

## Fatores associados ao uso clínico da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde por fisioterapeutas: estudo survey exploratório

### *Factors associated with the clinical use of the International Classification of Functioning, Disability and Health by physical therapists: an exploratory survey*

 Fernanda Moura Vargas Dias<sup>1</sup>,  Bruna Emanuela Moraes de Souza Albuquerque<sup>1</sup>,  Amanda Aparecida Oliveira Leopoldino<sup>2</sup>,  Fernando Rodrigues Gabler<sup>1</sup>,  Lucas Rodrigues Nascimento<sup>1</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** Identificar os fatores contextuais (i.e., fatores pessoais e fatores relacionados ao trabalho) associados ao uso clínico da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) por fisioterapeutas. **Métodos:** Foi realizado um estudo exploratório do tipo survey. O questionário “Barreiras pessoais e ambientais para implementação da CIF por fisioterapeutas” foi enviado aos fisioterapeutas do Espírito Santo, Brasil. Análise de regressão logística foi usada para explorar associações entre características pessoais e organizacionais com educação, atitudes, crenças, interesses, percepção de suporte e disponibilidade de recursos no ambiente de trabalho para uso da CIF na prática clínica. **Resultados:** A taxa de resposta para a maioria das análises foi 46% (n= 59). Seis características explicaram 35% da variação associada a interesses, atitudes e crenças para o uso da CIF ( $X^2= 16.6$ ,  $p= 0.01$ ). Três características explicaram 24% da variação associada à educação para o uso da CIF ( $X^2= 8.9$ ,  $p= 0.03$ ). Três características explicaram 61% da variação associada à percepção de suporte e disponibilidade de recursos para o uso da CIF ( $X^2= 30.5$ ,  $p<0.01$ ). A barreira mais citada foi dificuldade ao aplicar a CIF para avaliar pacientes (62%). **Conclusão:** Os fisioterapeutas possuem atitudes positivas em relação ao uso da CIF, mas a grande maioria não recebeu formação acadêmica adequada e reporta autoeficácia insuficiente para seu uso na prática clínica. É necessária a adoção de uma infraestrutura organizacional que endosse o uso clínico da CIF alinhada à modificação nos currículos de formação e capacitação continuada.

**Palavras-chaves:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Fisioterapeutas, Capacitação Profissional

#### ABSTRACT

**Objective:** To identify the contextual factors (i.e., personal, and work-related factors) associated with the clinical use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) by physical therapists. **Method:** A cross-sectional exploratory survey was carried out. The questionnaire “Personal and environmental barriers for the implementation of the ICF by physical therapists” was mailed to physical therapists living in Espírito Santo, Brazil. Logistic regression analysis was used to explore associations between personal and work-related characteristics with education, attitudes, beliefs, interest, and perception related to work resources for applying the ICF. **Results:** The response rate for most analyses was 46% (n= 59). Six characteristics explained 35% of the variance associated with interests, attitudes, and beliefs for the use of the ICF ( $X^2= 16.6$ ,  $p= 0.01$ ). Three characteristics explained 24% of the variance associated with education for the use of ICF ( $X^2= 8.9$ ,  $p= 0.03$ ). Three characteristics explained 61% of the variance associated with the perception of support and availability of resources for the use of the ICF ( $X^2= 30.5$ ,  $p<0.01$ ). The most cited barrier was difficulty in applying the ICF for assessments of patients (62%). **Conclusions:** Physical therapists have positive attitudes towards the use of ICF, but most respondents did not receive satisfactory academic training and reported insufficient self-efficacy for using ICF in clinical practice. The adoption of an organizational infrastructure that endorses the clinical use of the ICF in association with an updated and continued education is required.

**Keywords:** International Classification of Functioning, Disability and Health, Physical Therapists; Professional Training

<sup>1</sup> Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

<sup>2</sup> Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – FCMMG

#### Correspondência

Lucas Rodrigues Nascimento  
E-mail: [prof.lucasnascimento@gmail.com](mailto:prof.lucasnascimento@gmail.com)

Submetido: 16 Fevereiro 2021

Aceito: 11 Maio 2021

#### Como citar

Dias FMV, Albuquerque BEMS, Leopoldino AAO, Gabler FR, Nascimento LR. Fatores associados ao uso clínico da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde por fisioterapeutas: estudo survey exploratório. Acta Fisiatr. 2021;28(1):36-42.



