

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC  
UNIDADE ACADÊMICA DA SAÚDE - UNASAU  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA -  
PPGSCol  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

**SANDRO RESSLER**

**O USO PRÁTICO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE  
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE EM  
FISIOTERAPIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Willians Cassiano Longen.

**CRICIÚMA  
2017**

#### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

R435u Ressler, Sandro.

O uso prático da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em fisioterapia / Sandro Ressler. - 2017.

142 p. : il.; 21 cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2017.

Orientação: Willians Cassiano Longen.

1. CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde). 2. Fisioterapia. 3. Saúde – Códigos numéricos. I. Título.

CDD 23. ed. 615.85

## **FOLHA INFORMATIVA**

A dissertação foi elaborada seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT.



**SANDRO RESSLER**

**O USO PRÁTICO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE  
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE EM  
FISIOTERAPIA**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de Saúde no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 05 de abril de 2017.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Willians Cassino Longen - Doutor - (UNESC) - Orientador

Prof. Rafael Inácio Barbosa - Doutor - (UFSC)

Prof. Joni Márcio de Farias - Doutor - (UNESC)



Dedico este trabalho aos meus  
filhos, Caio e Ísis, que principiaram  
sua existência durante a produção  
deste trabalho.





## AGRADECIMENTOS

À Deus pela Sua imensa bondade em me propiciar a existência e a esperança de estar vivendo estes virtuosos momentos.

À minha amorosa esposa, amiga e companheira Karla, pela compreensão, apoio incondicional e constante incentivo.

Aos meus filhos Caio e Ísis, pela alegria emanada, transmitindo a energia necessária para buscar este almejado sonho.

Aos meus pais pelo exemplo, amparo, carinho e amor infinito.

Ao Prof. Dr. Willians, pelo ensinamento, confiança, amizade, respeito, altruísmo, solicitude e honradez com que guiou a condução desta produção, auxiliando-me constantemente no desbaste das pedras brutas encontradas no caminho, extrapolando a função de orientador e convertendo-se em um valoroso irmão.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, na incorruptível transmissão de seus profundos saberes.

Aos colegas de Mestrado que compartilharam comigo esta jornada.

Aos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional dos estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná, pelos préstimos na divulgação da pesquisa.

Aos colegas fisioterapeutas, especialmente da Associação Brasileira de Fisioterapia Traumato-ortopédica – ABRAFITO, e os futuros profissionais que participaram deste estudo.

A colega de profissão Franciane Rodrigues da Rocha pelo importante auxílio prestado na análise estatística desta produção.



“As doenças são resultados não só de nossos atos, mas também de nossos pensamentos”.

Mahatma Ghandi



## RESUMO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde, que indicou sua aplicação para todos os países membros e objetiva uma descrição dos condicionantes de saúde do indivíduo, relacionando-os aos fatores externos que afetam esta condição. Seguindo esta indicação, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional normatizou sua efetivação através da Resolução 370/2009, assim como o Conselho Nacional de Saúde referendou seu uso conforme a Resolução 452/2012. Neste estudo objetiva-se analisar o uso da CIF pelos profissionais e formandos de Fisioterapia nas jurisdições dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do estado de Santa Catarina, do Rio Grande do Sul e do Paraná. Esta pesquisa caracterizou-se por ser transversal descritiva com coleta primária de dados através do envio de um questionário destinado aos profissionais e formandos de Fisioterapia dos três estados do sul do Brasil. Totalizaram 470 respostas ao questionário on-line disponibilizado através dos sites dos CREFITO's e no arquivo virtual Google Docs, dos quais 89,6% (n=421) são profissionais fisioterapeutas formados e 10,4% (n=49) são acadêmicos do curso de Fisioterapia. Quando questionados sobre a região de atuação observa-se que 38,7% dos fisioterapeutas atuam na região do CREFITO 10 (SC), seguido de 31,8% registrados na região do CREFITO 8 (PR) e 29,5% no CREFITO 5 (RS). Sobre o grau de formação profissional, ressalta-se que a maioria dos profissionais fisioterapeutas que responderam ao questionário possuem pós-graduação Lato Sensu 39,7%, observa-se também que 18,5% possuem mestrado. Referente ao tempo de formação profissional ressalta-se que 33,3% dos profissionais atuam entre 5 até 10 anos e em menor número 10,2% há mais de 21 anos. No que diz respeito sobre o vínculo profissional 62,9% dos fisioterapeutas atuam no sistema privado de saúde, sendo a maioria. Quanto ao estado de onde encontra-se a instituição de ensino superior 46,9% dos graduandos estudam em IES do estado de Santa Catarina, seguido de 28,6% no estado do Paraná e 14,3% no estado do Rio Grande do Sul. Sobre o tipo de IES 49,0% dos graduandos estão matriculados em instituições privadas e dos que responderam as questões 46,9% concluíram a graduação no ano de 2016. Do total da amostra pesquisada, 75,5% conhecem a CIF, porém 59,2% dos alunos e 63,7% dos fisioterapeutas desconhecem a Resolução OMS 54.21; 70,1% e 71,4% dos acadêmicos ignoram a Resolução COFFITO 370. O des saber acerca da CIF foi respondido por 32,6% dos participantes



como justificativa para não utilizar desta classificação internacional em seu cotidiano. Uma significativa parcela dos profissionais não utiliza a CIF em seu serviço, observa-se que 68,2% não tiveram em sua formação a abordagem da CIF assim como 65,3% dos acadêmicos. Os resultados encontrados servirão para balizar ações práticas para o desenvolvimento e a aplicação cotidiana da CIF, na coleta de dados, na universalização da terminologia em saúde, na condução da formação profissional em fisioterapia e na projeção de políticas públicas na área da saúde funcional e coletiva.

**Palavras-chave:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Fisioterapia. Organização Mundial da Saúde.





## ABSTRACT

The International Classification of Functioning, Disability and Health was developed by the World Health Organization, which indicated its application to all member countries and aims at describing the health condition of the individual, relating them to the external factors that affect this condition. Following this indication, the Federal Council of Physical Therapy and Occupational Therapy normalized its effectiveness through Resolution 370/2009, as well as the National Health Council approved its use in accordance with Resolution 452/2012. This study aims to analyze the use of ICF by professionals and graduates of Physical Therapy in the jurisdictions of the Regional Councils of Physical Therapy and Occupational Therapy of the state of Santa Catarina, Rio Grande do Sul and Paraná. This research is characterized by being cross-sectional descriptive with primary data collection through the sending of a questionnaire intended for professionals and graduates of Physiotherapy in the three southern states of Brazil. There were 470 responses to the online questionnaire made available through CREFITO's websites and in the Google Docs virtual archive, of which 89.6% (n = 421) are trained physiotherapists and 10.4% (n = 49) are academic Of Physiotherapy. When asked about the region of activity, it is observed that 38.7% of physiotherapists work in the region of CREFITO 10 (SC), followed by 31.8% in the region of CREFITO 8 (PR) and 29.5% in CREFITO 5 (RS). Regarding the degree of professional training, it is noteworthy that most of the physiotherapists who answered the questionnaire have postgraduate Lato Sensu 39.7%, it is also observed that 18.5% have a master's degree. The time of professional training, it is noteworthy that the professionals (33.3%) are between 5 and 10 years old and 10.2% fewer than 21 years old. Regarding the professional relationship, 62.9% of physiotherapists work in the private health system, the majority being. As for the state where the higher education institution is located, 46.9% of the undergraduate students study in HEI in the state of Santa Catarina, followed by 28.6% in the state of Paraná and 14.3% in the state of Rio Grande do Sul. About the type of HEI 49.0% of the students are enrolled in private institutions and 46.9% graduated in the year 2016. Of the total of the sample surveyed, 75.5% are familiar with the CIF, but 59.2% of the students and 63.7% of the physiotherapists are not aware of WHO Resolution 54.21; 70.1% and 71.4% of academics ignore Resolution COFFITO 370. Dissenting about the CIF was answered by 32.6% of the participants as justification for not using this international classification



in their daily life. A significant number of professionals do not use the CIF in their service, it is observed that 68.2% did not have in their training the CIF approach as well as 65.3% of the academics. The results will be used to identify practical actions for the development and daily application of ICF, in the collection of data, in the universalization of health terminology, in the conduction of professional training in physiotherapy and in the projection of public policies in the area of functional health and Collective.

**Keywords:** International Classification of Functioning, Disability and Health. Physical Therapy. World Health Organization.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da Amostra.....	59
Tabela 2 – Perfil das IES dos Acadêmicos.....	60
Tabela 3 - Perfil dos Profissionais Fisioterapeutas.....	63
Tabela 4 - Tempo de Formação.....	64
Tabela 5 - Vínculo Profissional.....	66
Tabela 6 - Grau de Formação.....	67
Tabela 7 - Número de Especialidades/Áreas de Atuação.....	69
Tabela 8 - Descritivo do Conhecimento dos Acadêmicos e Profissionais sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	72
Tabela 9 - Comparação de Proporções sobre o Conhecimento Referente à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) entre o Grupo dos Profissionais Fisioterapeutas e Acadêmicos ..	73
Tabela 10 - Comparação de Proporções sobre o Conhecimento sobre a Resolução OMS 54.21 entre o Grupo dos Profissionais Fisioterapeutas e Acadêmicos.....	75
Tabela 11 - Comparação de Proporções sobre o Conhecimento sobre a Resolução COFFITO 370 entre o Grupo dos Profissionais Fisioterapeutas e Acadêmicos.....	76
Tabela 12 - Comparação de Proporções sobre o Uso da CIF na sua Atividade Profissional Diária ou Acadêmica.....	78
Tabela 13 - Comparação de Proporções sobre o Uso da CIF para Formação de Banco de Dados em Saúde.....	79
Tabela 14 - Distribuição Referente à Atribuição da Não Utilização da CIF na Prática Profissional ou Prática Acadêmica.....	82
Tabela 15 – Abordagem da CIF no Processo de Graduação e Formação Continuada.....	85
Tabela 16 - Comparação de Proporções sobre a Formação e a Abordagem do Tema da CIF.....	86
Tabela 17 - Comparação de Proporções sobre a Formação Continuada e a Abordagem do Tema CIF.....	87
Tabela 18 - Abordagem da CIF na Formação Continuada dos Profissionais (n=421).....	88
Tabela 19 - Abordagem da CIF na Graduação dos Acadêmicos (n=49)90	
Tabela 20 - Abordagem da CIF na Formação Continuada dos Acadêmicos (n=49).....	91
Tabela 21 - Abordagem da CIF na Graduação dos Profissionais e dos Acadêmicos.....	92



Tabela 22 – Abordagem da CIF na Formação Continuada dos Profissionais e Acadêmicos.....	93
Tabela 23 – De que Forma o Profissional pode Passar a ter Condições de Usar a CIF.....	97
Tabela 24 – De que Forma os Acadêmicos Podem Passar a ter Condições de Usar a CIF.....	98
Tabela 25 – De que Forma os Profissionais e os Acadêmicos Podem Passar a ter Condições de Usar a CIF.....	99
Tabela 26 - Componentes da CIF Utilizados com maior Frequência pelos Profissionais (n=421).....	101
Tabela 27 – Componentes da CIF Utilizados com maior Frequência pelos Acadêmicos (n=49).....	102
Tabela 28 - Quesitos Importantes para a Aplicação da CIF pelos Profissionais e Acadêmicos.....	104





## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIDID	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagem
CID	Classificação Internacional de Doenças
OMS	Organização Mundial da Saúde
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
USP	Universidade de São Paulo
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CNS	Conselho Nacional de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
SUS	Sistema Único de Saúde
IES	Instituição de Ensino Superior
ABENFISIO	Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
APS	Atenção Primária em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SADT	Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>31</b>
1.1 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE - CIF .....	32
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>35</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	35
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	35
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>37</b>
3.1 LEGISLAÇÃO .....	37
3.2 SAÚDE FUNCIONAL E A CIF .....	38
3.3 CIF E CID .....	42
3.4 OBJETIVOS E COMPONENTES DA CIF .....	43
3.5 EMPREGO PROFISSIONAL DA CIF E SUAS CATEGORIAS ..	44
3.7 ENSINO ACADÊMICO DA CIF .....	45
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>51</b>
4.1 FORMA DE ESTUDO .....	51
4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	51
4.3 DESENHO DO ESTUDO .....	51
4.4 HIPÓTESE .....	51
4.5 VARIÁVEIS .....	52
<b>4.5.1 Dependentes</b> .....	<b>52</b>
<b>4.5.2 Independentes</b> .....	<b>52</b>
4.6 POPULAÇÃO EM ESTUDO .....	53
<b>4.6.1 Critérios de Inclusão</b> .....	<b>53</b>
<b>4.6.2 Critérios de Exclusão</b> .....	<b>53</b>
4.7 AMOSTRA .....	53
4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	55
4.9 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA .....	55
4.10 INSTRUMENTO DE COLETA .....	56
4.11 RISCOS E BENEFÍCIOS .....	57
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>59</b>
5.1 ACADÊMICOS .....	59
<b>5.1.1 Natureza Jurídica da Instituição de Ensino Superior (IES)...</b>	<b>59</b>
5.2 PROFISSIONAIS .....	62
<b>5.2.1 Estado da Federação e Registro Profissional (CREFITO) .....</b>	<b>62</b>
<b>5.2.2 Tempo de Formação Profissional .....</b>	<b>63</b>
<b>5.2.3 Característica do Vínculo Profissional .....</b>	<b>65</b>
5.3 A CIF NA PERSPERCTIVA DO PROFISSIONAL E DO ACADÊMICO .....	66
<b>5.3.1 Especialidade ou Área de Atuação .....</b>	<b>67</b>



5.3.2 Taxa de Conhecimento sobre a CIF e sobre as Resoluções OMS 54.21 e COFFITO 370.....	71
5.3.3 Índice de Utilização da CIF no Cotidiano Terapêutico e a Justificativa para a Não Utilização .....	77
5.3.4 Uso e Percepção da Importância do Uso da CIF .....	81
5.3.5 Abordagem da CIF na Graduação e Formação Continuada .	84
6 RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO EM RELAÇÃO À CIF ....	107
7 CONCLUSÃO .....	111
REFERÊNCIAS .....	113
APÊNDICE(S) .....	127
APÊNDICE A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UNESC .....	128
.....	128
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ....	129
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	135
APÊNDICE E – TABELA ABORDAGEM DA CIF NA GRADUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS .....	138
.....	138
ANEXO(S) .....	139
ANEXO A – CARTA DE ACEITE CREDITO 10 .....	140
.....	140
ANEXO B – CARTA DE ACEITE CREDITO 5.....	141
.....	141
ANEXO C – CARTA DE ACEITE CREDITO 8 .....	142
.....	142



## 1 INTRODUÇÃO

A definição de Fisioterapia indicada pelo COFFITO:

É uma ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da Biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da cinesia patologia de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais. (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2017).

Segundo caracterização indicada pelo COFFITO, o fisioterapeuta é o profissional:

(...) de Saúde, com formação acadêmica Superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Cinesiológico Funcional), a prescrição das condutas fisioterapêuticas, a sua ordenação e indução no paciente bem como, o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições para alta do serviço. (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2017).

A avaliação fisioterapêutica baseada no modelo de funcionalidade e incapacidade humana propicia ao profissional considerar o perfil funcional individual, com suas nuances próprias e específicas, pois mesmo dois pacientes acometidos pela mesma patologia, poderão apresentar retratos funcionais distintos. Apesar de ostentarem comprometimentos estruturais e da função semelhantes, poderão estar sujeitos a restrições distintas em termos de atividades e participação, assim como, fatores ambientais e pessoais diversos poderão servir como barreiras ou facilitadores para cada um dos

acometidos. A CIF permite uma avaliação abrangente, qualificada e individual dos pacientes, possibilitando uma compreensão completa, aumentando a qualidade terapêutica, desenvolvendo estratégias diagnósticas condizentes com a sua práxis e que permitam uma compreensão global dos fatores incidentes naquele indivíduo (SAMPAIO et al., 2005).

Desde a formação e prática clínica, a Fisioterapia apresenta uma tendência a valorizar o modelo individual, terapêutico e a especialização, com o emprego de métodos e técnicas sofisticadas que valorizam apenas uma das atribuições fundamentais do fisioterapeuta, a reabilitação, com o intuito de proporcionar aos pacientes o retorno às suas condições físicas ideais ou à melhoria de sua capacidade física. Esta tendência destaca a perspectiva curativa como forma principal de ação, limitando a atuação profissional às clínicas de reabilitação e hospitais, espaços de atendimento em níveis secundário e terciário, distanciando-se da atuação na atenção básica, no SUS e nos programas governamentais de saúde coletiva (RODRIGUES, 2008).

A mudança deste enfoque encontra base nas palavras de Barros (2002, p. 9 apud RODRIGUES, 2008, p. 106):

O Fisioterapeuta encontra-se, atualmente, reorientando a sua formação, com ética, competência técnica e maturidade social para o atendimento às demandas prioritárias em saúde da nossa população. As armas deste profissional são as próprias mãos, a inteligência, a emoção e a natureza, que se completam e se apóiam em estratégias técnico-científicas de educação, participação popular, prevenção, tratamento, desenvolvimento e recuperação da saúde através de diagnósticos funcionais, diagnósticos coletivos e sociais, abordagens corporais entre outras.

## 1.1 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE - CIF

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe, continuamente, a elaboração de classificações, objetivando difundir modelos categóricos globais, visando estabelecer uma linguagem comum a ser integrada por todos os partícipes envolvidos na grande área da saúde (RUARO et al., 2012).



A importância da família das Classificações Internacionais propostas pela OMS advém da possibilidade de sua aplicação como ferramentas auxiliares dos profissionais de saúde na abordagem clínico-epidemiológica da saúde (TOGNA et al., 2011).

Após diversos estudos que iniciaram nos anos 80 com a concepção da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH) pela OMS, no ano de 2001 na 54ª Assembleia Mundial da Saúde foi aprovada a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH-2) batizada em maio deste mesmo ano como Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, instituindo sua utilização por todos os países membros da Organização Mundial da Saúde (ALFORD et al., 2013).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, foi desenvolvida para responder e mensurar as consequências de uma patologia sobre o organismo humano, bem como, abster-se de tratar o tema saúde apenas com a visão da doença, mas desenvolvendo um olhar ampliado sobre a saúde humana e os aspectos cotidianos que incidem direta ou indiretamente sobre esta condição (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2011).

