



Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior

ISSN: 1414-4077

revistaavaliacao@uniso.br

Universidade de Sorocaba  
Brasil

de Oliveira Andrade, Peterson Marco

AVALIAÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES CONFORME A PERSPECTIVA  
BIOPSISSOCIAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior, vol. 15, núm. 2, julho, 2010, pp. 121-130

Universidade de Sorocaba  
Sorocaba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=219115782007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



# AVALIAÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES CONFORME A PERSPECTIVA BIOPSISSOCIAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE<sup>1</sup>

PETERSON MARCO DE OLIVEIRA ANDRADE\*

Recebido em: 07 de fevereiro de 2010

Aprovado em: 05 de abril de 2010

\*Mestre em Ciências da Saúde – Faculdade de Medicina da UFMG e Doutorado em Neurociências e Educação pela UFMG. Professor Assistente do Depto de Fisioterapia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM – Campus de Diamantina- MG – Brasil **E-mail:** petersonmarco@ufmg.br

**Resumo:** As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) envolvem as competências que cada curso deve desenvolver durante a formação dos acadêmicos. Porém, não há uma ferramenta para avaliar sistematicamente a atuação dos futuros egressos. **Objetivo:** Desenvolver uma checklist de avaliação dos estagiários de fisioterapia. **Métodos:** As regras de linking foram utilizadas para relacionar o conteúdo das DCN com a CIF. Em seguida foi definido um consenso entre os pesquisadores para a checklist de avaliação. **Resultados:** Foram selecionadas 13 subcategorias dos capítulos de atividade e participação relacionados com a aprendizagem e aplicação do conhecimento, tarefas e demandas gerais, comunicação, relações interpessoais e vida comunitária, social e cívica. **Considerações Finais:** O resultado do linking oferece uma fundamentação para avaliação conforme as exigências do MEC e a abordagem biopsicossocial preconizada pela OMS. Estudos são necessários para validar o instrumento desenvolvido e verificar a sua aplicabilidade e viabilidade em diferentes áreas da saúde e em diferentes populações.

**Palavras chaves:** Diretrizes curriculares. Avaliação. Estágio. Modelo biopsicossocial

## EVALUATION OF CURRICULUM GUIDELINES ACORDING TO THE BIOPSYCHOSOCIAL PERSPECTIVE OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)

**Abstract:** The National Curriculum Guidelines (NCG) involve the skills that each program should develop during the training of scholars. However, there is no tool to systematically assess the performance of future graduates. **Objective:** Develop a checklist for evaluating the trainees in physiotherapy. **Methods:** The rules of linking were used to relate the content of the NCG with ICF. Then a consensus was established among researchers for the evaluation checklist. **Results:** We selected 13 sub-chapters of activity and participation related to the learning and application of knowledge, general tasks and demands, communication, interpersonal relationships and community, social and civic life. **Final Considerations:** The results of linking provide a rationale for evaluation in accordance with the requirements of MEC and the biopsychosocial approach advocated by WHO. Studies are needed to validate the instrument developed and verify its applicability and feasibility in different health areas and in different populations.

**Key words:** Curriculum guidelines. Evaluation. Placement. Biopsychosocial model.

<sup>1</sup> O presente texto é inédito, não foi financiado por nenhuma agência de fomento à pesquisa e não apresenta conflitos de interesse. O resumo do trabalho foi apresentado no Congresso Nacional da ABENFISIO, em 2008, e ganhou Menção Honrosa. O trabalho foi apresentado em formato de pôster neste evento. Além disso, o presente trabalho foi premiado em Primeiro Lugar no IV Prêmio Mário Chaves: sobre a temática "Experiências inovadoras na formação" do VIII Congresso Nacional da Rede Unida em maio de 2009.



