

# FATORES AMBIENTAIS DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Natasha Seleidy Ramos de Medeiros<sup>1</sup>  
Ingrid Bergmam do Nascimento Silva<sup>2</sup>  
Erick Thiago Costa de Andrade<sup>3</sup>  
Rosa Camila Gomes Paiva<sup>4</sup>

## RESUMO

*Introdução:* Considera-se que dentre os meios de avaliação para Pessoas com Deficiência Física a CIF apresenta um modelo de avaliação biopsicossocial e multidimensional e durante os 13 anos de sua criação, existem muitas pesquisas que comprovam a sua eficácia, porém uma escassez quanto ao seu uso voltado às Pessoas com Deficiência Física. *Objetivo:* para conhecer os fatores ambientais que atuam como facilitadores ou barreiras para esse público. *Material e Métodos:* Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, de corte transversal, do tipo analítico observacional, com abordagem quantitativa. Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento de avaliação seguindo os padrões da CIF, em seguida foi realizado um estudo piloto com 10 voluntários deficientes físicos. *Resultados:* foram relatadas o preconceito sofrido como barreira, transporte público como barreira, violência e precárias condições de moradia como barreira, demoras para encaminhamento especializado, falta de medicamento, falta de atendimento adequado. *Conclusão:* Foram utilizados no instrumento de avaliação segundo à CIF 23 códigos para avaliar Fatores Ambientais. Ficou perceptível que um tipo de limitação ou deficiência física pode ser ocasionado por diferentes patologias. E que duas pessoas com as mesmas deficiências não têm, necessariamente, a mesma incapacidade.

**Palavras-chave:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Pessoas com Deficiência; Avaliação em Saúde.

## INTRODUÇÃO

O modelo social compreende a deficiência como vinda de uma construção social, decorrente de condições históricas, barreiras atitudinais, físicas e políticas que excluem as pessoas, impedindo assim a participação plena das mesmas na sociedade. Nesse sentido, a deficiência deixou de ser compreendida a partir de um modelo biomédico confinado aos saberes médicos, psicológicos e de reabilitação, que associam a deficiência a uma condição

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestranda do Curso de Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, [natashaseleidy@gmail.com](mailto:natashaseleidy@gmail.com);

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestranda do Curso de Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, [ingridgba2006@hotmail.com](mailto:ingridgba2006@hotmail.com);

<sup>3</sup> Engenheiro de Materiais, Graduado do Curso de Engenharia de Materiais da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, [ericktcandrade@gmail.com](mailto:ericktcandrade@gmail.com);

<sup>4</sup> Professor orientador: Mestre, Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ, [rosac12@hotmail.com](mailto:rosac12@hotmail.com).  
Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde/Redes (2013-2015) do Ministério da Saúde.

puramente médica ou a uma tragédia pessoal, e passou a ser também um campo que envolve vários aspectos (DINIZ, 2007; GESSER, 2010).

Em 1980, o modelo social já havia conquistado um grande respaldo político e acadêmico de suas ideias. Porém, neste ano foi publicada a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Limitação (ICIDH) que não contou com as contribuições do modelo social, sendo construída com base no modelo médico de deficiência. Os teóricos do modelo social da deficiência criticaram a ICIDH por ela apresentar a deficiência como um problema individual e não sociológico. O movimento provocado pelos teóricos do modelo social e pelos movimentos sociais das pessoas com deficiência foi politicamente importante para a revisão da ICIDH que ocorreu até final de 2001 e findou na publicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF (OMS, 2003; GESSER, 2010).

A partir da CIF, a deficiência vem deixando de ser vista como mera consequência de doenças para se tornar um fenômeno constituído por múltiplos determinantes, traduzindo-se numa tentativa de integrar os modelos médico e social de deficiência, ou seja, o modelo biopsicossocial. Neste contexto, a incapacidade não é um atributo apenas da pessoa, mas é consequência de várias relações e situações, onde fatores ambientais, aspectos sociais, familiares, físicos e econômicos ganham relevância (DI NUBILA, 2010).

A CIF começou a ganhar mais destaque na Fisioterapia em 2009, quando o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) por meio da resolução nº 370 de 6 de novembro de 2009, recomendou às Instituições de Ensino Superior (IES) a adoção da CIF nos cursos de graduação, pós-graduação e extensão em Fisioterapia e em Terapia Ocupacional.