10.11606/issn.2317-0190.v28i1a181986



©2021 by Acta Fisiátrica

Este trabalho está licenciado com uma licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

## INTRODUÇÃO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aprovada em 2001, pertence à família de classificações internacionais desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde. O modelo proposto abarca conhecimentos dos modelos médico e social, combinando-os em uma abordagem biopsicossocial que integra as dimensões biológica, individual e social de saúde e funcionalidade.<sup>1</sup> A CIF propõe a compreensão de saúde e funcionalidade por meio de relações não-lineares entre as estruturas e funções corporais, as atividades do dia a dia e os fatores contextuais, i.e., pessoais e ambientais, que influenciam a participação social.<sup>2,3</sup> Nesse contexto, a funcionalidade é um componente da saúde e o ambiente pode se apresentar como um facilitador ou uma barreira para o desempenho das atividades.<sup>4</sup>

A resolução 54.21/2001 da Organização Mundial da Saúde recomenda a seus países membros que a CIF seja utilizada por todos os profissionais da saúde.<sup>5</sup> No Brasil, o Ministério da Saúde<sup>6</sup> endossou a implementação da CIF no Sistema Único de Saúde e o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFITTO), por meio da Resolução Nº 370/2009, estabelece que a CIF seja utilizada como ferramenta clínica para avaliação, diagnóstico e elaboração do tratamento fisioterapêutico multidimensional.<sup>7</sup>

Embora o uso da CIF seja nacional e internacionalmente recomendado, há poucas informações sistematizadas sobre sua utilização na prática clínica ou sobre as dificuldades que permeiam seu uso. Estima-se que são necessários aproximadamente 20 anos para que 15% das pesquisas científicas sejam convertidas em benefício aos pacientes.<sup>8</sup> Compreender a utilização da CIF na prática clínica e identificar os fatores contextuais que limitam seu uso pode ajudar a implementar estratégias efetivas visando estreitar o tempo entre conceituação teórica e prática profissional.

Duas revisões sistemáticas investigaram os objetivos e características dos estudos que incluíam a CIF em seu desenho metodológico. A maioria dos estudos incluídos nas revisões (60 a 90%) apresentava descrição conceitual da CIF em contextos clínicos ou análises de sua associação a instrumentos de medida existentes.<sup>2,9</sup> Os demais estudos a utilizavam para nortear a seleção dos desfechos em estudos clínicos (10 a 30%) ou apenas mencionavam a classificação (10%).<sup>2,8</sup> Mais recentemente, um estudo<sup>10</sup> avaliou o perfil e percepções de 1313 fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais profissionais da saúde sobre a CIF.

A maioria dos profissionais entrevistados acredita que o uso da CIF é viável (80%), mas apenas 50% aprenderam os conceitos da classificação na graduação e 25% afirmam utilizá-la na prática clínica. Embora o estudo seja importante para a compreensão da CIF sob a perspectiva dos profissionais de saúde, não foram pesquisadas as barreiras que limitam sua utilização.

## OBJETIVO

Identificar os fatores contextuais (i.e., fatores pessoais e fatores relacionados ao trabalho) associados ao uso da CIF na prática clínica de fisioterapeutas. As perguntas específicas foram:

1. Qual o percentual de fisioterapeutas que concorda ou discorda de afirmativas relacionadas à educação, crenças e atitudes, e interesse para utilização da CIF na prática clínica?
2. Quais são os fatores contextuais associados a interesses, atitudes e crenças para uso da CIF na prática clínica?
3. Quais são os fatores contextuais associados à educação para uso da CIF na prática clínica?
4. Quais são os fatores contextuais associados à percepção de suporte e disponibilidade de recursos no ambiente de trabalho para uso da CIF na prática clínica?
5. Qual a autoeficácia de fisioterapeutas para implementação da CIF na prática clínica e quais barreiras limitam a implementação?

## MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal exploratório, do tipo survey. Os dados foram obtidos por meio de um questionário online elaborado por um comitê de especialistas, composto por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Quinze profissionais com reconhecido conhecimento sobre a CIF foram consultados antes do estabelecimento da versão final do questionário.

O questionário foi desenvolvido em um sistema de enquetes da Universidade Federal do Espírito Santo, específico para criação e aplicação de questionários eletrônicos. A versão final do questionário foi enviada aos fisioterapeutas do Estado do Espírito Santo com auxílio do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da região (CREFITO-15). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (Parecer nº 2.735.199) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi desenvolvido o “Questionário de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): barreiras pessoais e ambientais para implementação da CIF por fisioterapeutas” (Material suplementar) para investigação dos fatores contextuais associados ao uso da CIF na prática clínica.

