaden the understanding of ICF implementation within the SUS.

Keywords: ICF; public health policy; Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. O Ciclo da Política Pública e suas seis fases.	17
Quadro 1. Elementos integrantes da estratégia <i>Population/Patient/Problem, Interest and Context</i> (PICo)	29
Quadro 2. Conceitos e definições dos atos normativos da legislação federal relacionados às políticas públicas no Brasil que foram considerados elegíveis	32
Figura 2. Fluxograma da coleta de dados	34
Figura 3. Fluxograma da extração e análise dos dados	36

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AN	Arquivo Nacional
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CCJC	Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DOU	Diário Oficial da União
Dspace MJ	Biblioteca Digital do Ministério da Justiça e Segurança Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIDH	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
IN	Portal de Pesquisa da Imprensa Nacional
JBI	Instituto Joanna Briggs
MJSP	Repositório Digital Institucional do Ministério da Justiça e Segurança Pública
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OuvSUS	Ouvidoria-Geral do SUS
PCD	Pessoa com Deficiência
PDQ	Evidence for Informed Health Policymaking
PEC	Propostas de Emenda à Constituição
PICo	Population Patient Problem Interest and Context
PL	Projeto de Lei
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
PNAISPD	Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência

PNSF	Política Nacional de Saúde Funcional
PRISMA-ScR	PRISMA Extension for Scoping Reviews
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde
SISMAC	Sistema de Monitoramento de Atos de Concessão
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 Políticas Públicas.....	16
2.2 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.....	21
3. JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA DO ESTUDO	27
3.1 Pergunta do estudo.....	28
4. OBJETIVOS	30
4.1 Objetivo geral:.....	30
4.2 Objetivos específicos:.....	30
5. MATERIAIS E MÉTODOS	31
5.1 Delineamento do Estudo.....	31
5.2 Procedimentos.....	31
5.2.1 Critérios de Inclusão.....	32
5.2.2 Critérios de Exclusão.....	33
5.2.3 Seleção dos Atos normativos Federais.....	33
5.2.4 Extração dos atos normativos.....	35
5.3 Análise dos atos normativos.....	36
6. RESULTADOS	38
ARTIGO.....	38
7. CONCLUSÃO	73

1. INTRODUÇÃO

Na Grécia e Roma antiga, o termo política deriva de *polis* que significava comunidade ou cidade com alguma forma de organização e era composta por cidadãos livres (Pinto *et al.*, 2014). Do inglês *politics*, política é a definição das atividades políticas, isto é, a maneira pela qual se faz o uso de diferentes procedimentos para expressar as relações de poder e que tenham a capacidade de influenciar o comportamento das pessoas. A política busca atingir ou fomentar soluções pacíficas de conflitos relacionados a decisões públicas e, dessa forma, a política se apresenta como elemento constitutivo e essencial da vida social (Rua, 2009).

Com vista a uma compreensão didática dos processos que envolvem o surgimento de uma política pública, alguns autores destacam um modo esquemático e sequenciado do processo da política pública que leva em consideração a agenda governamental, seguida da formulação da política, passando pelo processo de adoção da política, implementação e, por último, a avaliação (Agum; Riscado; Menezes, 2015; Batista; Domingos; Vieira, 2021). As políticas públicas não são isoladas dos aspectos do Estado, da sociedade e do mercado, ou seja, das dimensões básicas da sociedade. Em seu processo, desde a formulação até a avaliação, a política pública considera as variações das dimensões básicas da sociedade que, ora ressalta a representação de interesses econômicos, ora de compreensão de determinados grupos sociais e suas demandas de interesse, e ora evidencia dimensões técnicas expressadas pelos estudos de áreas específicas, como a da área da saúde coletiva, por exemplo (Cohn, 2017).

O tema da saúde como pauta política brasileira teve como marco histórico a transição política do período da ditadura para a democracia, na década de 1970, com o movimento sanitário para a criação de um novo sistema de saúde e culminando na promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988 (Brasil, 1988). A proposta de democratização da saúde tinha como base estudos que revelavam as desigualdades no acesso e na assistência da população marginalizada daquela época, sendo uma das pautas o reconhecimento da saúde como um direito devendo ser, inclusive, de responsabilidade do Estado (Camargo, *et al.*, 2016). Assim, as políticas voltadas para a saúde tiveram origens no movimento popular, mesma época em que foram fundadas a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) que se debruçaram na produção de conhecimento e passaram a enfatizar que as políticas de saúde faziam parte de

campo científico (da Saúde Coletiva), tendo, portanto, as suas especificidades na realização de formulações e de avaliações (Camargo, *et al.* 2016 ; Vieira-da-Silva *et al.*, 2020).

O planejamento das políticas públicas de saúde, em especial da sua formulação, requer informações claras e específicas sobre conceitos e constructos relacionados à saúde, como morbimortalidade, incapacidade, estado funcional do indivíduo, o acesso aos serviços de saúde e os resultados clínicos e sociais do custo-efetividade da implementação das políticas. Uma maneira de se planejar as políticas em saúde da forma mais realista consiste em identificar as circunstâncias e tendências atuais, as quais são utilizadas para estabelecer uma linha de base e projetar os resultados futuros pretendidos por meio de planejamentos estratégicos ancorados em um modelo teórico ou conceitual (Sinclair *et al.*, 2013). Sinclair e colaboradores (2013) destacam que a proposição de planos estratégicos para o desenvolvimento de políticas públicas em saúde deve concentrar-se nos determinantes proximais da saúde, principalmente em um contexto constantes de recursos limitados.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o alcance da qualidade dos cuidados em saúde requer políticas de saúde que venham associadas com um roteiro estratégico que permita avaliar a sua eficácia, sendo, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) o órgão com a responsabilidade máxima de se atentar quanto a formulação das políticas públicas de saúde, sua implementação, através de prestação de serviço, e revisão com vista a melhorias na saúde da população através do uso de indicadores (OMS, 2020).

Uma ferramenta potencial para classificar aspectos atrelados à saúde é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que, mesmo não sendo um instrumento político direto, pode ser utilizada para elencar indicadores em saúde. A CIF se trata de uma classificação internacional da OMS que tem como proposta fornecer informações sobre os fenômenos da incapacidade e da funcionalidade humana e classificá-los por meio de códigos (categorias; qualificadores de primeiro e segundo nível; e classificação detalhadas com definições), além também de potencial aplicação em inquéritos, na pesquisa científica e como ferramenta de política social (Leonardi *et al.*, 2022; OMS, 2022).

Um estudo realizado com o objetivo de avaliar a implementação, o uso e a aplicação da CIF, vinte anos após sua recomendação pela OMS, coletou dados online entre outubro de 2020 e dezembro de 2021 em 28 países. No que se refere ao uso da CIF em leis, todos os países participantes da pesquisa confirmaram sua presença, sobretudo nas políticas sociais e de saúde. Os autores também identificaram a sua utilização na prática clínica, na produção de dados

estatísticos e em pesquisas. Ressaltaram, entretanto, que o uso da CIF não era obrigatório nos países integrantes do estudo e que sua implementação prática ainda é limitada (Leonardi *et al.*, 2022).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Políticas Públicas

Política pública é um campo do conhecimento em que o governo atua e analisa as suas próprias ações (Agum; Riscado; Menezes, 2015). A forma como o governo arquiteta o funcionamento das políticas públicas e leis do Estado acontece nos níveis federal, estadual e municipal. O Estado é compreendido como uma instituição política cujos membros formam uma sociedade juridicamente organizada, podendo ser composta por diferentes governos que vão servir ao Estado por um determinado período de tempo (Dias, Matos, 2015). As políticas públicas atendem às demandas e às projeções de soluções públicas que englobam comunidades e coletivos. O governo gere e organiza as questões de ordem pública, atende, resolve problemas, organiza e atua nos processos de planejamentos, elaborações, implementações e avaliações de políticas públicas. Pinto e colaboradores (2014) esclarecem as diferenças existentes entre políticas sociais, políticas públicas e políticas de saúde. As políticas públicas englobam uma junção de políticas sociais especificadas pelo Estado; já a política de saúde é uma dentre outras políticas sociais estabelecidas. Dessa forma, as políticas sociais abarcam as de saúde, as de educação, as de assistência social, as de habitação e as de previdência social, caracterizam-se por serem disparadoras e modelos de outras políticas, tendo como eixo central o bem-estar social e efetividade dos direitos básicos (Brasil, 1988; Dias; Matos, 2015).

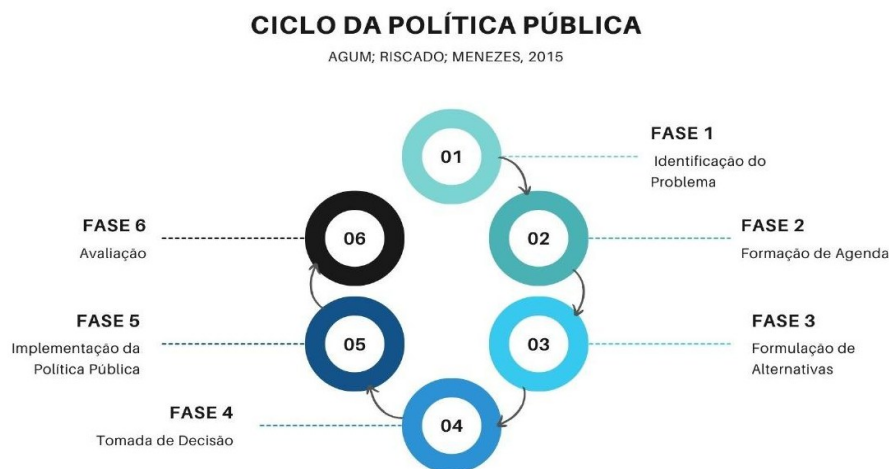
Considerando a dinâmica de transformações sociais, a Constituição da República Federativa, de 1988, trouxe avanços em termos de políticas públicas, questões econômicas e sociais no Brasil. No âmbito da proteção social, a partir dos anos 1990, houve uma evolução com a diminuição das desigualdades sociais através da garantia de direitos e políticas (Soares; Machado, 2018). De acordo com o Art. 37, no seu § 16 da Emenda Constitucional nº 109 (2021), a avaliação, a divulgação e os resultados de uma política pública são de responsabilidades da administração pública, isto é, o monitoramento da sua efetividade e melhoria das condições de vida da população (Brasil, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política social de responsabilidade do Estado com ações gratuitas de assistência à saúde para a população, seja brasileiro ou estrangeiro que se encontra em solo nacional. Tem caráter descentralizado, sendo do Ministério da Saúde a incumbência do repasse orçamentário e fiscalização das ações de saúde junto à sociedade civil. Os princípios que norteiam o SUS são a universalidade, equidade e integralidade, determinando

suas diretrizes de funcionamento. Entre elas, destacam-se a descentralização, que distribui o poder entre os diferentes níveis de governo; a regionalização e hierarquização, que visam aproximar o sistema das necessidades da população; e a participação social por meio dos conselhos e conferências de saúde, realizadas a cada 4 anos para avaliar a situação de saúde e propor políticas (Pontes e Falleiros, 2010).

Dessa forma, as políticas públicas são os meios em que os governos democráticos traduzem seus propósitos em programas e ações para produção de resultados ou mudanças reais na vida em sociedade. Uma forma de apreender de modo sequenciado as etapas que envolvem uma política pública é se familiarizar com o Ciclo da Política Pública (Figura 1). Este permite a visualização das fases de construção de uma política, sendo relevante destacar que as etapas não se expressam algo linear e uniforme, mas sim uma organização cronológica e fluida das fases que envolvem o processo de criação e estabelecimento de uma norma (Agum; Riscado; Menezes, 2015).

Figura 1. O Ciclo da Política Pública e suas seis fases



Fonte: Adaptado de Agum; Riscado; Menezes, 2015.

1. Identificação do Problema – diz sobre uma questão de demanda pública que necessitará de uma avaliação da situação e o que se pretende no futuro; têm-se aqui a participação do controle social na saúde;
2. Formação de Agenda – trata-se da disputa para elencar qual o problema é prioritário;
3. Formulação de Alternativas – modos estratégicos de priorização de quais serão as alternativas apreciadas;

4. Tomada de Decisão – considera o equilíbrio dos processos anteriores para evidenciar desfecho positivo;
5. Implementação da Política Pública – momento em que as decisões tomadas no são colocadas em prática, isto é, a passagem do plano para a ação. Mesmo pronta esta pode sofrer falhas, sendo elas de implementação e de formulação;
6. Avaliação – trata-se de estratégias para apurar o curso da política pública.

Neste processo, a formulação de políticas públicas é convertida em projetos, planos e programas que requerem acompanhamento e análises contínuas. Observa-se que o desenho e a execução das normas estão sujeitos a transformações, exigindo adequações às compreensões científicas e sociais. Para que os problemas públicos se tornem políticas públicas, é necessário encontrar um equilíbrio entre a eficiência técnica e a viabilidade política (Pinto *et al.*, 2014). Assim, a criação de uma política envolve diferentes fatores, principalmente a dinâmica das realidades sociais e as transformações decorrentes da própria organização social (Brandião, 2007).

Sousa, Batista e Helal (2022), em uma revisão sistemática, exploraram o percurso científico da implementação de políticas públicas e evidenciaram como a participação social é essencial nesse processo, especialmente para aqueles que se beneficiam diretamente dessas políticas. Os autores destacam que compreender a implementação envolve mais do que estruturas administrativas ou financiamento: é preciso considerar os diferentes modos de gestão, o engajamento da sociedade civil, as perspectivas da ciência política e, acima de tudo, as necessidades do público a quem as políticas se destinam.

A partir dessa perspectiva, o processo de formulação de políticas de saúde tem, portanto, o desafio de desenvolver propostas que atendam às necessidades sociais que atravessam a saúde das populações em geral e de grupos minoritários e únicos (Sinclair *et al.*, 2013). Uma vez desenvolvidas, as normas de saúde tornam-se o marco legal organizador de recursos e serviços necessários para abordar questões de saúde emergentes e sustentáveis nos níveis local, regional e nacional.

A construção Sistema Único de Saúde (SUS) esteve intimamente vinculada ao processo de redemocratização do país, ao trazer para o centro do debate a remodelação institucional e o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania. O regime militar instaurado em 1964, que antecedeu o SUS e a Constituição Federal de 1988, caracterizou-se por práticas políticas

socialmente excludentes, marcadas por interesses privados, o que aprofundou desigualdades e ampliou a pobreza entre populações marginalizadas sem acesso à saúde (Fleury, 1997).

Com o passar dos anos, pautas como a valorização das eleições diretas e o fortalecimento dos mecanismos da democracia representativa foram impulsionadas pelo movimento da Reforma Sanitária. Esse processo permitiu compreender que o Estado deve funcionar a partir do reconhecimento da diversidade de interesses sociais e da aceitação de suas formas de representação, tendo como resultado políticas públicas construídas por meio da disputa, mas também da pactuação entre diferentes grupos. Nesse contexto, a criação do SUS representou a inclusão de diversos segmentos sociais e a legitimação de múltiplos projetos, evidenciando seu caráter democrático (Brasil, 1990, Fleury, 1997).

Na saúde, as necessidades das mudanças políticas estão historicamente atreladas ao controle social. Este controle diz da participação da comunidade na gestão da saúde pública através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. São espaços garantidos na formulação, planejamento, implantação, implementação das políticas de saúde, gestão, execução e avaliação das ações, amparados legalmente na Lei nº 8.142, sancionada em 1990 (Brasil, 1990). Os Conselhos de Saúde estão presentes desde a sua fundação nas três esferas de gestão do SUS - federal, estadual e municipal, têm caráter permanente e deliberativo, são órgãos colegiados compostos por representantes de usuários do SUS (50%), trabalhadores da saúde (25%) e prestadores e gestores dos serviços (25%) (Brasil, 2014; Pontes e Falleiros, 2010).

Os Conselhos de Saúde foram concebidos a partir do movimento da Reforma Sanitária, surgindo das lutas sociais da década de 1970, que defendiam a democratização do acesso aos bens e serviços de saúde. Essa proposta associava a ampliação do acesso à democratização do poder, sob a compreensão de que o direito universal à saúde deve vir acompanhado do direito à participação nas decisões políticas. Assim, a luta social por saúde também representava a luta pela democratização do país, sintetizada no emblema da Reforma Sanitária: “Democracia é saúde” e “Saúde é democracia” (Brasil, 1990; Fleury, 1997).

Em termos teórico-epistemológicos, as políticas de saúde contemporâneas fazem parte do campo de conhecimento da área das ciências humanas, sendo tema de estudos da Saúde Coletiva que colabora com avanços científicos e nas novas propostas de diretrizes na área da saúde (Cohn, 2017). Segundo Cohn (2017), a Saúde Coletiva abrange duas vertentes de análise das políticas de saúde: uma vertente que ressalta a organização dos sistemas e serviços de saúde; e uma outra que revela os impactos das reformulações dos sistemas de saúde sobre o acesso dos

indivíduos aos serviços, atribuindo informações sobre satisfação das necessidades. Assim, tanto na pesquisa quanto na prática assistencial, busca-se evidenciar as maneiras pelas quais as políticas de saúde alcançam os indivíduos. Essas informações, quando divulgadas pelo poder público, servem de dados para contribuir com pesquisas de diferentes interesses na saúde pública.

No Brasil, os inquéritos populacionais de saúde e os sistemas nacionais de informação em saúde são fontes importantes de dados. Caracterizando-se como informações alternativas de indicadores em saúde, os inquéritos populacionais são pesquisas que utilizam questionários para avaliações periódicas de uma amostra representativa da população. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é responsável por realizar o Censo Demográfico, a cada 10 anos, e pela maioria das pesquisas domiciliares no Brasil, dentre elas a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) que busca levantar dados sobre o desenvolvimento socioeconômico do país (Castro *et al.*, 2016; Brasil, 2024a; 2024b, 2024c).

A PNAD Contínua realiza o recolhimento de dados de curto, médio e longo prazo, de modo a acompanhar a evolução das mudanças socioeconômicas nacionais. Em um acordo realizado em 2022 com a Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, ficou pactuado a coleta de informações, pela PNAD Contínua, sobre as pessoas com deficiência, através de visitas a cada cinco trimestres consecutivos a domicílios selecionados (Brasil, 2024a). O instrumento de coleta de dados utilizado teve como referência as perguntas elaboradas pelo Grupo de Washington para Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência (*Washington Group on Disability Statistics - WG*) baseadas na CIF e projetadas para uso em censos e pesquisas. As questões abordaram os domínios da funcionalidade, tais como visão, audição, deambulação, cognição, autocuidado e comunicação, sendo o foco o desempenho dos indivíduos em atividades básicas e universais, nas funções ou estruturas corporais, com a vista a identificar as pessoas que estariam em maior risco de exclusão social em ambiente não adaptados (Washington Group on Disability Statistics, 2024). Os resultados da terceira coleta da PNAD Contínua de 2022 evidenciaram que cerca de 18,9 milhões de pessoas acima de dois anos de idade tinham algum tipo de deficiência no Brasil (Brasil, 2023).