Durante os 18 anos de criação da CIF, existem muitas pesquisas que comprovam a sua eficácia, porém existe ainda uma escassez quanto ao seu uso voltado às Pessoas com Deficiência Física. Desta forma, o objetivo principal desta pesquisa é avaliar Pessoas com Deficiência Física segundo as normas da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para conhecer os fatores ambientais que atuam como facilitadores ou barreiras para esse público.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, de corte transversal, do tipo observacional. Com relação ao método de procedimento, trata-se de uma abordagem quantitativa.

Participaram da referida pesquisa as pessoas com deficiência física pertencentes à área de abrangência de uma Unidade Integrada de Saúde, localizada no Município de João Pessoa –PB, pertencente ao Distrito Sanitário (DS) I. Segundo dados coletados pelo Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) Redes de Atenção à Pessoa com Deficiência UNIPÊ/MS no primeiro semestre de 2014 existem cerca de 147 Pessoas com Deficiência pertencente à Unidade Integrada de Saúde que envolve essa pesquisa, destes 39 apresentam deficiência física, os quais são a população deste estudo. A amostra do estudo foi não probabilística, composta por 10 voluntários. Esta pesquisa foi realizada no período de setembro a outubro de 2014.

Diante da proposta do estudo foram considerados inclusos pessoas com deficiência física de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com dois anos de diagnóstico médico. Foram excluídos aqueles que apresentarem associação de outros tipos de deficiência, caracterizando deficiência múltipla, os que não fornecerem informações suficientes para o estudo e os que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento de avaliação seguindo os padrões da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A primeira etapa a ser investigada nessa ficha foram as questões sócio-demográficas contendo: as iniciais do usuário, idade, gênero, data de nascimento, estado civil, grau de escolaridade, situação ocupacional atual, com o objetivo de coletar informações sobre os fatores pessoais os quais não são codificados na CIF, ainda foram indagadas informações quanto ao diagnóstico médico (CID-10), data do diagnóstico e o diagnóstico cinético funcional. A segunda etapa constituiu de um *checklist* dos códigos referentes aos componentes do modelo da CIF (funções e estruturas do corpo, atividade e participação, por fim fatores ambientais), a esses foram atribuídos qualificadores que referem o impacto da condição de saúde sobre os componentes supracitados.

Foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elucidando todas as etapas do estudo piloto e abrindo um espaço para que o voluntário (a) questionar e tirar suas dúvidas. O projeto está de acordo com os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, sendo aprovada através do CAAE: 31995514.5.0000.5176.

A análise dos dados foi realizada através da Estatística Descritiva com uso do programa estatístico SPSS for Windows versão 20.0. Onde foram calculadas medidas de frequência relativa (%) e absoluta (f) para todas as variáveis. Os resultados estão apresentados em tabelas.

## **DESENVOLVIMENTO**

A maioria de nós teremos uma deficiência ao longo da vida, seja ela temporária ou permanente. Aos que enfrentam o envelhecimento provam dificuldades cada vez maiores com relação a funcionalidade dos seus corpos. Para Teixeira (2010), o conceito de deficiência abrange um conjunto amplo de características. Podendo ser congênita ou ter surgido em outros momentos da vida, em função de doença ou até mesmo de acidentes. Sempre apresentam impactos mesmo que brandos na capacidade, interação com o meio físico e social ou ainda consequências maiores, que requerem apoio e assistências em maior proporção.

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no censo demográfico de 2010, apontam que 45.606.048 de brasileiros, ou seja, 23,9% da população total apresenta algum tipo de deficiência. A deficiência que apresentou maior ocorrência foi a visual, afetando 18,6% da população brasileira, já em segundo lugar está a deficiência motora ou física, ocorrendo em 7% da população. Entre os estados brasileiros, a maior incidência da deficiência ocorreu nos estados do Rio Grande do Norte (27,76%) e da Paraíba (27,58%), índices esses que ficaram bem acima da média nacional de 23,9% (IBGE, 2010).

As principais causas das deficiências são os fatores hereditários e genéticos; transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou da assistência inadequada às mulheres, aos partos e aos recém-nascidos. As doenças transmissíveis e crônicas não-transmissíveis; o abuso de álcool e de drogas, que gera violência na família, no trânsito e na comunidade; as perturbações psiquiátricas; a desnutrição; os traumas e as lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violências e de acidentes de trânsito; as más condições de vida que cercam as periferias das cidades e as áreas rurais (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010).