As questões foram baseadas em questionários prévios: “*Practitioner and Organizational Barriers to Evidence-based Stroke Rehabilitation*” e “*Evidence-based practice self-efficacy scale*”<sup>11,12</sup> e a versão final foi validada por meio da técnica Delphi.<sup>13-15</sup> Essa técnica consiste em método iterativo de estimativa, capaz de estabelecer a validade de conteúdo de instrumentos, ao analisar de forma sistemática, as opiniões de especialistas em um determinado assunto.<sup>16</sup> São realizadas rodadas de análises do conteúdo teórico, nas quais os especialistas compartilham suas respostas até que o grupo entre em um consenso.<sup>14,15</sup>

O desenvolvimento do presente questionário foi concluído em três rodadas. A primeira versão do questionário foi enviada a 18 profissionais de saúde (17 fisioterapeutas e um terapeuta ocupacional; 67% doutores e 33% especialistas). O questionário possuía 43 perguntas distribuídas em três seções. Em cada pergunta, os profissionais de saúde tinham a opção de marcar “sim”, caso julgassem que o item era pertinente e estava apropriadamente redigido, ou “não”, podendo sugerir modificações. O prazo para retorno do questionário aos pesquisadores foi fixado em três semanas. E-mails semanais foram enviados visando aumentar a motivação e taxa de

participação. Após três semanas, 18 profissionais de saúde (100%) retornaram os questionários preenchidos, sendo que 11 (61%) solicitaram modificações.

As sugestões foram consideradas para reajustar o questionário e formular a segunda rodada. A segunda versão do questionário foi enviada aos 18 profissionais de saúde que participaram da primeira rodada. A nova versão possuía 39 perguntas distribuídas em três seções. Os procedimentos seguiram o protocolo relatado na primeira rodada. Após três semanas, 17 profissionais de saúde (94%) retornaram os questionários preenchidos, sendo que 8 (47%) solicitaram novas modificações.

A terceira versão foi enviada aos 18 profissionais de saúde que participaram da rodada inicial. A nova versão possuía 39 perguntas distribuídas em três seções. Os procedimentos seguiram o protocolo relatado nas rodadas anteriores. Após três semanas, 17 profissionais de saúde (94%) retornaram os questionários preenchidos, sendo que nenhum solicitou modificações. Após a conclusão da terceira rodada, os profissionais de saúde receberam um e-mail agradecendo a participação no estudo.

A versão final do questionário tem, portanto, 39 questões didaticamente divididas em três seções: Seção A - atitudes (cinco itens), interesses (um item), educação (quatro itens) e autoeficácia (seis itens) para uso clínico da CIF; Seção B - percepção de suporte e disponibilidade de recursos no ambiente de trabalho para uso da CIF (sete itens); e Seção C - características pessoais e da prática clínica do fisioterapeuta.

As opções de resposta para itens relacionados à presença de recursos e suporte foram "sim", "não" e "não sei". Para os itens relacionados a atitudes, crenças e interesses, os entrevistados indicaram seu nível de concordância em uma escala Likert de cinco pontos com as seguintes opções de resposta: "concordo parcialmente", "discordo", "neutro", "concordo" e "concordo parcialmente". Nas afirmações sobre educação, as opções de resposta foram "sim" e "não". As perguntas sobre autoeficácia foram distribuídas em seis tópicos, nos quais o entrevistado indicava o seu nível de confiança e habilidade para uso da CIF, em uma escala de 0 a 10 (sendo 0 nenhuma confiança/habilidade e 10 máxima confiança/habilidade). Um item adicional foi utilizado para que os respondentes indicassem as três maiores barreiras para o uso da CIF.

Foram considerados elegíveis para participação no estudo, fisioterapeutas que preenchessem os seguintes critérios de inclusão: (1) possuir registro ativo no conselho profissional; (2) realizar atendimento fisioterapêutico em pacientes; (3) possuir tempo de atuação profissional superior a dois anos. Os potenciais participantes foram recrutados por e-mails enviados aos fisioterapeutas registrados no CREFITO-15.

As informações da pesquisa foram, também, publicadas no sítio eletrônico do CREFITO-15 e em mídias digitais, e.g., instagram, facebook, com o objetivo de aumentar a visibilidade. O acesso ao e-mail direcionava os participantes ao sítio eletrônico da Universidade Federal do Espírito Santo, no qual estavam presentes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o questionário de pesquisa. A amostra final foi composta pelos fisioterapeutas que responderam ao questionário e relataram realizar atendimentos fisioterapêuticos.

Indivíduos elegíveis, que retornaram o questionário com todos os itens não respondidos ou apenas com o primeiro item respondido, foram considerados como recusas.<sup>12</sup>

Estatísticas descritivas foram usadas para relatar as características dos participantes. A prevalência dos fatores contextuais foi estimada usando porcentagens. Para responder à questão 1 (percentual de fisioterapeutas que concordam/discordam das afirmações relacionadas à CIF), as categorias de respostas disponíveis foram combinadas da seguinte forma: para as declarações com afirmações positivas, as categorias "concordo parcialmente" e "concordo" foram combinadas na categoria "concordo", e as categorias "discordo parcialmente", "discordo" e "neutro" foram combinadas na categoria "discordo".