## INTRODUÇÃO

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde foi baseada no uso de metodologias conservadoras, com uma influência do mecanicismo de inspiração cartesiana-newtoniana, fragmentado e reducionista (CAPRA, 2006). Separou-se o corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética, os aspectos objetivos dos subjetivos, compartimentalizando o ser humano, conseqüentemente, o conhecimento em campos altamente especializados, em busca da eficiência técnica. (BEHRENS, 2005)

A formação dos profissionais de saúde não os capacita para um trabalho em equipe, sendo que cada profissão utiliza uma linguagem e termos técnicos específicos, o que dificulta o diálogo interdisciplinar. Por esse motivo, a atuação fragmentada, uniprofissional, com rígida divisão de trabalho, descontextualizada e centrada no “paradigma biomédico tradicional” ainda predomina nos serviços de saúde. (ALMEIDA; MISHIMA, 2001)

Maranhão (2003) afirma que é indispensável inserir na formação profissional o modelo de promoção da saúde estabelecido para o país, a atenção integral da saúde num sistema de referência e contra-referência e o trabalho em equipe. Para esse autor, é importante enfatizar na formação o desenvolvimento de qualidades técnicas e humanistas, fazendo com que o profissional seja capaz de trabalhar em conjunto com os outros profissionais da área de saúde. Os profissionais da saúde e a gestão do SUS precisam reconhecer a limitação da ação uniprofissional para uma atenção integral.

Os cursos de graduação da área da saúde devem seguir as Diretrizes Curriculares Nacionais publicadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNS) para a elaboração do projeto político pedagógico. Essas diretrizes envolvem as competências e habilidades gerais e específicas que cada curso deve desenvolver durante a formação dos acadêmicos. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Fisioterapia (DCNCF) exigem o desenvolvimento do estágio curricular sob a supervisão docente.

Conforme a Lei Federal 11.788 de 2008 estágio é “o ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam freqüentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos. O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para



a vida cidadã e para o trabalho” (BRASIL, 2008). Conforme as DCNCF as avaliações dos estagiários deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares tendo como referência as diretrizes curriculares. O percurso padrão que todos os alunos devem seguir é estabelecido por meio de três parâmetros: 1) o currículo escolar; 2) o método pedagógico do professor; 3) a forma de avaliação - três parâmetros que são comuns a todos os alunos. (PERRENOUD, 2000)

A Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO) desenvolveu Oficinas de Implementação das DCNCF em cooperação com a Organização Pan Americana da Saúde e o Ministério da Saúde/Departamento de Educação e Gestão em Saúde. O objetivo geral das oficinas foi contribuir para a mudança do enfoque da formação do fisioterapeuta. Um dos objetivos específicos das oficinas foram proporcionar a troca de experiências e a ampliação de debates sobre ensino-aprendizagem e prática educacional, sensibilizando os docentes e discentes sobre a importância da reformulação das práticas pedagógicas vigentes, por aquelas que valorizem o saber do estudante, estabelecendo uma participação ativa, reflexiva e crítica, e incentivando- os a transformar a realidade. O relatório técnico apresenta os resultados das 23 oficinas regionais realizadas em todas as regiões do Brasil - Norte (1), Nordeste (6), Centro-Oeste (2), Sul (4) e Sudeste (10). Uma das questões norteadoras das oficinas foi: “Como desenvolver a integração entre o SUS e formação acadêmica (projeto político, pedagógico: matriz curricular, metodologias de ensino e avaliação), considerando os diferentes interesses e necessidades dos serviços, ensino e da população?”. (ABENFISO, 2007)

O relatório da regional de Belo Horizonte apresenta a proposta de rompimento da visão de que estágio é treinamento técnico de teorias estudadas ao longo do curso e sugere a aplicação das habilidades e competências definidas nas DCNCF (ABENFISO, 2007). Por outro lado, o processo de avaliação do estagiário não foi destacado nos resultados das oficinas apesar a presença da questão norteadora sobre a integração entre o SUS e a formação acadêmica.

Não há uma ferramenta que seja utilizada de forma consensual para avaliar os acadêmicos durante o estágio curricular para verificar sistematicamente a atuação dos futuros egressos em consonância com as DCNCF. Diante desta lacuna na literatura o presente estudo apresenta a proposta de responder a seguinte questão: Como avaliar o estagiário seguindo as DCNCF como referência? Com o objetivo de responder esta questão o presente estudo apresenta a proposta de explorar o conteúdo das DCNCF seguindo a proposta biopsicossocial da Organização Mundial de Saúde (OMS) como referência.



## CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

Um dos objetivos da OMS é construir Classificações Internacionais de Saúde que sejam instrumentos padronizados para serem utilizados pelos gestores, gerentes, usuários e profissionais da saúde, visando à formulação de uma linguagem uniforme para as categorias da saúde e relacionadas à saúde (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Assim, os problemas encontrados pelos profissionais oriundos de formações distintas e empregando referenciais conceituais e metodológicos heterogêneos, podem ser superados por um modelo uniforme de classificação. A CIF foi elaborada para servir a várias disciplinas e diferentes setores em uma perspectiva biopsicossocial. Essa classificação apresenta os seguintes objetivos (OMS, OPAS 2003):

- Proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo da saúde e das condições relacionadas à saúde, de seus determinantes e efeitos;
- Estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde para melhorar a comunicação de diferentes usuários, como profissionais de saúde, pesquisadores, elaboradores de políticas públicas e o público;
- Permitir a comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas à saúde, entre os serviços e em diferentes momentos ao longo do tempo;
- Fornecer um sistema de codificação para os sistemas de informação de saúde;

Diante do desafio do trabalho em equipe, os profissionais devem operacionalizar suas ações por meio de uma linguagem uniforme para facilitar a comunicação de profissionais de diferentes categorias profissionais.

A CIF é composta por 30 capítulos (8 funções do corpo, 8 estruturas do corpo, 9 atividades e participação e 5 de fatores ambientais) que correspondem à classificação de 1º nível. Existem 362 categorias de segundo nível e no terceiro e quarto níveis, há até 1.424 códigos disponíveis. Em conjunto, essas categorias constituem a versão completa da CIF (OMS, 2003). Com o objetivo de orientar os usuários da CIF, a OMS elaborou uma lista genérica contendo as condições mais importantes a serem levantadas durante a atenção ao paciente. Essa *checklist* é composta por 152 categorias de segundo nível que representam os domínios mais relevantes da CIF e classifica 38 códigos de funções do



corpo, 20 códigos de estrutura do corpo, 57 de atividade e participação e 37 códigos de fatores ambientais.

Além desse instrumento, destaca-se o projeto de elaboração dos *core sets* para algumas condições crônicas. Os *core sets* representam as principais categorias da classificação para determinadas doenças crônicas (FARIAS; BUCHALLA, 2005), podendo ser denominados como um conjunto de categorias específicas e relevantes para o processo de avaliação do perfil funcional; sendo, portanto, a classificação nuclear para determinadas condições de saúde (ANDRADE; FERREIRA; HAASE, 2009). Os métodos utilizados para desenvolver os *core sets* da CIF envolveu um processo de decisão formal e um processo consensual integrado, evidenciando uma reunião preliminar de estudos e opinião de especialistas (CIEZA *et al.*, 2004). Os estudos preliminares envolveram a *Delphi exercise* que representa a opinião de especialistas, revisões sistemáticas utilizando-se de ensaios clínicos randomizados que representam a visão de pesquisadores e a coleta de dados empíricos (perspectiva dos usuários). (WEIGL *et al.*, 2004)

Allen *et al.* (2006) desenvolveram um estudo de caso para apresentar a relevância da CIF para a comunicação entre os profissionais da saúde. O modelo da CIF foi útil, pois apresenta uma estrutura e uma linguagem uniforme para ser aplicada pelos profissionais. Porém, não há estudos na literatura que apresentaram a proposta de desenvolver uma *checklist* ou *core sets* para avaliação dos acadêmicos em estágio seguindo as Diretrizes Curriculares como referência. Diante disso, o objetivo do presente estudo foi desenvolver o processo de *linking* entre a proposta biopsicossocial da OMS através da CIF e as habilidades e competências gerais e específicas definidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Fisioterapia e selecionar um conjunto de categorias para compor uma *checklist* de avaliação do estágio curricular supervisionado em saúde coletiva.

## MÉTODOS

As regras de *linking* foram utilizadas para relacionar as habilidades e competências estabelecidas nas DCNCF com a CIF. O *linking* foi realizado por dois pesquisadores de forma independente. O processo de *linking* foi realizado seguindo-se três passos. Primeiro os pesquisadores identificaram e extraíram os conceitos das competências e habilidades definidas nas DCNCF. Em seguida os conceitos extraídos foram relacionados com as categorias da CIF. Posteriormente, foi realizada uma reunião entre os pesquisadores para a apresentação dos resultados do *linking*. Em seguida foi definido um consenso entre os pesquisadores para a formulação de uma *checklist* de avaliação dos estagiários.