Para Brasil (2004) a deficiência física significa uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, que gera um comprometimento da função física, elas se apresentam nas diversas formas que serão expostas no decorrer do texto.

A paraplegia que significa uma perda total das funções motoras dos membros inferiores; a paraparesia que é a perda parcial das funções motoras dos membros inferiores; a



monoplegia é a perda total das funções motoras de um só membro, sendo este inferior ou superior; a monoparesia que é a perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou superior); a tetraplegia é a perda total das funções motoras dos membros superiores e inferiores; a tetraparesia é a perda incompleta das funções motoras dos membros superiores e inferiores; a triplegia que é a perda total das funções motoras em três membros; a triparesia é a perda incompleta das funções motoras em três membros; a hemiplegia é a perda total das funções motoras de um hemicorpo; a hemiparesia significa a perda parcial das funções motoras de um hemicorpo (GREGÓRIO; KRUEGER, 2013; RODRIGUES; CAPELLINI; SANTOS, 2014).

Amputação ou ausência de membro é o termo utilizado para definir a retirada total ou parcial de um membro, sendo um método de tratamento para diversas doenças. Mesmo assim, a amputação expõe o indivíduo a uma multiplicidade de desafios físicos e psicossociais como o uso de prótese, a dor, alterações na imagem corporal, podendo trazer prejuízos a esse funcionamento físico (BRASIL, 2013; RESENDE et al., 2011; SANTANA et al., 2014).

Paralisia Cerebral (PC) é uma causa comum de deficiência física nos primeiros anos da infância. Sendo descrita como lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras. Descreve ainda desordens definitivas no desenvolvimento do movimento e postura atribuído a um distúrbio não progressivo que ocorre durante o desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil, podendo contribuir para limitações no perfil de funcionalidade (BRASIL, 2013; ROTHSTEIN; BELTRAME, 2013; ZANINI; CEMIN; PERALLES, 2009).

O nanismo é uma condição determinada de forma genética geneticamente que provoca um crescimento esquelético anormal, resultando uma altura muito menor que a média de toda a população. No estado adulto, o nanismo acarreta em uma altura de cerca de 1m a 1,20m de altura. Do ponto de vista morfológico o nanismo está dividido em Nanismo (causado por alterações hormonais), onde o indivíduo tem uma estatura baixa e o tamanho dos seus órgãos mantém a mesma proporção; Nanismo Rizomélico (causado por mutações genéticas), onde o tamanho do indivíduo é muito menor que o normal e alguns dos seus órgãos apresentam um tamanho maior em relação à altura (RODRIGUES; CAPELLINI; SANTOS, 2014).

Ainda são incluídos como deficiência física os membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2004).

Para Brasil (2008) “a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas”. O que descreve Brasil (2008) pode ser contemplado na avaliação por meio do modelo proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) disposto na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), ou seja, um modelo de avaliação biopsicossocial e multidimensional.

O universo da CIF está embasado em domínios de saúde e domínios relacionados à saúde, onde o seu escopo divide-se em duas partes, sendo a primeira parte voltada à Funcionalidade e a Incapacidade apresentando os componentes que envolvem o sistema do corpo e a estrutura do corpo, assim como a atividade e a participação; já segunda parte dedica-se aos Fatores Contextuais, onde apresenta em seus componentes os fatores ambientais e os fatores pessoais (OMS, 2003).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A primeira parte da CIF é composta pelas áreas da Funcionalidade e da Incapacidade, que engloba dois componentes: um sobre as funções do corpo (funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, incluindo as funções psicológicas) e estruturas do corpo (partes anatômicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes), o outro destina-se as Atividades e Participação, onde inclui domínios que designa aspectos da funcionalidade, tanto na perspectiva individual como social (OMS, 2003).

Sua segunda parte engloba os Fatores Contextuais com os componentes Fatores Ambientais, o qual compõe o ambiente físico, social e atitudinal no qual as pessoas vivem e conduzem sua vida. Apresentando-se como fatores externos aos indivíduos, que podem ter uma influência positiva ou negativa sobre o seu desempenho como membros da sociedade em que vive, sobre a capacidade para executar ações ou tarefas, ou mesmo sobre uma função ou estrutura do corpo do indivíduo. O segundo componente dos Fatores contextuais refere-se aos Fatores Pessoais, os quais não estão codificados na CIF, devido à grande variação social e cultural associadas aos mesmos (OMS, 2003).