Para as declarações com afirmações negativas, as categorias "discordo parcialmente" e "discordo" foram combinadas na categoria "discordo" e as categorias "concordo parcialmente", "concordo" e "neutro" foram combinadas na categoria "concordo". Para itens com as categorias de respostas "sim", "não" e "não sei", as duas últimas categorias foram combinadas com base no pressuposto de que o efeito de não saber sobre a presença de um recurso tem o mesmo efeito de não ter/usar o recurso.<sup>11,12</sup>

Para responder às questões 2 (fatores contextuais associados a interesses, atitudes e crenças para uso da CIF na prática clínica), 3 (fatores contextuais associados à educação para uso da CIF na prática clínica) e 4 (fatores contextuais associados à percepção de suporte e disponibilidade de recursos no ambiente de trabalho para uso da CIF na prática clínica), foram realizadas análises de regressão logística. As respostas dos participantes em relação ao uso da CIF foram classificadas como variáveis dependentes e os fatores contextuais como variáveis independentes.

As variáveis dependentes e independentes foram combinadas em categorias. Foram incluídas nas análises apenas as variáveis que apresentaram correlação significativa ( $\alpha < 0,10$ ). Dada a natureza exploratória do estudo, as análises foram realizadas sem ajustes para possíveis fatores de confusão.<sup>12</sup>

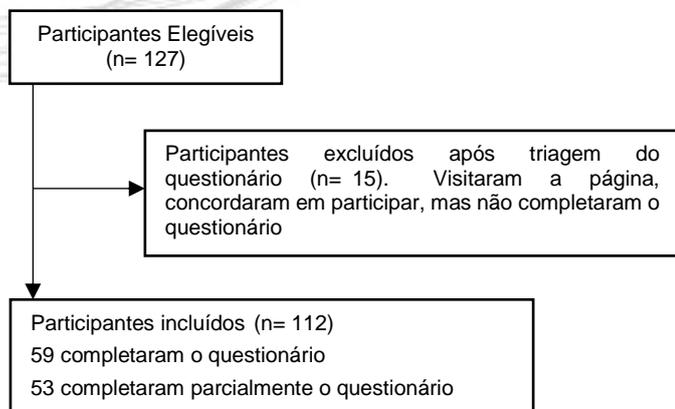
Para responder à questão 5 (autoeficácia de fisioterapeutas para implementação da CIF na prática clínica e quais barreiras limitam a implementação), estatísticas descritivas (média, desvio-padrão e variação) foram utilizadas para apresentar as taxas de autoeficácia e a porcentagem de respondentes que indicaram cada uma das barreiras foi utilizada para apresentar as barreiras. Todas as análises foram realizadas utilizando o programa SPSS Statistics, versão 26.0.

## RESULTADOS

### Fluxo de questionários, características dos entrevistados, disponibilidade de recursos e suporte para promover o uso da CIF

Os questionários foram enviados aos fisioterapeutas entre julho de 2019 e setembro de 2019. Dentre 127 fisioterapeutas elegíveis, 15 (12%) visitaram a página eletrônica, concordaram em participar, mas não responderam às perguntas. A taxa de resposta foi, portanto, 88% (112/127 indivíduos). No entanto, apenas 59 indivíduos (53%) responderam todas as perguntas e

53 (46%) responderam parcialmente ao questionário. A taxa de resposta para a maioria das análises foi, portanto, 46% (59/127 indivíduos). A Figura 1 ilustra o fluxo de participantes no estudo.



**Figura 1.** Fluxo de participantes no estudo

A Tabela 1 apresenta as características dos participantes. Os entrevistados tinham entre 22 e 64 anos de idade (média 34 anos; desvio-padrão [DP] 8) e 75% eram mulheres. Em média, possuíam 10 anos (DP 8) de experiência clínica e a maioria dos entrevistados possuía especialização como mais alto nível de titulação (73%).