Observa-se um esforço contínuo do Sistema COFFITO-CREFITO's bem como das instituições de ensino superior formadoras de fisioterapeutas, no sentido de lançar mão de uma utilização adequada e difundir esta Classificação entre seus membros profissionais e alunos, seja através da Resolução número 370/2009 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional ou da inserção deste dispositivo na formação profissional e acadêmica.

Segundo a Resolução COFFITO 370 de 06 de novembro de 2009, os fisioterapeutas devem adotar a CIF, em suas competências institucionais, como ferramenta de estatística, pesquisa, clínica, política social e pedagógica. Esta adoção deve envolver o modelo multidirecional proposto, na atenção e no cuidado da pessoa sob sua responsabilidade terapêutica e na formação de banco de dados de saúde. Esta normativa recomenda que as instituições formadoras incluam a CIF no ensino superior, seja na graduação, pós-graduação e extensão (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2009).

Na prática clínica do fisioterapeuta, a CIF torna-se um fator favorável para os registros das alterações funcionais dos pacientes, direcionando a forma de intervenção profissional e a observação dos

resultados das técnicas de tratamento propostas (SABINO; COELHO; SAMPAIO, 2008).

As universidades dos estados do sudeste brasileiro são as instituições de ensino e pesquisa que possuem um maior número de publicações de artigos relacionados à CIF, porém a utilização desta classificação e as publicações referentes a este tema, ainda são incipientes na comunidade científica brasileira (RUARO et al., 2012).

Como problema de pesquisa, acredita-se que a CIF ainda se apresente como uma novidade para a maioria dos profissionais de Fisioterapia com maior tempo de formação. Os novos profissionais possuem um aprofundamento maior neste sentido, porém ainda não está determinada qual a melhor forma de utilização da CIF.

Aprofunda-se a investigação na tentativa de definir as razões para a aplicação da CIF e suas variantes relacionadas a não utilização pelo possível desconhecimento deste instrumento ou de seus objetivos de empregabilidade. Com o intuito de atender a indicação provinda da OMS no sentido de empregar a CIF, torna-se necessário investigar o uso efetivo desta classificação pelos fisioterapeutas e futuros profissionais desta ciência, bem como, observar de que forma esta classificação tem sido ensinada na graduação e formação continuada.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Pesquisar o uso efetivo da CIF pelos fisioterapeutas e futuros profissionais na região sul do Brasil.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Averiguar o uso da CIF pelos profissionais e formandos;
- Apurar com qual objetivo a CIF é utilizada;
- Identificar em quais especialidades ou áreas de atuação profissional do fisioterapeuta a CIF é mais aplicada;
- Investigar quais os componentes da CIF são frequentemente empregados;
- Examinar quais os motivos relatados pelos profissionais para a não utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde;
- Inquirir em quais disciplinas o tema CIF foi abordado/ensinado aos acadêmicos do curso de Fisioterapia.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

A construção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde iniciou visando responder as questões de saúde que não eram abrangidas pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). No ano de 1980 a OMS publicou a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) ou *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*, em inglês, esta publicação foi o primeiro passo para o desenvolvimento da CIF (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

O termo *impairment* (deficiência) remete às anormalidades dos órgãos e sistemas corporais e das estruturas do corpo; *disability* (incapacidade) define as consequências de uma determinada doença na capacidade funcional do indivíduo no desempenho de suas atividades diárias e o termo *handicap* (desvantagem) indica a adaptação do indivíduo ao meio ambiente, condicionado pela sua incapacidade ou deficiência (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

O objetivo primordial desta classificação é de criar um instrumento de uniformização da terminologia empregada em todo o mundo para a descrição da funcionalidade humana e das suas possíveis alterações, quantificando e classificando a incapacidade das pessoas e suas implicações nas atividades de vida diária (RIBERTO, 2011).

Após várias versões, diversos testes, estudos sistemáticos e consultas internacionais da aplicação desta classificação, em 2001 na “54<sup>th</sup> World Health Endorsement of ICF for International Use”, foi aprovada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Participaram deste processo de construção mais de 50 países, 1.800 peritos e colaboradores de diversos centros e instituições internacionais representativas (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

O documento final da CIF foi disponibilizado pela OMS em 6 idiomas oficiais, inclusive o português para os países lusófonos, sendo adaptada em 2003 por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) e, desta forma, tornou possível sua implementação no Brasil (SANTOS et al., 2013).

#### 3.1 LEGISLAÇÃO

O documento proposto, discutido e endossado na 54<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde, sob o número 54.21, em 22 de maio de 2001 aprovou a segunda edição da Classificação Internacional de Deficiências,

Incapacidades e Desvantagens e intitula esta edição como Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Esta normativa exorta aos países membros que utilizem a CIF e suas versões revisadas e atualizadas, na investigação, vigilância e informações adequadas, respeitando as situações especiais e particulares dos Estados membros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Segundo a Resolução COFFITO 370 de 06 de novembro de 2009, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional preconiza que os fisioterapeutas devem adotar a CIF, no âmbito de suas competências institucionais, como ferramenta de estatística, pesquisa, clínica, política social e pedagógica. Empregarão esta classificação internacional, em sua versão atualizada e envolvendo o modelo multidirecional proposto, na atenção e no cuidado da pessoa sob sua responsabilidade terapêutica e na formação de banco de dados de saúde. Esta normativa recomenda que as instituições formadoras incluam a CIF no ensino superior, seja na graduação, pós-graduação e extensão (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - COFFITO, 2009).

O Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 452 de 10 de maio de 2012, indica o uso da CIF no Sistema Único de Saúde, assim como, na Saúde Suplementar como forma de mensuração e investigação da saúde dos indivíduos, considerando o bem-estar, a qualidade de vida, o acesso aos serviços e o impacto dos fatores ambientais na saúde; como ferramenta de coleta e registro de dados, assim como, fonte geradora de indicadores de saúde relacionados à funcionalidade humana. Considera que a CIF é uma ampliação da linha de cuidado em saúde, tendo em vista sua aplicação clínica na avaliação das necessidades e na compatibilização do tratamento com os condicionantes específicos de saúde daquele indivíduo ou população. Já em uma ótica de planejamento, pode ser usada para quantificar e qualificar as informações relativas ao tratamento e a recuperação da saúde, bem como, no sistema de seguridade social e no desenvolvimento de políticas de saúde. Na esfera pedagógica serve de base para elaboração de programas educacionais e, ainda, como ferramenta geradora de informações padronizadas em saúde visando a melhoria da gestão em saúde através do controle, avaliação e regulação (BRASIL, 2012).

### 3.2 SAÚDE FUNCIONAL E A CIF

A funcionalidade humana sofre influência direta tanto para presença de doenças, em especial, os agravos e as crônico-

degenerativas, como para presença de fatores contextuais negativos, ou seja, barreiras ambientais dos diferentes gêneros, tais como, físicas, geográficas, culturais, tecnológicas, legais, entre outras (BRASIL, 2011).

Segundo o modelo de funcionalidade da Organização Mundial da Saúde (OMS), a doença é apenas um dos fatores influenciadores da saúde e divide espaço com os fatores ambientais, fatores pessoais e, principalmente, com os fatores sócio-culturais (OTTAWA, 1986).

Os fatores sociais referidos neste contexto são: acesso aos serviços de saúde, medicamentos, paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade, capacidade e desempenho funcional, entre outros (OTTAWA, 1986).

Ao permitir uma abordagem de forma multidimensional da funcionalidade dos indivíduos e das populações, a CIF tem-se revelado uma ferramenta muito importante em Saúde Pública, evitando o reducionismo do diagnóstico, complementando os indicadores que tradicionalmente se utilizam para medir a mortalidade ou a morbidade, através de uma linguagem internacional uniformizada que descreve e classifica a saúde e as dimensões que com ela se relacionam, na promoção de um marco comum para a medição de resultados (FONTES; FERNANDES; BOTELHO, 2010).

A necessidade de se conhecer o que acontece com os indivíduos após o diagnóstico clínico, principalmente em relação à influência de fatores ambientais e sociais em sua funcionalidade, torna-se cada vez mais importante para a área de saúde, com o intuito de orientar as políticas de saúde, sociais e econômicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

A Saúde Funcional envolve a própria condição de vida saudável, explorada ao máximo pelas competências (motoras, intelectuais, expressivas, relacionais e outras) das pessoas, segundo suas características físicas ou psicológicas, relacionadas aos ciclos de vida, gênero e das identidades sociais e culturais a que pertence e, ainda, em função daquilo que são os seus valores pessoais e as suas necessidades de participação (BRASIL, 2011).

Saúde Funcional é o estado de funcionalidade e bem-estar individual e das coletividades, em todos os ciclos de vida, no desempenho das atividades e na participação social, promovendo qualidade de vida e autonomia para o pleno exercício da cidadania (BRASIL, 2011).

A CIF é um sistema de classificação que descreve a funcionalidade e incapacidade relacionada às condições de saúde, refletindo uma nova filosofia que deixa de focalizar apenas as consequências da doença para destacar também a funcionalidade como um componente da saúde (RATY; AROMA; KOPONEN, 2003).

Uma das metas principais da CIF é de estabelecer o modelo mais adequado para avaliar a deficiência e relacionar esta com o contexto social no qual o deficiente está inserido (DINIZ; MEDEIROS; SQUINCA, 2007a).

Estudos tem indicado o uso da CIF como método para avaliação da funcionalidade, incapacidade e saúde, propondo uma rotina de avaliação e os principais componentes da CIF que poderiam balizar a avaliação, (KÜÇUKDEVECI et al., 2011), a prescrição de tratamento (DELITTO et al., 2012), a definição de *core sets* para avaliações específicas e de patologias específicas (RIBERTO et al., 2014; TZEHSUN et al, 2013; SAKETKOO et al., 2012); e a quantificação dos resultados obtidos após a intervenção profissional (LAXE et al., 2013; OFFENBACHER et al., 2007).

Em um contexto histórico, as intervenções em reabilitação neurológica vêm sendo guiadas por um modelo médico, que se baseia na saúde como a ausência de doenças, focalizando a avaliação e terapêutica no tratamento dos sinais e sintomas (KUIJER et al., 2006).

Atualmente os modelos em reabilitação consideram a saúde em um domínio mais amplo e sujeito a inferências e interferências diretas e indiretas de fatores sociais, psicológicos e ambientais (STUCKI et al., 2007).

Na prática clínica de diversas especialidades, a CIF tem-se revelado muito útil no processo de avaliação e na tomada de decisão, facilitando a comunicação não só entre os membros das equipes multidisciplinares, sobretudo entre os pacientes e os técnicos de saúde. A participação ativa e dialogante do paciente durante o processo de avaliação e tomada de decisão, é facilitada pela CIF através da sua linguagem universal, abrangente e integradora, cujo processo operativo se apelidou *Rehabilitation Problem Solving (RPS)*. Um processo avaliativo, de tomada de decisão centrada no indivíduo, composto por duas partes; uma, que pertence à visão do paciente, onde este manifesta as suas alterações, limitações ou restrições e outra esquematicamente igual, onde a equipe de cuidados introduz objetivamente o que diagnosticou referindo-se de igual forma, a esses diferentes domínios da funcionalidade (FONTES; FERNANDES; BOTELHO, 2010).



A CIF transcende o modelo biomédico, propondo uma visão biopsicossocial, incorporando componentes de saúde nos níveis físico e social. Em países europeus como na Alemanha e na Suíça esta classificação mostrou uma melhor comunicação entre os profissionais de saúde, permitindo que os serviços pudessem ser ajustados para atender as necessidades da população e para otimizar os cuidados em saúde. No Brasil, a institucionalização do uso da CIF, pode facilitar a autorização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas operadoras de saúde privadas, bem como, ajudar a projetar políticas públicas de inclusão. Ferreira, Castro e Buchalla (2014) exemplifica a experiência de uso prático da CIF na clínica profissional com um programa educacional para pacientes que sofreram acidente vascular encefálico (AVE) totalmente baseada nos conceitos da CIF. Outro exemplo citado é um programa de intervenção precoce em crianças no qual a CIF baseia a avaliação dos profissionais envolvidos.

A adequação de um modelo teórico mais adequado e específico para a atuação dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar de reabilitação, possibilitaria melhor compreensão da experimentação do estado de saúde que o processo de doença acarreta, partindo não só da instalação do quadro patológico, mas também das suas consequências na funcionalidade e incapacidade, fenômenos multifatoriais e complexos (GOLJAR et al., 2011).

A CIF pode identificar o que uma pessoa pode ou não fazer na sua vida diária, relacionando este “poder fazer” ou “não poder fazer” com os condicionantes relativos às funções dos órgãos ou sistemas do corpo humano e sua estrutura, com as atividades e a participação social no ambiente em que a pessoa está inserida. Exemplificam que duas pessoas diagnosticadas com a mesma patologia, podem ter diferentes níveis funcionais, bem como, pessoas com mesmos níveis funcionais podem não ter as mesmas condições de saúde (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A sua aplicabilidade na clínica tem sido aferida através de estudos de calibração com outros instrumentos, através da comparação conceitual e ainda na gestão de registos ou de unidades clínicas (FONTES; FERNANDES; BOTELHO, 2010).

As perspectivas práticas da CIF merecem ser investigadas nas suas dimensões sociais, políticas e culturais, constituindo um desafio para todos, no sentido de explorar a sua aceitabilidade, aderência, validade e os impacto nos diferentes sistemas, mas sobretudo

explorando o seu potencial na renovação de políticas mais inclusivas, integrais e equitativas.

### 3.3 CIF E CID

Outra classificação construída pela OMS é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionado à Saúde (CID), que em sua 10ª revisão oferece um modelo de classificação das condições de saúde, transtornos e lesões, baseada na anatomia do segmento corporal envolvido, na etiologia da patologia e nas causas destas. Assim, torna-se um instrumento válido para as estatísticas de saúde, fornecendo dados de morbidade e mortalidade dos indivíduos ou populações (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Estas duas classificações são complementares, sendo a CID uma classificação voltada para a doença e suas implicações no indivíduo, enquanto a CIF é uma classificação voltada para a saúde, funcionalidade e incapacidade das pessoas (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

Atualmente o uso da CIF se dá em 71 países, incluindo os países das Américas, Europa e alguns países dos demais continentes; em 2002, 191 dos estados membros da OMS, acordaram em adotar a CIF para a padronização científica dos dados de funcionalidade, incapacidade e saúde (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A CIF pode ser utilizada como um parâmetro de referência para verificar os efeitos de um tratamento proposto, seja ele em qualquer uma das especialidades do fisioterapeuta ou de outros profissionais (CIBULKA et al., 2009; IVANYI et al., 2014).

A implantação do uso cotidiano da CIF ainda é irregular nas várias áreas de conhecimento das ciências da saúde. Esta dificuldade pode ser explicada pela complexidade da utilização da CIF, a própria escassez de amplos estudos na área, o modelo de atenção em saúde vigente centrado na figura profissional do médico e a suposta dificuldade no acesso a este conhecimento por parte de alguns profissionais (ÁLVAREZZ, 2012).

Algumas tendências de mudança desta realidade estão baseadas na ampliação dos centros de estudo, na legislação que indica a sua utilização e na inclusão da CIF como matéria de estudo para os acadêmicos das diversas disciplinas da grande área da saúde (SANCHES FERREIRA et al., 2013; MORETTI; ALVES; MAXWELL, 2012; CIBULKA et al., 2009).

A CIF propõe uma visão mais abrangente do estado de saúde e funcionalidade do paciente, bem como, correlaciona a função com os

fatores ambientais (LEONARDI et al., 2014; GRILL et al., 2013). Para pesquisas em saúde, a utilização da CIF como base de dados, pode ser considerada como essencial para a criação de uma linguagem internacional de condicionantes de saúde e, ainda, como forma objetiva de verificação de metas propostas (MADDEN et al., 2014; CONSTAND; MACDERMID, 2014).

O conceito implícito na CIF cita esta como uma ferramenta universal, com um modelo próprio de interação e incita aos profissionais à dimensão ética da CIF e o necessário aprofundamento dos estudos relacionados a esta temática (BICKENBACH, 2012).

No âmbito do trabalho e emprego, o Brasil possui normas que indicam a necessidade de exames rotineiros aos profissionais, assim como, exames clínicos de admissão e demissão, gerando dados relativos à saúde do trabalhador. Contudo, informações relacionadas à funcionalidade ainda não estão disponíveis e, entendendo que a CIF e CID são complementares, observa-se a necessidade de ampliar o sistema nacional de informação da saúde do trabalhador (ARAÚJO; BUCHALLA, 2013).

### 3.4 OBJETIVOS E COMPONENTES DA CIF

Um dos objetivos da CIF é fornecer um padrão de linguagem, tornando-se um referencial para descrever todos os aspectos da saúde humana, como também, na elaboração de indicadores de saúde específicos e na elaboração de políticas públicas de saúde mais eficientes. Serve como ferramenta de interação dinâmica entre as condições de saúde e os fatores contextuais no qual o indivíduo está inserido, e ainda, pode ter uma aplicação universal, sendo usada por qualquer pessoa e em qualquer condição de saúde (SAMPAIO; LUZ, 2009).

Outro fator impactante para o uso cotidiano da CIF baseia-se no estabelecimento de políticas públicas de saúde, visando uma mudança de atuação dos profissionais, a substituição de conceitos vigentes focados na doença para um conceito abrangente focado na saúde, na funcionalidade e na capacidade do doente para superar as barreiras ambientais impostas pelo mundo moderno, tanto em sua vida cotidiana e suas atividades diárias, como em suas atividades profissionais (HOLLENWEGER; MORETTI, 2012; PLESS; GRANLUND, 2012; ALFORD et al., 2013; MÜLLER; BENGEL; WIRTZ, 2014).

Estão descritas na CIF 1.454 categorias, tornando-a um instrumento com ampla abrangência e grande poder de descrição da

funcionalidade, da incapacidade e da saúde do indivíduo e, em muitos casos, tem sido usada associada a instrumentos de avaliação quantitativos e qualitativos através do emprego de sua categorização (BRASILEIRO, MOREIRA; BUCHALLA, 2013).

Cada componente da CIF é representado por uma letra, sendo “b” para as funções do corpo, “s” para a estrutura do corpo, “d” para atividades e participação e “e” para os fatores contextuais (CHUNG; YUN; KHAN, 2013). Nas categorias da CIF, também são empregados qualificadores, estes são dígitos acrescidos às categorias, separados destas por meio de um ponto e que indicam a magnitude de um problemas ou alteração e se o indivíduo avaliado possui ou não uma determinada incapacidade (ARAÚJO; BUCHALLA, 2013).