Os domínios de saúde e aqueles relacionados à saúde podem ser transcritos por via da seleção dos códigos apropriados, referentes à categoria desejada, através do acréscimo de qualificadores. Nessa classificação, os prefixos “b”, “s”, “d” e “e” identificam os

componentes Funções do corpo, Estruturas do corpo, Atividades e Participação e Fatores ambientais, respectivamente. Cada componente é organizado em capítulos e domínios.

**Tabela 1** – Lista dos capítulos da classificação de primeiro nível dos Fatores Ambientais.

<b>COMPONENTE</b>	Fatores Ambientais (e)
<b>CAPÍTULOS OU DOMÍNIOS</b>	<b>1</b> Produtos e Tecnologia <b>2</b> Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo ser Humano <b>3</b> Apoio e Relacionamentos <b>4</b> Atitudes <b>5</b> Serviços, Sistemas e Políticas
<b>QUALIFICADORES</b>	Facilitador ou Barreira

**Fonte:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, 2003.

A amostra da pesquisa foi de 10 voluntários com Deficiência física, os quais estão caracterizados segundo o perfil sociodemográfico a seguir. A faixa etária de maior prevalência foi dos 40 aos 59 anos de idade n=5 (50%), seguida da faixa etária dos 60 aos 79 anos de idade n=3 (30%), a faixa etária com menor prevalência foi de 20 aos 39 anos de idade n=2 (20%). Verificou-se ainda que a maioria era do sexo masculino (70%) n=7 e a minoria do sexo feminino (30%) n=3. Com relação ao estado civil, pouco mais da metade afirmaram ser solteiros (60%) n=6, seguidos dos casados (20%) n=2 e separados (20%) n=2. Diversos são os graus de escolaridade representados por esse grupo, mas sobressaem-se entre os deficientes físicos, aqueles com ensino fundamental incompleto (40%) n=4 e nenhum deles frequentou o ensino superior.

A pesquisa ainda revela que a maioria dos voluntários avaliados apresentam-se como aposentados (50%) n=5 em sua situação ocupacional atual, seguidos daqueles desempregados por razão de saúde (40%) n=4 e do lar (10%) n=1, respectivamente. A análise do diagnóstico médico por meio da CID, onde foram catalogadas as seguintes deficiências físicas: (20%) n=2 S32.0 Fratura de vértebra lombar que gerou uma paraparesia, (20%) n=2 G81.0 Hemiplegia flácida, (20%) n=2 S78.1 Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril, (10%) n=1 G82.0 Paraplegia flácida, (10%) n=1 G80.0 Paralisia Cerebral quadriplégica espástica, (10%) n=1 G80.2 Paralisia cerebral hemiplégica espástica e (10%) n=1 S88.1 Amputação traumática entre o joelho e o tornozelo. Agrupando estas lesões por tipos específicos, pode-se afirmar que as amputações e as plegias prevaleceram (30%) n=3 ambas.

Entre as queixas principais, encontramos em maior proporção a não deambulação (60%) n=6, seguida de dificuldades na marcha (30%) n=3 e apenas (10%) n=1 voluntário relatou não ter queixas.

No caso dos fatores ambientais, a escala assume um qualificador básico, que é o impacto facilitador ou barreira nas características do mundo físico, social e atitudinal sobre os componentes da funcionalidade e da incapacidade, sendo utilizada uma escala 0-4 e um sinal de “+” quando este for um facilitador (CIF, 2003).

Os qualificadores 0 (nenhuma barreira ou facilitador), 8 (barreira ou facilitador não especificado) e 9 (não aplicável) foram adaptados nos resultados no item nem facilitador, nem barreira, levando em consideração que o voluntário não conhecia o serviço, não precisava dos serviços ou não sabia quantificar como barreira ou facilitador.

É possível analisar a influência dos fatores ambientais no cotidiano da vida dos voluntários em termos de facilitadores e barreiras (Tabela 2).

**Tabela 2** – Frequência dos qualificadores para os Fatores Ambientais relatadas pelos voluntários da pesquisa. João Pessoa, PB.