**Tabela 1.** Características dos entrevistados e suas práticas (n= 59)

Características	N= 59
Idade (anos), média (DP)	34 (8)
Sexo, n mulheres (%)	44 (75)
Prática clínica (anos), média (DP)	10 (8)
Supervisiona estudantes de fisioterapia, n sim (%)	26 (46)
Trabalha em instituição de ensino, n sim (%)	28 (48)
Membro de equipe multiprofissional, n sim (%)	38 (65)
Participa de atividades de pesquisa, n sim (%)	32 (54)
Local de trabalho possui pesquisa, n sim (%)	23 (39)
<b>Formação acadêmica quando começou trabalhar</b>	
n Bacharelado ou Especialização (%)	44 (75)
n Mestrado ou Doutorado (%)	15 (25)
<b>Titulação máxima</b>	
n Bacharelado ou Especialização (%)	43 (73)
n Mestrado ou Doutorado (%)	16 (27)
<b>Horas de trabalho por semana</b>	
n ≤ 20 horas semanais (%)	18 (33)
n 21-30 horas semanais (%)	13 (23)
n > 30 horas semanais (%)	24 (44)
<b>Número de pacientes que atende por dia</b>	
n ≥ 5 pacientes (%)	11 (20)
n = 6-15 pacientes (%)	26 (47)
n > 15 pacientes (%)	18 (33)
<b>Região de trabalho</b>	
n Urbano (%)	57 (97)
n Rural (%)	2 (3)
<b>Local de trabalho</b>	
n Hospital (%)	18 (31)
n Clínica/Centro de reabilitação (%)	27 (46)
n Unidade básica de saúde/centros comunitários (%)	5 (8)
n Residência particular/domicílio (%)	4 (7)
n Universidade/instituição de ensino (%)	5 (8)

Em relação às características do trabalho, a maioria dos entrevistados trabalhavam em localidades urbanas (97%), em clínicas/centros de reabilitação (46%), mais de 30 horas por semana (44%), prestando serviços de seis a quinze pacientes por semana (47%).

A maioria dos entrevistados são membros de uma equipe multiprofissional (65%) e participam de atividades de pesquisa (54%). O local de trabalho da maioria dos fisioterapeutas entrevistados não realiza pesquisa científica (61%) e não é categorizado como uma instituição de ensino (52%).

Em relação à disponibilidade de recursos no ambiente de trabalho para o uso da CIF, a maioria dos entrevistados relatou não ter acesso à CIF no local de trabalho (61%), mas consegue acessar em casa ou outros locais (53%). Na maioria das vezes, o local de trabalho não exige avaliações fisioterapêuticas no modelo da CIF (86%), não fornece apoio financeiro para participação em reuniões educacionais e conferências (88%), e não, explicitamente, apoia o uso da CIF (64%) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Disponibilidade de recursos e suporte para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (n= 59)

Item	Respostas		
	n	Sim (%)	Não (%)
No meu local de trabalho eu tenho acesso à CIF (e.g., livros, internet, aplicativos, revistas)	59	39	61
No meu local de trabalho eu tenho acesso a recursos para aprendizado/utilização da CIF	57	53	47
Eu consigo acessar a CIF em minha casa ou locais que não sejam meu trabalho	56	86	14
Meu local de trabalho obriga o uso de avaliação fisioterapêutica embasada nos componentes da CIF	58	14	86
Meu local de trabalho fornece tempo reservado para estudos / aperfeiçoamento relacionados à CIF	56	20	80
Meu local de trabalho fornece apoio financeiro para reuniões educacionais e conferências	57	12	88
Meu local de trabalho apoia o uso da CIF na prática clínica	59	36	64

### Percentual de fisioterapeutas que concordam ou discordam de afirmações relacionadas à educação, atitudes, crenças e interesse para o uso da CIF

A maioria dos fisioterapeutas entrevistados acredita que a CIF é necessária na prática clínica (85%), ajuda a tomar decisões sobre o atendimento ao paciente (80%), facilita a comunicação (92%) e tem interesse em incorporar o uso da CIF em sua prática clínica (96%). Entretanto, a maioria dos entrevistados não conheceu a CIF durante a graduação (62%) e não recebeu treinamento formal sobre os fundamentos na CIF (66%), sobre o sistema de codificação (82%) ou sobre os componentes estruturais (74%).

Ademais, a maioria acredita que a utilização da CIF na prática clínica impõe uma demanda excessiva aos fisioterapeutas (69%) e que ainda há um distanciamento entre a CIF e a prática clínica (78%). Informações detalhadas são fornecidas na Tabela 3.

**Tabela 3.** Educação, atitudes e crenças, e interesse no uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (n= 73)

Item	Respostas		
	n	Concordo(%)	Discordo(%)
<b>Educação</b>			
O meu primeiro contato com a CIF ocorreu durante a graduação de fisioterapia	60	38	62
Eu recebi treinamento formal sobre os fundamentos da CIF e sua utilização na prática clínica	61	34	66
Eu recebi treinamento formal para utilização dos componentes estruturais e terminologia da CIF	61	26	74
Eu recebi treinamento formal para utilização do sistema de codificação da CIF na prática clínica	60	18	82
<b>Atitudes/crenças</b>			
A aplicação da CIF é necessária na prática clínica do fisioterapeuta	72	85	15
A CIF me ajuda a tomar decisões sobre o atendimento ao paciente	71	80	20
A utilização da CIF na prática clínica impõe uma demanda excessiva aos fisioterapeutas	71	69	31
Há um distanciamento entre a CIF e a prática clínica do fisioterapeuta, o que dificulta a sua aplicabilidade	72	78	22
A CIF facilita a comunicação e troca de informações entre seus diferentes utilizadores	73	92	8
<b>Interesse</b>			
Eu tenho interesse em aprender ou melhorar as habilidades necessárias para o uso da CIF	73	96	4