Os qualificadores dos componentes da CIF, são descritos entre 0 e 4, sendo 0 para ausência de deficiência ou alteração e 4 para a máxima incapacidade ou alteração (CASTANEDA; CASTRO, 2013).

Os fatores ambientais da CIF são quantificados com escalas positivas e negativas, indicando o quanto um fator ambiental afeta a saúde do indivíduo, podendo tornar-se um facilitador ou uma barreira (FERNÁNDEZ-LÓPEZ et al., 2009).

Fatores ambientais atuam como facilitadores quando aumentam as possibilidades de participação do indivíduo e agem como barreiras quando impõe dificuldades na execução das tarefas nas atividades de vida diárias (FRANZOI et al., 2013).

Os fatores pessoais ainda não foram codificados na CIF, pois relatam o histórico particular de vida do indivíduo e seu estilo de vida, assim, como esta classificação é universal, e considerando a variabilidade cultural dos povos, com diferentes aspectos genéticos, de idade, antropométricos, hábitos, crenças, antecedentes sociais, entre outros fatores, ainda não foi possível sua organização consensual. Estes fatores não podem ser considerados como deficiências, limitações ou restrições, porém podem modular a funcionalidade de forma positiva ou negativa (RIBERTO, 2011).

### 3.5 EMPREGO PROFISSIONAL DA CIF E SUAS CATEGORIAS

A CIF pretende homogeneizar as terminologias na área da saúde, permitindo a comparação de dados de saúde em diferentes locais e ou momentos históricos diferentes. A visão proposta pela CIF, passa a ser usada para traçar políticas públicas na área da saúde funcional, como também, para a seguridade social, trabalho, justiça, entre outros setores. Neste estudo de revisão de literatura, demonstra a importância dos *core*

*sets*, ou seja, de um conjunto de categorias selecionadas da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde desenvolvidas em consenso entre profissionais de diferentes áreas da saúde e com cooperação internacional, para dinamizar o emprego da CIF, selecionando entre os diversos aspectos da funcionalidade humana, aquelas categorias típicas e significativas em um determinado condicionante de saúde, desta forma, facilitando a sua empregabilidade (RIBERTO, 2011).

O uso da CIF em pesquisa e na clínica diária carece de uma maior aplicabilidade e confiabilidade nesta aplicação, estes são fatores relatados por muitos profissionais e pesquisadores que observam a vasta gama de códigos possíveis de serem classificados para um indivíduo, como um fator limitante na comparação de dados e no uso clínico cotidiano. Outro fator restritivo para sua aplicação recai no fato de algumas atividades realizadas pelo indivíduo poderem ser classificadas com mais de um código entre os componentes atividades e participação (SABINO; COELHO; SAMPAIO, 2008).

Observamos alguns exemplos destacados do emprego desta classificação: em Portugal a CIF tem seu emprego na educação; já a Alemanha utiliza para basear seus regimes de pensão; a Austrália coopera com a OMS com suas experiências nas compensações por acidente, reabilitação ou cuidados continuados; os norte-americanos aplicam a CIF em estudos estatísticos, fontes de registros clínicos e sistemas de cuidado em saúde; os serviços sociais japoneses focam o emprego da CIF na avaliação funcional correlacionada com as atividades e participações dos indivíduos mais velhos e na Irlanda a atualização dos dados em saúde e no serviço social para as pessoas com deficiências se baseiam nesta classificação internacional (FONTES; FERNANDES; BOTELHO, 2010).

### 3.7 ENSINO ACADÊMICO DA CIF

Historicamente a Fisioterapia brasileira teve seu maior desenvolvimento a partir dos anos 90, com uma crescente oferta de cursos e vagas em universidades para esta área profissional, advindas da política estatal brasileira que pretendia ampliar a escolaridade de nível superior no país. Especificamente relacionado à Fisioterapia, justifica-se esta expansão pelo reconhecimento da profissão e a própria valorização do profissional pela sociedade (BISPO JÚNIOR, 2009).

No artigo Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva, Carvalho e Ceccim, (2006, p.13) descrevem que:

(...) na década de 1980, posições inovadoras e de crítica aos modelos profissionais, aos modelos assistenciais, aos modelos educacionais e aos modelos de desenvolvimento social reivindicaram novas experiências para a integração ensino-serviço que extrapolassem a aprendizagem em hospitais, valorizassem a aprendizagem em unidades básicas de saúde, e recuperassem, em alguma medida, a integralidade, de modo a incorporar mais intensamente os conteúdos das ciências sociais e humanas nas reformas curriculares. Sem desarmar a lógica do hospital como o lugar da cura e da doença, as novas visões de saúde e de corpo acabaram por criar novas disciplinas, prestigiar outras profissões e distinguir profissionais voltados para a comunidade e profissionais preparados para o hospital.

Dentro das diretrizes nacionais curriculares para o curso de Fisioterapia, assim como, aos demais cursos da área da saúde, há expressa indicação da necessidade de articulação entre o conceito de saúde e os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta normativa, baseada na Constituição Federal e na Lei 8080/1990, descreve a importância a ser abrangida pela utilização da epidemiologia para estabelecer prioridades assistenciais e desenvolver políticas públicas, integrar a saúde com o meio ambiente e o saneamento básico, universalizar o acesso ao sistema de saúde e gerar uma assistência integral ao usuário. (BRASIL, 2001).

O modelo biomédico ainda predominante na formação profissional restringe a atuação terapêutica do acadêmico de Fisioterapia, focando sua consulta e conduta profissional nas patologias e consequências físicas advindas destas; tais como limitação nas amplitudes de movimentos articulares e alterações relativas à força muscular do segmento afetado. Porém, através do modelo proposto pela CIF, propõe-se uma ampliação desta visão, observado a influência da doença sobre a funcionalidade do paciente e sua qualidade de vida (SILVA; NEVES; RIBERTO, 2008).

A atuação profissional individual, fragmentada e descontextualizada predominante nos serviços de saúde, dificulta a troca de saberes entre os profissionais, inclusive pela divergência nos termos

técnicos empregados em cada uma das disciplinas em saúde. A mudança proposta para estabelecer uma unidade entre as profissões da área da saúde perpassa pelo modelo de promoção da saúde estabelecido, associado à atenção integral do indivíduo (ANDRADE, 2010).

O reconhecimento da atuação do fisioterapeuta na atenção primária ainda é insuficiente, não se obtendo a plena compreensão das ações deste profissional, tanto pela sociedade e quanto pela própria equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BELETTINI et al., 2013).

Os educadores em Fisioterapia e a sua associação representativa Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO) sugerem como medidas qualificadoras para a formação superior em Fisioterapia, a adequação dos currículos da graduação às necessidades regionais e a incorporação dos princípios e diretrizes do SUS, ampliando a práxis<sup>1</sup> profissional, inserindo a Fisioterapia na saúde coletiva, contribuindo sobremaneira para a promoção da saúde e para a qualidade de vida (BISPO JÚNIOR, 2009).

Conforme indicação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, o fisioterapeuta deve ser dotado de conhecimento técnico-científico e habilidade específica para executar atividades em todos os níveis de atenção à saúde, atuando de forma multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, sendo comprometido com o ser humano, sabedor dos direitos à saúde que assistem a todos os brasileiros e contribuindo para o bem-estar e qualidade de vida da sociedade (BRASIL, 2001).

Esta diretriz preconiza a elaboração do diagnóstico cinético funcional pelo fisioterapeuta, considerando os aspectos clínicos, políticos, sociais, filosóficos e sociais no qual o profissional e o seu cliente estejam inseridos, sendo o exercício da profissão uma forma de contribuição social do fisioterapeuta (BRASIL, 2001).

A atenção primária em saúde caracteriza-se por ser mais barata e eficiente que a atenção secundária ou especializada, sendo a APS a prioridade no sistema público de saúde brasileiro. Porém, observa-se a formação, pesquisa e prática clínica do fisioterapeuta ainda voltada com maior ênfase para a terapêutica especializada e tecnológica, mas com uma tendência natural a reversão deste quadro, com a inserção das diretrizes curriculares nacionais, mudando a direção da formação para

---

<sup>1</sup> Práxis: conceito que é utilizado em oposição ao de teoria; atividade de prática; ação; exercício.

uma visão generalista, com atuação integral tanto individual quanto coletiva (COSTA et al., 2012).

Em uma análise das publicações acadêmicas sobre a formação do fisioterapeuta, correlacionando os currículos de cursos de graduação das IES, os princípios do SUS e as diretrizes curriculares nacionais, verificou-se uma tendência à mudança para uma formação que contemple modelos adequados para a atuação profissional do fisioterapeuta voltada ao sistema público de saúde e a saúde coletiva (WOODTLI; CAVALCANTI; FERNANDES, 2015).

Segundo Paim (2009) apud Pinto (2011), o SUS pode ser definido como:

O conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. É uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde através dos dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes (p.51).

O treinamento dos profissionais e acadêmicos para o uso cotidiano da CIF é sugerido como alternativa para ampliar a aplicação desta classificação nos sistemas públicos de saúde, como ferramenta para apurar indicadores de saúde e na aplicação clínica para caracterização da funcionalidade dos indivíduos (RUARO et al., 2012).

A prática fisioterapêutica supervisionada em ambiente universitário é direcionada para a formação do profissional generalista, baseada no treinamento para a terapêutica de excelência, beneficiando a comunidade e aproximando o acadêmico do público usuário da saúde pública brasileira (SILVA; NEVES; RIBERTO, 2008).

Uma proposta de uma educação em saúde baseada na integralidade, dirigida à saúde e não a doença, voltada para o fortalecimento da saúde pública, construindo um processo adequado de proposição de políticas de saúde que tenham efetivos significado na vida da população assistida é defendida por Ceccim e Feuerwerker, tendo uma aproximação apegada ao modelo biopsicossocial proposto pela CIF, tanto no tocante da participação do sujeito na sua classificação, como na amplificação da visão sobre os condicionantes de saúde, sejam eles, barreiras ou facilitadores (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A inserção dos conceitos de saúde coletiva na formação dos profissionais de saúde nos remete a buscarmos uma forma diferenciada



de pensar e ensinar saúde, voltada para a inclusão, ao acolhimento, a abordagem integral do sujeito, a autonomia individual no estabelecimento dos seus projetos terapêuticos, a aproximação entre os terapeutas com seus pares e frente aos seus pacientes e a criticidade à medicalização e mercantilização da saúde, conferindo aos envolvidos uma maior responsabilidade na participação social das demandas de saúde, formação de políticas e fortalecimento da saúde pública (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Barros (2002), fez um interessante resgate histórico da conduta biomédica que tem início com Hipócrates, Empedócles, passando por Galeno, Paracelso, Copérnico, Galileu, Descartes, Newton, Harvey, Pasteur, Koch e Snow para determinar a solidificação do modelo hegemônico, baseado em conceitos científicos, mecânicos, especializados e na medicalização e doença. Estes pensamentos sofreram alguns questionamentos a partir de Faraday e Maxwell (eletromagnetismo), Plank (teoria quântica), Einstein (relatividade) e Lamark e Darwin em sua teoria da evolução das espécies, questionando e apresentando teorias para explicar fenômenos químicos e físicos que não eram suplantados nas definições dos modelos biomédicos (BARROS, 2002).

Um exemplo do pensamento baseado na medicalização pode ser observado na condução da gravidez, algo estritamente natural e fisiológico, que ganhou ares de “doença”, e assim tem sido tratada, com o grande número de partos cesarianos, o pré-natal e seus inúmeros exames de acompanhamento; considerando apenas a avaliação e exclusão de possíveis doenças como fator preponderante para a saúde e a redução da mortalidade da gestante ou do bebê e despreocupando-se com a forte influência do estado nutricional das mães, maior acesso aos serviços de saúde e redução do número de gravidez de risco (BARROS, 2002).

Há que se destacar a visão interdisciplinar na busca por soluções eficazes e compartilhadas entre os membros de uma equipe de saúde, respeitando as especificidades de cada especialidade, salientando a importância em oportunizar aos alunos dos cursos de graduação das diferentes disciplinas em saúde, a prática interdisciplinar. Fazendo uma correlação deste conceito com a CIF, observa-se que esta classificação amplia o horizonte descritivo de uma condição de saúde, sendo necessária uma avaliação multiprofissional e interdisciplinar para atingir a totalidade e a máxima precisão no “diagnóstico” do sujeito envolvido (SAUPE et al., 2005).

Um aspecto essencial na assistência integral em saúde pública deve compor a intersetorialidade, aproximando os serviços de saúde aos demais serviços públicos, por exemplo: escolas, creches, asilos, coleta de lixo, saneamento, habitação, água, energia elétrica, proporcionando aos cidadãos uma estrutura realmente promotora de saúde (GALLO, 2005).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 FORMA DE ESTUDO

O estudo foi conduzido pelo pesquisador na cidade de Criciúma, Santa Catarina, Brasil, através da obtenção das respostas do questionário que foi disponibilizado aos profissionais e acadêmicos por meio eletrônico, através do link:<https://docs.google.com/forms/d/15TSFo5jYnhx3gmFMoBvRQMoIZMpz72JDOyaUA4Y71Q/viewform>.

### 4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense e autorização do local onde será realizada a pesquisa mediante apresentação do projeto (APÊNDICE A), conforme parecer número 1.644.459, CAAE: 51053215.0.0000.0119 e Carta de Aceite (ANEXOS A, B e C), tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos participantes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica.

Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar da pesquisa, autorizando sua realização por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

### 4.3 DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal quantitativo e descritivo do tipo Survey com coleta primária de dados. Tendo como participantes do estudo profissionais e acadêmicos de Fisioterapia dos estados do sul do Brasil. O método de escolha amostral foi aleatória simples, através da livre iniciativa do acadêmico ou profissional em responder o questionário eletrônico disponibilizado. A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro de 2016 e junho de 2016, sendo posteriormente prorrogado até novembro de 2016.

### 4.4 HIPÓTESE

Pressupõe-se que o emprego da CIF não esteja incluído na prática diária dos fisioterapeutas inscritos no CREFITO's 10, 5 e 8. Bem como,

presume-se que na formação dos futuros profissionais fisioterapeutas a CIF esteja sendo empregada, porém de forma insuficiente, não havendo disciplinas específicas que abordem esta temática, criando, assim, uma consequente insegurança ou superficialidade na utilização desta ferramenta, seja durante a formação ou atuação profissional.

Acredita-se que as justificativas, dos profissionais e formandos, para o uso irregular da CIF seja a carência deste saber, indicando o desconhecimento sobre a relevância e utilidade desta classificação, em função deste tema não ter feito parte da grade curricular da graduação do profissional e frente a complexidade de sua aplicação.

Deduz-se que o emprego da CIF esteja ocorrendo com maior frequência no aprimoramento do diagnóstico profissional, no acompanhamento da evolução do tratamento proposto ao doente e na verificação das condições de funcionalidade e incapacidade do paciente em relação às condicionantes de saúde.

## 4.5 VARIÁVEIS

### 4.5.1 Dependentes

Dos profissionais: foram avaliados o estado da federação e o CREFITO de registro; o grau de formação do profissional; o tempo de formação; as características do vínculo profissional e a sua área de atuação ou especialidade.

Dos acadêmicos: o perfil gerencial da instituição de ensino superior à qual ele está vinculado; a pretensa área de atuação e o ano de formação.

### 4.5.2 Independentes

Do profissional: foram verificados a taxa de conhecimento sobre a CIF e as Resoluções OMS 54.21 e COFFITO 370; o índice de utilização da CIF no cotidiano profissional; a justificativa para a não utilização da CIF; a abordagem da CIF na graduação e sua forma de ensino, incluindo a disciplina que instruiu sobre esta classificação; o aprendizado da CIF na formação continuada e, por fim, os componentes desta classificação predominantemente usados e a importância que o profissional atribui a esta ferramenta.

Dos alunos de Fisioterapia dos últimos anos: a taxa de conhecimento sobre a CIF e as Resoluções OMS 54.21 e COFFITO 370; o índice de uso da CIF em seu cotidiano discente; a justificativa

para a não utilização da CIF; a abordagem da CIF na graduação e sua forma de ensino, incluindo a disciplina que instruiu sobre esta classificação; o aprendizado da CIF na formação continuada e extensão; e, finalmente, os componentes desta classificação predominantemente usados e a importância que o aluno atribui a esta ferramenta.

#### 4.6 POPULAÇÃO EM ESTUDO

O estudo envolveu fisioterapeutas inscritos regularmente no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do estado de Santa Catarina - CREFITO 10, no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do estado do Rio Grande do Sul - CREFITO 5 e no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do estado do Paraná - CREFITO 8, além dos acadêmicos dos últimos anos da formação no curso de Fisioterapia de IES públicas, comunitárias e privadas dos estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná que somam 113 instituições.

##### 4.6.1 Critérios de Inclusão

Foram inclusos no estudo todos os profissionais que estavam regularmente inscritos no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do estado de Santa Catarina – CREFITO 10, do estado do Rio Grande do Sul – CREFITO 5 e do estado do Paraná – CREFITO 8 nos anos de 2015-2016 e os formando do curso de Fisioterapia de IES públicas e privadas dos três estados no ano de 2016, que concordaram com a sua participação no estudo através da assinatura eletrônica do termo de consentimento livre e esclarecido.

##### 4.6.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os profissionais que não estavam regularmente inscritos nos três CREFITO'S 10, 5 e 8 nos anos de 2015-2016 ou aqueles que não aceitaram participar do estudo e os formandos que não aceitaram participar deste trabalho.

Resultou em exclusão parcial, os questionários que foram preenchidos de maneira inadequada ou que estavam incompletos.

#### 4.7 AMOSTRA

Para esta pesquisa foi calculada uma amostra de 364 profissionais do total de fisioterapeutas inscritos no CREFITO 10 que somam 6.718, conforme estatística informada no site do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do estado de Santa Catarina, com acesso no dia 07/11/2015.

No estudo, foi examinada, uma amostra de 372 profissionais do total de fisioterapeutas inscritos no CREFITO 5 que somam 11.529, conforme estatística informada no site do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do estado do Rio Grande do Sul, com acesso no dia 08/11/2015.

A amostra calculada para o estado do Paraná foi de 372 profissionais do total de fisioterapeutas inscritos no CREFITO 8 que somam 11.721, conforme estatística informada no site do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do estado do Paraná, com acesso no dia 07/11/2015.