## RESULTADOS

As DCNCF definiram seis habilidades e competências gerais e dezessete habilidades e competências específicas. Em relação às habilidades e competências gerais (atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente) foram relacionadas com 07 categorias da CIF (primeiro e segundo nível). A equivalência entre as competências e habilidades gerais pode ser observada na Tabela 1.

**TABELA 1:** *Linking* entre a CIF e as competências e habilidades gerais conforme as DCNCF

COD	CATEGORIA DA CIF	COMPETÊNCIAS E HABILIDADES GERAIS
d220	Realizar tarefas múltiplas	I – Atenção à Saúde
d177	Tomar decisões	II- Tomada de decisões
d3	Comunicação	III- Comunicação
d240	Lidar com o estresse e outras demandas psicológicas	IV- Liderança
d175 d230	Resolver Problemas Realizar a rotina diária	V- Administração e gerenciamento
d155	Aquisição de habilidades	VI- Educação Permanente

As habilidades e competências específicas foram relacionadas com 08 categorias de primeiro ou segundo nível da CIF (relações formais, realizar tarefas múltiplas, direitos humanos, escrever, vida comunitária, social e cívica, realizar a rotina diária, conversação, aprendizagem e aplicação do conhecimento). A relação entre as competências e habilidades específicas pode ser observada na Tabela 2.

Após a realização do *linking* entre as DCNCF e a CIF foram selecionadas 13 subcategorias de segundo ou terceiro nível da CIF para compor uma *checklist* de avaliação do desempenho no estágio supervisionado em saúde coletiva. As categorias selecionadas são dos capítulos de atividade e participação relacionados com a aprendizagem e aplicação do conhecimento (tomar decisões, resolver problemas, aquisição de habilidades, ler, escrever), tarefas e demandas gerais (realizar tarefas múltiplas, lidar com o estresse e outras demandas psicológicas, realizar a rotina diária), comunicação (conversação, discussão), relações e interações interpessoais (interações interpessoais básicas, relações formais com autoridades e com pares) e vida comunitária, social e cívica (vida política e cidadania).



AVALIAÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES CONFORME A  
PERSPECTIVA BIOPSISSOCIAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

**TABELA 2: *Linking* entre a CIF e as competências  
e habilidades específicas conforme as DCNCF**

<b>COD</b>	<b>CATEGORIA DA CIF</b>	<b>COMPETÊNCIAS E HABILIDADES ESPECÍFICAS</b>
d740	Relações Formais	I- respeitar os princípios éticos inerentes à profissão.
d220	Realizar tarefas múltiplas	II- atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o.
d220	Realizar tarefas múltiplas	III- atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética.
d220	Realizar tarefas múltiplas	IV- reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência;
d940	Direitos Humanos	V- contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;
d220	Realizar tarefas múltiplas	VI- realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da fisioterapia, em toda a sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica.
d170	Escrever	VII- elaborar criticamente o diagnóstico cinético funcional e a intervenção fisioterapêutica, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do fisioterapeuta, sendo capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação profissional seja necessária.
d9	Vida Comunitária, Social e Cívica	VIII- exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
d230	Realizar a rotina diária	IX- desempenhar atividades de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde públicos ou privados, além de assessorar, prestar consultorias e auditorias no âmbito de sua competência profissional;
d170	Escrever	X- emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;
d350	Conversação	XI- prestar esclarecimentos, dirimir dúvidas e orientar o indivíduo e os seus familiares sobre o processo terapêutico;
		XII- manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;
d220	Realizar tarefas múltiplas	XIII- encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais relacionando e estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde;
		XIV- manter controle sobre a eficácia dos recursos tecnológicos pertinentes à atuação fisioterapêutica garantindo sua qualidade e segurança;
d1	Aprendizagem e aplicação do conhecimento	XV- conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;
d1	Aprendizagem e aplicação do conhecimento	XVI- conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Fisioterapia;
d1	Aprendizagem e aplicação do conhecimento	XVII- seus diferentes modelos de intervenção.