Código	Descrição	Facilitador		Barreira		Nem facilitador, nem barreira (0,8,9)	
		n	%	n	%	n	%
<b>e1 Produtos e tecnologia</b>							
e110	Produtos para consumo pessoal	10	100	-	-	-	-
e115/e120	Produtos e tecnologia para uso pessoal e mobilidade na vida diária	7	70	3	30	-	-
e150/e155	Produtos e tecnologia usados em projetos, arquitetura e construção de edifícios para uso público/privado	-	-	10	100	-	-
<b>e2 Condições de moradia e mudanças ambientais</b>							
e210/e225/e230/e235	Nível de vulnerabilidade e risco social do território de moradia	-	-	-	-	-	-
<b>e3 Apoio e relacionamentos</b>							
e310/e315	Apoio e proteção da família	10	100	-	-	-	-
e325	Com conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	7	70	3	30	-	-
e340/e355	Com profissionais da saúde e cuidadores	9	90	1	10	-	-
<b>e4 Atitudes</b>							
e410/e415	atitudes preconceituosas de familiares	-	-	1	10	9	90
e425	atitudes de preconceito de membros da comunidade	-	-	4	40	6	60
<b>e5 Serviços, sistemas e políticas</b>							
e530	Serviços, sistemas e políticas dos serviços públicos	9	90	1	10	-	-
e540	Serviços, sistemas e políticas de transporte	-	-	10	100	-	-
e550	Serviços, sistemas e políticas legais	1	10	1	10	8	80
e580	Serviços, sistemas e políticas de saúde	6	60	4	40	-	-
e585	Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento	-	-	-	-	10	100



e598 Serviços, sistemas e políticas de assistência social	1	10	-	-	9	90
---	---	----	---	---	---	----

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No código e110 (produtos ou substâncias para consumo pessoal) e ocorreu uma unanimidade, pois 100% (n=10) afirmaram ser facilitador, já no e115/e120 (produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária e produtos e tecnologias para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos) 70% (n=7) afirmam ser facilitador e 30% (n=3) ser uma barreira, o que significa dizer que as órteses facilitam a funcionalidade trazendo maior independência, porém ainda existe uma dificuldade para aquisição das mesmas, esses fatores apontam para a fragilidade na provisão do serviço pelo SUS. Nos códigos e150/e155 (produtos e tecnologia usados em projetos, arquitetura e construção de edifícios para uso público e privado) 100% (n=10) dos voluntários afirmaram ser barreira, pois existe falta de planejamento de espaços urbanos e privados para circulação do deficiente físico (falta de asfalto, entulhos nas ruas, buracos, terrenos acidentados, falta de rampas).

Esse achado é confirmando na pesquisa de Toldrá e Souto (2014), onde eles explicam que essas condições adversas trazem limitações para desempenho ao provocar, insegurança, medo de cair ou atravessar a rua.

Com relação a e2 (ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano) nos códigos e210/e225/e230/e235 (geografia física, clima, desastres naturais, desastres causados pelo homem) 100% (n=10) afirmaram existir barreiras referentes a esses códigos, essa vulnerabilidade social está diretamente relacionada ao alto índice de violência urbana do bairro e as precárias condições de moradia.

No que se refere ao capítulo e3 (apoio e relacionamentos) nos códigos e310/e315 (família imediata e outros parentes) temos valores de prevalência de 100% (n=10) indicou como facilitadores, no código e325 (conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade) 70% (n=7) afirmam que esse apoio é um facilitador e 30% (n=3) uma barreira, e com relação ao e340/e355 (cuidadores, assistentes pessoais e profissionais de saúde), foram avaliados o apoio dos profissionais de saúde como um todo e não apenas os da Unidade Integrada de Saúde, assim as respostas obtidas foram 90% (n=9) afirmam ser facilitador e 10% (n=1) barreira.

Indicando que o apoio da família, de membros da comunidade e dos profissionais de saúde foram constantes e fundamentais para a superação das fases mais difíceis e cuidados diários.

Relacionado a categoria e4 (atitudes), foram avaliados a questão do preconceito com os códigos e410/e415 (atitude individuais de membros familiares imediatos e dos outros membros familiares), onde 10% (n=1) afirmou ser uma barreira, no código e425 (atitudes individuais de conhecidos, companheiros, vizinhos e membros da comunidade) 40% (n=4) afirmam ser barreira o preconceito sofrido, as outras respostas foram relacionadas ao preconceito não ser nem facilitador, nem barreira tendo em vista que nunca sofreram preconceito. Para Néri (2003), a questão da discriminação é um dos principais problemas para pessoas com deficiência e esses têm origem na sociedade, ou seja, decorrem de barreiras sociais e não das barreiras funcionais.