Esses dados demonstram a contribuição da CIF para os instrumentos e a coleta de informações em saúde, atestando a sua utilidade nas fases de identificação do problema, definição da agenda e acompanhamento do curso da política, conforme o Ciclo da Política Pública proposto por Agum, Riscado e Menezes (2015). Destaca-se ainda sua versatilidade no desenvolvimento estratégico ao favorecer não apenas a coleta de informações, mas também a

elaboração de programas e a formulação de atos normativos, tais como as leis, os decretos, os regulamentos e as políticas públicas (OMS, 2022; BRASIL, 2023).

2.2 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

A CIF foi publicada pela OMS em 2001 e incorpora premissas dos modelos médico e social, e fornece uma visão biopsicossocial dos estados de saúde em uma perspectiva biológica, pessoal e social (Dutra *et al.*, 2016; Cieza *et al.*, 2018). Como um modelo conceitual da OMS, a CIF se apresenta de forma neutra, permitindo analisar tanto a funcionalidade quanto a incapacidade da pessoa, dos grupos e das populações, e não se restringe aos aspectos negativos das consequências de uma doença (Dutra *et al.*, 2016). Como forma de classificação, a CIF apresenta componentes e domínios relacionados à saúde humana a nível individual e populacional que considera fatores ambientais e contextuais, bem como estruturas do corpo e funções para classificar condições de saúde, funcionalidade e incapacidades (OMS 2022; OMS, 2024).

A CIF é uma das três classificações da Família de Classificações Internacionais da OMS, composta também pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), voltada à categorização de doenças, sintomas e lesões, e pela Classificação Internacional de Intervenções em Saúde (ICHI), destinada à sistematização das ações em saúde. O objetivo da Família de Classificações Internacionais da OMS é de fornecer uma linguagem padronizada para codificar informações sobre saúde, bem-estar e intervenções voltadas a indivíduos e populações, fundamentada no modelo biopsicossocial. Especificamente, a CIF trata da funcionalidade e da saúde ao classificar funções e estruturas corporais, atividades, participação e fatores ambientais, oferecendo uma visão abrangente da funcionalidade humana (OMS, 2022).

A CIF foi aprovada na 54^a Assembleia Mundial da Saúde em substituição da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH) de 1980 (OMS, 2001). Neste evento de aprovação da CIF, os Estado-Membros receberam a recomendação do uso desta nas pesquisas, vigilância e relatórios, sempre considerando as suas atualizações (OMS, 2001). Com lançamento em 22 de maio de 2001, a CIF vem recebendo atualizações desde então, tendo o total de oito até o presente momento: a primeira ocorreu no ano de 2011 e a última no ano de 2018 (OMS, 2024). No Brasil, a publicação das atualizações

em formato de livro da CIF é realizada pelo Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais, em Português, da Universidade Federal de São Paulo (USP), sendo o ano de 2022 a edição mais atual lançada (OMS, 2022).

Na prática, a CIF refere-se a uma linguagem unificada, comum e padronizada dos estados de saúde através de componentes de saúde pré-definidos; a proposta é de servir de comunicação sobre saúde e assistência em todo o mundo. Para isso, a CIF disponibiliza uma ampla gama de códigos para descrever os estados de saúde e aqueles relacionados à saúde; contudo, esses códigos apenas se tornam completos com a adição de qualificadores, os quais indicam a magnitude ou a gravidade do problema em questão (OMS, 2022).

Com relação às terminologias, a CIF salienta algumas definições: *Classificação* se refere à estrutura geral e ao que se destina a CIF que é de tratar sobre questões que englobam funcionalidade, incapacidade e fatores contextuais; os *componentes* da saúde apontam o que, afinal, constitui a saúde considerando as dimensões sociais, biológicas e pessoais, enquanto as *consequências* tratam do impacto das doenças nas condições de vida de uma pessoa. Os *constructos* são definidos através do uso dos qualificadores com códigos significativos. Os *domínios* da CIF - conjuntos de significados atrelados às funções fisiológicas, estruturas anatômicas, áreas da vida, ações ou tarefas - podem ser reputados como sendo da saúde ou relacionados à saúde. As *categorias* são classes e subclasses dentro de um componente e de domínio, e os *níveis* vão compor uma ordem hierárquica fornecendo detalhes das *categorias* (OMS, 2022).

Por ser uma classificação da saúde e dos aspectos relacionados à saúde, a CIF pode ser utilizada como uma proposta de categorização de dados em pesquisas e sistemas de gerenciamento de informações, assim como também um instrumento capaz de auxiliar na elaboração de programas e na formulação de políticas públicas (OMS, 2022). Além de ser identificada com potencial para uso na elaboração de legislações, a CIF pode ser aplicada na avaliação destas *à posteriori*, isto é, na avaliação da efetividade das diretrizes, normas e regulamentos após a sua implementação (OMS, 2001; OMS, 2022). De acordo com Sinclair *et al.* (2013), a utilização da CIF para o planejamento estratégico da saúde, em especial como modelo conceitual norteador da formulação de políticas públicas, é, no entanto, uma área pouco conhecida com interesses emergentes.

Com o objetivo de avaliar a implementação da CIF na legislação, em regulamentos, declarações e políticas voltadas às áreas de saúde, bem-estar e deficiência no Japão, Okawa e Ueda (2008) publicaram os resultados de seu estudo. Os autores destacam, na pesquisa, uma reunião realizada em 2002 com representantes da região Ásia-Pacífico, na qual se alertava para a carência de dados referentes à cobertura da assistência, bem como às definições, classificações e metodologias relacionadas à incapacidade. Ressaltam, ainda, que a ausência desses indicadores resultava em negligência das questões associadas à deficiência, incluindo o desenvolvimento de políticas e de medidas voltadas ao monitoramento e à avaliação de sua implementação. Por fim, os autores evidenciam que a CIF foi incorporada às políticas e legislações regionais e nacionais do Japão, produzindo impactos significativos nas áreas de prevenção de incapacidades, reabilitação, atenção às pessoas com deficiência, medicina geral, cuidados de longa duração para idosos e assistência social.

Stojic e colaboradores (2024) realizaram um estudo com o objetivo de analisar o uso da CIF em pesquisas na área da saúde, após duas décadas de sua publicação pela OMS. Para isso, empregaram a análise bibliométrica, identificando as tendências de foco das pesquisas e os campos temáticos de aplicação da CIF em estudos publicados mundialmente. Ao todo, foram examinados 2.886 artigos e 581 revisões, provenientes de 863 fontes. Os resultados apontaram que as 50 palavras-chave mais recorrentes incluíam “reabilitação” — a mais citada — seguida de “participação”, “qualidade de vida”, “acidente vascular cerebral” e “paralisia cerebral”. Constatou-se, ainda, que 88 países publicaram sobre a CIF, representando 45% dos Estados-Membros da OMS. Entre eles, destacaram-se os Estados Unidos, a Alemanha, o Canadá, a Holanda, a Austrália e o Reino Unido como os maiores produtores de estudos no período, evidenciando a lacuna de publicações em países de baixa e média renda. Ademais, os autores observaram que, a partir de 2020, houve uma mudança nos temas de investigação, com maior destaque para envelhecimento e qualidade de vida.

A título de exemplificação no Brasil, desde maio de 2012, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) determinou a incorporação da CIF para uso na saúde pública e na saúde privada através da Resolução nº 452, direcionando, dentre outras coisas, o uso desta como ferramenta no planejamento e desenvolvimento de políticas (Brasil, 2012). A normativa reconhece a CIF como instrumento estratégico na geração de indicadores de saúde essenciais à formulação de políticas públicas mais equitativas e eficazes. Indica, ainda, a sua aplicação como ferramenta estatística para fortalecer a coleta e o registro de dados, para dar visibilidade aos processos de trabalho em saúde e aos impactos reais das ações profissionais sobre a funcionalidade humana,

oferecendo subsídios ao dimensionamento e redimensionamento de serviços e à avaliação do cuidado prestado para o planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas, por possibilitar investigações e mensuração de resultados relacionados ao bem-estar, qualidade de vida, acesso a serviços e impacto de fatores ambientais sobre os indivíduos (Brasil, 2012).

Uma das considerações apresentadas pelo CNS na Resolução nº 452/2012 foi o fato de que, embora o Brasil tenha participado do lançamento da CIF pela OMS em 2001 (Resolução nº 54.21/2001), o país até então não havia incorporado a classificação ao SUS, sendo necessária à sua efetivação (Brasil, 2012).

A proposta do CNS está em consonância com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) no que diz respeito à responsabilidade do Poder Público na identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a participação na formulação da política, na formulação e execução de normas que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, no estabelecimento de ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, destacando, assim, a responsabilidade do Estado no controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos (Brasil, 1990).

Antes da Resolução nº 452 de 2012, temos como exemplo no Brasil a incorporação da referida classificação na proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), por meio do Decreto nº 6.214, de 2007 (Brasil, 2007). Biz em seu estudo publicado em 2015 ressaltou a experiência de concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) como exitosa após a promulgação da Resolução nº 452 de 2012. De acordo com a autora, a associação posterior do Decreto nº 6.214/2007 com a Resolução nº 452/2012 do CNS propiciou o planejamento de uma metodologia unificada para a classificação de deficiências, avaliação de incapacidades e acesso da população à serviços e programas assistenciais. A autora destaca ainda a construção do Modelo de Avaliação da Pessoa com Deficiência para análise da obtenção do BPC de forma equânime, sendo a proposta a mensuração interdisciplinar dos estados de saúde dessa população da pessoa com deficiência (PCD). De forma específica, o Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, estabelece:

Art. 16. A concessão do benefício à pessoa com deficiência ficará sujeita à avaliação da deficiência e do grau de impedimento, com base nos princípios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF, estabelecida pela Resolução da Organização Mundial da Saúde nº 54.21, aprovada pela 54ª Assembleia Mundial da Saúde, em 22 de maio de 2001.

Mesmo sendo relevante o exemplo do Decreto nº 6.214 (2007) referente ao BPC para idosos e pessoas com deficiência, Biz (2015) ressalta a necessidade de legislações, normas e diretrizes dispendo sobre o uso da CIF nas políticas públicas.

Ainda sobre o uso da CIF, Araújo, Maggi e Reichert (2015) destacaram a proposta da Política Nacional de Saúde Funcional (PNSF) com vista a ser uma política de informação em saúde. Estes autores elucidaram a oferta de ações de promoção da funcionalidade e prevenção da incapacidade a partir dos serviços e sistema de saúde funcional, e da política de saúde funcional. Os autores chamaram a atenção para os dados sobre funcionalidade que ainda não abarcavam a CIF, sendo, portanto, incompletos do ponto de vista dos determinantes das condições de funcionalidade.

No momento atual, a proposta da PNSF já se apresenta como Projeto de Lei (PL) nº 1673/2021 e visa registrar e potencializar a funcionalidade dos indivíduos, diminuindo suas limitações e evitando a restrição de sua participação social, compreendendo, através da linguagem unificada da CIF o ser humano como um ser biopsicossocial. Em dezembro de 2023 a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados aprovou este PL com o objetivo final de gerar e administrar informações para o planejamento, o monitoramento, o controle e a avaliação da saúde funcional, do bem-estar e da qualidade de vida dos brasileiros. O PL 1673/2021 aguarda a designação de relator(a) na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) (Brasil, 2024).

A Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, conhecida como Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, representa um marco normativo ao instituir, em seu Artigo 2º, um modelo alinhado ao conteúdo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, ainda que sem citá-la diretamente (Brasil, 2015). Ao fazê-lo, incorpora uma visão ampliada da deficiência, que articula dimensões funcionais, sociais e ambientais.

A Portaria nº 43, de 16 de setembro de 2015, que atualiza o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide, não menciona diretamente a CIF, mas incorpora o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), instrumento elaborado para pessoas com doenças reumáticas e ajustável tanto em entrevistas quanto em questionários autoaplicáveis. Desenvolvido por Fries, Spitz, Krainer e Holman, o HAQ contempla incapacidade funcional, mortalidade, desconforto, toxicidade medicamentosa e custo econômico, permitindo avaliar desfechos em longo prazo e adotar uma abordagem centrada no paciente. Embora a CIF,

lançada duas décadas depois, não tenha orientado sua construção, observa-se convergência entre ambos, uma vez que o HAQ antecipa a lógica da avaliação funcional, da incapacidade, do impacto ambiental e da experiência da pessoa, aspectos posteriormente sistematizados pela CIF como estrutura conceitual de referência para o cuidado em saúde (OMS, 2022; Fries et al., 1980).

Outra referência é a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que atualiza as diretrizes sobre as equipes habilitadas para a Atenção Domiciliar no SUS, que faz referência pontual à CIF ao estabelecer que o usuário admitido para cuidados no âmbito domiciliar, que apresente dependência decorrente de questões funcionais — conforme avaliação realizada com base na CIF —, deverá contar com a presença de um cuidador (Brasil, 2016).

A Resolução nº 370, de 2009, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), reforça a aplicabilidade da CIF ao regulamentar seu uso por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais no Brasil. O documento ressalta sua utilidade tanto na prática clínica quanto no planejamento de políticas públicas, programas sociais e ações educativas voltadas à inclusão, espelhando-se no texto e orientações da OMS (COFFITO, 2009, OMS, 2001).

Exemplos como os citados reforçam a versatilidade de uso e a aplicação da CIF no contexto do Brasil e no mundo, indicando o seu potencial em pesquisas de diferentes temáticas e emprego na saúde (Stojic *et al*, 2024).

3. JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Pesquisas sobre políticas públicas podem ter o propósito de compreender os motivos dos formuladores tenderem a priorizar determinados temas em detrimento de outros. Também podem ter por objetivos identificar e analisar a influência de atores políticos, grupos de interesse e os processos que envolvem a adoção das políticas. Há também estudos que se dedicam a revelar falhas na implementação, destacando como determinadas medidas podem ser imprecisas ou inadequadas para atender às demandas originais. Cada uma das propostas de investigação contribui de forma significativa para o avanço do conhecimento sobre políticas públicas no país (Batista, Domingo; Vieira, 2021).

Deste modo, podemos inferir que os estudos das políticas de saúde servem de informações para diferentes temas e estratégias de pesquisa corroborando com os avanços na ciência (Pinto et al, 2014). A CIF é uma ferramenta que alcança desde a clínica, a pesquisa, indo até a formulação de políticas. O seu proveito pode se dar em estudos estatísticos e comparativos servindo como recurso pedagógico e também para melhorar a comunicação sobre funcionalidade, incapacidade e saúde humana em diferentes continentes e idiomas (OMS, 2001; 2022).

Com isto posto, este estudo busca analisar políticas públicas de saúde e a participação da CIF de modo a compreender a realidade brasileira. Como já mencionado, a recomendação do uso da CIF pelos Estados-Membros se deu logo na criação da CIF, e no Brasil a sua determinação de uso no SUS aconteceu 11 anos depois da sua fundação com a Resolução nº 452 (OMS, 2001; Brasil, 2012). A relevância desta pesquisa se ancora na proposta de estudar como a CIF se faz presente no SUS com vista a discutir aspectos atrelados à produção de conhecimento científico.

A CIF abrange uma ampla gama de experiências humanas ao longo da vida que influenciam os estados de saúde, sendo concebida como uma ferramenta para aprimorar a comunicação em saúde. Essas experiências são codificadas na CIF e se refletem em áreas temáticas, objetivos, medições e ações dentro de um plano estratégico na área da saúde (OMS, 2022). O uso, por exemplo, de questionários baseados na CIF em inquéritos nacionais oferece importantes indícios sobre a aplicação desta ferramenta no Brasil (Brasil, 2024). Além disso, a presença da CIF em legislações que regulamentam o seu uso por profissional na avaliação da funcionalidade e incapacidade dos brasileiros reforçam a importância desta pesquisa (Coffito, 2009; Brasil, 2007).

Ressalta-se que este estudo teve como proposta divulgar informações de interesse da sociedade civil, assim contribuindo no fortalecimento do controle social em saúde, conforme estabelecido pelo CNS por meio da Resolução nº 453/2012 (Brasil, 2012). A participação popular no SUS ocorre de diversas formas, como conselhos, conferências e ouvidorias, e a pesquisa científica constitui como um instrumento para gerar e disponibilizar informações em saúde, subsidiando o fortalecimento da gestão democrática do sistema público de saúde (Brasil, 1990).

Levantamentos iniciais da literatura foram realizados sobre a correlação da CIF nas políticas de saúde do Brasil. As pesquisas foram feitas nas bases de dados *Evidence for Informed Health Policymaking (PDQ)*, *International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO)*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Campbell Collaboration*, *Cochrane Library* e *Centre of Review Disseminations*, não sendo encontrados estudos em andamento ou finalizados sobre a temática, o que corrobora com a realização das pesquisas que ressaltam a aplicação da CIF nas fases de pensamento estratégico e planejamento de políticas públicas de saúde.

3.1 Pergunta do estudo

Para fins dessa pesquisa, os documentos analisados constituíram-se nos atos normativos publicados no Diário Oficial União (DOU) de âmbito federal. Considerando as orientações do *Joanna Briggs Institute (JBI)* para a realização de uma revisão de escopo (Peters *et al.*, 2015), a pergunta deste estudo foi: quais os componentes e domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde estão presentes no escopo das políticas públicas de saúde no Brasil?

Neste cenário, seguindo a proposição do acrônimo PICo sugerido por Araújo (2020), este estudo considerou como problema abordado (P) atos normativos de saúde, os componentes e domínios da CIF como fenômeno de interesse (I) e a codificação de segundo nível dos componentes e domínios da CIF como contexto (Co) de análise, isto é, detalhes específicos relacionados a fenômeno de interesse, conforme disposto no quadro 1.

Quadro 1. Elementos integrantes da estratégia *Population/Patient/Problem, Interest and Context (PICO)*.

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou problema abordado	Políticas públicas de saúde
I	Fenômeno de interesse	Componentes e domínios da CIF
Co	Contexto de análise	Codificação de segundo nível dos componentes e domínios da CIF

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral:

Explorar quais atos normativos relacionados à saúde apresentam, em seu escopo, os componentes e domínios da CIF.

4.2 Objetivos específicos:

- i. Analisar os componentes e domínios da CIF presentes nos atos normativos de saúde;
- ii. Classificar os componentes e domínios da CIF presentes nos atos normativos de saúde de acordo com a Classificação de Segundo Nível da CIF.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de uma revisão de escopo da literatura, escolhida por sua utilidade e abrangência na reunião de evidências heterogêneas — tanto quantitativas quanto qualitativas —, mapeando e representando sistematicamente os dados disponíveis sobre o tema. Nesta pesquisa, o uso da revisão de escopo buscou mapear as informações relacionadas às políticas públicas de saúde vigentes com vista a identificação de uns panoramas sistemáticos para a organização e apresentação das informações presentes nas normas, diretrizes e regulamentações (Peters *et al.*, 2015).