Calculou-se uma amostra de 247 formandos no curso de Fisioterapia dentre as 27 IES públicas, privadas e comunitárias do estado de Santa Catarina, sendo que 3 IES possuem natureza jurídica pública, 14 natureza privada e 10 são comunitárias.

No Rio Grande do Sul, a amostra calculada foi de 293 formandos dentre as 41 IES que possuem o curso de Fisioterapia, sendo 4 públicas, 17 privadas e 20 comunitárias. No Paraná a amostra calculada foi de 330 formandos dentre as 45 IES, sendo 6 públicas, 36 privadas e 3 comunitárias instaladas neste estado.

O método de escolha é de amostra aleatória simples, através da livre iniciativa do acadêmico ou profissional em responder o questionário eletrônico (APÊNDICE B) disponibilizado entre o total de discentes deste curso em cada uma das universidades e o universo de profissionais registrados nos três CREFITO's do sul do Brasil.

Em estudos realizados através de inquéritos por meio eletrônico, a demanda de tempo para aplicação, as formas de contato com os profissionais e a resposta de questionários pode dificultar a obtenção do resultado em tempo hábil. Considerando a regularidade amostral pode-se afirmar que um subconjunto aleatório tende a ter características semelhantes às características do grupo maior.

O intuito de utilizar a metodologia de captação das respostas através de meio eletrônico, se baseou na facilidade de acesso a todo o grupo amostral envolvido na pesquisa, considera-se, também, que esta forma de obtenção de dados tem sido empregada pelo COFFITO e CREFITOS como forma de investigação acerca de diversas temáticas.

Segundo a Fundação Getúlio Vargas (2012) mais de 54% dos gaúchos, mais de 58% dos catarinenses e mais de 55% dos paranaenses estão incluídos no mundo digital, o que facilita o emprego deste método de pesquisa na tentativa de abranger um maior número de pesquisados.

Devido as normativas dos Conselhos Regionais de Fisioterapia, não teve-se acesso ao banco de dados contendo os endereços eletrônicos individuais dos profissionais pesquisados, o que pode gerar uma limitação no acesso à todos os fisioterapeutas cadastrados nestas autarquias. O erro amostral foi de 5%, com intervalo de confiança de 95% (LOPES; SANTOS, 2015).

#### 4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para as questões dos quais as suas respostas eram nominais foi realizado a descrição dos achados utilizando-se da análise de frequências destacando-se os valores absolutos (n) e os valores relativos (%). Para os valores quantitativos utilizou-se da média e DP (desvio padrão).

Acrescido a estes quando possível foi apresentado o intervalo de confiança (IC) de 95% com o respectivo limite superior e inferior. Nas questões das quais foram necessárias agrupar as respostas do grupo dos profissionais e dos acadêmicos, os valores totais absolutos e relativos foram especificados em relação à amostra geral do referido grupo.

Para a análise dos dados nominais dicotômicos foi utilizado a análise de referência cruzada através da utilização do Teste Qui-Quadrado de *Pearson* e foi considerado como estatisticamente significativo  $p < 0,05$ . Foi utilizado o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0. A construção das tabelas foi realizada no *software* Microsoft Word 2010.

#### 4.9 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA

Para a logística desta pesquisa, fez-se contato eletrônico com o Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10ª região, da 5ª região e da 8ª região, e com os Coordenadores do Curso de Fisioterapia das IES selecionadas, informando da pesquisa, dos seus objetivos, do instrumento para a coleta dos dados e da metodologia empregada, propondo que estas instituições enviassem aos seus inscritos o questionário para a coleta de dados.

As instituições de ensino superior foram selecionadas, tendo como critério de eleição, a que possuísse o curso de Fisioterapia dentre

os seus cursos ofertados, e que possuísse turmas de alunos nos últimos anos de graduação do mesmo curso verificadas através do sítio eletrônico do Ministério da Educação em seu Cadastro e-MEC de Instituições e Cursos de Educação Superior.

Foi solicitada formalmente a autorização dos CREFITO's 10, 5 e 8, através da assinatura da Carta de Aceite, conforme ANEXO A, B e C, respectivamente; para que estes divulgassem junto aos seus inscrites este estudo e o instrumento de coleta de dados.

Junto aos responsáveis pelas instituições de ensino superior e pelos Conselhos Regionais, foi requerida a propagação desta pesquisa aos profissionais e formandos, indicando a importância da participação no estudo, dos benefícios do estudo e dos baixos riscos apontados desta investigação.

Cumpridas estas etapas, deu-se a disponibilização eletrônica do instrumento de pesquisa através do link: <https://docs.google.com/forms/d/15TSFo5jYnhx3gmFMoBvRQMolZMpz72JDOyaUA4Y71Q/viewform>.

O Google Docs é uma ferramenta eletrônica, componente do Google Drive, com a qual podemos armazenar dados e sincronizar arquivos, servindo como um sistema de “computação em nuvem” que permite aos usuários do Gmail criar e editar documentos online, tendo fácil acesso aos usuários que possuam o link desta pesquisa. (WIKIPEDIA, 2017).

Os participantes, inicialmente, fizeram a assinatura eletrônica do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) e após responderam livremente o instrumento de pesquisa, tendo seu sigilo guardado conforme normatização da Resolução CNE 466/2012.

A partir do recebimento eletrônico das respostas do questionário, iniciou-se a tabulação dos dados, a análise estatística, a discussão dos achados com a literatura referenciada e a finalização da pesquisa.

#### 4.10 INSTRUMENTO DE COLETA

A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro de 2016 e junho de 2016, sendo posteriormente prorrogado até novembro de 2016, visando atingir a amostra calculada; por meio do questionário desenvolvido pelos pesquisadores (APÊNDICE B), que foi avaliado por seis profissionais dos estados do sul do Brasil, sendo dois fisioterapeutas de cada um dos estados.

O instrumento de coleta foi composto por vinte e duas perguntas fechadas, sendo sete delas de múltipla escolha, que foi disponibilizado



eletronicamente para os profissionais e formandos de cada um dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10ª, 5ª e 8ª regiões e das IES participantes.

#### 4.11 RISCOS E BENEFÍCIOS

Baseados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, quantifica-se esta pesquisa como de risco mínimo aos participantes, sendo que, todos tiveram registrado seu aceite através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O sigilo da pesquisa, principalmente das respostas proporcionadas pelos profissionais e formandos, foi resguardado, seguro e garantido pelos pesquisadores, tornando-se anônimos na publicação.

Os benefícios deste estudo pautam-se na mensuração real do emprego da CIF pelos profissionais fisioterapeutas dos três estados do sul do Brasil, bem como, na condução deste tema na formação dos futuros profissionais. A partir deste levantamento de dados, pode-se sugerir estratégias para o emprego da CIF em âmbito acadêmico, e nos serviços profissionais privados e públicos, nas diferentes especialidades dos fisioterapeutas.

As respostas obtidas através deste estudo, podem implicar em um estímulo à implementação da CIF como objeto relevante de estudos para os formandos e futuros profissionais, assim, estimulando-os a traçar estratégias para seu uso cotidiano, seguindo as normativas da OMS e do sistema COFFITO – CREFITO's.

Acrescenta-se, como possíveis benefícios deste estudo, uma maior discussão acerca deste tema e incentivo para que os objetivos propostos pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde tornem-se efetivos na troca de informações em saúde, na unificação de uma linguagem para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde e seus condicionantes.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo foi composta por 470 participantes, dos quais 89,6% (n=421) são profissionais fisioterapeutas formados e 10,4% (n=49) são acadêmicos de cursos de Fisioterapia (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da Amostra

Variáveis	Categorias	n	%	Intervalo de Confiança 95%	
				Inferior	Superior
Grupo	Profissional	421	89,6	86,4	92,1
	Acadêmico	049	10,4	7,9	13,6
<b>Total</b>		470	100,0	-	-

Legenda: n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra.

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

### 5.1 ACADÊMICOS

As informações abaixo referem-se exclusivamente aos acadêmicos formandos do curso de Fisioterapia de IES públicas, comunitárias e privadas dos três estados do sul do Brasil.

#### 5.1.1 Natureza Jurídica da Instituição de Ensino Superior (IES)

A tabela 2 refere-se ao perfil das IES nas quais os acadêmicos que responderam ao questionário estão matriculados. Quanto ao estado onde encontra-se a IES 46,9% estudam em IES do estado de Santa Catarina, seguido de 28,6% no estado do Paraná e 14,3% no estado do Rio Grande do Sul. Sobre o tipo de IES 49,0% estão matriculados em IES privadas e, dos que responderam as questões, 46,9% iriam concluir a graduação no ano de 2016.

Tabela 2 – Perfil das IES dos Acadêmicos

Variáveis	Categorias	n	%	Intervalo de Confiança 95%	
				Inferior	Superior
<b>Estado Onde Encontra-se a IES</b>	Santa Catarina	23	46,9	32,7	61,2
	Rio Grande do Sul	07	14,3	4,10	24,5
	Paraná	14	28,6	16,3	40,8
	Não Respondeu	05	10,2	4,10	20,4
<b>Tipo de IES</b>	Pública	11	22,4	12,2	34,7
	Privada	24	49,0	34,7	63,3
	Comunitária	09	18,4	8,20	30,6
	Não Respondeu	05	10,2	2,00	20,4
<b>Conclusão do Curso 2016</b>	Sim	23	46,9	32,7	61,2
	Não	20	40,8	26,5	55,1
	Não Respondeu	06	12,2	4,10	22,4

Legenda: n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra.

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

O Ministério da Educação brasileiro, órgão que rege o sistema educacional no nosso país, divulga através do seu sistema eletrônico e-MEC, onde encontram-se as instituições de ensino superior que possuem curso de Fisioterapia em cada um dos estados brasileiros (BRASIL, 2017).

No estado de Santa Catarina, existem 27 instituições de ensino superior com cursos de Fisioterapia cadastrados junto ao Ministério da Educação, sendo 3 com gestão pública no âmbito municipal, estadual ou federal. Dez (10) IES caracterizadas como comunitárias e 14 com gestão privada, tendo fins lucrativos ou não (BRASIL, 2017).

No estado do Rio Grande do Sul, há 41 IES e/ou cursos registrados, sendo 4 com gestão pública, 17 privadas e 20 comunitárias. Enquanto no estado do Paraná encontram-se 45 instituições e/ou cursos catalogados, sendo 6 públicas, 36 privadas e 3 comunitárias (BRASIL, 2017).

Houve um expansivo crescimento dos cursos de Fisioterapia nos últimos anos no Brasil, saltando de 48 cursos em 1991, para 420 em 2006 e 476 em 2008, atingindo um crescimento de relevantes 892%. As vagas de Fisioterapia têm uma predominância em IES privadas em relação às públicas, alcançando percentuais de 8,1% das matrículas em IES públicas e 91,9% das matrículas em IES privadas no ano de 2008 (HADDAD et al., 2010).

Haddad et al., (2010) indicam que o ensino superior no Brasil é predominantemente privado, perfazendo um montante de 70 a 80% das instituições de ensino superior.

As pesquisas em saúde tendem a ter uma distribuição geográfica que acompanha o padrão de concentração regional observado para o conjunto de todas as atividades de pesquisa no país, tendo mais de 60% dos grupos localizados na região sudeste, seguida pela região sul, nordeste, centro-oeste e norte (GUIMARÃES, 2011).

Em uma ampla pesquisa de revisão de publicações sobre a CIF em âmbito nacional, ficou demonstrado que as instituições de ensino superior que mais lançaram artigos relacionados a esta temática são as universidades públicas, visto que em 2012, tendo a Universidade de São Paulo (USP) 11 publicações, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) com 7 artigos, Universidade Federal da Bahia (UFBA) com 3, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) com 2 artigos nacionais desenvolvidos e divulgados. Em publicações internacionais, ainda foram encontradas menções à Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade de Brasília (UnB), Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e Fundação Mineira de Educação e Cultura (FUMEC) (RUARO et al., 2012).

Verificadas as respostas desta pesquisa, admite-se que 22,4% dos acadêmicos pesquisados caracterizaram sua IES como de natureza jurídica pública, distribuídos em 10 IES localizadas na região sul do Brasil e presentes no cadastro do Ministério da Educação.

Quando comparadas as IES públicas do sul do país com outras regiões, percebe-se uma carência de publicações relativas à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde por parte dos discentes e, conforme estudo de Ruaro et al. (2012), destacam-se na publicação desta temática em periódicos nacionais e internacionais, principalmente, as escolas do sudeste.

Dados encontrados neste estudo revelam que 49,0% dos entrevistados caracterizaram suas IES como sendo privadas e 18,4% definiram suas instituições como comunitárias. Constata-se que o ensino

superior em Fisioterapia nos estados do sul do Brasil é, principalmente, conduzido em Instituições de Ensino Superior caracterizadas como privadas ou comunitárias, totalizando 86 IES, algumas possuidoras de mais de um campus.

O ensino superior em Fisioterapia tem sido prioritariamente privado, com uma crescente oferta de vagas, seja em IES públicas ou privadas, porém significativamente maior na esfera particular. Esta expansão tem ocorrido de forma desordenada, com uma substancial distribuição de cursos nas regiões sudeste e sul, quando comparadas às regiões nordeste, norte e centro-oeste (BISPO JÚNIOR, 2009).

Conforme estudo realizado por Altamiranda (2003a) o estado de Santa Catarina possuía apenas uma IES pública com curso de Fisioterapia, sendo este déficit presente nos dias atuais conforme pode-se observar nos apontamentos da presente investigação, sendo uma manifesta carência na área da Fisioterapia.

Na análise epistemológica da produção científica em Fisioterapia, percebe-se um grande número de publicações voltadas à especialidade de ortopedia, enfocando o aspecto reducionista e reabilitador aos seus procedimentos e observa-se uma diminuta produção voltada ao aspecto social nas publicações dos fisioterapeutas, prescindindo de uma abordagem voltada à promoção da saúde e prevenção de agravos (HAUPENTHAL et al., 2012).

O aumento gradativo do número de professores fisioterapeutas com cursos de mestrado e doutorado tem sido elencado como fator positivo para o incremento no número de publicações científicas nesta área, porém a concentração dos profissionais com este perfil dá-se, principalmente, na região sudeste, em escolas públicas, através do constante estímulo às atividades de pesquisa e desenvolvimento de programas de pós-graduação *Stricto Sensu* (VIRTUOSO et al., 2011).

## 5.2 PROFISSIONAIS

As informações abaixo referem-se exclusivamente aos profissionais fisioterapeutas.

### 5.2.1 Estado da Federação e Registro Profissional (CREFITO)

A tabela 3 refere-se ao perfil dos profissionais fisioterapeutas. Quando questionados sobre a região de atuação observa-se que 38,7% (163 fisioterapeutas) atuam na região do CREFITO 10 (SC), seguido de

31,8% (134 fisioterapeutas) na região do CREFITO 8 (PR) e 29,5% (124 fisioterapeutas na região do CREFITO 5 (RS).

Tabela 3 - Perfil dos Profissionais Fisioterapeutas

Variáveis	Categorias	n	%	Intervalo de Confiança 95%	
				Inferior	Superior
Região CREFITO	CREFITO 10 (SC)	163	38,7	34,4	43,5
	CREFITO 5 (RS)	124	29,5	24,9	34,2
	CREFITO 8 (PR)	134	31,8	27,6	36,3
<b>Total</b>		421	100,0	100,0	100,0

Legenda: n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra. Região CREFITO: SC: Santa Catarina; RS: Rio Grande do Sul e PR: Paraná. Grau de Formação Profissional: Especialização - <sup>1</sup>(possuidor de Título de Especialista reconhecido pelo COFFITO); <sup>2</sup>privado e público.

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

Conforme dados estatísticos do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO em todo território brasileiro estão registrados atualmente 227.082 fisioterapeutas (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2017).

Os números descritos no CNES em 2010 informam a existência de 53.181 fisioterapeutas cadastrados, tendo um percentual de 17,9% estabelecidos no sul do Brasil, gerando a melhor relação entre profissionais por habitantes (0,35 / 100.000 habitantes), com uma concentração mais intensa nos municípios de maior porte populacional (TAVARES et al, 2016).

### 5.2.2 Tempo de Formação Profissional

Referente ao tempo de formação profissional ressalta-se que a maioria dos profissionais 33,3% (140 fisioterapeutas) atuam entre 5 até 10 anos e em menor número 10,2% (43 fisioterapeutas) há mais de 21 anos.

Tabela 4 - Tempo de Formação

Variáveis	Categorias	n	%	Intervalo de Confiança 95%	
				Inferior	Superior
<b>Tempo de Formação Profissional</b>	0 até 5 anos	117	27,8	23,8	32,1
	5 até 10 anos	140	33,3	28,7	37,5
	10 até 20 anos	119	28,3	24,2	32,8
	mais de 21 anos	043	10,2	7,40	13,1
	Não Respondeu	002	0,50	0,00	1,20
<b>Total</b>		421	100,0	100,0	100,0

Legenda: n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra.

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

Atualmente os bancos de dados dos sites dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, não dispõem de informações relacionadas ao tempo médio de formação de seus profissionais, apenas alguns estudos indicam, parcialmente, estes dados.

O COFFITO lançou neste ano um projeto de pré-recadastramento nacional obrigatório, objetivando atualizar o cadastro de todos os fisioterapeutas do Brasil e subsidiar pleitos relativos à Fisioterapia, conforme conta no endereço eletrônico: <http://www.coffito.gov.br/campanha/prerecadastrocoffito/prerec.php>.

Estes dados facilitarão o acesso às informações pertinentes a profissão (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2017).

O CREFITO 8, com sede no Paraná, realizou no ano de 2015 um levantamento de dados referente ao perfil dos fisioterapeutas daquele estado e encontrou um percentual de 74,2% dos fisioterapeutas que participaram da pesquisa, formados nos 10 anos anteriores (COSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO, 2015).

Badaró e Guilhem (2011) realizaram um estudo do perfil sociodemográfico e profissional dos fisioterapeutas que atuavam em Santa Maria no Rio Grande do Sul nos anos de 2006 e 2007 e verificaram que 36,97% dos formados haviam concluído o curso de Fisioterapia entre os anos de 2000 e 2006, ou seja, possuíam um tempo de formação entre 0 e 6 anos.