**Fatores contextuais (i.e., pessoais e do ambiente de trabalho) associados a interesses, atitudes e crenças para uso da CIF na prática clínica**

Uma característica pessoal (sexo,  $p= 0,07$ ) e cinco características do trabalho (acesso à CIF no local de trabalho,  $p= 0,02$ ; acesso a recursos online no local de trabalho,  $p= 0,06$ ; local de trabalho determinar avaliação fisioterapêutica no modelo da CIF,  $p= 0,01$ ); tempo reservado para estudos no local de trabalho,  $p= 0,04$ ; apoio no trabalho para o uso da CIF,  $p= <0,01$ ) foram significativamente associadas a interesses, atitudes e crenças para o uso da CIF na prática clínica. Em conjunto, essas características explicaram 35% da variação associada a interesses, atitudes e crenças para o uso da CIF ( $X^2= 16.6$ ,  $p= 0.01$ , Nagelkerke  $R^2= 0.35$ ).

**Fatores contextuais (i.e., pessoais e do ambiente de trabalho) associados à educação para uso da CIF na prática clínica**

Uma característica pessoal (sexo,  $p= 0,02$ ) e duas características do trabalho (acesso à CIF no local de trabalho,  $p= 0,05$ ; supervisionar alunos de fisioterapia,  $p= 0,07$ ) foram significativamente associadas à educação para o uso da CIF na prática clínica. Em conjunto, essas características explicaram 24% da variação associada à educação para o uso da CIF ( $X^2= 8.9$ ,  $p= 0.03$ , Nagelkerke  $R^2= 0.24$ ).

**Fatores contextuais (i.e., pessoais e do ambiente de trabalho) associados à percepção de suporte e disponibilidade de recursos no ambiente de trabalho para uso da CIF na prática clínica**

Três características pessoais (idade,  $p= 0,06$ ; titulação máxima,  $p<0,01$ ; anos de prática,  $p= 0,07$ ) e seis características do trabalho (supervisionar alunos de fisioterapia  $p<0,01$ ; horas de trabalho,  $p= 0,01$ ; número de pacientes que atendem,  $p= 0,06$ ; trabalhar em uma instituição de ensino,  $p<0,01$ ); estar envolvido em atividades de pesquisa  $p<0,01$ ; local de trabalho realizar pesquisa científica  $p<0,01$ ) foram significativamente associadas à percepção de suporte e disponibilidade de recursos no ambiente de trabalho para o uso da CIF na prática clínica. Em conjunto, essas características explicaram 61% da variação associada à percepção de suporte e disponibilidade de recursos para o uso da CIF ( $X^2= 30.5$ ,  $p= 0.001$ , Nagelkerke  $R^2= 0.61$ ).

**Autoeficácia e barreiras para implementação da CIF na prática clínica**

As taxas de autoeficácia dos fisioterapeutas para utilização da CIF na prática clínica foram iguais ou inferiores a 50% em todos os aspectos investigados: compreender a fundamentação teórica e realizar avaliação fisioterapêutica contemplando os componentes da CIF (50%); realizar avaliações e relatórios utilizando a terminologia da CIF e diferenciar e avaliar separadamente os construtos teóricos capacidade/desempenho e atividade/participação (40%); utilizar os códigos e qualificadores na avaliação fisioterapêutica (38%).

As quatro barreiras mais citadas que dificultam o uso da CIF na prática clínica foram: dificuldade ao aplicar a CIF para avaliar pacientes (62%), tempo insuficiente disponibilizado pela administração/serviço (47%), falta de obrigatoriedade organizacional (44%) e falta de recursos e informação (41%). As barreiras menos citadas foram: falta de apoio entre os colegas no local de trabalho (20%) e falta de interesse (22%) (Tabela 4).

**Tabela 4.** Auto eficácia para utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (n= 58)

Atividade	Respostas		
	n	Média (DP)	Variação
Compreender a fundamentação teórica que embasa a utilização da CIF	58	52	10 a 100
Realizar avaliação fisioterapêutica contemplando os componentes da CIF	56	50	10 a 100
Realizar avaliação e relatórios fisioterapêuticos utilizando a terminologia adotada pela CIF	55	48	10 a 100
Utilizar códigos e qualificadores para avaliação fisioterapêutica adotados pela CIF	56	38	10 a 100
Diferenciar e avaliar separadamente os construtos relacionados à capacidade e desempenho	56	42	10 a 100
Diferenciar e avaliar separadamente os construtos relacionados à atividade e participação	56	43	10 a 100

DP= Desvio Padrão

## DISCUSSÃO

O presente estudo investigou a percepção e autoeficácia de fisioterapeutas sobre o uso da CIF na prática clínica, bem como os fatores contextuais, i.e., pessoais e relacionados ao trabalho, que influenciam esse uso.