A revisão de escopo foi desenvolvida em conformidade com as diretrizes do *PRISMA Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR), abrangendo todas as etapas metodológicas, com vistas a assegurar rigor e reprodutibilidade do processo de revisão. O PRISMA para revisões de escopo é composto de 22 itens, sendo dois opcionais, e se apresenta adequado para este trabalho por permitir que o pesquisador foque no escopo dos dados e sintetize as evidências encontradas (Tricco *et al.*, 2018). Assim, foi estruturado um protocolo tendo em consideração facilitar a estruturação da pesquisa e, posteriormente, no desenvolvimento do relatório da revisão de escopo (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015).

5.2 Procedimentos

Para a elaboração desta revisão foram percorridas as seguintes etapas, conforme proposto por Souza *et al.* (2010): (i) delimitação do tema e estruturação da questão de pesquisa, que teve como prioridade saber quais os componentes e domínios da CIF estão presentes no escopo dos atos normativos saúde no Brasil; (ii) estabelecimento dos critérios de seleção da amostra que englobaram os parâmetros de inclusão e exclusão dos atos normativos através de equipes de Seleção, Análise e Extração dos Dados e equipe de Comissão de Consenso; (iii) seleção e organização das normas elencados à partir das estratégias de extração dos dados pela equipe ímpar e, caso necessário, foi realizado o acionamento para suporte através da Comissão de Consenso; (iv) análise do material selecionado de forma detalhada, com categorização dos

achados, elaboração de matriz de sínteses e análise crítica; (v) organização, interpretação e discussão dos resultados de acordo com a literatura; (vi) redação do trabalho, apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

5.2.1 Critérios de Inclusão

Como estratégia de busca, foram considerados os atos normativos federais publicados no DOU a partir de 22 de maio de 2001, data da publicação da CIF pela OMS, definida como marco inicial para a inclusão dos atos normativos neste estudo. O Quadro 2 apresenta a padronização conceitual das normas presentes na legislação federal brasileira, utilizadas nesta pesquisa.

Quadro 2. Conceitos e definições dos atos normativos da legislação federal relacionados às políticas públicas no Brasil que foram considerados elegíveis.

Atos normativos	Conceitos e definições
Políticas Públicas	Ações de decisões, projetos, objetivos, metas do Estado destinados ao interesse público e atender as demandas da sociedade (Sathler; Sather, 2020).
Política de Saúde	Estratégias de governo para melhoria da saúde da população (Brasil, 1990).
Portarias	Atos administrativos internos pelos quais os chefes de órgãos, repartições ou serviços expedem determinações gerais ou especiais a seus subordinados, ou designam servidores para a função ou cargos secundários (Brasil, 2012).
Resoluções	Atos administrativos normativos expedidos pelas autoridades do poder Executivo ou pelos presidentes de tribunais, órgãos legislativos e colegiados administrativos (Brasil, 2012).
Norma Operacional Básica (NOB)	São portarias do MS de distintas finalidades, tais como nortear a transparência de recursos financeiros, contribuir para definição mais clara dos papéis dos gestores federal, estadual e municipal, coordenar a organização da gestão (Junqueira; Castro, 2002).
Estatutos	Trata-se de regulamentos que estabelecem as normas, lei orgânica ou regulamento especial de um Estado, associação, confraria, companhia, irmandade ou qualquer corpo coletivo em geral (Brasil, 2012).
Decretos	Editados pelo presidente da república, regulamentam as leis e dispõem sobre a organização da administração (Brasil, 2023).

Leis Complementares	Adotadas para regulamentar assuntos específicos, quando expressamente determinado na Constituição da República (Brasil, 2023).
Leis Ordinárias	São as leis típicas, ou as mais comuns, aprovadas pela maioria dos parlamentares da Câmara dos Deputados e do Senado Federal presentes durante a votação (Brasil, 2023).
Leis Delegadas	Editadas pelo Presidente da República, nos limites da autorização conferida pelo Congresso Nacional, por Resolução (Brasil, 2023).

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Como critérios de elegibilidade, foram considerados atos normativos federais vigentes, relacionados à saúde no Brasil, incluindo normas interministeriais estabelecidas em conjunto com o Ministério da Saúde (MS) e publicadas no DOU. Também foram incluídas normativas de serviços, normas que reúnem diferentes dispositivos legais e documentos complementares que atualizam ou adicionam informações em políticas de saúde.

Os atos normativos que não estavam disponíveis para acesso e leitura na íntegra foram solicitados a órgão público federal. Foram realizadas duas tentativas de contato por meio da Ouvidoria-Geral do SUS (OuvSUS), e as solicitações foram atendidas no segundo contato (Brasil, 2024d).

5.2.2 Critérios de Exclusão

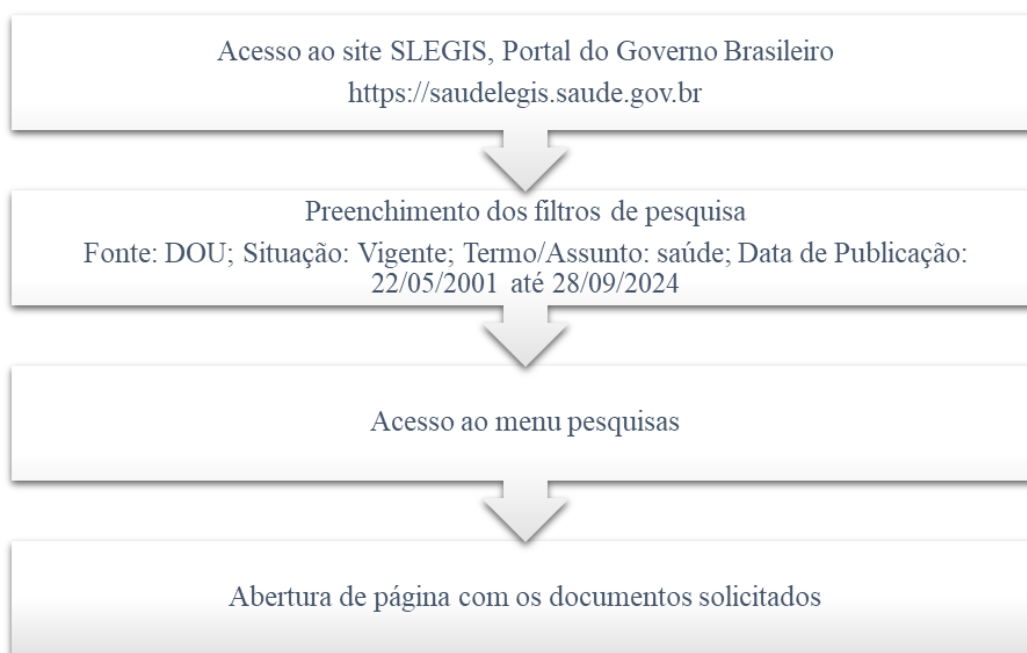
Foram excluídos os atos normativos que não tratavam de saúde, bem como documentos explicativos, resumos, medidas provisórias, capítulos de livros, atos restritos a entes subnacionais (Estados, Municípios e Distrito Federal), portarias de consolidação, documentos anulados ou vetados, Propostas de Emenda à Constituição (PEC), Projetos de Lei, Consultas Públicas e Pareceres. Excluíram-se ainda os atos voltados exclusivamente a aspectos financeiros, orçamentários ou administrativos, assim como documentos relacionados à estruturação do controle social de diferentes entes da sociedade, à organização de conselhos, conferências e encontros de saúde, e textos que apenas ratificavam diretrizes internacionais ou que não se relacionavam diretamente com a saúde.

5.2.3 Seleção dos Atos normativos Federais

Para esta pesquisa, foram considerados atos normativos vigente, relacionados com a saúde e com data de publicação entre 22/05/2001 e 28/09/2024, em consonância com a pergunta de pesquisa. O levantamento foi realizado no Sistema de Legislação da Saúde do Ministério da

Saúde (Saúde Legis – SLEGIS), aplicando-se os mesmos filtros para a coleta. A figura 2 apresenta as etapas de busca nesta base de dados, como forma de expor a padronização de acesso às legislações utilizadas neste estudo:

Figura 2. Fluxograma da coleta de dados.



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Como resultado, cada integrante da equipe de Seleção, Análise e Extração dos Dados encontraram 44.003 atos normativos de modo independente. Os atos normativos extraídos na base SLEGIS foram buscados para acesso e leitura na íntegra em sites oficiais e não oficiais do Governo Brasileiro, a saber: Arquivo Nacional (AN), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Portal de Compras do Governo Federal, Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Repositório Digital Institucional do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), Normas Brasil, Portal da Legislação, Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais especiais do Sistema Único de Saúde (SIGTAP), Sistema de Monitoramento de Atos de Concessão (SISMAC) e Portal de Pesquisa da Imprensa Nacional.

Os atos normativos não localizados foram solicitados no OuvSUS do MS. Também foram aplicados os critérios de exclusão.

5.2.4 Extração dos atos normativos

O processo de extração e análise dos atos normativos foram conduzidos pelas equipes de Seleção, Análise e Extração de Dados (MCMO; BCL; EMB) e Equipe de Consenso (BILB; ALA; FCMSD), ambas compostas por terapeutas ocupacionais com experiência na área da saúde pública e conhecimento teórico prático em pesquisas utilizando a CIF, visando conferir rigor e validade à pesquisa. O processo de seleção dos atos normativos e identificação dos conteúdos da CIF foram desenvolvidos em cinco etapas (Figura 3), das quais duas foram executadas de forma cegada pelos pesquisadores e as outras duas etapas validadas por meio de reunião de consenso.

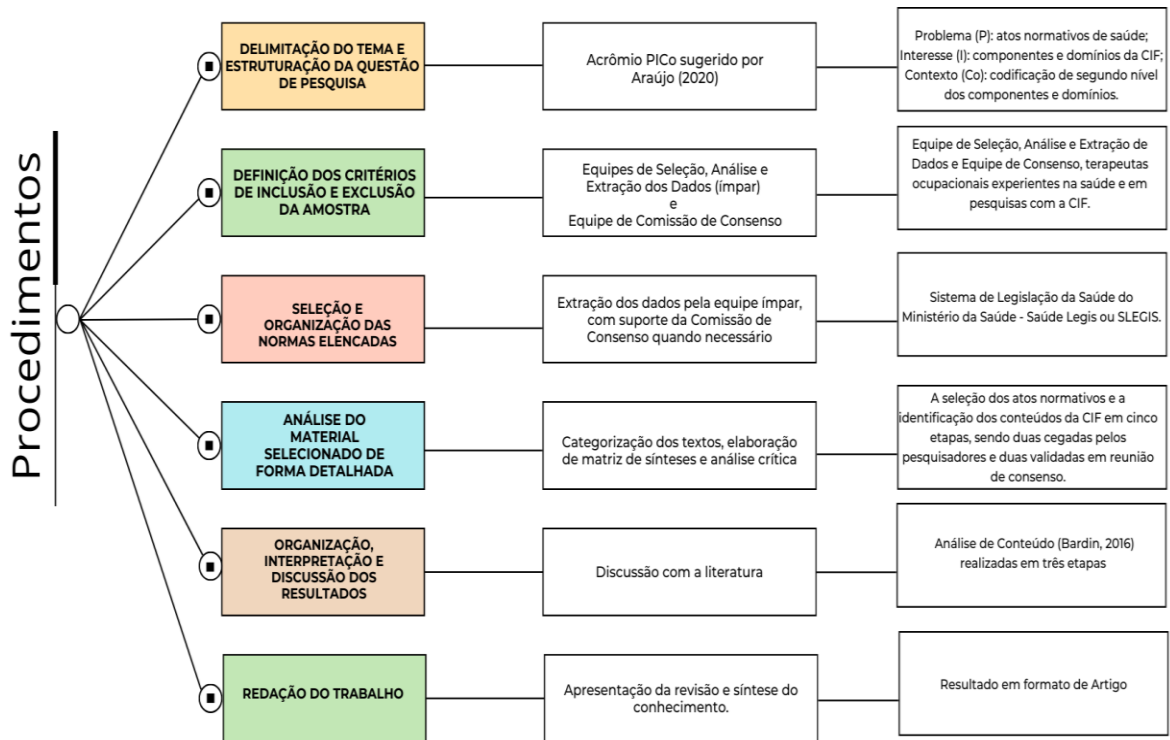
A primeira etapa consistiu na coleta de dados pela Equipe de Seleção, Análise e Extração de Dados, de modo online, concomitante e cegado, isto é, cada pesquisador extraiu os dados de modo individual em planilhas no Excel. Ainda nesta etapa, os pesquisadores analisaram as ementas de todos os atos normativos, seguindo os critérios de elegibilidade predefinidos. Os atos normativos foram classificados como incluídos, excluídos e dúvidas. Na segunda etapa, a Equipe de Seleção, Análise e Extração de Dados se reuniu com vista à consonância das análises realizadas na primeira etapa, e realizaram o consenso dos atos normativos incluídos e das dúvidas da equipe, totalizando-se dois encontros. Os atos normativos classificados como dúvidas foram discutidos e analisados pela Equipe de Consenso. Após assentimento desta equipe, os atos normativos selecionados como incluídos seguiram para a próxima etapa.

A terceira etapa consistiu na leitura na íntegra dos atos normativos incluídos, com o intuito de identificar àqueles que contemplavam conteúdo da CIF. Esta etapa foi realizada de maneira cegada pela Equipe de Seleção, Análise e Extração de Dados, isto é, cada integrante avaliou individualmente cada norma. Na quarta etapa a Equipe de Seleção, Análise e Extração de Dados se reuniu com vista a aplicação dos critérios de elegibilidade e exclusão, agora considerando a análise minuciosa dos atos normativos feita por cada pesquisadora. As normas que geraram dúvidas foram separadas e enviadas para consenso da Equipe de Consenso, que, após a averiguação, sinalizaram os atos normativos que deveriam ser mantidos na pesquisa.

A quinta etapa consistiu na classificação do conteúdo dos atos normativos conforme os componentes e domínios da CIF. Para isso, foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (2016), organizada em três fases: (i) leitura flutuante dos atos; (ii) exploração do material, com

identificação de núcleos de sentido próximos às definições da CIF e agrupamento segundo seus significados em comum; e (iii) tratamento e discussão dos dados.

Figura 3. Fluxograma da extração e análise dos dados.



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

5.3 Análise dos atos normativos

Os dados extraídos dos atos normativos foram organizados em uma planilha elaborada no programa Excel, contendo as seguintes informações: título da política pública; ano de publicação; ano de atualização e número ou identificação do(s) documento(s) correspondente(s), quando aplicável; situação vigente; finalidades e ementas; ministérios envolvidos; níveis de atenção à saúde a que a política se destina; população-alvo; e menção explícita ao conteúdo da CIF, incluindo definições, conceitos, componentes, domínios e demais informações relacionadas.

As informações referentes à CIF, extraídas dos atos normativos, foram analisadas pela técnica de unidades temáticas da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016). Esse

procedimento, desenvolvido em três etapas, abarcou no tratamento sistemático e objetivo dos dados, voltado à descrição dos achados e à identificação de unidades de significação ou de sentido.

1) Pré-análise: esta fase consistiu na leitura na íntegra dos atos normativos selecionados, buscando a familiarização com o material e identificação dos conteúdos correspondentes a CIF.

2) Exploração do material: Esta fase consistiu na identificação dos núcleos de sentido presentes nos atos normativos que compuseram a amostra. O conteúdo das normas — artigos, incisos, parágrafos e outros trechos relacionados aos componentes e domínios da CIF — foi agrupado conforme seu significado e categorizado de acordo com a Classificação de Segundo Nível da CIF. Em seguida, a Equipe de Seleção, Análise e Extração de Dados reuniu-se para o consenso. Nos casos em que houve divergência quanto à identificação das classificações de Nível 2, a análise foi revisada pela Equipe de Consenso até a obtenção de concordância. Por fim, realizou-se a análise da frequência absoluta e relativa das classificações de Nível 2 identificadas, bem como seu agrupamento conforme a correspondência com a classificação de Nível 1.

3) Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação: Nesta etapa buscou-se captar os conteúdos manifestos e latentes do material selecionado para análise, sendo baseada no referencial teórico da CIF.

6. RESULTADOS

ARTIGO

Componentes e Domínios da CIF presentes nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Revisão de Escopo

ICF Components and Domains present in Public Health Policies in Brazil: Scoping Review

Componentes y Dominios de la CIF presentes en las Políticas de Salud Publica en Brasil: Análisis del alcance

Título resumido: CIF e Políticas Públicas de Saúde

Mirlan Cristian Mendes de Oliveira ^{1,2}

Orcid: 0000-0001-6199-019X

Beatriz Cardoso Lobato ³

Orcid: 0000-0001-6209-4901

Alysson Lourenço Alves ^{2,4}

Orcid: 0000-0002-1332-2450

Estenifer Marques Balco ⁵

Orcid: 0000-0001-5650-5532

Barbara Iansã de Lima Barroso ⁶

Orcid: 0000-0002-3591-4350

Fabiana C. M. S. Dutra ^{2,3}

Orcid: 0000-0003-3295-1583

¹ Postgraduate in Occupational Studies. School of Physical Education, Physical Therapy, and Occupational Therapy. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil.

² Center for Study and Researchers in Work, Social Participation, and Health (NETRAS), Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Brazil.

³ Postgraduate Program in Occupation and Daily Life. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Brazil.

⁴ Postgraduate in Health Care. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Brazil.

⁵ International Association of Experts and Researchers in Functioning and ICF (ISEF).

⁶ Department of Preventive Medicine. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, Brazil.

Corresponding author: Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra. PhD in Rehabilitation Sciences. Center for Study and Researchers in Work, Social Participation, and Health (NETRAS). Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Avenida Vigário Carlos, 100, Prédio de Pesquisas Prof. Aluísio Prata, 10º Piso, Laboratório NETRAS, Bairro Abadia, CEP.: 38025-440, Uberaba/MG, Brasil.

Telefone: +55 34 99936-4112. E-mail: fabiana.dutra@uftm.edu.br

Resumo

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), recomendada pela OMS, tem aplicação pedagógica, estatística, clínica, em pesquisa e na formulação de políticas sociais, mas seu uso nas políticas públicas é pouco explorado. Este estudo teve como objetivo identificar atos normativos federais relacionados à saúde no Brasil que incorporam componentes e domínios da CIF, classificando-os segundo a Classificação de Segundo Nível da CIF. Realizou-se revisão de escopo conforme PRISMA-ScR, com coleta de dados no Sistema de Legislação da Saúde do Ministério da Saúde (SLEGIS), abrangendo normas vigentes publicadas no Diário Oficial da União entre 22/05/2001 e 28/09/2024. Dos 44.003 atos normativos inicialmente identificados, apenas cinco mencionam diretamente a CIF, publicados em 2012 e 2023. Esses documentos abordam majoritariamente os Fatores Ambientais, relacionados a serviços e profissionais de saúde (48,4%), seguidos pelas Funções do Corpo (23,6%), associadas ao modelo biomédico; Atividades e Participação (18,5%), vinculadas à vida diária, comunitária e social; e Estruturas do Corpo (9,6%), referentes as extremidades e sistemas musculoesqueléticos, com impacto funcional. Conclui-se que, após mais de duas décadas da adoção da CIF, sua presença em atos normativos federais é baixa, revelando lacunas na integração desse instrumento às políticas públicas de saúde no Brasil.