No ano de 2015 no estado de São Paulo, verificou-se que grande parte dos fisioterapeutas haviam concluído sua graduação entre os anos de 2001 e 2010, (61,9%) justificando para tal, a expansão dos cursos de Fisioterapia após o ano de 1997 devido à disponibilização, por parte do governo federal, da educação à iniciativa privada (SHIWA; SCHMITT; JOÃO, 2016).

Altamiranda (2003b) verificou em seu estudo sobre o perfil dos fisioterapeutas do estado de Santa Catarina, uma maior prevalência de 56,7% de profissionais formados com mais de 3 anos à época. Hoje estes profissionais estariam com mais de 17 anos de formados.

Na presente pesquisa, observa-se que o tempo de formação que prevaleceu foi entre 5 e 10 anos, ou seja, formados entre os anos de 2007 e 2010, atingindo percentual de 33,3% das respostas, seguido de profissionais formados entre os anos de 1997 e 2007.

Considerando que a profissão de fisioterapeuta foi regulamentada no Brasil no ano de 1969, porém somente nos anos de 1990 houve um crescimento exponencial da oferta de vagas nos cursos de Fisioterapia e um acréscimo no número de IES que possuem este curso de formação, acredita-se que os dados encontrados neste estudo refletem uma média nacional relativa ao tempo de formação.

### **5.2.3 Característica do Vínculo Profissional**

No que diz respeito ao vínculo profissional 62,9% (265 fisioterapeutas) atuam com vínculo privado. Entende-se por vínculo privado aqueles profissionais que prestem seus serviços de forma autônoma ou vinculados a empresas privadas. Os números encontrados nesta pesquisa indicam 62,9% dos profissionais com vínculo exclusivamente privado.

Tabela 5 - Vínculo Profissional

Variáveis	Categorias	n	%	Intervalo de Confiança 95%	
				Inferior	Superior
<b>Tipo de Vínculo Profissional</b>	Privado	265	62,9	58,9	67,7
	Público	84	20,0	16,2	23,5
	Ambos	69	16,4	12,8	19,7
	Não Respondeu	03	0,70	0,00	1,70
<b>Total</b>		421	100,0	100,0	100,0

Legenda: n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra.

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

O aperfeiçoamento do serviço público em Fisioterapia, com a inserção de programas de saúde nos quais os fisioterapeutas participem, principalmente na atenção primária, é fundamental para a redução do custo relativo ao trabalho do fisioterapeuta, uma vez que a terapêutica profissional requer tratamento seriado, onerando os usuários, seja pelo transporte ou pelo próprio tratamento (ALTAMIRANDA, 2003b).

Considerando que, alguns interrogados afirmaram possuírem vínculos tanto públicos quanto privados, isto permite chegar a um total de 79,3% dos fisioterapeutas pesquisados tendo inserção na saúde privada. Estes dados confirmam a indicação de Costa et al. (2012) que relata a maciça presença dos fisioterapeutas vinculados às instituições privadas, em detrimento de um limitado percentual de atuação na atenção primária em saúde.

Em 2013, foi verificado que 62,5% dos fisioterapeutas que atendiam em NASF's de Santa Catarina, possuíam vínculo empregatício, porém através de contratos de trabalho, justificando para tal achado o curto espaço de tempo de implantação deste programa e as dificuldades encontradas pelos gestores municipais para a realização de concursos públicos (BELETTINI et al., 2013).

### 5.3 A CIF NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL E DO ACADÊMICO

A investigação aprofundada acerca das atividades e participações cotidianas dos pacientes durante a avaliação do fisioterapeuta ainda é exígua, opondo-se à visão comum que foca as alterações locomotoras e repercussões estruturais musculoesqueléticas, provavelmente na

tentativa de propor um tratamento mais eficiente, baseando a conduta profissional apenas de maneira reabilitadora (SILVA; NEVES; RIBERTO, 2008).

A “quebra” de paradigma que desafia a Fisioterapia pode ser observada por dois prismas, sendo o primeiro o distanciamento do sistema de saúde médico-centrista, voltado à doença, e o segundo a necessidade de inserção contextual do fisioterapeuta junto aos demais membros da equipe de saúde, afastando-se do conceito imperativo de “profissional da reabilitação” e usando sua competência profissional no exercício de suas atribuições (GALLO, 2005).

A vasta gama de ferramentas de avaliação disponíveis para aplicação na prática clínica do fisioterapeuta e seu variado uso, dificultam comparações e interações clínico-científicas. Tornam a avaliação trabalhosa e, muitas vezes, limitada ao olhar individual, com baixa cientificidade. A aplicação da CIF como forma científica de avaliação e interpretação clínica, permite ao profissional associar sua práxis com o instrumento de análise ideal (NETO et al., 2015).

### 5.3.1 Especialidade ou Área de Atuação

Sobre o grau de formação profissional, ressalta-se que a maioria dos fisioterapeutas que responderam ao questionário possuem pós-graduação *Lato Sensu* 29,7% (167 fisioterapeutas), observa-se também que 18,5% (78 profissionais) possuem mestrado.

Tabela 6 - Grau de Formação

Variáveis	Categorias	n	%	Intervalo de Confiança 95%	
				Inferior	Superior
<b>Grau de Formação Profissional</b>	Graduação	55	13,1	10,0	16,4
	Pós-graduação <i>Lato Sensu</i>	167	39,7	34,9	44,4
	Especialização (possuidor de Título de Especialista reconhecido pelo COFFITO)	65	15,4	11,9	19,2
	Mestrado	78	18,5	15,0	22,3
	Doutorado ou Pós-	22	5,20	3,10	7,60

Variáveis	Categorias	n	%	Intervalo de Confiança 95%	
				Inferior	Superior
	doutorado (PHD)				
	Cursos de aperfeiçoamento	33	7,80	5,20	10,7
	Não respondeu	01	0,20	0,00	0,70
<b>Total</b>		421	100,0	100,0	100,0

Legenda: n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra.

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

A Fisioterapia como profissão, tem sua inserção mercadológica nas ações de atenção especializada em saúde, muito em função da formação voltada para atendimentos individuais, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, estabelecendo-se na média e alta complexidade. Há uma predominância acentuada dos fisioterapeutas na atenção especializada no sul do Brasil em relação às demais regiões, com forte participação no setor privado quando comparado ao setor público, sugerindo uma tendência de inserção profissional no setor privado e em estabelecimentos especializados, a exemplo de clínicas privadas ou consultórios particulares (COSTA et al., 2012).

A atuação do fisioterapeuta brasileiro na atenção especializada e ultra-especializada fez com que o profissional se elitizasse, ofertando seus serviços principalmente aos usuários da saúde suplementar, deixando a assistência primária à parte, com maior dificuldade no acesso aos usuários do sistema público de saúde e com menor qualidade na prestação deste serviço (BISPO JÚNIOR, 2009).

Quanto aos achados referentes às especialidades e áreas de atuação dos profissionais envolvidos nesta pesquisa, observa-se na tabela abaixo que, em média, cada profissional atua em  $2,26 \pm 1,57$  áreas diferentes, sendo estas reconhecidas como especialidades privativas do fisioterapeuta pelo COFFITO ou não. No mínimo estes profissionais atuam em uma área e no máximo em nove.

Tabela 7 - Número de Especialidades/Áreas de Atuação

Variáveis	Média/ DP	Míni mo	Máxi mo	Intervalo de Confiança 95%	
				Inferio r	Superio r
<b>Número de Especialidades/ Área de Atuação</b>	2,26±1, 57	01	09	2,12±1, 40	2,41±1, 72

Legenda: DP: Desvio Padrão

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

No artigo intitulado “O lugar social do fisioterapeuta brasileiro”, observa-se a tendência a acentuar a importância da especialização (pós-graduação, *lato sensu*, *stricto sensu* e outras) nos profissionais recém-formados, justificando esta disposição no aumento de chance na busca pela sua inserção no mercado de trabalho, bem como, um acréscimo na capacidade profissional e conseqüentemente na autopercepção de segurança em sua conduta profissional (ALMEIDA; GUIMARÃES, 2009).

O questionamento sobre as especialidades e áreas de atuação foi explorado como sendo de múltipla escolha. Logo, para melhor entendimento, a tabela classifica por ordem de respostas apontadas pelo profissional que participou da pesquisa (APÊNDICE D).

Observa-se que a Fisioterapia traumato-ortopédica foi respondida por 46,30% dos profissionais como primeira resposta, caracterizando-se como área principal de sua atuação profissional. Após a Fisioterapia neurofuncional foi apontada por 28,10% e seguida da Fisioterapia respiratória apontada por 20,10% dos participantes.

A limitada inserção do fisioterapeuta na saúde pública, atingindo um percentual de 27,8% das respostas assinaladas pelos profissionais, relacionadas à atuação na atenção básica, NASF, saúde pública ou nos Centros Especializados em Reabilitação (CER), bem como, os dados relatados anteriormente que indicavam que 62,9% atuavam em serviços privados, corroboram com o perfil do direcionamento profissional que prevalece entre os fisioterapeutas.

Em um estudo local do perfil sociodemográfico e profissional de fisioterapeutas em uma cidade do Rio Grande do Sul, foi observado um predomínio da assistência profissional em clínicas privadas, com trabalho autônomo dos profissionais, a maior parte deles tendo sua área básica de atuação na Fisioterapia ortopédica e traumatológica, seguida da reumatologia, neurologia e pneumologia. Este estudo de

representação profissional indicou uma forte tendência à especialização nas suas áreas de atuação (BADARÓ; GUILHEM, 2011).

A percepção popular de elitização que a Fisioterapia trás em si, devido ao custo do seu serviço, associado à superespecialização profissional, precisa ser revista para democratizar o acesso ao atendimento, tendo consequência uma assistência integral e humanitária (GALLO, 2005).

A avaliação e conduta fisioterapêutica na especialidade de Fisioterapia traumato-ortopédica ainda está muito focada na análise das amplitudes de movimento articulares e da força muscular, voltada às consequências e afecções musculoesqueléticas, indicando uma forte tendência de conduta profissional baseada no modelo biomédico. Fatores ambientais e pessoais, bem como, a percepção das capacidades ou incapacidades dos doentes, carecem de maior investigação, levando a interpretar que a conduta acadêmica ou profissional baseia-se na busca pela reabilitação dos pacientes. A mudança nesta concepção deve ser proporcionada pela formação voltada à avaliação da funcionalidade humana, com uma visão ampliada e global (SILVA; NEVES; RIBERTO, 2008).

A criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) proposta pelo Ministério da Saúde em 2008, procurou ampliar a abrangência, resolutividade, territorialização, regionalização e ações da atenção primária em saúde. A composição destes núcleos envolve profissionais de diferentes formações da área da saúde, fomentando junto à equipe básica das Estratégias de Saúde da Família (ESF's) o compartilhamento e apoio às suas práticas. Para isto, baseia suas ações nos pilares das diretrizes públicas de saúde: integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação em saúde, participação social, promoção da saúde e humanização (NASCIMENTO; INÁCIO, 2015).

Esta mudança de olhar sobre a Fisioterapia proveniente do trabalho dos colegas que fazem parte dos NASF's, permitiu a remoção do entendimento e quase adjetivo, que observa o fisioterapeuta como reabilitador, guinando sua prática profissional para ações de prevenção de danos e promoção da saúde.

Muitos NASF's envolvem diretamente o fisioterapeuta, principalmente nas áreas estratégicas relacionadas com a saúde da criança/adolescente/jovem, na reabilitação e saúde integral da pessoa idosa, na saúde da mulher, nas atividades físicas e práticas corporais, e nas práticas integrativas e complementares. Porém a decisão da inserção do fisioterapeuta nestes núcleos depende diretamente do gestor e torna-

se necessária uma organização das práticas profissionais para que essa inserção seja inquestionável (NASCIMENTO; INÁCIO, 2015).

As principais dificuldades enfrentadas pelos fisioterapeutas catarinenses para o pleno desempenho de suas funções no NASF foram elencadas como sendo: a demanda reprimida em relação ao atendimento fisioterapêutico pelo SUS, a cultura assistencialista hegemônica, a menor carga horária de trabalho em relação aos demais componentes da equipe NASF/ESF, as barreiras encontradas no contato NASF/ESF, a dificuldade de identificação de grupos de risco através dos dados epidemiológicos, o predomínio da assistência individual, a cultura tecnológica do fisioterapeuta e a dificuldade de reconhecimento dos fatores sociais/ambientais/culturais que influenciam os condicionantes em saúde (BELETTINI et al., 2013).

### **5.3.2 Taxa de Conhecimento sobre a CIF e sobre as Resoluções OMS 54.21 e COFFITO 370**

Sobre o conhecimento dos acadêmicos e profissionais em relação a CIF observa-se na tabela, três questões que envolviam o saber referente à CIF. Quando questionados: Você conhece a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)? A proporção de acadêmicos e de profissionais declarando possuir o conhecimento foi a mesma 75,5%.

Já quando questionados sobre as resoluções houve uma modificação deste cenário. Quando questionados: Você conhece a Resolução OMS 54.21 que recomenda o uso da CIF pelos países membros? Observa-se que 40,8% responderam possuir o conhecimento e dos profissionais 36,3% possuíam o conhecimento.

E quando questionados: Você conhece a Resolução COFFITO 370 de 06/11/2009? Observa-se que a proporção do conhecimento sobre esta resolução foi semelhante entre os profissionais e os acadêmicos dos quais 28,6% o conhecimento e dos profissionais 29,9%.

Tabela 8 - Descritivo do Conhecimento dos Acadêmicos e Profissionais sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Variáveis	Categorias	Acadêmicos				Profissionais			
		n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
				Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
<b>Você conhece a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)?</b>	Sim	37	75,5	63,3	85,7	318	75,5	71,3	79,6
	Não	12	24,5	14,3	36,7	103	24,5	20,4	28,7
<b>Você conhece a Resolução OMS 54.21 que recomenda o uso da CIF pelos países membros?</b>	Sim	20	40,8	26,5	55,1	153	36,3	31,6	40,6
	Não	29	59,2	44,9	73,5	268	63,7	59,4	68,4
<b>Você conhece a Resolução COFFITO 370 de 06/11/2009?</b>	Sim	14	28,6	16,3	40,8	126	29,9	25,9	34,0
	Não	35	71,4	59,2	83,7	295	70,1	66,0	74,1

Legenda: n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra. IC: Intervalo de Confiança; Inf.: Inferior; Sup: Superior

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

A tabela abaixo demonstra as proporções sobre o conhecimento da CIF entre os acadêmicos e profissionais fisioterapeutas. Observa-se que proporção de conhecimento entre os profissionais e os acadêmicos para esta questão foi a mesma de 75,5%. Logo, devido a estes achados tão semelhantes não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos avaliados para esta questão ( $p=0,997$ ;  $p>0,05$ ).



Tabela 9 - Comparação de Proporções sobre o Conhecimento Referente à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) entre o Grupo dos Profissionais Fisioterapeutas e Acadêmicos

Variável	Categorias		Grupo		p
			Profissionais	Acadêmicos	
Você conhece a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)?	Sim		318	37	p=0,997 <sup>a</sup> p>0,05
			75,5%	75,5%	
	Não		103	12	
			24,5%	24,5%	
	Total		<b>421</b>	<b>49</b>	
			<b>100,0</b> %	<b>100,0</b> %	

Legenda: n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra; p: Valor de Significância Estatística.

Método Estatístico Empregado: Teste Qui-Quadrado. a= *Pearson*

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

Conforme indica o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, o fisioterapeuta deve prestar assistência ao ser humano seja de forma individual ou coletiva, participando da promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e recuperação das condições de saúde utilizando para isto todos os conhecimentos técnicos e científicos a seu alcance, almejando a melhoria da qualidade de vida da população sob seus cuidados (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2013).

O Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia indica que o fisioterapeuta, independente se sua inserção profissional se em âmbito público ou privado, deve atuar em consonância à política nacional de saúde (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2013). Seguindo esta normativa,

observa-se uma indicação direta da necessidade do conhecimento e aplicação da CIF pelos fisioterapeutas, uma vez que esta classificação internacional está inserida na política nacional e internacional de saúde.

Para que o emprego da CIF ocorra definitivamente, alguns países desenvolveram métodos educacionais próprios, que foram discutidos e apresentados por Pereira em sua Dissertação de Mestrado e podemos citar como exemplos internacionais destas estratégias (PEREIRA, 2008):

- Austrália: adotou modelos de formação presencial e através de seminários, workshops e congressos (MADDEN, 2003 apud PEREIRA, 2008);

- Estados Unidos da América: iniciou seu processo de implantação através de cursos de formação à distância; sequencialmente, produziu materiais didáticos generalistas para apresentação da CIF; posteriormente inseriu a CIF nos currículos acadêmicos dos cursos superiores da área da saúde (REED et al., 2003 apud PEREIRA, 2008);

- França: exigiu a implantação da CIF e criou modelos de formação de formadores nesta área, criou guias para utilização e fóruns de discussão na web (BARRAL, 2003 apud PEREIRA, 2008);

- Itália: constituiu grupos nacionais de trabalho, com os pesquisadores e estudiosos do tema para responder necessidades provenientes dos departamentos de saúde, educação, trabalho, reabilitação e estatística, além de cursos de formação específicos (LEONARDI, 2004 apud PEREIRA, 2008);

- Alemanha: adoção do modelo proposto pela CIF em diversos ministérios, criação de materiais para treinamento construídos especificamente para as características da população alemã, aplicação de *checklists* e *core sets* da CIF nas mais diversas necessidades (SCHUNTERMANN, 2003 apud PEREIRA, 2008);

- Hungria: utilização da CIF nas reformas legislativas relacionadas à pessoa com deficiência, uso desta classificação por diversos profissionais da saúde para qualificar as deficiências e construção de um software para calcular os reembolsos/subsídios para doentes crônicos (KULLMANN, 2003 apud PEREIRA, 2008);

- Finlândia: criação de material formativo e educacional comum para os diversos profissionais da saúde, planejamento prático e objetivo para a disseminação do uso da CIF em todo o país (TALO, 2003 apud PEREIRA, 2008);

●Reino Unido: constituiu um grupo de formadores para a CIF, inseriu as condições de funcionalidade no contexto e registro, inseriu na formação de profissionais da saúde (UK WHO COLLABORATING CENTRE, 2003 apud PEREIRA, 2008);

●Portugal: aprovou o uso da CIF no sistema estatístico nacional e resultados decorrentes da avaliação constantes no relatório técnico-pedagógico, devem ser obtidos por referência à CIF (PEREIRA, 2008).