Embora a maioria dos fisioterapeutas possua crenças, atitudes e interesses positivos para o uso da CIF, a maioria informa não ter recebido treinamento adequado e reporta taxas de autoeficácia iguais ou inferiores a 50% nos aspectos investigados. Fatores relacionados ao trabalho foram majoritariamente identificados como capazes de influenciar o uso da CIF na prática clínica.

Dentre os fatores relacionados ao maior uso da CIF destacam-se a possibilidade de acesso ou suporte para uso da CIF no local de trabalho e o envolvimento dos profissionais em atividades de ensino e pesquisa. Esses achados sugerem que adaptações no ambiente de trabalho têm o potencial de sensibilizar o profissional para novos conhecimentos e aumentar o interesse para o uso da CIF no cuidado a saúde dos pacientes. Ademais, poderiam favorecer um ciclo de retroalimentação no qual adaptações aumentam o interesse no uso da CIF e, conseqüentemente, profissionais mais interessados passam a melhor perceber a disponibilidade de recursos no ambiente de trabalho.

Estratégias como livros ou aplicativos da CIF, fichas de avaliação organizadas na estrutura conceitual da CIF e presença de um fisioterapeuta capacitado como mentor para solucionar dúvidas podem ser implementadas visando sensibilização inicial.<sup>12,16</sup>

Uma vez que a maioria dos entrevistados declarou não trabalhar em instituições de ensino ou pesquisa, recomenda-se que parcerias com instituições que utilizem a CIF como referência no processo de formação acadêmica sejam estabelecidas para minimizar a vivente separação entre teoria biopsicossocial e prática clínica.

Embora objetivos de sensibilização possam ser alcançados, os resultados do presente estudo sugerem, ainda, que a imersão em estudos sobre deficiência, i.e., *disability studies*,<sup>17</sup> será imprescindível para refletir mudanças no modo de pensar e agir dos fisioterapeutas. As análises indicaram que a maioria dos profissionais não recebeu formação acadêmica ou continuada adequada para uso da CIF na prática clínica.

Uma interpretação mais profunda, sugere que a maioria desses profissionais desconhece o processo histórico, social e político de evolução dos modelos de funcionalidade que culminaram com o desenvolvimento da CIF. Dessa forma, estratégias de sensibilização precisam estar alinhadas à melhor formação discente e capacitação profissional sobre saúde e funcionalidade, embasada em estudos sobre deficiência. Uma capacitação de profissionais focada apenas na leitura e uso prático dos elementos da CIF pode disseminar uma adoção acrítica do modelo, neutralizando seu potencial transformador.

Deficiência não é um problema localizável no indivíduo com corpo desviante da norma, mas tem uma dimensão sociológica e política fundamental: a supressão sistemática de direitos de pessoas com diferença corporal baseada em valores, atitudes e ações discriminatórias, tanto no nível individual quanto institucional.<sup>18</sup> A reabilitação precisa alcançar uma prática de

promoção e defesa dos direitos humanos e da justiça social junto às comunidades onde atua.<sup>19</sup> As percepções e interesses positivos dos fisioterapeutas, evidenciados no presente estudo, devem ser utilizados como facilitadores para implementação de estratégias educativas que visem à adoção do modelo biopsicossocial na reabilitação para além do discurso.

Mudanças no comportamento humano são conseqüências de uma dinâmica multidirecional de influências pessoais, comportamentais e ambientais.<sup>20</sup> O conhecimento é uma condição para a mudança em direção às boas práticas na área da saúde.<sup>21</sup> A falta de conhecimento, por sua vez, posiciona os indivíduos numa situação em que poucas razões são encontradas para a mudança comportamental.

No presente estudo, a insegurança dos fisioterapeutas para uso da CIF foi revelada nos baixos valores de autoeficácia reportados. Além disso, as quatro principais barreiras citadas indicam tanto a dificuldade do sistema para incorporar os avanços na compreensão de deficiência (falta de obrigatoriedade organizacional e não disponibilização de tempos para ajustes) quanto ao desconhecimento dos profissionais sobre o uso do raciocínio biopsicossocial na prática profissional (dificuldade ao aplicar a CIF para avaliar pacientes e falta de recursos/informação).