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Política Pública; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde.

Introdução

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001 ¹, possibilita uma abordagem biopsicossocial para compreender a funcionalidade humana, rompendo com a centralidade na doença, abarcando aspectos corporais, atividades, participação e fatores contextuais. É uma ferramenta que alcança desde a clínica à pesquisa, abrangendo também a formulação de políticas. A aplicabilidade da CIF também pode se dar em estudos estatísticos e comparativos, servindo como ferramenta política e pedagógica, além de contribuir para melhoria da comunicação sobre funcionalidade, incapacidade e saúde entre profissionais de uma mesma equipe, de forma interinstitucional e intersetorial, bem como em países de diferentes continentes e idiomas ^{1,2}.

A CIF organiza as informações sobre saúde em duas seções: (1) Funcionalidade e Incapacidade com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade; e (2) Fatores Contextuais, relacionados ao ambiente nos quais a pessoa vive e conduz sua vida e ao histórico particular da vida e do estilo de vida do indivíduo. Os componentes da Funcionalidade e Incapacidade apresentam outros dois componentes, sendo eles: o Corpo, que se subdivide em Funções Corporais, Estruturas Corporais e Atividades e Participação. Os Fatores Contextuais se subdividem em Fatores Ambientais e Fatores Pessoais. Cada componente classifica a saúde e os estados relacionados à saúde a partir de um conjunto de domínios e, cada domínio é composto por diferentes categorias que são as unidades de classificação. Estas unidades de classificação utilizam um sistema alfanumérico, sendo que as letras (b, s, d, e) especificam os códigos dos componentes e domínios, seguidas por um número que indica o capítulo (um dígito), seguido por especificações gradualmente detalhadas pelo segundo nível (dois dígitos), terceiro e quarto níveis (um dígito cada), respectivamente ^{1,2}.

A Classificação de Nível 2 possibilita identificar domínios funcionais concretos e específicos, contribuindo para o mapeamento de dados, políticas e normativas. A CIF pode ser utilizada em todas as etapas de desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas públicas, especialmente no campo da saúde, contribuindo para a uniformização da linguagem entre diferentes setores e atores públicos, além de orientar ações de cuidado, prevenção e reabilitação ^{1,2}.

No Brasil, a formulação e atualização de atos normativos no campo da saúde, incluindo leis, decretos, portarias, resoluções e diretrizes formalmente instituídas, desempenham papel fundamental na consolidação de direitos e no direcionamento das práticas assistenciais ³. A análise desses atos à luz da CIF, especialmente no Nível 2 de classificação, permite identificar de forma mais detalhada quais dimensões da funcionalidade e incapacidade estão contempladas nas normativas vigentes ².

Tais normativas inserem-se no campo das políticas públicas, entendido como o conjunto de ações e decisões do Estado voltadas para atender demandas coletivas e promover soluções que impactam comunidades ⁴. Conforme Pinto et al. (2014) ⁵, às políticas públicas integram políticas sociais

específicas, abrangendo saúde, educação, assistência social, habitação e previdência, constituindo-se como referências e modelos para a garantia do bem-estar social e a efetividade dos direitos básicos ^{6,7}.

No Brasil, os inquéritos populacionais e sistemas nacionais de informação em saúde fornecem dados essenciais para formulação, planejamento, implantação e implementação das políticas de saúde. Entre eles, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD Contínua, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ⁸, que coleta periodicamente informações socioeconômicas. Em um acordo realizado em 2022 com a Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência ficou pactuado a coleta de informações de pessoas com deficiência, por meio de visitas domiciliares a cada cinco trimestres consecutivos ⁹. As informações coletadas utilizaram questões baseadas na CIF e elaboradas pelo *Washington Group on Disability Statistics – WG* ¹⁰, avaliando domínios funcionais como visão, audição, mobilidade, cognição, autocuidado e comunicação ⁹.

A partir dos dados de inquéritos nacionais, em especial da PNAD Contínua, é possível reconhecer a contribuição da CIF para a coleta de dados e seu potencial papel no planejamento de normas de saúde. A versatilidade da CIF no desenvolvimento estratégico de atos normativos facilita não apenas a coleta de informações in loco, mas também aponta caminhos para elaboração de programas e a formulação de normas relacionados às políticas públicas de saúde no Brasil ². A recomendação do uso da CIF pelos Estados-Membros da OMS se deu em 2001 ¹, logo na sua criação e divulgação, e, no Brasil, a sua determinação de uso no SUS aconteceu 11 anos depois com a Resolução n° 452 ¹¹.

Assim, a Resolução n° 452 ¹¹ representa um marco importante para a consolidação da CIF no contexto brasileiro ao reconhecer sua relevância como ferramenta estratégica para o planejamento e a gestão em saúde. Ao determinar sua incorporação nos setores público e privado, o CNS não apenas reforçou a necessidade de um olhar ampliado sobre a saúde, mas também propôs uma mudança de paradigma, rompendo com uma ênfase exclusiva na doença para a compreensão da funcionalidade humana em suas múltiplas dimensões. Essa normativa evidencia o potencial da CIF para qualificar a coleta e o registro de dados, aprimorar o monitoramento das ações e subsidiar políticas públicas mais equitativas e efetivas. Em essência, trata-se de um direcionamento ou incentivo à construção de um sistema de saúde mais inclusivo, sensível às diversidades e comprometido com a integralidade do cuidado. No entanto, de acordo com Leonardi et al. ¹², o uso da CIF no Brasil tem focado em ferramentas de avaliação e listas de verificação para mensurar a incapacidade em estudos clínicos.

Atualmente, embora a CIF seja reconhecida como um referencial teórico e metodológico, ainda não foi incorporada no SUS como um documento estruturante obrigatório, o que pode ocasionar a falta de informações sobre coleta e fluxos de dados que permitam a edificação do uso desta ferramenta na implementação nas políticas sociais brasileiras ¹². Diante desse cenário, este estudo objetivou identificar,

classificar e analisar os atos normativos que abordam aspectos de funcionalidade, incapacidade e fatores contextuais com base na Classificação de Nível 2 da referida classificação CIF ².

Materiais e Método

Trata-se de um estudo de revisão de escopo de atos normativos da legislação federal brasileira, com o objetivo de mapear, identificar e analisar como aspectos relacionados à funcionalidade, incapacidade e fatores contextuais são abordados no âmbito das políticas públicas de saúde. As revisões de escopo permitem examinar de forma sistemática e abrangente a extensão, a variedade e a natureza das evidências disponíveis, sendo especialmente indicadas para contextos normativos e de políticas públicas, nos quais os conceitos e aplicações ainda se encontram dispersos ou pouco sistematizados. Dessa forma, possibilitam a construção de mapas conceituais e analíticos que organizam informações relativas a leis, portarias, diretrizes e regulamentações, subsidiando a tomada de decisão em uma determinada área do conhecimento ¹³.

Para a condução da revisão, adotaram-se os princípios metodológicos e o diagrama de fluxo do PRISMA *Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR), como orientadores das etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos dados ¹⁴. Adicionalmente o estudo seguiu as diretrizes metodológicas propostas pelo *Joanna Briggs Institute* (2015) ¹³ as quais fundamentaram a elaboração do protocolo, a definição das etapas analíticas e a organização do relatório final da revisão.

A formulação da pergunta de pesquisa baseou-se no acrônimo PICo, conforme proposto por Araújo (2020) ¹⁵, considerando: as políticas públicas de saúde brasileiras como o problema abordado (P); os componentes e domínios da CIF como fenômeno de interesse (I); e a codificação de segundo nível dos componentes e domínios da CIF como contexto de análise (Co). A partir desse enquadramento, definiu-se a seguinte questão de pesquisa: Quais componentes e domínios da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde estão presentes no escopo das políticas públicas de saúde no Brasil?

O levantamento dos atos normativos foi realizado no Sistema de Legislação da Saúde do Ministério da Saúde (MS-SLEGIS) ¹⁶, utilizou-se os seguintes filtros de busca: Fonte: Diário Oficial da União (DOU); Situação: vigente; Termo/Assunto: saúde; Data de Publicação: 22/05/2001 (data de divulgação da CIF pela OMS) até 28 de setembro de 2024 (data da coleta dos dados).

Foram considerados elegíveis atos normativos de âmbito federal, relacionados às políticas públicas de saúde brasileiras, de caráter interministerial, publicados no DOU e estabelecidos em conjunto com o Ministério da Saúde, incluindo-se também normas complementares, atualizações ou dispositivos que alterassem ou ampliassem o conteúdo de uma política de saúde previamente instituída.

A exclusão dos atos normativos que não abordavam diretamente a área da saúde, bem como documentos explicativos, resumos, medidas provisórias, capítulos de livros, atos restritos a entes

subnacionais (Estados, Municípios e Distrito Federal), portarias de consolidação, documentos anulados ou vetados, Propostas de Emenda à Constituição (PEC), Projetos de Lei, Consultas Públicas e Pareceres. Excluíram-se ainda os atos voltados exclusivamente a aspectos financeiros, orçamentários ou administrativos, assim como documentos relacionados à estruturação do controle social de diferentes entes da sociedade, à organização de conselhos, conferências e encontros de saúde, e textos que apenas ratificavam diretrizes internacionais ou que não se relacionavam diretamente com a saúde.

Os atos normativos identificados na base SLEGIS foram posteriormente localizados, acessados e analisados na íntegra, a partir de fontes oficiais e não oficiais do Governo Brasileiro, a saber: Arquivo Nacional (AN) ¹⁷, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) ¹⁸, Conselho Nacional de Saúde (CNS) ¹⁹, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) ²⁰, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) ²¹, Repositório Digital Institucional do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) ²², Normas Brasil ²³, Portal da Legislação ²⁴, Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador ²⁵, Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SIGTAP) ²⁶, Sistema de Monitoramento de Atos de Concessão (SISMAC) ²⁷ e Portal de Pesquisa da Imprensa Nacional ²⁸. Os atos normativos não localizados por meio dessas bases foram solicitados formalmente junto ao Sistema de Ouvidoria-Geral do SUS do MS ²⁹.

Procedimento da revisão: seleção, análise e extração dos dados

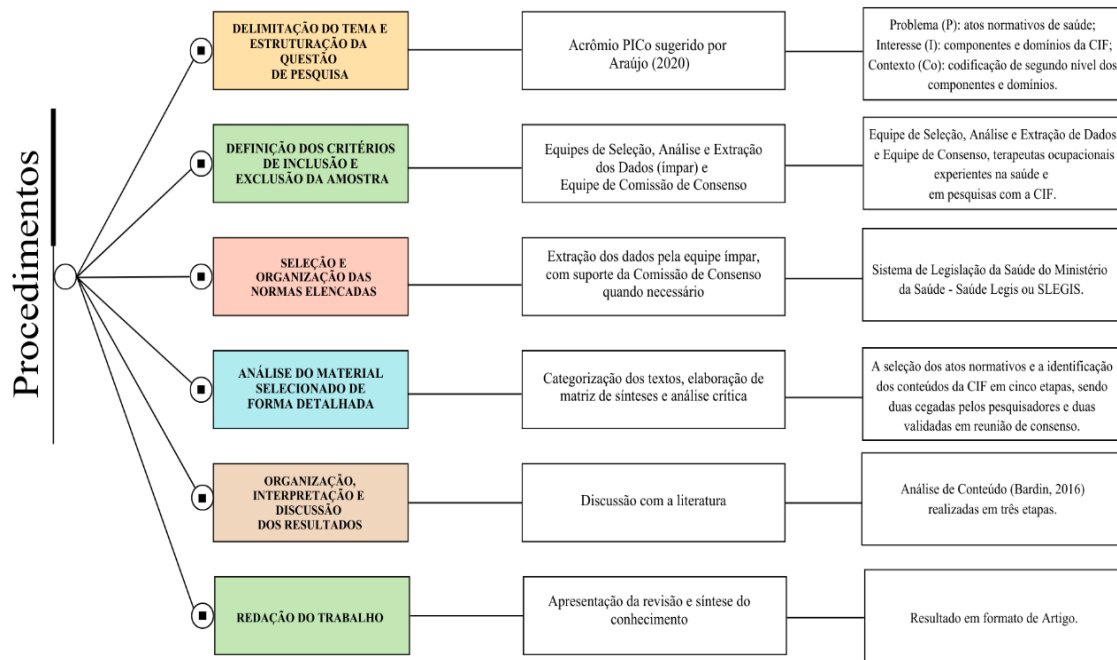
O processo de seleção, análise e extração dos dados dos atos normativos foi conduzido por duas equipes independentes e complementares, a saber: Equipe de Seleção, Extração e Análise de Dados (MCMO; BCL; EMB) e Equipe de Consenso (BILB; ALA; FCMSD). Ambas as equipes foram compostas por terapeutas ocupacionais com experiência na área da saúde pública e domínio teórico-prático da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), o que visou assegurar rigor metodológico, confiabilidade e validade interna ao processo de revisão.

A seleção dos atos normativos e identificação dos conteúdos da CIF foram realizadas em cinco etapas sequenciais e interdependentes, descritas a seguir.

1. Inicialmente, a Equipe de Seleção, Extração e Análise de Dados realizou a coleta e triagem inicial dos atos normativos de forma independente, online e cegada, sendo cada pesquisadora responsável por organizar os documentos identificados em planilhas eletrônicas no Microsoft Excel. Nessa fase, foram analisadas as ementas de todos os atos normativos recuperados, à luz dos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos, sendo os documentos classificados como incluídos, excluídos ou com dúvidas.
2. Em seguida, realizou-se uma reunião da Equipe de Seleção, Extração e Análise de Dados com o objetivo de verificar a consonância das decisões individuais. Os atos

- normativos classificados como incluídos ou excluídos foram confirmados, enquanto aqueles identificados como “dúvida” foram encaminhados para apreciação da Equipe de Consenso, responsável por subsidiar a tomada de decisão nos casos de discordância.
3. Posteriormente, na terceira etapa, foi realizada a leitura individual, integral e cegada das ementas dos atos normativos incluídos, conduzida por cada integrante da Equipe de Seleção, Extração e Análise de Dados. Os atos normativos que permaneceram com classificação indefinida após essa etapa foram analisados pela Equipe de Consenso, que deliberou sobre sua inclusão ou exclusão no corpus da revisão.
 4. Na quarta etapa, a partir da definição do conjunto final de documentos, a Equipe de Seleção, Extração e Análise de Dados realizou o consenso final da análise dos atos normativos selecionados na íntegra, e os casos residuais de discordância foram novamente encaminhados à Equipe de Consenso, que definiu de forma definitiva os atos normativos elegíveis para a etapa de extração dos dados. Nessa mesma fase, foram analisados os atos normativos obtidos por meio da Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde.
 5. Os dados extraídos dos atos normativos elegíveis foram organizados em planilha eletrônica e incluíram as seguintes variáveis: título da política pública; ano de publicação; ano de atualização e número ou identificação do(s) documento(s) de atualização (quando aplicável); situação do ato normativo; finalidades e/ou ementa; ministérios envolvidos; níveis de atenção à saúde contemplados; população-alvo; e menção explícita a conteúdos relacionados à CIF, compreendendo definições, conceitos, componentes, domínios ou outras informações associadas à funcionalidade, incapacidade e fatores contextuais.
 6. Por fim, os atos normativos selecionados foram classificados de acordo com os componentes e domínios da Classificação de Nível 2 da CIF. Para essa finalidade, adotou-se a análise de conteúdo temática, conforme proposta por Bardin (2016) ³⁰, estruturada em três fases complementares: i) leitura flutuante dos textos normativos; ii) exploração do material, com identificação dos núcleos de sentido que apresentavam correspondência com as definições dos componentes e domínios da CIF; e iii) tratamento, sistematização e interpretação dos dados, orientando a análise crítica e a discussão dos resultados.

A figura 1 Fluxograma da extração e análise dos dados.



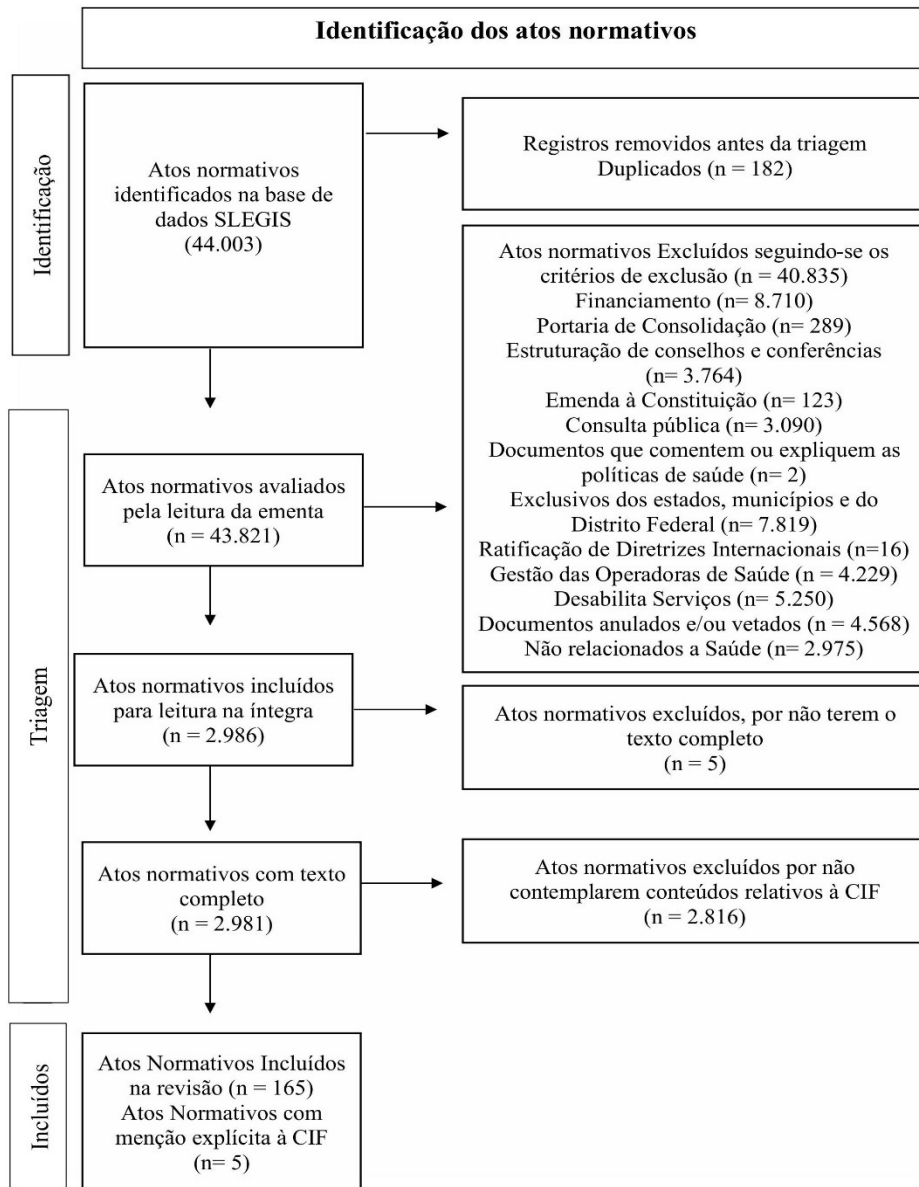
Elaborada pela autora (2025)

Resultados

Foram identificados 44.003 atos normativos, dos quais 165 foram incluídos na revisão, e apenas cinco apresentaram menção explícita à CIF. Os principais motivos para a exclusão de potenciais textos completos foram: financiamento ($n = 8.710$); atos normativos estaduais, municipais ou do Distrito Federal ($n = 7.819$); desabilitação de serviços ($n = 5.250$); documentos anulados e/ou vetados ($n = 4.568$); e gestão de operadoras de saúde ($n = 4.229$). A Figura 2 apresenta o fluxograma PRISMA-ScR¹³, com a descrição completa dos atos normativos.