## DISCUSSÃO

As diretrizes curriculares nacionais para os cursos da graduação na área da saúde representaram um substancial avanço para fundamentar os projetos pedagógicos das instituições de ensino. A formação acadêmica apesar das recomendações das diretrizes curriculares permanece centrada no modelo biomédico de atenção à saúde. A valorização extrema das especializações, da tecnologia, da cura da doença, do estudo da fisiopatologia, da prescrição de medicamentos, exames, técnicas e procedimentos (qualidades técnicas) e a negligência dos aspectos subjetivos do indivíduo e de suas relações sociais (qualidades humanas) são algumas das características do modelo biomédico que norteiam a prática dos profissionais de saúde. A reflexão humanística não enfoca somente problemas e necessidades biológicas, mas abrange as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos humanos existentes nas ações relativas à atenção à saúde. (FORTES, 2004)

A avaliação dos acadêmicos na prática clínica durante as atividades de estágio são centradas na prescrição correta de procedimentos e pouco na capacidade do estagiário resolver problemas e propor soluções clínico-sociais (capacidade de transformar a realidade). Por isso, apesar das orientações das diretrizes curriculares e das determinações dos projetos pedagógicos dos cursos as avaliações dos estagiários permaneceram valorizando exclusivamente o treinamento técnico e não as relações humanas e o exercício da cidadania. Esta prática comum pode estar ainda presente pelo motivo na carência de instrumentos de avaliação para orientar o processo de supervisão de estágio.

Diante deste cenário podemos considerar que a construção de uma *checklist* de avaliação dos estagiários conforme as recomendações das diretrizes curriculares e do modelo biopsicossocial da OMS como uma alternativa para operacionalizar uma formação centrada nos princípios do SUS (integralidade, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas) e nas diretrizes da Política Nacional de Humanização. (BRASIL, 2004)

O resultado do *linking* entre a CIF e as Diretrizes Curriculares ofereceu uma fundamentação para a construção de uma *checklist* para a avaliação dos estagiários conforme as exigências do MEC e em consonância com a abordagem biopsicossocial preconizada pela OMS. A elaboração de métodos quantitativos e qualitativos para a avaliação dos estagiários em campo poderá integrar as orientações das diretrizes curriculares para o desenvolvimento não apenas do projeto pedagógico como também dos processos de avaliação pelos quais os estagiários são submetidos. Estudos são necessários para validar o instrumento desenvolvido e verificar a sua aplicabilidade e viabilidade em diferentes áreas da saúde e em diferentes populações.



## REFERÊNCIAS

- ALLEN, C. M. *et al.* A conceptual model for interprofessional education: the international classification of functioning, disability, and health (ICF). **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 20, p. 235-245, 2006.
- ALMEIDA, M. C. .P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, São Paulo. v. 5, n. 9, p. 150-153, 2001.
- ALMEIDA, M. J. (Org.). **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.
- ANDRADE, P. M. O.; FERREIRA, F. O.; HAASE, V. G. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) e o trabalho interdisciplinar no Sistema Único de Saúde (SUS). In: HAASE, V. G.; PENNA, F. (Org.). **O enfoque biopsicossocial à saúde da criança e do adolescente**. Belo Horizonte: COOPMED, 2009.
- ABENFISIO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO EM FISIOTERAPIA - **Oficinas de implementação das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de fisioterapia**: Projeto de Cooperação Técnica OPAS/DEGES/MS – ABENFISIO. Brasília, 2007. Relatório técnico.
- BEHRENS, M. A. **O paradigma emergente e a prática pedagógica**. Petrópolis: Vozes; 2005.
- BRASIL. **Lei nº 11.788** de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre a regulamentação dos estágios. Brasília, DF, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política nacional de humanização. Brasília, DF, 2004.
- CAPRA, F. **O ponto da mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix; 2006.



CIEZA, A. *et al.* Development of ICF core sets for patients with chronic conditions. **J Rehabil Méd**; Uppsala, Sweden v. 36, p. 9-11, Aug. 2004. Supplement 44.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. S. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, p. 187-193, 2005.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, dez. 2004 .

MARANHÃO, E. A Construção coletiva das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: ALMEIDA, M. J. (Org.). **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; OPAS - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.

PERRENOUD, P. **A pedagogia na escola das diferenças**: fragmentos de uma sociologia do fracasso. Porto Alegre: Artmed, 2000.

WEIGL M. *et al.* Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a delphi exercise. **J Rehabil Med**; Uppsala, Sweden . v. 36, p. 12-21, Aug. 2004. Supplement 44.