Para observar o conhecimento entre os profissionais e acadêmicos referente à Resolução OMS 54.21 que recomenda o uso da CIF pelos países membros, observa-se na tabela abaixo que a proporção de não conhecimento desta resolução é superior aos que possuem o conhecimento nos dois grupos. Consta-se que 63,7% (268 profissionais) não conhecem esta resolução e 59,2% (29 acadêmicos) também não possuem o conhecimento desta resolução. Para esta questão não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos avaliados ( $p=0,539$ ).

Tabela 10 - Comparação de Proporções sobre o Conhecimento sobre a Resolução OMS 54.21 entre o Grupo dos Profissionais Fisioterapeutas e Acadêmicos

Variável	Categorias	Grupo		p	
		Profissionais	Acadêmicos		
Você conhece a Resolução OMS 54.21 que recomenda o uso da CIF pelos países membros?	Sim	n	153	p=0,539 <sup>a</sup>	
		%	36,3%		
	Não	n	268		
		%	63,7%		
	Total	n	421		49
		%	100,0%		100,0%

Legenda: n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra; p: Valor de Significância Estatística.

Método Estatístico Empregado: Teste Qui-Quadrado. a= *Pearson*

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

A tabela abaixo demonstra as proporções sobre o conhecimento da CIF entre os profissionais fisioterapeutas e os acadêmicos referente à Resolução COFFITO 370 de 06 de novembro de 2009.

Observa-se que para esta resolução assim como na anterior o número de profissionais e acadêmicos que não possuíam conhecimento sobre ela foi superior aos que já tinham o conhecimento.

No grupo dos profissionais 70,1% mencionam o não conhecimento e dos acadêmicos 71,4%. A inexistência de diferença estatística entre a percepção dos dois grupos ( $p=0,844$ ) contribui para a perspectiva de que os profissionais vêm retratando o que tem vivenciado ainda na sua formação, bem como, que a atual formação vivenciada em Fisioterapia não tem assegurado o conhecimento acerca da CIF.

Tabela 11 - Comparação de Proporções sobre o Conhecimento sobre a Resolução COFFITO 370 entre o Grupo dos Profissionais Fisioterapeutas e Acadêmicos

Variável	Categorias		Grupo		p
			Profissionais	Acadêmicos	
<b>Você conhece a Resolução COFFITO 370 de 06 de novembro de 2009?</b>	<b>Sim</b>	n	126	14	p=0,844 <sup>a</sup>
		%	29,9%	28,6%	
	<b>Não</b>	n	295	35	
		%	70,1%	71,4%	
	<b>Total</b>	n	<b>421</b>	<b>49</b>	
		%	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

Legenda: n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra; p: Valor de Significância Estatística.

Método Estatístico Empregado: Teste Qui-Quadrado. a= *Pearson*

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

Segundo o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, em seu artigo 27, o fisioterapeuta deve se empenhar na prática das políticas públicas de saúde e suas respectivas legislações. (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2013).

Considerando esta normativa, observa-se a necessidade do fisioterapeuta cumprir com as determinações emanadas pelo seu órgão regulador (COFFITO), devendo ser conhecedor da Resolução 370 e, por consequência, aplicar esta Resolução.

O cotidiano profissional do fisioterapeuta envolve, de forma generalista, o cuidado apenas das restrições físicas dos pacientes, não sendo consideradas relevantes as informações do impacto das doenças sobre os pacientes, sua vivência pessoal acerca de suas limitações ou

distúrbios físicos e suas expectativas frente ao tratamento e prognóstico (FARIA; SILVA, 2013).

A concepção do termo deficiência pelos acadêmicos de Fisioterapia está voltada mais a um modelo internacionalista, associado à incapacidade e dependência em todos seus aspectos funcionais e motores, enquanto os profissionais da terapia ocupacional possuem uma visão com tendência para a concepção social da deficiência, desviando o olhar sobre a patologia, para inserir em sua percepção fatores individuais, ambientais, físicos e sociais. Enfatizam os autores a relevância dos aspectos pessoais, emocionais e sociais no processo de reabilitação das pessoas com deficiência (MAIA; BALEOTTI; OMOTE, 2009).

A OMS sugere estratégias para a implementação da CIF, sendo uma delas o estabelecimento de um modelo conceitual ideal para mensuração da capacidade e incapacidade das populações de seus Estados-membros, predispondo a comparação de dados estatísticos em saúde e na incapacidade com fim de promover a qualificação da troca de informação, a quantificação dos ganhos em saúde, os resultados alcançados por programas de tratamento e identificar níveis de funcionalidade baseados nas evidências científicas dos dados levantados (PEREIRA, 2008).

Para a inclusão da CIF na prática profissional, necessariamente estes devem estar aptos à sua interpretação e aplicação, deve haver a inserção do modelo de funcionalidade e incapacidade proposto pela OMS na graduação profissional, nas políticas públicas em saúde e no cotidiano de trabalho em saúde e, sobretudo, a divulgação, a geração de informações epidemiológicas e instrução deste modelo de funcionalidade (ARAÚJO, 2013).

### **5.3.3 Índice de Utilização da CIF no Cotidiano Terapêutico e a Justificativa para a Não Utilização**

Sobre o uso diário da CIF na sua atividade profissional e acadêmica observa-se na tabela abaixo que esta prática não está fazendo parte da rotina dos fisioterapeutas e acadêmicos de Fisioterapia. Observa-se que dos profissionais fisioterapeutas 78,9% não a utilizam e dos acadêmicos 65,3% também não fazem uso.

Para esta questão houve diferença estatisticamente significativa entre os profissionais fisioterapeutas e acadêmicos. Através da análise de resíduos ajustados (*ra*) observa-se que, apesar da baixa proporção do uso comparado aos profissionais, os acadêmicos utilizam mais a CIF na

sua vida diária ( $ra= 2,1$ ) e sobre o não uso afirma-se abaixo que realmente os profissionais não fazem o uso da CIF na sua prática diária de profissional ( $ra= 2,1$ ).

Tabela 12 - Comparação de Proporções sobre o Uso da CIF na sua Atividade Profissional Diária ou Acadêmica

Variável	Categorias		Grupo		p
			Profissionais	Acadêmicos	
Você faz uso da CIF na sua atividade profissional diária ou acadêmica?	Sim	n	89	17	p=0,032 <sup>a</sup>
		%	21,1%	34,7%	
		ra	-2,1	2,1	
	Não	n	332	32	
		%	78,9%	65,3%	
		ra	2,1	-2,1	
	Total	n	<b>421</b>	<b>49</b>	
		%	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

Legenda: n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra; p: Valor de Significância Estatística.

Método Estatístico Empregado: Teste Qui-Quadrado. a= *Pearson*

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

Sobre a utilização da CIF na atividade profissional e acadêmica, a tabela abaixo demonstra os achados referentes ao uso da CIF para a formação de banco de dados em saúde.

Observa-se que a sua não utilização para fins de bancos de dados é maior que 90% para ambos os grupos. Dos fisioterapeutas pesquisados 91,0% não a utilizam, assim como, 93,9% dos acadêmicos também não a utilizam para este fim. Para estes achados não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p=0,495$ ), firmando uma semelhança de comportamento de quem está na formação e do profissional.

Tabela 13 - Comparação de Proporções sobre o Uso da CIF para Formação de Banco de Dados em Saúde

Variável	Categorias		Grupo		p
			Profissionais	Acadêmicos	
No serviço onde você atua, você faz uso da CIF para formação de banco de dados em saúde?	Sim	n	38	03	p=0,495 <sup>a</sup>
		%	9,0%	6,1%	
	Não	n	383	46	
		%	91,0%	93,9%	
	Total	n	<b>421</b>	<b>49</b>	
		%	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

Legenda: n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra; p: Valor de Significância Estatística.

Método Estatístico Empregado: Teste Qui-Quadrado. a= *Pearson*

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

A formação de banco de dados em saúde sobre a funcionalidade humana, às condições de incapacidade dos pacientes e a evolução do tratamento fisioterapêutico poderia ser o caminho para a inserção do fisioterapeuta na atenção primária. Observa-se que a Fisioterapia carece de dados epidemiológicos que indiquem o sucesso de seus procedimentos, bem como, sensibilizem os gestores públicos de saúde sobre a relevância da presença deste profissional em todos os níveis da saúde, seja primária, secundária ou terciária.

A CIF propõe uma abordagem tanto clínica quanto social, incluindo uma visão voltada para a legislação e desenvolvimento de políticas relacionadas à funcionalidade humana, bom como, a educação em saúde (CERNIAUSKAITE et al., 2011).

Destaca-se no questionário respondido pelo público alvo desta pesquisa, que todos os interrogados reputam que o emprego da CIF cabe ao fisioterapeuta e demais membros da equipe multidisciplinar em saúde, uma vez que nenhuma resposta que indicasse que a CIF não é atribuição do fisioterapeuta foi assinalada. De acordo com Faria e Silva (2013) a CIF é pouco divulgada, discutida e aplicada na prática clínica do fisioterapeuta.

Os efetivos benefícios que a CIF pode trazer para a prática clínica da reabilitação e, conseqüentemente, aos pacientes, ainda não estão definidos, pois sua implementação depende da subjetividade e

conhecimento pelo profissional, apesar do termo CIF estar de forma satisfatória difundido nesta área de atuação (WIEGAND et al., 2012).

A participação efetiva do paciente na busca de solução do processo patológico do qual está acometido, o respeito à individualidade do paciente, bom como, a atuação profissional voltada para as necessidades sociais da saúde e a melhoria da qualidade do atendimento prestado em saúde, são marcos do pensamento na esfera da saúde coletiva (FARIA; SILVA, 2013).

Dentre as especialidades da área da saúde que mais aplicam a CIF em seu cotidiano, estão os profissionais atuantes em neurologia, ortopedia, vigilância em saúde, endocrinologia, gerontologia, deficiência auditiva e visual e saúde coletiva (RUARO et al., 2012).

Castro, Pinto e Almeida (2015) em um estudo local no nordeste brasileiro, verificaram que o maior índice de fisioterapeutas que empregam a CIF são aqueles que possuem formação há mais de 15 anos, com grande parte dos entrevistados indicado a relevância da CIF, apesar de julgarem ser uma classificação de difícil aplicação, justificando o desconhecimento, a complexidade e extensão da abordagem, a falta de treinamento apropriado e por não se adequar ao perfil dos pacientes atendidos pelos pesquisados.

Dificuldades apontadas para a estruturação da pesquisa em funcionalidade humana e reabilitação, incluem a falta de organização e conceitos internacionalmente aceitos, inexistência de fontes de financiamento adequadas nesta área de pesquisa, as barreiras relacionadas a pesquisas interdisciplinares e em redes baseadas nas comunidades, falta de treinamento apropriado e insuficientes programas educacionais e a raridade de oportunidades de carreira para pesquisadores em funcionalidade humana e reabilitação (STUCKI et al., 2008).

A formação de redes regionais, nacionais e internacionais de cooperação entre centros universitários interdisciplinares e a estruturação de instituições focadas na funcionalidade humana e reabilitação são medidas construtivas para o fomento e aprofundamento de pesquisas clínica e científica nesta área do conhecimento (STUCKI et al., 2008).

Araújo, 2013 propõe o avanço na formulação de um “novo modelo” que permita a abordagem biopsicossocial e a geração de dados sobre funcionalidade, objetivando nortear práticas e condutas para atender as demandas da área de saúde funcional.



### **5.3.4 Uso e Percepção da Importância do Uso da CIF**

A tabela abaixo apresenta os motivos relacionados a não utilização da CIF na prática profissional e acadêmica da amostra. Para esta questão foram obtidas até 3 respostas dos acadêmicos e profissionais das quais justificam a sua utilização ou não. Logo o somatório total refere-se a amostra geral tanto dos números absolutos quanto relativos (profissionais n=421 e acadêmico n=49).

Observa-se que 35,7% dos profissionais mencionam o desconhecimento da CIF, já 24,4% consideram complexo o uso e 22,1% não consideram-se aptos à utilizar a CIF, enquanto 17,1% indicam que fazem uso. Nos acadêmicos observa-se que 44,9% mencionaram utilizar a CIF na sua prática acadêmica, porém 24,5% consideram complexo seu emprego.

Tabela 14 - Distribuição Referente à Atribuição da Não Utilização da CIF na Prática Profissional ou Prática Acadêmica

Categorias	Profissionais						Total		Acadêmicos						Total	
	R1		R2		R3				R1		R2		R3			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eu utilizo a CIF	72	17,1	-	-	-	-	72	17,1	21	42,9	01	2,00	-	-	22	44,9
Não considera-se apto a utilizar	52	12,4	41	43,2	-	-	93	22,1	04	8,20	05	10,2	-	-	09	18,4
A novidade da CIF	09	2,10	15	15,8	-	-	24	5,70	-	-	01	2,00	-	-	01	2,00
Considera complexo o uso	86	20,4	17	17,9	-	-	103	24,4	12	24,5	-	-	-	-	12	24,5
Desconhecimento da CIF	146	34,7	04	4,2	-	-	150	35,7	07	14,3	-	-	-	-	07	14,3
Considera desnecessário o uso da CIF	10	2,40	18	18,9	-	-	28	6,70	-	-	-	-	-	-	-	-
Outra	46	10,9	-	-	13	100	59	14,0	05	10,2	01	2,00	02	4,10	08	12,2
Não Responderam	-	-	326	77,4	408	96,9	-	-	-	-	41	83,7	47	95,9	-	-

Legenda: R: Resposta; n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra.

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

A linguagem profissional entre os fisioterapeutas requer uma padronização, tendo o reconhecimento de que a unificação da linguagem entre os profissionais é uma das importantes aplicações práticas da CIF entre esta classe funcional (ARAÚJO; BUCHALLA, 2013).

O desenvolvimento de uma alternativa de unificação da linguagem entre os diversos profissionais da área da saúde, voltada para a funcionalidade e incapacidades humanas e os condicionantes que influenciam sobre sua saúde, é um importante quesito para justificar a utilização da CIF.

A mudança paradigmática na comunicação entre os diversos profissionais de saúde e dos terapeutas junto aos seus pacientes, pode alçar a reabilitação a uma posição de destaque dentro da comunidade médica (STUCKI; EWERT; CIEZA, 2002). O exemplo proposto pela CIF deve ser empreendido por todos os profissionais da saúde e estar inserido na rotina de avaliação médica, pois a postura deste especialista, baseada apenas na doença, não representa a singularidade do real estado de saúde do paciente (HANSEN et al., 2011).

A experiência destacada por uma equipe interdisciplinar de reabilitação que aplicou seu modelo próprio para *core sets* da CIF, baseado nas características dos seus pacientes, indicou uma aceitação positiva desta classificação pelos membros da equipe, melhorando a comunicação entre os pares e facilitando a verificação dos resultados do processo de trabalho, gerando uma maior eficiência na rotina da unidade de serviços (RENTSCH et al., 2003).

Fatores relacionados à escassez de trabalhos vinculados à CIF no âmbito da psiquiatria foram elencados por Alvarez et al. (2012) e destacam-se como justificativa para esta rarefação: a novidade da CIF e o modelo biomédico imperativo em saúde, a complexidade estrutural da CIF e suas possíveis limitações e inacessibilidade deste conhecimento para alguns profissionais.

Apesar da pesquisa de Alvarez et al. (2012) ser referente à especialidade médica de psiquiatria, observa-se no presente estudo que algumas justificativas semelhantes foram apresentadas pelos profissionais e acadêmicos fisioterapeutas; 6,2% indicaram a novidade da CIF como alegação para sua não utilização; 32,6% informaram desconhecer a CIF; 24,5% dos entrevistados consideraram complexo seu emprego e 22,8% sente-se inaptos a usar esta classificação internacional.

A amplitude de condicionantes de saúde que a CIF aborda, torna-se um dificultador em sua aplicação, fazendo com que alguns autores recorram a *core sets* para efetivar sua utilização. Porém estes *core sets* acabam se tornando reducionistas em alusão à funcionalidade, pois sua abordagem se baseia na doença, contrapondo a CIF que tem um foco primário na saúde. Alternativas a estes modelos, são propostas através de modelos de catálogos ou listagens baseados nas áreas, profissões,

especialidades e com objetivos específicos para sua aplicação (ARAÚJO, 2013).

O emprego da CIF como medida prática para avaliar a eficácia da reabilitação, identificando o perfil funcional do paciente em tratamento e a resolutividade da intervenção proposta, foram descritos como alternativas viáveis e adequadas para serem consideradas no planejamento da reabilitação (ÜSTÜN et al., 2003).

Julga-se importante o emprego da CIF como ferramenta clínica para mensurar o retrato físico e social da pessoa em tratamento fisioterapêutico, fundamentando e parametrando a funcionalidade, a incapacidade e os fatores ambientais atuantes sobre a saúde do indivíduo, bom como, considera-se relevante a possibilidade de comparação entre os achados pré e pós intervenção fisioterapêutica.

### **5.3.5 Abordagem da CIF na Graduação e Formação Continuada**

Sobre a abordagem da CIF na formação profissional tanto na graduação quanto em formações continuadas, observa-se que: para ambos os grupos este assunto é de baixo conhecimento pelos profissionais e acadêmicos participantes deste estudo.

Observa-se que no processo de formação na graduação mais de 60% da amostra não obteve o conhecimento sobre o tema e mesmo com a formação continuada esta proporção não modificou muito no grupo dos acadêmicos.

Houve um aumento de conhecimento de 12,2% para os que tiveram a oportunidade de outras formações e já no grupo dos profissionais este conhecimento aumentou apenas 8,8%.

Tabela 15 – Abordagem da CIF no Processo de Graduação e Formação Continuada

Variáveis	Categorias	Profissionais				Acadêmicos			
		n	%	IC 95%		n	%	IC 95%	
				Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
<b>Em sua formação, o tema CIF foi abordado?</b>	Sim	134	31,8	27,6	36,1	17	34,7	22,4	46,9
	Não	287	68,2	63,9	72,4	32	65,3	53,1	77,6
<b>Em sua formação continuada, o tema CIF foi abordado?</b>	Sim	171	40,6	36,1	45,6	23	46,9	32,7	61,2
	Não	250	59,4	54,4	63,9	26	53,1	38,8	67,3

Legenda: n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra. IC: Intervalo de Confiança; Inf: Inferior; Sup: Superior  
 Fonte: elaborado pelo autor (2017).

Referente à formação profissional na graduação sobre o tema CIF, observa-se que tanto para profissionais ou para acadêmicos este conhecimento foi pouco vivenciado por ambos, pois mais de 60% da amostra, não teve este tema como parte do seu processo de formação profissional.