O Quadro 1 apresenta os atos normativos que compuseram a amostra, sua caracterização e a identificação dos domínios da Classificação de Nível 2 da CIF. A maioria dos atos com menção explícita à CIF foi publicada em 2012 ($n = 4$). Dentre eles, três aprovam diretrizes de atenção a populações específicas, sendo pessoas com Trissomia 21 (Síndrome de Down), pessoas com lesão medular e pessoas amputadas; um determina a utilização da CIF no SUS; e, por fim, o ato normativo de 2023, que estabelece a Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência (PNAISPD).

Figura 2. Fluxo de atos normativos ao longo da revisão ($n = 165$ incluídos na síntese qualitativa, dos quais $n = 5$ apresentam menção explícita à CIF).



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Quadro 1. Estratificação e análise dos atos normativos que compuseram a amostra do estudo.

Nº	Ato normativo	Ementa/Objetivo	Classificação de Nível 2 da CIF	Trechos identificados
1	Resolução nº 452, de 10 de maio de 2012	Estabelece que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar.	e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde	“Nas investigações para medir resultados acerca do bem estar, qualidade de vida, acesso a serviços e impacto dos fatores ambientais (estruturais e atitudinais) na saúde dos indivíduos;”
			e560 Serviços, sistemas e políticas dos meios de comunicação	“(...) como ferramenta geradora de informações padronizadas em saúde , devendo a mesma ser inserida no Sistema Nacional de informações em saúde do Sistema Único de Saúde para alimentar as bases de dados, com vistas ao controle, avaliação e regulação para instrumentalizar a gestão no gerenciamento das ações e serviços de saúde em todos os seus níveis de atenção; ”
			e560 Serviços, sistemas e políticas dos meios de comunicação	“(...) como geradora de indicadores de saúde referentes à funcionalidade humana. ”
			d199 Aprendizagem e aplicação de conhecimento, não especificados	“(...) como ferramenta pedagógica na elaboração de programas educacionais, para aumentar a conscientização e a realização de ações sociais.”
			e530 Serviços sistemas e políticas de utilidade pública	“(...) no dimensionamento e redimensionamento de serviços visando qualificar e quantificar as informações relativas ao tratamento e recuperação da saúde no processo de reabilitação e os respectivos resultados;”
			e575 Serviços, sistemas e políticas de suporte social geram	“Como ferramenta no planejamento de sistemas de seguridade social, de sistemas de compensação e nos projetos e no desenvolvimento de políticas.”
2	Portaria nº 1.327, de 3 de dezembro de 2012	Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, as Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde	“(...) oferecer orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado à saúde da pessoa com Síndrome de Down, nos diferentes pontos de atenção da rede de serviço ao longo do seu ciclo vital. ”
			b147 Funções psicomotoras	“As pessoas com Síndrome de Down apresentam déficit de desenvolvimento psicomotor, intelectual e pondero-estatural. ”
			b117 Funções intelectuais s770 Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas ao movimento	

		<p>s210 Estruturas do olho, ouvido e estruturas relacionadas</p> <p>s298 Olho, ouvido e estruturas relacionadas, outras especificadas</p> <p>s260 Estruturas da orelha</p> <p>s840 Estruturas dos pelos</p> <p>s730 Estruturas do membro superior</p> <p>s750 Estruturas do membro inferior</p> <p>s770 Estruturas adicionais relacionadas ao movimento</p> <p>s798 Estruturas relacionadas ao movimento – outras especificadas</p> <p>s710 Estrutura da região abdominal</p> <p>b735 Funções relacionadas ao tônus muscular</p> <p>b710 Funções relacionadas à mobilidade das articulações</p>	<p>“O fenótipo da síndrome de Down se caracteriza principalmente por: pregas palpebrais oblíquas para cima, epicanto (prega cutânea no canto interno do olho), sinófris (união das sobrancelhas), base nasal plana, face aplanada, protrusão lingual, palato ogival (alto), orelhas de implantação baixa, pavilhão auricular pequeno, cabelo fino, clinodactilia do 5º dedo da mão (5º dedo curvo), braquidactilia (dedos curtos), afastamento entre o 1º e o 2º dedos do pé, pé plano, prega simiesca (prega palmar única transversa), hipotonia, frouxidão ligamentar, excesso de tecido adiposo no dorso do pescoço, retrognatia, diástase (afasta- Ministério 16 da Saúde mento) dos músculos dos retos abdominais e hérnia umbilical.”</p>
		e450 Atitudes individuais dos profissionais da saúde	<p>“O apoio de profissionais capacitados neste caso é fundamental para o ajuste familiar à nova situação, favorecendo as possibilidades de tratamento com vistas à saúde física, mental e afetiva da criança.”</p>
		e450 Atitudes individuais dos profissionais da saúde	<p>“A etiologia deve ser abordada de forma simples, buscando o entendimento da família e pode ser necessário mostrar um cariótipo e explicar o que ele significa.”</p>
		e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde	<p>“Recomenda-se que o cuidado com a saúde da pessoa com Síndrome de Down seja norteado pelas políticas públicas do Ministério da Saúde (...)E ainda, que utilize os pressupostos teóricos da clínica ampliada, da integralidade e do cuidado compartilhado, com vistas à humanização, autonomia e protagonismo dos sujeitos nas práticas de saúde.”</p>

		e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde	“A clínica ampliada busca articular estes enfoques, reunindo os diferentes saberes com o objetivo de garantir o melhor resultado no cuidado, por meio da acolhida, do diálogo e da participação do sujeito no processo terapêutico.”
		e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde	“A prática da clínica ampliada é transdisciplinar e considera a complexidade da vida do sujeito na qual se desenrola o processo de adoecimento, o cuidado, a reabilitação, a prevenção e a promoção da saúde.”
		e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde	“Exige reorganização do serviço, revisão das práticas e elaboração de diretrizes.”
		e450 Atitudes individuais dos profissionais da saúde	“A integralidade como pressuposto teórico da clínica ampliada e do cuidado com a pessoa com Síndrome de Down pode ser entendida como qualidade do cuidado, como um modo de organizar a prática e como resposta governamental aos problemas de saúde da comunidade.”
		e455 Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde	“Cuidado compartilhado diz respeito ao trabalho em equipe multiprofissional que constrói o diagnóstico, o projeto terapêutico, define metas terapêuticas, reavalia e acompanha o processo terapêutico em conjunto.”
		e455 Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde	“Os melhores resultados terapêuticos são obtidos quando a equipe trabalha em conjunto, discutindo os avanços e novas propostas de tratamento em vale ressaltar que, quando possível, a articulação com universidades e/ou serviços das diferentes especialidades é importante para o acompanhamento do caso.”
		e450 Atitudes individuais dos profissionais da saúde	“Espera-se do profissional que transmite a notícia, uma postura humana e ética, que garanta acolhida e informação adequada à família.”
		e455 Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde	“A atenção integral à saúde depende primeiramente da integração da equipe , neste sentido é importante a figura do gestor do caso ou coordenador do programa , que em geral é o profissional com maior vínculo com o paciente.”
		e450 Atitudes individuais dos profissionais da saúde	“A comunicação quanto a suspeita diagnóstica ou quanto o diagnóstico de SD deve ser feita quando sinais e sintoma característicos sejam identificados por mais de um membro da equipe.”
		e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde	“A clínica ampliada articula a rede de serviço do Sistema de Saúde e os recursos da comunidade.”
		e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde	“O cuidado com a saúde na Síndrome de Down deve ser singularizado em modelos por ciclo vital.”

			d760 – Relações familiares	“Para isto, utilizamos a estratégia de educação em saúde junto à família , apostando no seu protagonismo e autonomia para compartilhar o cuidado com a pessoa com Síndrome de Down, desta forma estaremos indiretamente promovendo também a saúde da família.”
			d199 Aprendizagem e aplicação de conhecimento, não especificados	“Para isto, utilizando a estratégia de educação em saúde junto à família, apostando no seu protagonismo e autonomia para compartilhar o cuidado com a pessoa com Síndrome de Down, desta forma estaremos indiretamente promovendo também a saúde da família.”
			e310 – Apoio de familiares próximos	“O cuidado com a saúde da criança com Síndrome de Down inicialmente deve estar focado no apoio e informação à família , no diagnóstico das patologias associadas. Após esta fase inicial a terapêutica inclui a estimulação global, imunização, estímulo ao aleitamento materno e manutenção da saúde com acompanhamento periódico.”
			e355 - Profissionais da saúde	“O cuidado com a saúde da criança com Síndrome de Down inicialmente deve estar focado no apoio e informação à família, no diagnóstico das patologias associadas. Após esta fase inicial a terapêutica inclui a estimulação global, imunização, estímulo ao aleitamento materno e manutenção da saúde com acompanhamento periódico. ”
			b735 Funções relacionadas ao tônus muscular b134 - funções do sono d230 -Realizar a rotina diária d570 - Cuidar da própria saúde d710 - Interações interpessoais básicas d720 - Interações interpessoais complexas d820 - Educação Escolar	“O cuidado com a saúde da criança com Síndrome de Down de 2 a 10 anos deve estar focado na manutenção de um estilo de vida saudável (alimentação, higiene do sono e prática de exercícios), no desenvolvimento de autonomia para as atividades de vida diárias, autocuidado, socialização , aquisição de habilidades sociais, escolaridade e acompanhamento pondero estatural (...). Deve ser dada uma atenção aos distúrbios emocionais/psiquiátricos como o espectro autístico.”
			d469 - Andar e mover-se, outros especificados e não especificados	“ Tendo em vista a maior mobilidade da criança , nesta fase deve ser muito bem orientada quanto às questões de profilaxia de lesão cervical devido à subluxação atlatoaxial, mesmo para crianças assintomáticas e com radiografia cervical normal.”

			b134 -Funções do sono	“Nesta faixa etária pais e cuidadores devem estar atentos aos sintomas de apneia do sono , que incluem posição anormal no leito, despertar noturno, obstrução nasal, ronco e sonolência diurna”
			e355 - Profissionais de saúde	“Outro foco do atendimento para este grupo é a prevenção de abusos físicos e sexuais, por meio da orientação , desenvolvimento da autonomia e autocuidado.
			d859 - Trabalho e emprego, outros especificados e não especificados d870 - Autossuficiência econômica	“Nesta fase devem ser discutidas com a família as questões de independência e planejamento futuros quanto aos cuidados e manutenção financeira da pessoa com Síndrome de Down. ”
			e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde	“Tendo em vista o auxílio que a CIF pode oferecer a definição do plano terapêutico e acompanhamento na Síndrome de Down, esta diretriz sugere fortemente seu uso.”
			e450 - Atitudes individuais dos profissionais da saúde	“O apoio de profissionais capacitados neste caso é fundamental para o ajuste familiar à nova situação, favorecendo as possibilidades de tratamento com vistas à saúde física, mental e afetiva da criança.”
			e450 - Atitudes individuais dos profissionais da saúde	“A comunicação quanto a suspeita diagnóstica ou quanto o diagnóstico de Síndrome de Down deve ser feita quando sinais e sintoma característicos sejam identificados por mais de um membro da equipe”
3	Portaria nº 1.329, de 3 de dezembro de 2012	Aprova, na forma do Anexo, a Diretriz de Atenção à Pessoa Amputada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	s730 - Estruturas do membro superior s750 - Estruturas do membro inferior	“Amputação é o termo utilizado para definir a retirada total ou parcial de um membro , sendo este um método de tratamento para diversas doenças.”
			b710 - Funções relacionadas à mobilidade das articulações	“A cirurgia de amputação tem por objetivo retirar o membro acometido e criar novas perspectivas para a melhora da função da região amputada. ”
			e455 - Atitudes individuais dos profissionais relacionadas à saúde	“O cirurgião deve ter em mente que, ao amputar um segmento corporal do paciente, estará criando um novo órgão de contato com o meio exterior, o coto de amputação, e deverá planejar a estratégia cirúrgica antevendo um determinado processo de reabilitação. ”
			e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde	“O projeto terapêutico do paciente deve ser pactuado dentro da equipe multiprofissional, objetivando garantir uma atenção integral e evitando a existência de condutas conflituosas.”

			e115 - Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	“A utilização da CIF na classificação dos indivíduos que sofreram amputações garante aos mesmos o direito de transitar por diferentes condições funcionais , explicitando, por exemplo, os benefícios decorrentes da utilização de uma prótese , dispensada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) durante a realização das Atividades de Vida Diária e de Vida Prática deste indivíduo, objetivando e dando destaque às ações de reabilitação.”
			d230 - Realizar a rotina diária	“A utilização da CIF na classificação dos indivíduos que sofreram amputações garante aos mesmos o direito de transitar por diferentes condições funcionais, explicitando, por exemplo, os benefícios decorrentes da utilização de uma prótese, dispensada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) durante a realização das Atividades de Vida Diária e de Vida Prática deste indivíduo, objetivando e dando destaque às ações de reabilitação. ”
			e515 - Serviços, sistemas e políticas de arquitetura e construção	“Mais que isso, a CIF permite ainda avaliar o impacto da presença ou ausência de facilitadores/barreiras , quer sejam de cunho arquitetônico, econômico, cultural ou social, no desempenho da pessoa amputada.”
			e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde	“Os cuidados ideais de reabilitação oferecidos ao paciente amputado devem ser iniciados, sempre que possível, ainda antes do momento da amputação. ”
			e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde e355 - Profissionais da saúde	“A abordagem de atenção pré-operatória , em termos gerais, envolve a avaliação física detalhada do paciente, os esclarecimentos sobre o prognóstico funcional , as discussões sobre dor fantasma e sobre as metas de reabilitação de curto, médio e longo prazo.”
			b126 – Funções de temperamento e da personalidade	“Nos casos de cirurgias eletivas, a preparação psicológica prévia do paciente reforça a habilidade do mesmo em lidar com o processo operatório e em aceitar a prótese, na fase de reabilitação. ”
			e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde	“Um programa de exercícios com a finalidade de corrigir ou prevenir deformidades, bem como para aumentar força, mobilidade e equilíbrio, deve ser estabelecido.”
			e115 - Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	“ Órteses dinâmicas ou estáticas seriadas podem ser utilizadas para promover o ganho de amplitude nos segmentos proximais aos que serão submetidos à amputação. Talas gessadas ou em termo moldável de baixa temperatura , associadas às práticas de alongamento, são extremamente úteis para o ganho da extensão de cotovelo e de punho. Para favorecer a flexão, usualmente são indicadas as órteses com componentes dinâmicos também em associação com mobilizações articulares e alongamentos.”

			d230 - Realizar a rotina diária e355 - Profissionais de saúde	“Em ambos os casos, uma rígida rotina de uso e cuidados precisa ser instituída, na tentativa de evitar iatrogenias .”
			e355 - Profissionais de saúde	“Estes equipamentos só devem ser confeccionados por terapeutas experientes ou por técnicos ortopédicos capacitados , mediante prescrição de um profissional habilitado.”
			e355 - Profissionais de saúde	“As posturas assumidas pelos pacientes nos períodos que antecedem a cirurgia são um importante fator causador de encurtamentos e deformidades. Desde esta fase, as orientações quanto ao posicionamento do tronco, membros superiores e inferiores devem ser disponibilizadas .”
			b117 - Funções intelectuais d198 - Aprendizagem e aplicação de conhecimento, outros especificados	“Sempre que possível, anteriormente a uma cirurgia de amputação, uma avaliação cognitiva deve ser realizada na tentativa de se identificar a habilidade do paciente em aprender, se adaptar e usar a prótese , assim como a capacidade do mesmo para alcançar um nível ótimo de autonomia e independência com o uso do equipamento.”
			e455 - Atitudes individuais de profissionais relacionados à saúde	“Esta avaliação deve ser conduzida por um profissional devidamente habilitado , que saiba ponderar situações como estresse pós-traumático, negação, ansiedade e desorientação (típica de longas internações hospitalares), que podem influenciar os resultados.”

			<p>b117 - Funções intelectuais</p> <p>b122 - Funções psicossociais globais</p> <p>b126 - Funções do temperamento e da personalidade</p> <p>b140 - Funções da atenção</p> <p>b144 - Funções da memória</p> <p>b147 - Funções psicomotoras</p> <p>b152 - Funções emocionais</p> <p>b156 - Funções da percepção</p> <p>b160 - Funções do pensamento</p> <p>b164 - Funções cognitivas superiores</p> <p>b167 - Funções mentais da linguagem</p> <p>b172 - Funções de cálculo</p> <p>s299 - Olho, ouvido e estruturas relacionadas, não especificadas</p> <p>d199 - Aprendizagem e aplicação de conhecimento, não especificados</p>	<p>“De acordo com o VA/DoD Clinical Practice Guideline for Rehabilitation of Lower Limb Amputation, é recomendável que a bateria de avaliação inclua testes de função intelectual, atenção, concentração e processamento cognitivo. Os autores também sugerem a investigação das funções executivas, memória de trabalho, de curto e longo prazo, auditiva e visual, além das habilidades de recuperação de informações e reconhecimento.”</p>
			<p>s399 - Estruturas relacionadas à voz e à fala, não especificadas</p>	<p>“Especial atenção também deve ser dada às alterações de praxia, percepção visual e linguagem (especialmente a compreensão).”</p>
			<p>b126 - Funções do temperamento e da personalidade</p>	<p>“Prováveis alterações de cunho neuropsicológico são preditivas de dificuldades na adaptação do indivíduo à prótese e podem comprometer o prognóstico.”</p>
			<p>e355 - Profissionais de saúde</p>	<p>“Em situações específicas, a indicação de determinados modelos de próteses ou o próprio uso da prótese pode ser contraindicado, tomando-se como base os achados da avaliação cognitiva. Tal decisão fica sob responsabilidade da equipe multiprofissional, que deve considerar os contextos pessoais, sociais e ambientais do indivíduo.”</p>
			<p>e455 - Atitudes individuais de profissionais relacionados à saúde</p>	<p>“No momento de dar a notícia para a família e o paciente que fará a cirurgia de amputação, deve-se ressaltar que esta é parte importante do tratamento.”</p>

			e355 - Profissionais de saúde	“Uma equipe de profissionais capacitados para lidar com esse assunto é fundamental para o ajuste da pessoa e da família à nova situação.”
			e455- Atitudes individuais de profissionais relacionados à saúde	“Devem ser apresentados a sua necessidade e os seus pontos positivos em termos de qualidade de vida. ”
			e398 - Apoio e relacionamentos, outros especificados	“Quando possível, deve-se proporcionar o contato do paciente com outras pessoas com amputação para a troca de experiências , para o esclarecimento de dúvidas e para a observação das formas de superação das dificuldades.”
			d859 - Trabalho e emprego, outros especificados e não especificados	“Deve-se apresentar as possibilidades de retorno ao trabalho, de reemprego e de recolocação profissional.”
			d940 - Direitos Humanos	“É função da equipe multiprofissional informar os direitos dos pacientes com deficiência, como a lei de cotas nas empresas.”
			e455 - Atitudes individuais de profissionais relacionadas à saúde	“Anterior ao treino de marcha, todo paciente amputado deve ser orientado a como realizar suas transferências de postura e deslocamentos.”
			e120 - Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	“Grande parte dos pacientes amputados utiliza a cadeira de rodas como meio de deslocamento ; é importante que este equipamento seja adequado e ajustado à anatomia do paciente.”
			b710 - Funções relacionadas à mobilidade das articulações	“Em pacientes com amputações de membros inferiores, deve-se manter as articulações de quadril e ou de joelho neutras, não fornecendo apoios em regiões que possam posicionar o membro em flexão.”
			b710 - Funções relacionadas à mobilidade das articulações	“Além disso, nesta fase é importante manter a mobilidade das demais articulações corporais”
			b730 - Funções relacionadas à força muscular	“O fortalecimento muscular do coto de amputação é extremamente importante. Desta forma, deve-se orientar e capacitar a pessoa amputada a executar exercícios isométricos na musculatura do coto, independente do nível de amputação.”
			d629 - Aquisição do necessário para viver, outro especificado e não especificado	“Cabe ressaltar que, após a amputação, o paciente utilizará outros grupos musculares para executar suas atividades de vida diária; portanto, o fortalecimento muscular deve ser global.”
4	Portaria nº 1.330, de 3 de dezembro de 2012	Aprova, na forma do Anexo a esta Portaria, as	d825 - Treinamento profissional	“O objetivo desta diretriz é oferecer orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado à saúde da pessoa com lesão medular nos diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.”

Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	<p>b730 - Funções relacionadas à força muscular</p> <p>b755 - Funções relacionadas aos reflexos de movimentos involuntários</p> <p>b780 - Sensações relacionadas aos músculos e funções de movimento</p> <p>b525 - Funções de defecação</p> <p>b620 - Funções urinárias</p> <p>b640 - Funções sexuais</p>	<p>“Estas alterações se manifestam principalmente como paralisia ou paresia dos membros, alteração de tônus muscular, alteração dos reflexos superficiais e profundos, alteração ou perda das diferentes sensibilidades (tátil, dolorosa, de pressão, vibratória e proprioceptiva), perda de controle esfinteriano, disfunção sexual e alterações autonômicas como vasoplegia, alteração de sudorese, controle de temperatura corporal entre outras.”</p>
	e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde	<p>“No entanto, os programas de reabilitação podem auxiliar na conquista de importantes marcos de independência. Este acompanhamento longitudinal da pessoa com lesão medular e o apontamento das constantes mudanças do seu estado funcional pode ser realizado através de contínuas classificações com a CIF.”</p>
	e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde	<p>“Reabilitação física: uma rotina de exercícios e atividades funcionais, além de trazer benefícios fisiológicos inerentes à atividade (por exemplo, liberação de endorfinas), pode favorecer não somente a analgesia, mas também o desvio do foco por parte do paciente do seu quadro algico, melhorando as possibilidades de sucesso das terapias instituídas.”</p>
	e455 - Atitudes individuais de profissionais relacionadas à saúde	<p>“Aconselhamento comportamental-afetivo: explicar ao paciente as possíveis causas da dor, valorizar o seu potencial residual.”</p>
	b152 - Funções emocionais	<p>“(…) incentivar a busca de recursos comportamentais afetivos para superar o quadro da incapacidade são fundamentais para o sucesso dos recursos terapêuticos relatados acima.”</p>
	s610 - Estrutura do sistema urinário	<p>“As repercussões urológicas causadas pela lesão na medula espinhal constituem umas das maiores preocupações para a equipe de reabilitação, pois o mau funcionamento vesical pode, quando assistido de inadequadamente, acarretar complicações que vão desde a infecção urinária, cálculos vesicais até fístulas penoescrotais, refluxo vesico- -ureteral, hidronefrose e em casos extremos, perda da função renal.”</p>
	b525 - Funções de defecação	<p>“A função intestinal também estará afetada nos pacientes com LM. A motilidade do cólon é basicamente autônoma recebendo pouca influência do sistema nervoso central.”</p>

			b735 - Funções relacionadas ao tônus muscular	“A espasticidade é uma expressão clínica da lesão do sistema piramidal na qual ocorre aumento do tônus muscular (hipertonia) caracterizado por aumento da resistência ao estiramento muscular passivo e dependente da velocidade angular.”
			e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde	“O acompanhamento psicológico desenvolve-se integrado a uma equipe multidisciplinar, cujo objetivo é a reabilitação biopsicossocial do paciente.”
			b126 – Funções de temperamento e da personalidade e455 - Atitudes individuais dos profissionais da saúde	“O trabalho do psicólogo na Reabilitação , centraliza-se na Psicoterapia Breve Focal, visando à reestruturação da autoimagem e autoestima , frente a deficiência física seja essa congênita ou adquirida, abordando as perdas, mas ressaltando principalmente suas potencialidades residuais.”
			e455 - aAtitudes individuais dos profissionais da saúde	“A qualidade de vida após a lesão medular está fortemente associada à qualidade e quantidade da abordagem fisioterapêutica que deve ser instituída desde a fase aguda inclusive na terapia intensiva. Esta deve ser baseada não somente em técnicas respiratórias para manutenção da vida, mas também em abordagens mais holísticas que previnam complicações que podem ter efeito devastador sobre a autonomia destes indivíduos, impedindo-os frequentemente de retornar ao convívio em sociedade.”
			e115 - Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	“O uso de órteses para evitar a instalação das deformidades ortopédicas, em indivíduos com lesão medular, constitui uma importante estratégia de prevenção secundária.”
			e115 - Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	“Nos casos de contratura já instalada, tanto uma ortetização seriada com tala gessada ou de termomoldável , quanto o uso de extensores dinâmicos ou com distrator para o cotovelo, pode ser avaliado.”
			e115 - Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	“Além destes, uma série de outros aparelhos – abdutores de polegar, órtese para tenodese, barra lumbrical, estabilizador de punho dorsal , etc. também podem ser prescritos e/ou confeccionados, para os diferentes níveis de lesão, caso os profissionais da equipe julguem necessário. “
			e115 - Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	“ Adaptações para atividades básicas como alimentação e higiene bucal podem ser providenciadas para pacientes que apresentem lesões cervicais ainda na fase hospitalar. As mais consagradas são os substituidores universais de preensão, os copos/canecas de alças duplas, os engrossadores, substituidores de pinça para escrita, barra contensora de alimentos, clips para digitação.”
			e120 - Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	“Para o indivíduo com lesão medular a cadeira de rodas deve garantir conforto, segurança e posicionamento adequado, além de proporcionar melhor funcionalidade e maior independência.”

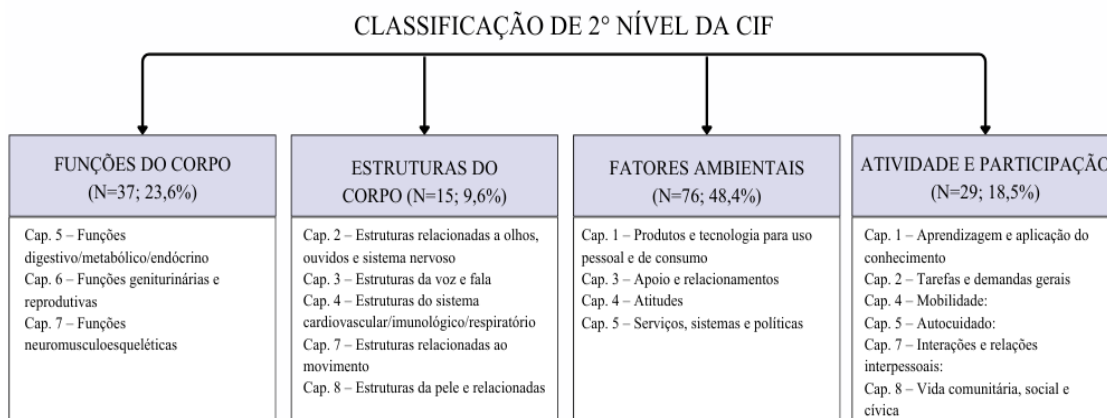
			e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde	“As Redes de Atenção à Saúde (RAS) configuram-se atualmente como fundamental estratégia para superar a fragmentação da gestão e da atenção e assegurar ao usuário o conjunto de ações de saúde com efetividade, e ciência, segurança, qualidade e equidade.”
			e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde	“A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência visa contribuir na mudança do modelo assistencial, com o cuidado continuado, responsabilizado por determinada população e, assim como todos os pontos de atenção, devendo responder às necessidades de saúde da população de uma forma articulada e integrada.”
			e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde	“A interdisciplinaridade, neste contexto, pressupõe aos profissionais de saúde a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas.”
			e355 - Profissionais de saúde	“O trabalho na saúde na lógica da clínica ampliada exige dos profissionais: respeito e compartilhamento dos múltiplos saberes, diálogo, flexibilidade e responsabilização pelo paciente.”
			e455 - atitudes individuais dos profissionais da saúde- b152 - Funções emocionais	“O paciente portador de lesão medular passa por fases comportamentais que são as seguintes; choque, negação, reconhecimento e adaptação.”
5	Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023	Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	d230 - Realizar a rotina diária	“ PNAISPD tem por objetivo promover e proteger a saúde da pessoa com deficiência, por meio da ampliação do acesso ao cuidado integral no âmbito do SUS, em articulação com as demais políticas e ações intersetoriais, contribuindo para sua autonomia, qualidade de vida e inclusão social , bem como prevenindo diferentes agravos à saúde em todos os ciclos de vida.”
			e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde e590 - Serviços, sistemas e políticas de proteção social	
			e150 - Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público	“(…) acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na zona rural, por pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida;”
			e120 - Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	
			e115 - Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	–(…) adaptações razoáveis: adaptações, modificações e ajustes necessários e adequados que não acarretem ônus desproporcional e indevido, quando requeridos em cada caso, a fim de assegurar que a pessoa com deficiência possa gozar ou exercer, em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas, todos os direitos e liberdades fundamentais;”
			e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde	–“(…)desenvolvimento de ações intersetoriais visando a promoção dos direitos humanos, a inclusão social e o pleno exercício da cidadania.”

		e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde	–“(…) oferta do cuidado integral à pessoa com deficiência sob a perspectiva interseccional em saúde, com foco na funcionalidade, sob a lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e de base territorial”
		e150 - Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público	–“(…) promoção da acessibilidade em suas diferentes dimensões;”
		d230 - Realizar a rotina diária	–“(…) estímulo à autonomia da pessoa com deficiência;”
		e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde d825- treinamento profissional d998 - Vida comunitária, social e cívica, outra especificada	“As ações inseridas na PNAISPD serão organizadas nos seguintes eixos de atuação: I - promoção da saúde, qualidade de vida e prevenção de agravos em todos os ciclos de vida, de acordo com as necessidades das pessoas com deficiência; II - organização das ações e serviços de saúde sob a lógica das Redes de Atenção à Saúde; III - formação, qualificação e educação permanente em saúde na perspectiva do modelo biopsicossocial; IV - articulação intrasetorial, intersetorial e interinstitucional; V - pesquisa, produção e tradução do conhecimento; VI - informação e comunicação em saúde; VII - dados e sistemas de informação em saúde; e VIII - participação da comunidade e controle social. ”
		e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde	” São ações estratégicas do eixo "promoção da saúde, qualidade de vida e prevenção de agravos em todos os ciclos de vida de acordo com as necessidades das pessoas com deficiência”
		e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde	“São ações estratégicas do eixo "organização das ações e serviços de saúde sob a lógica das Redes de Atenção à Saúde”
		d940 - Direitos Humanos	–“promoção do respeito às diferenças e do enfrentamento a estigmas, preconceitos, ações capacitistas e todas as formas de violência;”
		d940 - Direitos Humanos	–“ garantia do acesso ao cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência;”
		e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde	–“atenção humanizada e centrada nas necessidades da pessoa com deficiência, considerando suas singularidades e interseccionalidades;”
		e580 - Serviços, sistemas e políticas de saúde	–“diversificação das estratégias de cuidado, com base na clínica ampliada, visando ao desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas das pessoas com deficiência;”
		e535 - Serviços, sistemas e políticas de comunicação	–“fomento à implantação criteriosa das tecnologias de telessaúde para ampliação do acesso às ações e serviços de saúde pelas pessoas com deficiência;”

			d950 - Vida política e cidadania	–“ fortalecimento da participação das pessoas com deficiência nos espaços de formulação, implantação, monitoramento e avaliação das políticas públicas;”
			d950 - Vida política e cidadania	–“ estímulo à participação de familiares, cuidadores e acompanhantes de pessoas com deficiência nos espaços de formulação, implantação, monitoramento e avaliação de políticas públicas ”
			d825 - Treinamento profissional	–“ organização dos serviços da Rede de Atenção à Saúde - RAS de forma regionalizada, articulada e integrada”
			d570 - Cuidar da própria saúde	–“incentivo ao protagonismo e à centralidade da pessoa com deficiência no seu processo de cuidado, por meio da clínica ampliada e compartilhada;”

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

A Figura 3. Visão geral e simplificada dos resultados encontrados nesta pesquisa.



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

A figura 3 descreve a frequência dos componentes e domínios da CIF de acordo com a Classificação de Nível 2. Observa-se maior ocorrência dos códigos relacionados à Fatores do Contexto, especificamente no componente Fatores Ambientais (n=76; 48,4%), com ênfase para o Capítulo e5 – Serviços, sistemas e políticas (n=27), seguido pelo Capítulo e4 – Atitudes (n=12) e do Capítulo e3 – Apoio e relacionamentos (n=9). Este resultado aponta para uma centralidade da aplicabilidade da CIF nos atos normativos relacionados à organização e estruturação do SUS, seguida pelo reconhecimento dos profissionais de saúde e sua conduta no processo de cuidado.

Com relação à Parte da Funcionalidade e Incapacidade identificou-se uma ênfase no componente Funções do Corpo (n=37; 23,6%) e Estruturas do Corpo (n=15; 9,6%), perfazendo um total de 52 menções (33,2%), com códigos distribuídos principalmente nos capítulos relacionados às funções mentais e fisiológicas, o que reflete uma predominância da racionalidade biomédica e da dimensão corporal no uso da CIF na elaboração dos atos normativos.

Os códigos relacionados ao componente Atividade e Participação (n=29; 18,5%) concentram-se nas atividades de vida diária e mobilidade, domínios centrados na dimensão individual da funcionalidade. Enquanto códigos vinculados ao Capítulo d9 – Vida comunitária, social e cívica são pouco frequentes, indicando uma lacuna na valorização da participação social, da vida política e cidadania, e do exercício de direitos, como domínios da CIF centrados no âmbito social da funcionalidade.

Quadro 2. Distribuição de frequência dos domínios e componentes da CIF de acordo com a Classificação de Nível 2.

Código CIF Nível 2	Descrição da Classificação de Nível 2	N (%)	Capítulo CIF
e580	Serviços, sistemas e políticas de saúde	27 (17,9%)	Fatores Ambientais
e455	Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde	12 (7,59%)	Fatores Ambientais
e355	Profissionais da saúde	9 (5,7%)	Fatores Ambientais
e450	Atitudes individuais dos profissionais da saúde	7 (4,43%)	Fatores Ambientais
e115	Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	7 (4,43%)	Fatores Ambientais
d230	Realizar a rotina diária	5 (3,16%)	Atividades e Participação
b126	Funções de temperamento e da personalidade	4 (2,53%)	Funções Corporais
b710	Funções relacionadas à mobilidade das articulações	4 (2,53%)	Funções Corporais
d940	Direitos Humanos	3 (1,90%)	Atividades e Participação
b735	Funções relacionadas ao tônus muscular	3 (1,90%)	Funções Corporais
b117	Funções intelectuais	3 (1,90%)	Funções Corporais
d199	Aprendizagem e aplicação de conhecimento, não especificados	3 (1,90%)	Atividades e Participação
b152	Funções emocionais	3 (1,90%)	Funções Corporais
e120	Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores	3 (1,90%)	Fatores Ambientais
d825	Formação profissional	3 (1,90%)	Atividades e Participação
d859	Trabalho e emprego, outros especificados e não especificados	2 (1,27)	Atividades e Participação
s730	Estrutura da extremidade superior	2 (1,27)	Estruturas do Corpo
s750	Estrutura da extremidade inferior	2 (1,27)	Estruturas do Corpo
b525	Funções de defecação	2 (1,27)	Funções Corporais
b147	Funções psicomotoras	2 (1,27)	Funções Corporais
e150	Produtos e tecnologias usadas em projetos, arquitetura e construção de edifícios para uso público.	2 (1,27)	Fatores Ambientais
b730	Funções relacionadas a força muscular	2 (1,27)	Funções Corporais
b134	Funções do sono	2 (1,27)	Funções Corporais
d570	Cuidar da própria saúde	2 (1,27)	Atividades e Participação
d950	Vida política e cidadania	2 (1,27)	Atividades e Participação
s770	Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas ao movimento	2 (1,27)	Estruturas do Corpo
e560	Serviços, sistemas e políticas dos meios de comunicação	2 (1,27)	Fatores Ambientais
s299	Olho, orelha e estruturas relacionadas, não especificadas	1 (0,63%)	Estruturas do Corpo
e530	Serviços, sistemas e políticas de utilidade pública	1 (0,63%)	Fatores Ambientais
e575	Serviços, sistemas e políticas de suporte social	1 (0,63%)	Fatores Ambientais

Código CIF Nível 2	Descrição da Classificação de Nível 2	N (%)	Capítulo CIF
s210	Estrutura da cavidade orbital	1 (0,63%)	Estruturas do Corpo
s298	Olho, orelha e estruturas relacionadas, outras especificadas	1 (0,63%)	Estruturas do Corpo
s260	Estrutura da orelha interno	1 (0,63%)	Estruturas do Corpo
s840	Estruturas dos pelos	1 (0,63%)	Estruturas do Corpo
s798	Estruturas relacionadas ao movimento, outras especificadas	1 (0,63%)	Estruturas do Corpo
s710	Estrutura da região da cabeça e pescoço	1 (0,63%)	Estruturas do Corpo
d760	Relações familiares	1 (0,63%)	Atividades e Participação
e310	Família nuclear	1 (0,63%)	Fatores Ambientais
d710	Interações interpessoais básicas	1 (0,63%)	Atividades e Participação
d720	Interações interpessoais complexas	1 (0,63%)	Atividades e Participação
d820	Educação escolar	1 (0,63%)	Atividades e Participação
d469	Andar e mover-se, outros especificados e não especificados	1 (0,63%)	Atividades e Participação
e515	Serviços, sistemas e políticas de arquitetura e construção	1 (0,63%)	Fatores Ambientais
d198	Aprendizagem e aplicação de conhecimento, outros especificados	1 (0,63%)	Atividades e Participação
b122	Funções psicossociais globais	1 (0,63%)	Funções Corporais
b140	Funções da atenção	1 (0,63%)	Funções Corporais
b144	Funções da memória	1 (0,63%)	Funções Corporais
b156	Funções da percepção	1 (0,63%)	Funções Corporais
b160	Funções do pensamento	1 (0,63%)	Funções Corporais
b164	Funções cognitivas superiores	1 (0,63%)	Funções Corporais
b167	Funções mentais da linguagem	1 (0,63%)	Funções Corporais
b172	Funções de cálculo	1 (0,63%)	Funções Corporais
s399	Estruturas relacionadas à voz e à fala, não especificadas	1 (0,63%)	Estruturas do Corpo
e398	Apoio e relacionamentos, outros especificados	1 (0,63%)	Fatores Ambientais
d629	Aquisição do necessário para viver, outras especificadas e não especificadas	1 (0,63%)	Atividades e Participação
b755	Funções relacionadas aos reflexos de movimentos involuntários	1 (0,63%)	Funções Corporais
b780	Sensações relacionadas aos músculos e funções do movimento	1 (0,63%)	Funções Corporais
b620	Função urinária	1 (0,63%)	Funções Corporais
b640	Funções sexuais	1 (0,63%)	Funções Corporais
s610	Funções relacionadas à excreção urinária	1 (0,63%)	Estruturas do Corpo

Código CIF Nível 2	Descrição da Classificação de Nível 2	N (%)	Capítulo CIF
e590	Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego	1 (0,63%)	Fatores Ambientais
d998	Vida comunitária, social e cívica, outra especificada	1 (0,63%)	Atividades e Participação
e535	Serviços, sistemas e políticas de comunicação	1 (0,63%)	Fatores Ambientais

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Legenda:

	Fatores Ambientais
	Funções Corporais e Estruturas do Corpo
	Atividades e Participação

Discussão

A análise dos componentes da CIF presentes nos atos normativos brasileiros relacionados a políticas de saúde permitiu identificar a predominância dos Fatores Ambientais, seguido pelas Funções e Estruturas do Corpo, e menos menções aos componentes Atividades e Participação. De forma geral, avalia-se que a incorporação da CIF foi associada, em grande medida, à lógica administrativa e organizacional do SUS, aproximando-se, em certa medida, com os princípios internacionais de padronização da linguagem em saúde preconizados pela OMS ^{1,2}.