No que se refere ao Serviços, sistemas e políticas (e5), destacam-se os transportes e a saúde. No serviço de (e540) transporte público 100% (n=10) referiram ser barreira, levando em consideração que não existe transporte adaptado suficientes no bairro e cidade. No serviço de saúde (e580) 60% (n=6) referiram ser facilitador e 40% (n=4) ser barreira, foram relatadas demoras para encaminhamento especializado, falta de medicamento, falta de atendimento adequado.

De acordo com essa avaliação fica perceptível que a CIF apresenta um modelo que abrange todas as áreas (transporte, trabalho, acesso a serviços, família), não só a área de saúde, possibilitando uma interação dessas áreas.

A CIF permite o entendimento da situação diferenciada de incapacidade, tendo em vista que essas pessoas são influenciadas por contextos diferente. Daí a importância fundamental do contexto no desempenho das atividades e participação social das pessoas, sendo muitas vezes o objetivo de intervenção para melhoria do estado de funcionalidade ou para prevenir a incapacidade (ARAUJO, 2013).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foi perceptível nesse estudo que um tipo de deficiência física pode ser ocasionado por diferentes patologias. E que duas pessoas com as mesmas deficiências não têm, necessariamente, a mesma incapacidade.

A CIF pode ajudar a desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, com foco principal em suas necessidades, ainda traz as necessidade em serviços de saúde e nos serviços relacionados com a participação na educação, emprego ou engajamento a família e comunidade.

A CIF se mostrou como uma importante ferramenta que deve ser utilizada por equipe multidisciplinar, pois possui uma linguagem padronizada, permite uma abordagem integral e também uma atuação interdisciplinar padronizada, criando a partir do seu uso subsídios para elaboração de políticas e ações de saúde para esse público. Fica a ressalva para um treinamento que capacite os profissionais de saúde para o uso da CIF, por se tratar de um instrumento complexo.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E. S. CIF: Uma Discussão sobre Linearidade no Modelo Biopsicossocial. **Rev Fisioter S Fun**. Fortaleza, 2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 5.296, de 2 de Dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 3 de dezembro de 2004. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm)>. Acesso em: 22 Abril 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Epidemiologia das causas externas no Brasil**: morbidade por acidentes e violências. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa amputada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

DI NUBILA, H. B. V. Uma introdução à CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 2010.

DINIZ, Débora. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

GESSER, M. **Gênero, corpo e sexualidade**: processos de significação e suas implicações na constituição de mulheres com deficiência física. 2010. 296 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

GREGÓRIO, A.; KRUEGER, E. Influência da equoterapia no controle cervical e de tronco em uma criança com paralisia CEREBRAL. **Revista UNIANDRADE**, v. 14, n. 1, p. 65-75, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico 2010**. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: 2010.

NÉRI, M.C. **Retrato da deficiência no Brasil**. Rio de Janeiro: IBRE/FGV, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **CIF**: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp, 2003.

RESENDE, M. C. et al., Rede de relações e satisfação com a vida em pessoas com amputação de membros. **Ciências e Cognição/Science and Cognition**, v. 10, 2011.

RODRIGUES, L. dos S.; LIMA, R. H. da S., COSTA, L. C.; BATISTA, R. F. L. Características das crianças nascidas com malformações congênitas no município de São Luís, Maranhão, 2002-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, jun. 2014.

ROTHSTEIN J.R.; BELTRAME T. S. Características motoras e biopsicossociais de crianças com paralisia cerebral. **R. bras. Ci. e Mov**, 2013.

SANTANA, F. M. et al. Dependência Funcional em Amputados de Membros Inferiores Cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 8, n. 22, p. 84-94, 2014.

TEIXEIRA, M. C. A. **Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil**. 2010. 132 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo. 2010.

TOLDRÁ, R. C.; SOUTO, A. C. F. Fatores contextuais da CIF como ferramentas de análise das implicações da aquisição de deficiência física por pessoas atendidas pela Terapia Ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 347-359, 2014.

ZANINI, G.; CEMIN, N. F.; PERALLES, S. N. Paralisia Cerebral: causas e prevalências. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 22, n. 3, p. 375-381, jul./set. 2009.