Tabela 16 - Comparação de Proporções sobre a Formação e a Abordagem do Tema da CIF

Variável	Categorias		Grupo		p
			Profissionais	Acadêmicos	
Em sua formação, o tema CIF foi abordado?	Sim	n	134	17	p=0,684 <sup>a</sup>
		%	31,8%	34,7%	
	Não	n	287	32	
		%	68,2%	65,3%	
	Total	n	<b>421</b>	<b>49</b>	
		%	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

Legenda: R: Resposta; n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra. Método Estatístico Empregado: Teste Qui-Quadrado. a= *Pearson*

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

Observa-se que 68,2% dos profissionais não tiveram em sua formação a abordagem da CIF assim como 65,3% dos acadêmicos. Para esta questão não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,684$ ), denotando a mesma condição a respeito deste aspecto para os estudantes e profissionais. Observa-se que essa relação não teve uma significativa evolução neste processo de formação, pois ainda mais de 50% da amostra passou por este processo sem ter obtido conhecimento, podendo estar relacionado à ausência desta temática na matriz curricular dos cursos de graduação em Fisioterapia.

Verifica-se que 59,4% dos profissionais não tiveram este conhecimento em outras formações assim como 53,1% dos acadêmicos também não tiveram a oportunidade de adquirir o conhecimento sobre o tema da CIF no seu processo de formação. Para esta questão não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,395$ ).

Tabela 17 - Comparação de Proporções sobre a Formação Continuada e a Abordagem do Tema CIF

Variável	Categorias		Grupo		p
			Profissionais	Acadêmicos	
Em sua formação continuada, o tema CIF foi abordado?	Sim	n	171	23	p=0,395 <sup>a</sup>
		%	40,6%	46,9%	
	Não	n	250	26	
		%	59,4%	53,1%	
	Total	n	421	49	
		%	100,0%	100,0%	

Legenda: R: Resposta; n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra.

Método Estatístico Empregado: Teste Qui-Quadrado. a= *Pearson*

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

No Apêndice E, observa-se a forma no qual a CIF foi abordada na graduação dos profissionais que responderam ao questionário.

Dos que tiveram a oportunidade 13,2% assinalaram que viram nos estágios supervisionados ou equivalentes e 12,9% responderam ter visto na disciplina de neurofuncional ou equivalente.

Para a análise da tabela 16 os achados mencionados como total referem-se ao n e % total da amostra, pois para esta questão houve até 10 respostas para justificar a abordagem ou não da CIF durante o período da graduação.

Se observarmos, 63,9% dos profissionais mencionaram não ter o tema da CIF abordado na sua graduação, logo estes achados corroboram com os 35,7% que assinalaram desconhecer a CIF e 24,4% que consideram complexo o uso.

Sobre a forma da abordagem na formação continuada dos profissionais, houve até 13 respostas assinaladas pelos profissionais para justificar o aprendizado ou não referente ao uso da CIF e a utilização mencionada durante este período de formação complementar.

Destaca-se na tabela 18 as respostas que foram mais assinaladas, sendo: 43,7% dos profissionais não utilizam a CIF na sua prática clínica, 28,1% mencionam que a CIF serve como uma ferramenta clínica; 27,6% utilizam na avaliação dos resultados do tratamento proposto; 27,3% assinalaram por considerar parte do processo de formação do diagnóstico fisioterapêutico e 27,0% na avaliação das necessidades.

Tabela 18 - Abordagem da CIF na Formação Continuada dos Profissionais (n=421)

Categorias	Total	
	n	%
Como ferramenta clínica	<b>118</b>	<b>28,1</b>
Na avaliação de necessidades	<b>113</b>	<b>27,0</b>
Como ferramenta de pesquisa, para medir resultados, qualidade de vida ou fatores ambientais	92	21,8
Como ferramenta de política social	23	5,5
Nos projetos e implementação de políticas públicas	42	10,0
Como ferramenta estatística	46	10,9
Como ferramenta pedagógica	15	3,60
Como parte da formação do diagnóstico fisioterapêutico	<b>115</b>	<b>27,3</b>
Não utilizo a CIF	<b>184</b>	<b>43,7</b>
Na avaliação dos resultados do tratamento proposto	<b>116</b>	<b>27,6</b>
Compatibilidade/adequação do tratamento com as condições funcionais do cliente	79	18,9
Na elaboração de programas educativos para aumentar a conscientização e realizar ações sociais	28	6,7
Compatibilidade/adequação do tratamento com as condições funcionais do cliente	35	8,3
Na coleta e registro de dados	48	11,3
Outros	31	7,30
Não Responderam	-	-

Legenda: n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra.

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

O aprimoramento do diagnóstico profissional foi indicado como fator relevante para o emprego da CIF por 27,3% dos entrevistados e 11,3% sugeriu que esta classificação objetiva o levantamento, consolidação, análise e interpretação de dados referentes à saúde.

As bases de dados governamentais são importantes ferramentas de identificação e quantificação de indicadores de saúde, permitindo aos gestores o desenvolvimento e proposição de políticas públicas de saúde mais eficientes e adequadas às necessidades da sociedade. Araújo e Buchalla (2013) descrevem o diminuto envolvimento dos fisioterapeutas com os sistemas nacionais de informações em saúde, tendo como justificativa a ausência de padronização na troca de informações profissionais.



Quando questionados sobre a abordagem da CIF durante a sua graduação, foram obtidas até 8 respostas para justificar a forma de como a CIF foi abordado durante o período de formação profissional.

Observa-se no valor absoluto e relativo total da amostra que, 59,1% dos acadêmicos responderam que o tema CIF não foi abordado na sua graduação. Assim apenas 20 dos 49 acadêmicos tiveram o conhecimento sobre a CIF e destes 16,3 % assinalaram que viram nos estágios supervisionados ou equivalente e na mesma proporção assinalaram que tiveram na disciplina de neurofuncional ou equivalente.

Se pensarmos sobre a abordagem da CIF durante o período de formação acadêmica apenas 50,9% dos acadêmicos da amostra tiveram o conhecimento da CIF enquanto que 59,1% afirmam que o tema CIF não foi abordado em sua graduação, conforme tabela 16. Tendo em vista, conforme descrições anteriores, que 46,9% dos acadêmicos participantes afirmaram que iriam concluir a sua graduação no ano de 2016, descrito na tabela 2.

Observa-se neste ponto a clara necessidade do emprego irrestrito da Resolução COFFITO 370, que recomenda o ensino da CIF na graduação e na formação continuada, além da adoção do emprego desta classificação no âmbito das competências institucionais do fisioterapeuta (COFFITO, 2009).

Durante a graduação dos acadêmicos 59,1% assinalaram sobre a não abordagem da CIF na sua graduação e, no processo de formação continuada, 28,5% assinaram que não utilizam a CIF na sua prática/vivência acadêmica.

Tabela 19 - Abordagem da CIF na Graduação dos Acadêmicos (n=49)

Categorias	Total	
	n	%
Cárdio-pneumo funcional ou equivalente	06	12,2
Estágios supervisionados ou equivalente	<b>08</b>	<b>16,3</b>
Ética e deontologia ou equivalente	01	2,00
História da Fisioterapia ou equivalente	07	14,2
Neurofuncional ou equivalente	<b>08</b>	<b>16,3</b>
O tema CIF não foi abordado em minha graduação	<b>29</b>	<b>59,1</b>
Orto-traumato funcional ou equivalente	06	12,2
Saúde pública ou equivalente	05	10,2
Sáude coletiva ou equivalente	05	10,2
Semiologia	05	10,2
Bases e métodos de avaliação em Fisioterapia ou equivalente	05	10,2
Outra	05	10,2

Legenda: n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra.

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

Sobre a abordagem da CIF na formação continuada dos acadêmicos, observa-se que 49,0% utilizam a CIF como parte da formação do diagnóstico fisioterapêutico.

Destaca-se a mesma proporção de respostas 34,6% dos acadêmicos que assinalaram a utilização da CIF como: ferramenta clínica, na avaliação das necessidades, na avaliação dos resultados do tratamento proposto e na compatibilidade/adequação do tratamento com as condições funcionais do cliente. Para esta questão 28,5% assinalaram que não utilizam a CIF. Os acadêmicos assinalaram até 9 respostas para afirmar a forma de como a CIF foi abordada no processo de sua formação complementar. Assim, o valor absoluto e relativo corresponde a amostra geral de acadêmicos (n=49).

Tabela 20 - Abordagem da CIF na Formação Continuada dos Acadêmicos (n=49)

Categorias	Total	
	n	%
Como ferramenta clínica	17	34,6
Na avaliação de necessidades	17	34,6
Como ferramenta de pesquisa, para medir resultados, qualidade de vida ou fatores ambientais	13	26,5
Como ferramenta de política social	01	2,00
Nos projetos e implementação de políticas públicas	01	2,00
Como ferramenta estatística	05	10,2
Como ferramenta pedagógica	03	6,00
Como parte da formação do diagnóstico fisioterapêutico	24	49,0
Não utilizo a CIF	14	28,5
Na avaliação dos resultados do tratamento proposto	17	34,6
Compatibilidade/adequação do tratamento com as condições funcionais do cliente	17	34,6
Na elaboração de programas educativos para aumentar a conscientização e realizar ações sociais	03	6,00
Compatibilidade/adequação do tratamento com as condições funcionais do cliente	00	0,00
Na coleta e registro de dados	05	10,2
Outros	06	12,2

Legenda: n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra.

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

Ao observar a tabela abaixo que se refere à abordagem da CIF durante o período da graduação dos profissionais e acadêmicos, destaca-se que mais de 50% da amostra geral não teve o tema CIF abordado durante o período da graduação. No grupo dos profissionais totalizaram 63,9%, enquanto nos acadêmicos o percentual foi de 59,1%.

Resgatando os achados anteriores 61,1% dos profissionais estão formados até 10 anos, sendo que 27,8% formaram-se em até 5 anos, indicando que mesmo após as determinações oriundas nas diretrizes nacionais curriculares para o curso de Fisioterapia, este conhecimento ainda está aquém da real importância e necessidade.

Tabela 21 - Abordagem da CIF na Graduação dos Profissionais e dos Acadêmicos

Categorias	Profissionais		Acadêmicos	
	n	%	n	%
Cárdio-pneumo funcional ou equivalente	10	2,40	06	12,2
Estágios supervisionados ou equivalente	<b>56</b>	<b>13,2</b>	<b>08</b>	<b>16,3</b>
Ética e deontologia ou equivalente	21	5,00	01	2,00
História da Fisioterapia ou equivalente	10	2,20	07	14,2
Neurofuncional ou equivalente	<b>54</b>	<b>12,9</b>	<b>08</b>	<b>16,3</b>
O tema CIF não foi abordado em minha graduação	<b>269</b>	<b>63,9</b>	<b>29</b>	<b>59,1</b>
Orto-traumato funcional ou equivalente	16	3,90	06	12,2
Saúde pública ou equivalente	18	4,30	05	10,2
Saúde coletiva ou equivalente	19	4,50	05	10,2
Semiologia	48	11,4	05	10,2
Bases e métodos de avaliação em Fisioterapia ou equivalente	48	11,4	05	10,2
Saúde coletiva ou equivalente	31	7,40	05	10,2
Outra	01	0,20	06	12,2

Légenda: n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra.

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

Tabela 22 – Abordagem da CIF na Formação Continuada dos Profissionais e Acadêmicos

Categorias	Profissionais		Acadêmicos	
	n	%	n	%
Como ferramenta clínica	118	28,1	17	34,6
Na avaliação de necessidades	113	27,0	17	34,6
Como ferramenta de pesquisa, para medir resultados, qualidade de vida ou fatores ambientais	92	21,8	13	26,5
Como ferramenta de política social	23	5,50	01	2,00
Nos projetos e implementação de políticas públicas	42	10,0	01	2,00
Como ferramenta estatística	46	10,9	05	10,2
Como ferramenta pedagógica	15	3,60	03	6,00
Como parte da formação do diagnóstico fisioterapêutico	115	27,3	<b>24</b>	<b>49,0</b>
Não utilizo a CIF	<b>184</b>	<b>43,7</b>	14	28,5
Na avaliação dos resultados do tratamento proposto	116	27,6	17	34,6
Compatibilidade/adequação do tratamento com as condições funcionais do cliente	79	18,9	17	34,6
Na elaboração de programas educativos para aumentar a conscientização e realizar ações sociais	28	6,70	03	6,00
Compatibilidade/adequação do tratamento com as condições funcionais do cliente	35	8,30	00	0,00
Na coleta e registro de dados	48	11,3	05	10,2
Outros	31	7,30	06	12,2

Legenda: n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra.

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

Uma das alternativas para mudar a conduta baseada no modelo biomédico que impera na formação acadêmica é através da implementação das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de Fisioterapia nos estágios curriculares, articulando a educação superior com os princípios do sistema público de saúde, instrumentalizando o estágio a partir do modelo biopsicossocial, sendo esta uma opção

pedagógica transformadora e com reflexo positivo no efetivo estabelecimento das DCN/FISIO (ANDRADE, 2010).

Observa-se, o esforço do COFFITO para a inserção do fisioterapeuta efetivamente no SUS, mudando seu enfoque de trabalho dos distúrbios ou discinesias do movimento, para arraigar-se no estudo do movimento humano em todas suas formas de expressão e potencialidades, adotando, assim, uma visão biológica, porém correlacionando esta com a dimensão social na qual o indivíduo encontra-se (RODRIGUES, 2008).

Partindo da necessidade de aliar as propostas da DCN e o SUS, algumas iniciativas foram colocadas em prática, entre elas os Polos de Educação Permanente em Saúde, as vivências e estágios acadêmicos junto ao SUS (VER-SUS), o AprenderSUS reunindo os cursos de graduação ao SUS, o EnsinaSUS articulando o ensino da integralidade em saúde, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (Pet-Saúde) que integra serviço-ensino-comunidade com a participação dos estudantes junto as equipes de saúde da família (CARVALHO; CECCIM, 2006 apud PINTO, 2011).

A inserção do fisioterapeuta no âmbito da atenção primária em saúde carece de estratégias de ação que devem ser propostas pelos conselhos profissionais e Ministério da Saúde, indicando o efetivo espaço de ação deste profissional nas equipes de saúde da atenção básica e mesmo em todo sistema único de saúde. Parte destas estratégias, podem ser baseadas nas ações preventivas, educativas e de promoção da saúde, desenvolvendo ações no modelo de atenção integral proposto pela legislação brasileira, assim como, com estágios curriculares direcionados para ações de saúde coletiva, difundindo a profissão no nível primário de atenção e possibilitando o acesso a este serviço pela comunidade mais carente (SILVA; DA ROS, 2007).

Para a efetiva inclusão do fisioterapeuta nos serviços públicos de saúde, além das estratégias citadas, podemos adicionar a necessidade de um pensamento crítico e reflexivo do acadêmico frente à realidade do sistema, ressignificando suas práticas para a saúde pública; a participação efetiva dos docentes para fomentar essa proximidade; a “abertura” das IES para o SUS; a efetiva participação dos Conselhos Profissionais como autarquias normativas, com a aplicação da legislação constante no Código de Ética; e a profícua participação dos gestores em saúde no intuito de realmente transformar a realidade social brasileira (PINTO, 2011).

Convém ressaltar que o nível primário em saúde compreende a atenção básica, a proximidade do sistema com o usuário, representada pela promoção da saúde; o nível secundário compreende as medidas de proteção à saúde e o nível terciário a reabilitação dos indivíduos (BRASIL, 1996).

A descentralização da assistência, envolvendo os diversos profissionais de saúde, facilita o acesso dos usuários aos serviços, desbancando o pensamento restritivo que indica que onde tem médico tem saúde e valorizando a assistência integral em saúde, vinculada a melhoria da qualidade de vida da sociedade. O enquadramento terapêutico que a Fisioterapia ainda encontra-se, em âmbito público e privado da saúde, sendo categorizada como serviço de apoio à diagnose e terapia (SADT), limita sobremaneira sua real capacidade de ação, reduzindo sua abordagem profissional aos serviços de atenção secundários e terciários em saúde (ALTAMIRANDA, 2003b).

A abordagem biopsicossocial propõe um desafio novo aos fisioterapeutas, que caminham em busca da efetivação deste modelo de assistência que aproxima o paciente do terapeuta, tornando-se agente participativo do processo terapêutico, centralizando a terapia ao paciente, compartilhando a tomada de decisões e obtendo uma resposta positiva do indivíduo a doença. Apesar desta mudança paradigmática, há necessidade de tornar esta prática cultural, pois muitos pacientes ainda esperam dos terapeutas a práxis voltada à reabilitação. A condução do tratamento fisioterapêutico para lombalgia, evidencia a necessidade da participação ativa do doente no seu processo de cura, elencando os fatores psicossociais que influenciam sobre esta patologia e que se tornam obstáculos não-físicos para sua recuperação. Há por parte dos fisioterapeutas o reconhecimento da importância de se envolver com os pacientes sobre toda a gama de obstáculos biopsicossociais para a efetiva recuperação, embora eles não achessem possuir habilidades ou treinamento adequados para lidar efetivamente com os obstáculos psicossociais especificamente (SANDERS et al, 2013).

O aprofundamento da prática profissional em saúde, baseada na integralidade, pode ser encorpado com as práticas integrativas e complementares propostas pelo Ministério da Saúde. Estas práticas se fundamentam em uma nova visão dos métodos diagnóstico-terapêuticos, associados às tecnologias leves, filosofias orientais, práticas religiosas, com vivências corporais e de autoconhecimento e associados ao naturalismo e à ecologia (ANDRADE; COSTA, 2010).

A clínica ampliada qualificada deve ser pautada na observação dos diversos fatores que incidem sobre o indivíduo, avaliando os riscos

no qual ele encontra-se, concentrando atenção em famílias ou pessoas com maior vulnerabilidade social, estimulando o autocuidado através da educação em saúde e alterando a prática atual onde a oferta de serviços sempre será inferior à demanda de necessidades (GALLO, 2005).

A proposta de clínica ampliada observa o sujeito com sua singularidade complexa e com diferentes inserções sócio-culturais e articula serviço de saúde e políticas públicas voltadas para a promoção da saúde (BUCH, 2014).