No componente Fatores Ambientais, a análise da distribuição dos códigos de Nível 2 da CIF identificou como códigos mais recorrentes o e580 – Serviços, sistemas e políticas de saúde, o que indica uma aplicabilidade da CIF, prioritariamente, em atos normativos que descrevem a estruturação de serviços, sistemas e políticas de saúde. Em seguida, os códigos e455 – Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde e e355 – Profissionais da saúde, são os mais citados. O predomínio de fatores ambientais vinculados aos profissionais de saúde a suas atitudes revela uma orientação dos atos normativos para o componente relacional do cuidado, indicando a importância do comportamento e de ações individuais voltadas a minimizar barreiras contextuais, em especial, barreiras atitudinais.

Em menor frequência têm-se a presença dos códigos Serviços, sistemas e políticas de comunicação (e535), trabalho e emprego (e590), arquitetura e construção (e515), suporte social (e575) e utilidade pública (e530). Estes são domínios relacionados a áreas sociais importantes, os quais têm um potencial de redução de barreiras físicas e estruturais e ampliação da inserção social, com o fortalecimento da autonomia, da interação comunitária e da atividade laboral.

Os atos normativos analisados evidenciam a valorização da capacitação dos profissionais de saúde, reconhecendo-os como mediadores do cuidado e protagonistas na efetivação das políticas públicas. Essa perspectiva está alinhada à Lei Orgânica da Saúde ³¹, que orienta a organização dos

serviços pelos princípios de universalidade e integralidade, destacando conceitos recorrentes como cuidado integral, clínica ampliada, trabalho transdisciplinar, singularidade e educação em saúde. Ressalta-se, ainda, a inclusão da diretriz da atenção humanizada na referida lei (Art. 7º, XVI, de 28 de abril de 2025), reforçando a consonância entre os princípios éticos da atenção em saúde e a abordagem biopsicossocial proposta pela CIF ¹.

Entre os componentes da CIF identificados, observou-se predominância de códigos relacionados às Funções Corporais, especialmente às funções mentais (cognição, emoção, linguagem) e fisiológicas (sono, força muscular, funções urinária e sexual), com maior incidência em atos promulgados em 2012. Quanto às estruturas do corpo, houve maior concentração nas extremidades e nas estruturas musculoesqueléticas, indicando foco na descrição de alterações corporais e seus impactos funcionais. Essa ênfase em aspectos fisiológicos e anatômicos revela uma tendência biomédica nas formulações normativas, ainda que a diversidade de estruturas mencionadas demonstre o potencial abrangente da CIF, capaz de integrar dimensões sensoriais, comunicacionais e clínicas.

Os resultados também destacam códigos referentes ao componente Atividades e Participação, sobretudo relacionados às atividades de vida diária — como rotina, autocuidado e mobilidade — e, em menor proporção, às dimensões sociais e políticas, como vida comunitária e cidadania. A baixa frequência desses últimos códigos evidencia uma lacuna na promoção da participação social e política nas normas de saúde, restringindo a abordagem biopsicossocial proposta pela CIF. Ainda assim, observa-se um aumento expressivo da presença da classificação em 2012, possivelmente em decorrência da Resolução CNS nº 452/2012 ¹¹, que instituiu o uso da CIF no SUS e na Saúde Suplementar.

Grande parte dos atos normativos com menção direta à CIF está relacionada às políticas voltadas à pessoa com deficiência, sinalizando sua incorporação no SUS como instrumento de avaliação da funcionalidade e de orientação das ações de habilitação e reabilitação. Nesse contexto, a Portaria GM/MS nº 1.526/2023 ³², que atualiza e consolida a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) ³³, ressalta o compromisso com o cuidado integral, a autonomia, a inclusão social e a promoção da qualidade de vida.

Vale destacar que, dos 44.003 atos normativos identificados, apenas cinco mencionam a CIF de forma direta, número que se revela pouco expressivo, sobretudo considerando-se o nível federal. Isso porque os atos normativos federais têm a função de regulamentar e orientar a execução de políticas públicas e procedimentos administrativos, atuando como referência para os demais níveis de governo e, conseqüentemente, sujeitos à fiscalização pela sociedade civil. Assim, o número reduzido de normas que fazem menção explícita à CIF configura-se como um índice ínfimo, que pouco contribui para a efetiva implementação da CIF no âmbito do SUS.

Observa-se, portanto, que a existência de apenas cinco atos normativos federais que citam a CIF evidencia que a classificação ainda não foi incorporada de forma adequada na saúde pública do Brasil, podendo, inclusive, indicar sua baixa integração também na saúde suplementar ¹¹. Tal cenário constitui

um agravante, uma vez que dificulta a consolidação de um modelo de atenção alinhado aos padrões internacionais e à linguagem biopsicossocial contemporânea, que propõe uma visão ampliada da saúde, não centrada exclusivamente na doença. Essa perspectiva considera os fatores contextuais na determinação do processo saúde-doença, reconhece a importância da adaptação ambiental para reduzir barreiras físicas e atitudinais e favorece a avaliação integral da funcionalidade humana e de seus determinantes ².

Ademais, o número reduzido de normas que estabelecem relação direta com a CIF também implica prejuízos no diálogo entre a CIF e a CID ², o que pode resultar em descrições imprecisas de condições de saúde, erros diagnósticos e inconsistências na forma de registrar os estados de saúde e suas repercussões. Essa lacuna revela uma necessidade do Brasil de melhor adequação em relação à adoção da linguagem unificada da CIF no cenário internacional, ainda que a classificação já esteja disponível e atualizada em língua portuguesa ².

No que se refere à avaliação da saúde da população por meio da coleta de dados, a ausência da CIF como linguagem padronizada — a despeito de sua adoção ser recomendada pelo CNS — pode introduzir viés nas informações registradas pelos sistemas nacionais de informação em saúde. Isso compromete a identificação das reais necessidades da população, bem como o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, dos domínios da funcionalidade e dos fatores ambientais, de atividade e de participação que influenciam o bem-estar e a qualidade de vida ^{11,2}.

Presume-se, assim, que a baixa adoção da CIF no SUS até o momento da realização desta pesquisa pode gerar pouco impacto social e político à nível nacional, uma vez que limita o avanço de uma abordagem biopsicossocial da saúde, compromete a produção de dados comparáveis internacionalmente e enfraquece o planejamento e o controle social das ações em saúde.

Conclusão

Os resultados desta pesquisa demonstraram que os atos normativos que citam a CIF diretamente são pouco expressivos diante da relevância das normas que regulamentam ações em saúde e servem de referência para estados e municípios. Essa baixa incorporação evidencia que esta classificação ainda não foi devidamente integrada na orientação ao cuidado em saúde da população brasileira, o que dificulta a adoção de um modelo alinhado à perspectiva biopsicossocial e à linguagem internacional contemporânea de saúde.

De modo geral, os achados deste estudo indicam que os atos normativos federais brasileiros utilizam a CIF principalmente para a organização dos serviços e a provisão do cuidado, refletindo uma aplicação mais voltada aos fatores ambientais e clínicos. Entretanto, a baixa representação dos códigos de Participação apresenta a necessidade de fortalecer a dimensão cidadã e social da funcionalidade. Conforme preconiza a OMS, a CIF deve subsidiar o desenvolvimento de políticas sociais capazes de ampliar a participação e os direitos das pessoas, articulando saúde, inclusão e equidade.

Este estudo é pioneiro ao mapear detalhadamente a presença da CIF nos atos normativos de saúde no Brasil, em âmbito federal, permitindo compreender sua integração aos componentes e domínios desta classificação. Apesar da limitação de contemplar apenas documentos federais, os resultados contribuem para o debate sobre o uso da CIF na formulação das políticas de saúde, indicando caminhos para a expandir de sua aplicação.

Além de seu caráter inédito no Brasil, ao evidenciar a presença da CIF em normas federais ainda que em número pouco expressivo, este estudo também demonstra sua relevância ao tornar pública informações de interesse da sociedade civil, de gestores e de legisladores, fortalecendo o exercício do controle social em saúde, conforme preconizado pelo Conselho Nacional de Saúde.

Esta pesquisa recomenda o desenvolvimento de novos estudos que considerem também os marcos legais estaduais e municipais. Sugere-se também que a CIF seja explorada em investigações voltadas a temas como previdência social, trabalho, educação, economia, políticas sociais, adaptação ambiental e direitos humanos.

Como recomendação prática, esta pesquisa sugere a criação de Grupos de Trabalho compostos por pesquisadores, especialistas, representantes da sociedade civil e dos setores de direitos humanos e saúde, com o objetivo de discutir e propor metas e estratégias que favoreçam a maior incorporação da CIF no SUS por meio de normas federais. A proposta visa estabelecer espaços de articulação e reflexão capazes de identificar maneiras mais inclusivas, socialmente legítimas e efetivas de fortalecer a presença da CIF, assegurando sua aplicação significativa no planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde.

Agradecimentos

Os autores agradecem o acesso transparente aos atos normativos utilizados nessa pesquisa e acessados em portais eletrônicos.

Financiamento

Os autores declaram que nenhum financiamento, subsídio ou outro apoio foi recebido durante a preparação deste manuscrito.

Contribuições dos autores

Mirlan Cristian Mendes de Oliveira, <mirlancristiano@gmail.com>, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Autora principal. Procedeu para a concepção do estudo, elaboração do projeto, análise e interpretação dos dados, bem como para a redação do artigo. Colaborou na revisão crítica do conteúdo intelectual e foi corresponsável pela garantia da exatidão e da integridade de todas as partes do trabalho, além de ter realizado a aprovação final da versão a ser publicada. Responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Beatriz Cardoso Lobato <beatriz.lobato@uftm.edu.br>, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Orientou a pesquisa, participou da coleta e análise dos atos normativos, da discussão dos resultados e realizou a revisão crítica do manuscrito. Contribuiu para a concepção do estudo, elaboração do projeto, análise e interpretação dos dados, bem como para a redação do artigo. Colaborou na revisão crítica do conteúdo intelectual e foi corresponsável pela garantia da exatidão e da integridade de todas as partes do trabalho, além de ter realizado a aprovação final da versão a ser publicada. Todos os autores contribuíram para a versão final, leram e aprovaram o manuscrito.

Alysson Lourenço Alves <alyssonalvesto@gmail.com>, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Colaborou na concepção e no delineamento do projeto, bem como na análise e interpretação dos dados. Aprovou a versão final a ser publicada. Contribuiu de forma substancial para a garantia da exatidão e da integridade de todas as partes do trabalho. Todos os autores contribuíram para a versão final, leram e aprovaram o manuscrito.

Estenifer Marques Balco <estenifer.m@gmail.com>, Universidade de São Paulo (USP). Colaborou na concepção e no delineamento do projeto, bem como na análise e interpretação dos dados. Aprovou a versão final a ser publicada. Contribuiu de forma substancial para a garantia da exatidão e da integridade de todas as partes do trabalho. Todos os autores contribuíram para a versão final, leram e aprovaram o manuscrito.

Barbara Iansã de Lima Barroso <bil.barroso@unifesp.br>, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Orientou a pesquisa, participou da discussão dos resultados e realizou a revisão crítica do manuscrito. Contribuiu para a concepção do estudo, elaboração do projeto, análise e interpretação dos dados, bem como para a redação do artigo. Colaborou na revisão crítica do conteúdo intelectual e foi corresponsável pela garantia da exatidão e da integridade de todas as partes do trabalho, além de ter realizado a aprovação final da versão a ser publicada. Todos os autores contribuíram para a versão final, leram e aprovaram o manuscrito.

Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra <fabiana.dutra@uftm.edu.br>, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Programa de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação (PPGEO) e Programa de Pós-Graduação em Ocupação e Cotidiano (PPGOC). Orientou a pesquisa, participou da discussão dos resultados e realizou a revisão crítica do manuscrito. Contribuiu para a concepção do estudo, elaboração do projeto, análise e interpretação dos dados, bem como para a redação do artigo.

Colaborou na revisão crítica do conteúdo intelectual e foi corresponsável pela garantia da exatidão e da integridade de todas as partes do trabalho, além de ter realizado a aprovação final da versão a ser publicada. Todos os autores contribuíram para a versão final, leram e aprovaram o manuscrito.

Declarações éticas

Esta pesquisa utilizou dados secundários de acesso público.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Referências:

1. Organização Mundial de Saúde. Resolução WHA 54.21, 2001. Disponível em: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r21.pdf. Acessado em 01/04/2024.
2. Organização Mundial de Saúde. CIF. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde / Centro colaborador da organização Mundial de Saúde para a família de Classificações Internacionais e português, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Bachalla. 1 ed. Revisada. São Paulo: Editora da Universidade Federal de São Paulo. 2022.
3. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Administrativa nº 82, de 21 de março de 2023. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDM3MA==>. Acesso em: 21 jun. 2025.
4. Agum R, Menezes M, Riscado P. Políticas públicas: conceitos e análise em revisão. Agenda Política, v. 3, p. 12-42. 2015.
5. Pinto ICM; Vieira-da-silva LM, Baptista TW. Ciclos de uma política pública de saúde: problematização, construção de agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: Paim, Jairnilson; Almeida-Filho, Naomar. Saúde Coletiva: teoria e prática. Ed. Med-Book, cap. 6. 2022.
6. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 ago. 2025.
7. Dias R, Matos F. O conceito de políticas públicas In Políticas públicas: princípios, propósitos e processos. Editora Atlas, São Paulo, 2015.
8. Brasil. Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílio - PNAD. 2024. Disponível em: [Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA](#). Acessado em 21/07/2024.
9. Brasil. Inquéritos populacionais. 2024. Disponível em: [Inquéritos populacionais e chamadas nutricionais — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](#). Acessado em 21/07/2024.
10. Washington Group on Disability Statistics. Fundamental principles of official statistics. 2024. Disponível em: <https://www.washingtongroup-disability.com>. Acessado em 23/07/2024.

11. Ministério da Saúde. Resolução Nº 452, de 10 de maio de 2012. Disponível em Ministerio da Saúde (saude.gov.br). Acessado em 08/04/2024
12. Leonardi M, et al. 20 Years of ICF-International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 8;19(18):11321. DOI: 10.3390/ijerph191811321.
13. The Joanna Briggs Institute. *Reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute, 2015. Disponível em: <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-Reviews-Manual-2015.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2025.
14. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*.2018;169: 467-473. [Epub 4 September 2018]. doi:10.7326/M18-0850.
15. Araújo WCO. Recuperação da informação em saúde. *Convergências Ciência Informação*, v. 3, n. 2, p.100-134, maio/ago 2020. DOI: <https://doi.org/10.33467/conci.v3i2.13447>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. SaúdeLegis: legislação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>. Acesso em: 18 jun. 2025.
17. Brasil. Arquivo Nacional. Disponível em: <https://www.gov.br/arquivonacional/pt-br>. Acesso em: 06/04/2024.
18. Biblioteca Virtual em Saúde. Portal Regional da BVS - Informação para Ação em Saúde. Disponível em: Portal Regional da BVS | Informação para Ação em Saúde (bvsalud.org). Acessado em 06/04/2024.
19. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br>. Acesso em: 06/04/2024.
20. Brasil. CONASS. Quem somos. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, s.d. Disponível em: <https://www.conass.org.br/quem-somos/#p6>. Acesso em: 06/04/2024.
21. Brasil. Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 06/04/2024.
22. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Legislação. DSpace MJ, s.d. Disponível em: <https://dspace.mj.gov.br/handle/1/7>. Acesso em: 06/04/2024.
23. Normas Brasil. Disponível em: <https://www.normasbrasil.com.br/>. Acesso em:06/04/2024.
24. Brasil. Portal Legislação. Disponível em: <https://www.gov.br/legislacao/pt-br>. Acesso em: 06/04/2024.

25. Brasil. Ministério da Saúde. RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador/renast>. Acesso em: 06/04/2024.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP). Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br>. Acesso em: 06/04/2024.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Monitoramento de Atos de Concessão (SISMAC). Disponível em: <https://sismac.saude.gov.br>. Acesso em: 06/04/2024.
28. Brasil. Imprensa Nacional. Pesquisa da Imprensa Nacional. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/core/start.action?> Acesso em: 06/04/2024.
29. Brasil. OuviSUS. Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde, 2024. Disponível em: <https://ouvidor.saude.gov.br/public/form-web/registrar>. Acesso em: 27 fevereiro 2025.
30. Bardin, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em L8080 (planalto.gov.br). Acesso em: 10/08/2024.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 out. 2023. Disponível em: [Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023 — Ministério da Saúde](#). Acesso em 18/06/2025.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas – PCDT. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt>. Acesso em: 18/06/2025.