Reconhece-se, entre os fisioterapeutas, um grande interesse no avanço do modelo biopsicossocial, o que favorece a aceitação da CIF. É possível que com maior aporte de conhecimento, fisioterapeutas ultrapassem o conhecimento biomédico e alcancem a visão dos direitos humanos apresentando-se como aliados na luta contra estruturas sociais que oprimem pessoas com deficiência.<sup>18</sup>

Esse estudo possui algumas limitações. A amostra foi limitada a fisioterapeutas do Estado do Espírito Santo e pode não refletir o comportamento de fisioterapeutas de outras regiões. Ademais, muitos respondentes preencheram parcialmente os questionários, o que pode estar relacionado ao tamanho do questionário ou mesmo à falta de tempo ou interesse no assunto. Aqueles que responderam completamente aos questionários possivelmente possuem maior interesse em CIF, o que pode ter levado a uma superestimativa da porcentagem de fisioterapeutas com crenças, atitudes e interesses positivos em relação à CIF.

Recomenda-se que o estudo seja ampliado de modo a incluir fisioterapeutas das diferentes regiões do Brasil, bem como adotar medidas de incentivo para o preenchimento completo dos questionários.

## CONCLUSÃO

Fisioterapeutas possuem crenças, atitudes e interesses positivos em relação ao uso da CIF na prática clínica. Entretanto, a maioria indicou não ter recebido formação acadêmica adequada para o uso e reportam taxas de autoeficácia insuficientes para a adoção do modelo biopsicossocial no dia-a-dia.

É necessária a adoção de uma infraestrutura organizacional que endosse o uso da CIF na prática clínica alinhada à modificação nos currículos de formação e capacitação continuada para evitar o uso acrítico da CIF, dissociado de educação política e dos direitos humanos.

## REFERÊNCIAS

1. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saúde Pública* 2009;25(3):475-83. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300002>
2. Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C, Raggi A, Cieza A, Bickenbach JE, et al. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. *Disabil Rehabil*. 2011;33(4):281-309. Doi: <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.529235>
3. Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(2):324-35. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200014>
4. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves, GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter*. 2005;9(2):129-36.
5. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health, resolution WHA 54.21. Geneva: WHO; 2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde - CNS. Resolução n. 452, de 10 de Maio de 2012. Resolve que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar. *Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília (DF)*; 2012 Jun 6; Seção 1: 137.
7. 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. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*; 2009 Nov 25; Seção 1: 101.
8. Jette AM. Moving Research From the Bedside Into Practice. *Phys Ther*. 2016;96(5):594-6. Doi: <https://doi.org/10.2522/ptj.2016.96.5.594>
9. Jelsma J. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: a literature survey. *J Rehabil Med*. 2009;41(1):1-12. Doi: <https://doi.org/10.2340/16501977-0300>
10. Pernambuco AP, Lana RC, Polese JC. Knowledge and use of the ICF in clinical practice by physiotherapists and occupational therapists of Minas Gerais. *Fisioter Pesqui*. 2018;25(2):134-42. Doi: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16765225022018>
11. Salbach NM, Jaglal SB, Korner-Bitensky N, Rappolt S, Davis D. Practitioner and organizational barriers to evidence-based practice of physical therapists for people with stroke. *Phys Ther*. 2007;87(10):1284-303. Doi: <https://doi.org/10.2522/ptj.20070040>
12. Nascimento LR, Fernandes MOP, Teixeira-Salmela LF, Scianni AA. Personal and organizational characteristics associated with evidence-based practice reported by Brazilian physical therapists providing service to people with stroke: a cross-sectional mail survey. *Braz J Phys Ther*. 2020;24(4):349-57. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2019.05.003>
13. McMahon S, Cusack T, O'Donoghue G. Barriers and facilitators to providing undergraduate physiotherapy clinical education in the primary care setting: a three-round Delphi study. *Physiotherapy*. 2014;100(1):14-9. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.physio.2013.04.006>
14. Antcliff D, Keeley P, Campbell M, Oldham J, Woby S. The development of an activity pacing questionnaire for chronic pain and/or fatigue: a Delphi technique. *Physiotherapy*. 2013;99(3):241-6. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.physio.2012.12.003>
15. Almeida MHM, Spínola AWP, Lancman S. Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2009;20(1):49-58. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v20i1p49-58>
16. Green LW, Ottoson JM, García C, Hiatt RA. Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health. *Annu Rev Public Health*. 2009;30:151-74. Doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100049>
17. Diniz D, Medeiros M, Squinca F. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(10):2507-10. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000025>
18. Vaz DV, Antunes AAM, Furtado SRC. Tensões e possibilidades no campo da reabilitação sob a ótica dos estudos da deficiência. *Cad Bras Ter Ocup*. 2019;27(4):917-28. Doi: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar1651>
19. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface*. 2009;13(28):177-88. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100015>
20. Glanz, K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4<sup>th</sup> ed. San Francisco: John Wiley & Sons; 2008.
21. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav*. 2004;31(2):143-64. Doi: <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>