7. CONCLUSÃO

A OMS recomenda que as informações da CIF sejam aplicadas como subsídio ao desenvolvimento de políticas sociais e na assistência tendo em vista a ampliação e o fortalecimento da participação das pessoas. Nesse sentido, os resultados desta pesquisa apontam para a relevância da utilização desta classificação na formulação de políticas públicas mais abrangentes, alinhando-se à abordagem biopsicossocial proposta pela CIF. Além disso, o estudo contribui para problematizar a aplicação da CIF no âmbito do SUS e para refletir sobre os rumos da política de saúde brasileira no que concerne à fatores contextuais, funcionalidade, incapacidade, participação e inclusão social.

Até onde foi possível identificar, este trabalho constitui a primeira investigação que examinou, de maneira aprofundada, atos normativos de saúde pública em sua relação com a presença da CIF e seus respectivos componentes e domínios. Uma limitação importante refere-se ao recorte adotado, que contemplou apenas a esfera federal, não incluindo normativas estaduais ou municipais. Apesar disso, o mapeamento realizado oferece subsídios para o debate sobre a incorporação da CIF na formulação e atualização de políticas nacionais de saúde, além de sugerir a ampliação do uso de domínios e componentes da CIF ainda pouco explorados. A análise conduzida evidencia, ainda, a necessidade de os legisladores alinharem as normas brasileiras ao paradigma biopsicossocial promovido pela CIF.

Assim, embora de caráter preliminar, este estudo recomenda a realização de pesquisas futuras que investiguem marcos legais em âmbitos estadual e municipal, tomando a CIF como referência. Também se propõe ampliar a aplicação dessa classificação para além da saúde, estendendo-a a outras áreas de formulação de políticas sociais.

Destaca-se que as atualizações da CIF e suas revisões adequam as informações atreladas à saúde à nível mundial e são importantes disparadores para a compreensão do desenvolvimento humano ao longo da vida. Assim, o uso efetivo da CIF representa uma oportunidade de mudança de paradigma para legisladores e gestores, estimulando novas formas de compreender e abordar a saúde humana nas políticas nacionais.

É relevante destacar que o SLEGIS constitui uma plataforma de acesso público aos atos normativos do setor saúde, contribuindo significativamente para a transparência das informações tanto para a população em geral quanto para pesquisadores. No entanto, a plataforma não permite a extração de dados diretamente das fontes, o que limita o uso de informações em análises sistemáticas e estudos científicos. Nesse contexto, esta pesquisa propõe melhorias no site Sistema de Legislação da Saúde, visando facilitar ainda mais o acesso

e a transparência de dados públicos, em consonância com os princípios da Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011) e com as diretrizes do SUS para disponibilização de informações acessíveis à sociedade.

Por sua natureza pioneira, este estudo se apresenta como relevante ao tornar públicas informações de interesse da sociedade civil, de gestores e de legisladores, fortalecendo o exercício do controle social em saúde, conforme preconizado pelo CNS. Destaca-se, ainda, a contribuição do estudo em reunir profissionais terapeutas ocupacionais com experiência tanto em pesquisa quanto na prática clínica, permitindo uma análise crítica das políticas de saúde e do uso da CIF no SUS.

A pesquisa é inédita no Brasil e evidencia a importância da linguagem padronizada da CIF para a implementação de políticas públicas de saúde. Nesse sentido, reforça-se o papel do CNS em orientar e promover a incorporação de ferramentas como a CIF no SUS, como parte de sua missão de garantir participação social, monitoramento das políticas e avaliação da qualidade do cuidado à saúde. Ao sistematizar atos normativos e destacar a presença da CIF, o estudo contribui para consolidar práticas de controle social, subsidiar decisões baseadas em evidências e fomentar outras pesquisas.

O fortalecimento da CIF como referencial para a formulação de políticas sociais no Brasil sinaliza um movimento de interesse crescente por parte de legisladores, profissionais e pesquisadores comprometidos com a temática da funcionalidade e incapacidade. Espera-se que os achados desta pesquisa sirvam de incentivo à ampliação desse debate e à consolidação da CIF como instrumento estratégico na elaboração de políticas públicas no Brasil.

REFERÊNCIAS

- AGUM, R.; MENEZES, M.; RISCADO, P. Políticas públicas : conceitos e análise em revisão. **Agenda Política**, 3, 2015., p. 12-42 Disponível em: <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/2264>.
- ARAUJO, E. S. D.; MAGGI, L. E.; REICHERT, T. T. CIF NOS SISTEMAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Rev. CIF Brasil**, 3, janeiro 2015., p. 49-61 Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/283901743_CIF_NOS_SISTEMAS_MUNICIPAIS_DE_SAUDE.
- ARAUJO, W. C. O. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. **ConCI: Convergências em Ciência da Informação**, Aracaju, 2020., p. 100–134 Disponível em: <https://periodicos.ufs.br/conci/article/view/13447>.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BATISTA, M.; DOMINGOS, A.; VIEIRA, B. Políticas públicas: modelos clássicos e 40 anos de produção no Brasil. **BIB**, São Paulo, 2021., p. 1-25
- BIZ, C. P. A CIF E SUA IMPORTÂNCIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS. **Rev. CIF Brasil**, 3, 2015., p. 40-48
- BRANDIÃO, H. J.; PALASSI, M. P.; FERREIRA, D. N. D. A. **Administração Pública**. 1º ed. [S.l.]: Departamento de Ciências da Administração, 2008. p. 146. Disponível em: https://cesad.ufs.br/ORBI/public/uploadCatalogo/11162501032012Administracao_Publica_Aula_1.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.**, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em: 16 abr. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. DISPÕE SOBRE AS CONDIÇÕES PARA A PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, A ORGANIZAÇÃO E O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS CORRESPONDENTES E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.**, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 15 junho 2023.
- BRASIL. LEI Nº 12.527, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2011 - Lei De Acesso À Informação. **Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositi**, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm. Acesso em: 22 setembro 2025.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 452, de 10 de maio de 2012**, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-452.pdf/view>. Acesso em: 8 abril 2024.

BRASIL. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. **Conselho Nacional de Saúde**, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acao-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-453.pdf/view>. Acesso em: 4 OUTUBRO 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas**, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html?utm_source. Acesso em: 23 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 588, DE 12 DE JULHO DE 2018. Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)**, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2018/resolucao-no-588.pdf/view>. Acesso em: 21 junho 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatóide**, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2020/relatrio_artrite_reumatoide_cp_21_2020.pdf. Acesso em: 18 agosto 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 1673/2021 - Institui a Política Nacional de Saúde Funcional, baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**, 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2280168>. Acesso em: 28 abril 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Comissão aprova projeto que cria a Política Nacional de Saúde Funcional**, 2024. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/1031006-COMISSAO-APROVA-PROJETO-QUE-CRIA-A-POLITICA-NACIONAL-DE-SAUDE-FUNCIONAL>. Acesso em: 3 maio 2024.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022**, 2024. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>. Acesso em: 21 julho 2024.

BRASIL. Legislação. **Legislação Federal Brasileira**, 2024. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/>. Acesso em: 3 agosto 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Legis - consulta pública de atos normativos**, 2024. Disponível em: <https://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>. Acesso em: 28 setembro 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde: Sistema de Legislação da Saúde. **Portal do Governo Brasileiro**, 2024. Disponível em: <https://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>. Acesso em: 28 SETEMBRO 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **https://www.gov.br/mdh/pt-br**, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br>. Acesso em: 23 julho 2024.

BRASIL. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2024a. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/home/pimpfrg/nordeste>. Acesso em: 21 julho 2024.

BRASIL. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2024b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html>. Acesso em: 21 julho 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Inquéritos populacionais e chamadas nutricionais**, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/vigilancia-alimentar-e-nutricional/inqueritos-populacionais-e-chamadas-nutricionais>. Acesso em: 21 julho 2024.

BRASIL. OuviSUS. **Ouvidoria Geral do SUS**, 2024d. Disponível em: <https://ouvidor.saude.gov.br/public/form-web/registrar>. Acesso em: 27 fevereiro 2025.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, compilado até a Emenda Constitucional no 135/2024. **SENADO FEDERAL**, 2025. ISSN 978-65-5676-594-5. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/685819/CF88_EC135_2025.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 12 setembro 2024.

BRASIL, M. D. S. **Para Entender o Controle Social na Saúde**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2014. p. 178. ISBN 978-85-334-2095-3.

CAMARGO, A. T. D. S. P. *et al.* **Cebes 40 anos: memória do futuro**. Rio de Janeiro: Grafitto Gráfica e Editora, 2016. p. 404. ISBN 978-85-88422-27-8. Disponível em: https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/07/Cebes_40_web.pdf. Acesso em: 17 abril 2024.

CAMPBELL SYSTEMATIC REVIEWS. **Campbell Systematic Reviews**, 2005. ISSN 1891-1803. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/journal/18911803?msocid=2d1520008ba06e39318035ca8a6e6fad>. Acesso em: 6 abril 2024.

CASTRO, S. S. D. *et al.* Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, 19, 2016., p. 679-687 Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002848732>. Acesso em: 3 maio 2024.

CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Informação para Ação em Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde**, 2024. Disponível em: <https://bvshalud.org/>. Acesso em: 6 abril 2024.

CIEZA, A. *et al.* Rethinking Disability. **BMC Medicine**, 16, 16 janeiro 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29370847/>. Acesso em: 27 abril 2024.

COCHRANE LIBRARY. Cochrane Library, 2024. ISSN 1465-1858. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/>. Acesso em: 6 abril 2024.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. **In:** CAMPOS, G. W. D. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Fiocruz, 2006., p. 231-258.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). RESOLUÇÃO Nº 370, DE 6 DE NOVEMBRO DE 2009. **Dispõe sobre a adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde por Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais.**, 6 novembro 2009. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3133>. Acesso em: 30 maio 2024.

DIAS, R.; MATOS, F. O conceito de Políticas Públicas. **In:** DIAS, R.; FERNANDA, M. **Políticas Públicas: princípios, propósitos e processos**. São Paulo: Atlas, 2015.

DUTRA, F. C. M. S. *et al.* Empirical analysis of the ICF using structural equation modeling. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, 20, n. 5, setembro/outubro 2016., p. 384-394
Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbfis/a/kV3BHVPft6sPf6M43qfBhhL/?format=pdf&lang=en>.

EVIDENCE FOR INFORMED HEALTH POLICYMAKING. Disponível em:
<https://www.pdq-evidence.org/>. Acesso em: 6 abril 2024.

FRIES, F.; KRAINES, R. G.; HOLMAN, H. R. Measurement of patient outcome in arthritis. **Arthritis & Rheumatology**, Hoboken, NJ, 23, January 1980., p. 137-45 Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.1780230203>. Acesso em: 12 agosto 2024.

INTERNATIONAL PROSPECTIVE REGISTER OF SYSTEMATIC REVIEWS. PROSPERO. Disponível em: <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/>. Acesso em: 6 abril 2024.

JUNQUEIRA, V.; CASTRO, I. E. D. N. As Normas Operacionais e a construção do SUSconstrução do SUSconstrução do SUSconstrução do SUSconstrução do SU. **Boletim do Instituto de Saúde**, dezembro 2002., p. 21-22 Disponível em:
<https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/38230/36074>. Acesso em: 14 junho 2024.

LEONARDI, M. *et al.* 20 Years of ICF—International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 19, n. 18, 2022. Disponível em:
<https://www.mdpi.com/1660-4601/19/18/11321>.

OKAWA, Y.; UEDA, S. Implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in national legislation and policy in Japan. **International Journal of Rehabilitation Research**, 31, n. 1, 2008., p. 73-77

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Resolução WHA 54.21**. [S.l.]. 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. 1. ed. ed. São Paulo: [s.n.], 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Resolução WHA 54.21, de 2001. Disponível em:
https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r21. Acesso em: 1 abr. 2024.

PETERS, M. *et al.* Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement. **The Joanna Briggs Institute**, 2015. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/294736492_Methodology_for_JBI_Scoping_Reviews. Acesso em: 14 agosto 2025.

PINTO, ISABELA CARDOSO DE MATO; VIEIRA-DA-SILVA, LÍGIA MARIA; BAPTISTA, TATIANA WARGAS. Ciclos de uma política pública de saúde: problematização, construção de agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. **In:** PAIM, J.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. São Paulo: Med-Book, 2022. Cap. 6.

PONTES, CARLOS FIDÉLIS; FALLEIROS, IALÊ. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; EPSJV, 2010.

RUA, MARIA DAS GRAÇAS. **Políticas públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2009.

SATHLER, ANDRÉ REHBEIN; SATHLER, MALENA REHBEIN. 150 termos para entender política [recurso eletrônico]. **Portal da Câmara dos Deputados**, 2020. Disponível em: livraria.camara.leg.br. Acesso em: 12 agosto 2024.

SINCLAIR, LISA BUNDARA ; FOX, MICHAEL H. ; BETTS, DONALD R. A tool for enhancing strategic health planning: a modeled use of the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Int J Health Plann Manage**, 28(2), abril/junho 2013., p. 172-180

SOARES, M. M.; MACHADO, J. **Federalismo e Políticas Públicas**. Brasília: Inap, 2018. p. 112. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Marcia-Soares-5/publication/326957108_Federalismo_e_Politicass_Publicas/links/5b6d9b0245851546c9fa288f/Federalismo-e-Politicass-Publicas.pdf?origin=publication_detail&_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uI.

SOUSA, J. R. F.; BATISTA, F.; HELAL, D. H. Sobre implementação de políticas públicas: uma revisão sistemática da literatura e agenda de pesquisas. **Revista Sociedade e Estado**, 37, 2, maio / agosto 2022.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein** (São Paulo), v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. DOI:10.1590/S1679-45082010RW1134.

STOJIC, S. *et al.* Two decades of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in health research: a bibliometric analysis. **Disability and Rehabilitation: Assistive Technology**, February 2025., p. 444-451 Acesso em: 13 setembro 2025.

TRICCO, ANDREA C.; LILLIE, ERIN; ZARIN, WASIFA; ET AL. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of Internal Medicine**, 169, setembro 2018., p. 467-473

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Glossário. **Legislação UFSC**, 2012. Disponível em: <https://legislacao.ufsc.br/glossario/>. Acesso em: 24 junho 2024.

UNIVERSITY OF YORK. Centre for Reviews and Dissemination (CRD). **University of York**, 2024. Disponível em: <https://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/>. Acesso em: 6 abril 2024.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *et al.* A construção do campo da Saúde Coletiva e as políticas de saúde – Contribuições da Revista Ciência & Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25, 12, 2020., p. 4669-4680

WASHINGTON GROUP ON DISABILITY STATISTICS (WG), 2024. Disponível em: <https://www.washingtongroup-disability.com/>. Acesso em: julho 23 2024.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)**, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>. Acesso em: abril 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Family of International Classifications, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/who-fic-maintenance>. Acesso em: 23 JULHO 2024.

RESUMO CURRICULAR – PERÍODO DO MESTRADO (2022–2025)

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Mirlan Cristian Mendes de Oliveira

Profissão: Terapeuta Ocupacional – CREFITO 15 - 20406TO.

Endereço: Avenida Presidente Castelo Branco, nº 60, apt 04, bairro República, Vitória/ES

Lattes Id: <http://lattes.cnpq.br/8645946252001651>

ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Terapeuta Ocupacional Servidora Pública do Município de Vitória/ES.

FORMAÇÃO ACADÊMICA E TITULAÇÃO

2022 – 2025: Mestrado em andamento em Estudos da Ocupação - UFMG.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra e Coorientadora Beatriz Cardoso Lobato.

2019 – 2021: Especialização em Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente – UFES.

2013 – 2018: Graduação em Terapia Ocupacional – UFES.

ASSOCIAÇÕES

2019 - 2023 – Associado a ABRATO – Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais.

2025 – Associado a RENETO – Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional.

FORMAÇÃO COMPLEMENTAR (2022-2025)

2025 (em andamento) – Curso Nós na Rede - Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ.

2025 – Encontros Formativos sobre Matriciamento em Saúde Mental - Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde (ETSUS - Vitória/ES).

2024 – Capacitação em auriculoterapia – Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde (ETSUS - Vitória/ES).

2024 – Encontros Formativos com Profissionais dos CAPS: Ampliando o Olhar sobre a Atenção Psicossocial e o Cuidado em Saúde Mental no SUS - Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde (ETSUS - Vitória/ES).

2024 - Curso de Revisões da Literatura - Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC.

2024 - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, COFFITO.

2024 - História da Saúde Pública no Brasil - Instituto Nacional Fernandes Figueira IFF/FIOCRUZ.

2024 - Formação e Atualização de Conselheiros Gestores de Unidades de Saúde do SUS - Escola Superior de Gestão e Contas Públicas, EGC, Brasil.

2023 - Projeto Rede Vix Saúde: Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde do Município de Vitória - Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde (ETSUS- Vitória/ES).

2023 - Enfrentamento Ao Estigma e Discriminação de Populações em Situação de Vulnerabilidade nos Serviços de Saúde - Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ.

RESUMOS EM ANAIS DE CONGRESSOS, SEMINÁRIOS E SIMPÓSIOS

2025: Resumo submetido ao VIII Seminário Nacional de Pesquisa em Terapia Ocupacional, Intitulado: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e Políticas Públicas de Saúde: uma revisão dos atos normativos brasileiros.

2025 - Relato de experiência submetido à Mostra Virtual de Experiências da RAPS - Projeto Nós na Rede intitulado Oficina do Fazer: um projeto de coletividade e senso de pertencimento à cidade e a própria saúde.

2023 - Apresentação oral do trabalho "Práticas de acolhimento na perspectiva de profissionais de atenção básica em saúde" no VII Seminário Nacional de Pesquisa em Terapia Ocupacional (SNPTO) - Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia ocupacional (RENETO).

CAPACITAÇÃO E/OU AULA MINISTRADA

2022 – 2023 Professora Substituta do Magistério Superior (Contrato Temporário), lotada no Departamento de Terapia Ocupacional - DTO/CCS, campus de Maruípe, da Universidade Federal do Espírito Santo. Carga horária 20h semanais. Disciplinas ministradas: Corpo e Movimento (carga horária total no semestre: 120h), e disciplina de Laboratório de Ações Humanas (carga horária total no semestre: 120h).

PARTICIPAÇÃO EM BANCA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

2024: Participação em Banca de Trabalho de Conclusão de Curso de Terapia Ocupacional. Banca: ALMEIDA, D. E. R. G.; RIBEIRO, R. P.; OLIVEIRA, M. C. M. Discentes: Melina Ferreira Herculano & Rubia Nascimento da Silva. Trabalho intitulado “O impacto do racismo na formação da identidade da mulher negra: Uma pesquisa autoetnográfica”. Departamento de Terapia Ocupacional (DTO), Universidade Federal do Espírito Santo.

SUPERVISÃO DE ESTÁGIO

2022-2024: Supervisionou alunos do curso Terapia Ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial III São Pedro – (CAPS SP), dispositivo da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES. Número de alunos envolvidos: 7. Carga horária 720 horas semanais.