Somente o relacionamento de fatores ligados ao corpo, às habilidades e sua inserção social poderão indicar e avaliar de forma integral o nível de deficiência de um indivíduo, para o benefício assistencial ao idoso e à pessoa com deficiência proposto pela Lei Orgânica da Assistência Social, se informações relacionadas ao ambiente no qual o sujeito encontra-se, for incorporado ao protocolo de perícia (DINIZ; SQUINCA; MEDEIROS, 2007b).

A CIF propõe exatamente este conceito ampliado, onde os dados epidemiológicos levantados através desta classificação possam servir de base gerencial para projetar políticas públicas eficientes e adaptadas àquela realidade populacional, utilizando a compreensão ampliada do processo saúde/doença, a construção compartilhada de diagnóstico e terapêutica, e a adequação do meio onde o paciente está inserido.

Este cenário não identifica barreiras entre o corpo, mente e a alma, compreendendo a saúde em sentido amplo de bem-estar e envolvendo fatores físicos, sociais, mentais, emocionais e espirituais, enfatizando a integração do homem com o meio ambiente no qual está inserido, com a sociedade da qual faz parte, proporcionando uma visão ampliada do processo de saúde e doença e promovendo um cuidado global do ser humano (ANDRADE; COSTA, 2010).

Sobre a forma que os profissionais e os acadêmicos possam ter condições de utilizar a CIF na prática diária, observa-se que ambos assinalaram até 7 possibilidades para adquirir o conhecimento, apesar da Resolução COFFITO 370 de 06 de novembro de 2009 indicar a inclusão da CIF na formação profissional.

Os valores totais correspondem aos resultados absolutos e relativos da amostra geral. Para os profissionais 62,0% consideram que este conhecimento seria adquirido com cursos de aperfeiçoamento, para 54,1% assinalaram que deveria ser através de estudos e interesse do próprio profissional e 39,9% assinalaram em palestras.



Tabela 23 – De que Forma o Profissional pode Passar a ter Condições de Usar a CIF

Categorias	R1		R2		R3		R4		R5		R6		R7		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Através de estudos e interesse do próprio profissional	69	16	71	17	52	12,4	15	3,6	05	1,20	15	3,60	-	-	227	54,1
Curso de aperfeiçoamento	261	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	261	62,0
Através de estudos e interesse do próprio profissional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	00	0,00
Curso de Mestrado	04	1,00	04	1,00	13	3,10	18	4,30	-	-	-	-	-	-	39	9,40
Curso de Doutorado	-	-	02	0,50	01	0,20	08	1,90	16	3,80	-	-	-	-	27	6,40
Curso de Pós graduação <i>Lato Sensu</i>	09	2,10	26	6,20	43	10,2	-	-	-	-	-	-	-	-	78	18,5
Palestras	53	13,0	115	27,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	168	39,9
Outras	25	5,90	05	1,20	07	1,70	02	0,50	03	0,70	-	-	02	0,50	44	10,5
Não Responderam	-	-	198	47,0	305	72,4	378	89,8	397	94,3	406	96,4	419	99,5	-	-

Legenda: R: Resposta; n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

Assim como os profissionais, os acadêmicos também consideraram em maior número as mesmas categorias e na mesma ordem de valores.

Os acadêmicos também tiveram uma maior preferência pelos cursos de aperfeiçoamento, sendo assinalada por 69,4%, seguido de 53,1% através de estudos e interesse do próprio profissional e 36,7% assinalaram em palestras.

Tabela 24 – De que Forma os Acadêmicos Podem Passar a ter Condições de Usar a CIF

Categorias	R1		R2		R3		R4		R5		R6		R7		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Através de estudos e interesse do próprio profissional	07	14,3	07	14,3	05	10,2	01	2,00	04	8,20	02	4,10	-	-	<b>26</b>	<b>53,1</b>
Curso de aperfeiçoamento	34	69,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>34</b>	<b>69,4</b>
Curso de Mestrado	-	-	02	4,10	06	12,2	02	4,10	-	-	-	-	-	-	10	20,4
Curso de Doutorado	-	-	-	-	01	2,00	05	10,2	02	4,10	-	-	-	-	08	16,3
Curso de Pós graduação Lato Sensu	-	-	05	10,2	02	4,10	-	-	-	-	-	-	-	-	07	14,3
Palestras	05	10,2	13	26,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>18</b>	<b>36,7</b>
Outras	03	6,10	01	2,00	01	2,00	-	-	-	-	-	-	01	2,00	06	12,1
Não Respondeu	-	-	21	42,9	34	69,4	41	83,7	43	87,8	47	95,9	48	98	-	-

Legenda: R: Resposta; n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

Quanto à forma de aquisição do conhecimento sobre a CIF, tanto profissionais quanto acadêmicos, concordam na mesma ordem, que seria possível obter este conhecimento através de: cursos de aperfeiçoamento, estudos e interesse do próprio profissional e palestras.

Estes dados remetem à necessidade de se criar estratégias factíveis, interessantes e ordenadas para a inclusão efetiva da CIF na formação do futuro profissional fisioterapeuta, assim como, inserir esta temática em todos os cursos de formação, seja na graduação ou na formação continuada.

Faz-se necessário um intenso treinamento das equipes multiprofissionais de saúde para tornar o uso da CIF cotidiano, facilitando a aplicação das suas codificações e a interpretação dos dados obtidos através desta classificação.

Tabela 25 – De que Forma os Profissionais e os Acadêmicos Podem Passar a ter Condições de Usar a CIF

Categorias	Acadêmicos		Profissionais	
	n	%	n	%
Através de estudos e interesse do próprio profissional	<b>227</b>	<b>54,1</b>	<b>26</b>	<b>53,1</b>
Curso de aperfeiçoamento	<b>261</b>	<b>62,0</b>	<b>34</b>	<b>69,4</b>
Curso de Mestrado	39	9,40	10	20,4
Curso de Doutorado	27	6,40	08	16,3
Curso de Pós graduação <i>Lato Sensu</i>	78	18,5	07	14,3
Palestras	<b>168</b>	<b>39,9</b>	<b>18</b>	<b>36,7</b>
Outras	44	10,5	06	12,1

Legenda: n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

Estudos anteriores indicam que ainda existe a necessidade da adequação curricular e preparo dos docentes no sentido de vincular a formação do fisioterapeuta com os preceitos do SUS, pois mesmo havendo uma base curricular que envolve a disciplina de saúde coletiva ou disciplinas afins, os alunos apresentam um conhecimento limitado relativo à saúde pública e seus inúmeros desafios, como a simplificação tecnológica, a escassez de recursos e a indispensável criatividade para adaptar a terapêutica à realidade social no qual o usuário figura (ROSA, 2012).

Corroborando com esta afirmação, em estudo que envolveu fisioterapeutas catarinenses com atuação no NASF, muitos informaram que a formação ainda está distante da realidade da atuação em saúde pública, pois estes profissionais sentiram a necessidade de realizar novos estudos nesta temática. Esta mesma investigação observou que um percentual de fisioterapeutas informou ser especialista em saúde pública, provavelmente pela conclusão de cursos de aperfeiçoamento, uma vez que o COFFITO somente reconhece esta especialidade para os terapeutas ocupacionais, o que indica premência na inclusão desta formação no rol de especialidades do fisioterapeuta com reconhecimento pelo COFFITO (BUCH, 2014).

Em relação aos componentes da CIF, os profissionais e acadêmicos foram questionados se acaso os mesmos utilizassem a CIF na sua atividade diária quais os componentes que utilizavam com maior frequência. Tanto os profissionais quanto os acadêmicos assinalaram até

4 componentes dos quais utilizam em sua atividade profissional ou acadêmica diária.

Para este questionamento nos profissionais, ressalta-se uma maior frequência para a não utilização dos componentes para 78,6%. E dos que utilizam observa-se que 18,1% assinalaram a utilização do componente funções do corpo e estrutura do corpo e 10,4% o componente atividades e participação.

Tabela 26 - Componentes da CIF Utilizados com maior Frequência pelos Profissionais (n=421)

Categorias	R1		R2		R3		R4		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atividades e participação	11	2,60	33	7,80	-	-	-	-	<b>44</b>	<b>10,4</b>
Fatores ambientais	03	0,70	03	0,70	19	4,50	-	-	25	5,90
Fatores pessoais	-	-	05	1,20	01	0,20	13	3,10	19	4,50
Funções do corpo e estrutura do corpo	76	18,0	-	-	-	-	-	-	<b>76</b>	<b>18,1</b>
Não utilizo	331	79,0			-	-	-	-	<b>331</b>	<b>78,6</b>
Não Responderam	-	-	380	90,0	401	95,0	408	97,0	-	-

Legenda: R: Resposta; n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

Dos acadêmicos podemos observar que os componentes assinalados com maior frequência foram os mesmos que os profissionais, porém destaca-se que atividades e participação foi mais utilizada onde 57,1% utilizam e 49,0% utilizam funções e estruturas do corpo.

Observa-se que em relação aos componentes da CIF utilizados pelos profissionais e acadêmicos se assemelham em muito, apesar da inversão da ordem na escolha por atividades e participação e as funções do corpo e a estrutura do corpo o interesse por estas categorias se assemelhou na amostra geral. Com isto, ressalta-se o envolvimento do profissional fisioterapeuta com a capacidade física dos pacientes assim como na sua funcionalidade.

Tabela 27 – Componentes da CIF Utilizados com maior Frequência pelos Acadêmicos (n=49)

Categorias	R1		R2		R3		R4		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atividades e participação	06	12,2	14	29,0	08	16,3	-	-	<b>28</b>	<b>57,1</b>
Fatores ambientais	-	-	04	8,20	-	-	-	-	04	8,20
Fatores pessoais	-	-	01	2,00	02	4,10	07	14,3	10	20,4
Funções do corpo e estrutura do corpo	24	49,0	-	-	-	-	-	-	<b>24</b>	<b>49,0</b>
Não utilizo	19	38,8	-	-	-	-	-	-	19	38,8
Não Responderam	-	-	30	61	39	79,6	42	85,7	-	-

Legenda: R: Resposta; n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

Na visão do modelo biopsicossocial adotado pela CIF, a incapacidade humana é considerada como uma consequência de condicionantes advindas do ambiente social no qual o indivíduo está inserido, evoluindo do modelo biomédico, que considera a incapacidade como um distúrbio individual, tendo como causa uma doença estabelecida, seja esta uma lesão traumática ou adquirida, ou qualquer outro estado de saúde do ser (TOLDRÁ; SOUTO, 2014).

A utilização dos componentes da CIF denominados “atividade e participação”, associados ao componente “funções do corpo”, são os que possuem maior emprego nos estudos científicos brasileiros, ressaltando-se que o uso mais frequente foi para a descrição das incapacidades, podendo estar relacionado com o modelo biomédico que ainda impera na assistência à saúde no Brasil (BRASILEIRO; MOREIRA; BUCHALLA, 2013).

A Fisioterapia, como ciência é uma das profissões em saúde que mais utiliza a CIF em todo o mundo, porém, no Brasil, os fisioterapeutas ainda tem pouco contato com esta classificação, sendo que, parte dos profissionais que a utilizam, conhecem apenas o modelo funcional proposto, abstendo-se da análise relativa aos

condicionantes ambientais ou pessoais que influenciam direta ou indiretamente a funcionalidade humana (ARAÚJO; BUCHALLA, 2013).

A CIF constitui um instrumento adequado para identificar as condições da funcionalidade e do ambiente, assim como as características pessoais que interferem na qualidade de vida, permitindo abordar diferentes perspectivas para adequar as condições de atenção às necessidades dos pacientes (CERNIAUSKAITE et al., 2011).

A perspectiva antropológica da saúde sugere conceitos distintos relativos ao processo de saúde/doença/cura, o primeiro seria *disease* (doença) que indica as manifestações clínicas das alterações físicas ou orgânicas. O segundo conceito identifica *illness* (enfermidade) como a percepção individual e à vivência do doente no momento da enfermidade, salientando os fatores sociais, culturais e simbólicos desta experiência (ANDRADE; COSTA, 2010).

Na prática fisioterapêutica, a CIF pode possibilitar ao profissional um olhar humanizado em saúde, principiando a identificação das capacidades e limitações específicas de cada sujeito, centrado na funcionalidade e não somente na patologia, proporcionando condições adequadas para o planejamento de ações de reabilitação, prevenção e promoção da saúde (FARIA; SILVA, 2013).

Sobre os quesitos importantes para a aplicação da CIF, no descritivo constava assinalar até duas alternativas. Nesta questão, assim como os profissionais, os acadêmicos assinalaram mais do que 2 alternativas para justificar os fatores importantes, por se tratar de uma questão de múltipla escolha.

Tabela 28 - Quesitos Importantes para a Aplicação da CIF pelos Profissionais e Acadêmicos

Categorias	Profissionais		Acadêmicos	
	n	%	n	%
Acompanhamento da evolução do tratamento proposto ao paciente sobre seus cuidados	41	9,70	11	22,4
Como forma de unificação da linguagem entre os diferentes profissionais de saúde, no que tange à funcionalidade, incapacidade e condicionantes de saúde	40	9,40	07	14,1
Levantamento, consolidação, análise e interpretação de dados relacionados à saúde	16	3,80	06	12,3
Nas ações sociais	04	0,90	02	4,10
Aprimoramento de seu diagnóstico profissional	<b>48</b>	<b>11,4</b>	<b>18</b>	<b>36,7</b>
Verificar as condições de funcionalidade e incapacidade de seu paciente em relação às condicionantes de saúde	<b>64</b>	<b>15,2</b>	<b>24</b>	<b>48,9</b>
Formação de bases de dados nacionais consistentes em saúde pública para formação de projetos e implementação de políticas públicas de saúde	20	4,80	03	6,10
Na educação profissionalizante	07	1,70	03	6,10
Formação de bases de dados nacionais consistentes em saúde pública para formação de projetos e implementação de políticas públicas de saúde	00	0,00	00	0,00
Comparação de informações sobre populações ao longo do tempo entre regiões e países	06	1,40	02	4,10
Não utilizo	<b>314</b>	<b>74,5</b>	<b>19</b>	<b>38,8</b>

Legenda: n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

Observa-se que 74,5% dos profissionais responderam não utilizar a CIF. Dos que utilizam, 15,2% consideram como quesito mais importante verificar as condições de funcionalidade e incapacidade de



seu paciente em relação às condicionantes de saúde, seguida de 11,4% que assinalaram aprimoramento de seu diagnóstico profissional.

Observa-se nestes achados que os acadêmicos obtiveram o maior número assinalado na questão: verificar as condições de funcionalidade e incapacidade de seu paciente em relação às condicionantes de saúde sendo assinalada por 48,9% dos acadêmicos, (semelhante às repostas dos profissionais), aprimoramento do seu diagnóstico foi assinalado por 36,7% dos estudantes. Sobre a não utilização da CIF 38,8% dos acadêmicos afirmam não utilizar.



## 6 RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO EM RELAÇÃO À CIF

A Fisioterapia brasileira deve criar alternativas para a inclusão imediata da CIF em seu meio profissional, facilitando assim, a construção de bancos de dados relevantes sobre sua práxis profissional e fomentando a sua participação irrestrita em todos os níveis de atenção à saúde de nosso país.

Observa-se a importância de integrar as políticas públicas de saúde e seus princípios fundamentais com as determinações oriundas das DCN/FISIO homologadas em 2001.

Conforme verifica-se neste estudo, a CIF requer maior divulgação durante a formação do fisioterapeuta brasileiro, indicando a necessidade das IES conceberem alternativas para a difusão desta classificação em sua grade curricular, seja nos estágios supervisionados, nas disciplinas que abordam os temas relacionados à saúde pública, assim como, nas cadeiras técnico-profissionalizantes.

O desenvolvimento de estratégias factíveis para o ensino e aplicação da CIF em todos os meios de saúde deve ser pensado pelas IES, Conselhos, Ministério da Saúde, ABENFISIO, associações representativas e de especialidades para a divulgação, ensino, treinamento e a consequente efetiva implantação da CIF.

A formação do fisioterapeuta, com um olhar ampliado sobre a funcionalidade humana; associado às práticas integrativas, alternativas e complementares poderá promover uma visão global relacionada a todos os aspectos da saúde.

A possibilidade de quantificação e qualificação dos condicionantes de saúde que a CIF propõe, pode promover um maior levantamento de dados relacionados à saúde e funcionalidade, beneficiando sobremaneira a formulação de políticas públicas de saúde com reflexos diretos e positivos na saúde coletiva.

A inclusão do fisioterapeuta de forma efetiva nos três níveis de saúde determinados no Brasil (primário, secundário e terciário), qualificará a atenção à saúde da população, desmistificando o “rótulo” que hoje os fisioterapeutas recebem, sendo vistos, apenas, como profissionais da reabilitação.

A participação do fisioterapeuta em programas de saúde coletiva, como o NASF, por exemplo, devem ser considerados como alternativas viáveis para a difusão do emprego da CIF, pois nos relatórios que estes profissionais fazem dos condicionantes de saúde de uma população, poderia ser aplicada esta importante classificação, fazendo a relação entre saúde e ambiente.

A abordagem biopsicossocial proposta pela CIF ampliará a investigação acerca da saúde de uma coletividade, podendo servir de referência para a formulação de políticas públicas condizentes com as reais necessidades da população assistida.

Uma possibilidade viável para a inclusão da CIF na práxis diária do fisioterapeuta poderá ser efetivada através do uso desta classificação na formulação do diagnóstico cinético-funcional e na avaliação dos resultados obtidos com o tratamento realizado por este profissional.

A mudança paradigmática defendida pelos profissionais envolvidos na saúde coletiva, distanciando-se do modelo biomédico e aproximando-se de um modelo baseado na saúde integral, relacionando o sujeito com o ambiente no qual está inserido poderão ser orientados a partir da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, propondo uma articulação entre as necessidades individuais com os conceitos de promoção da saúde, ou seja, a interação dos valores individuais com os condicionantes externos que interferem de maneira positiva ou negativa sobre a saúde humana.

Ao estudar a CIF observa-se sua amplitude e com isso, torna-se necessário, um movimento das associações científicas, dos profissionais e das entidades de classe no sentido de construir alternativas para facilitar o emprego desta classificação, propondo *core sets* e/ou *checklists* específicos para as necessidades profissionais, de acordo com suas atribuições, assim como, dentro das especialidades profissionais, definir os principais componentes da CIF a serem empregados por esta classe científica. A Organização Mundial da Saúde propõe *checklists* da CIF, porém este documento ainda torna-se amplo em relação às necessidades particulares de determinada especialidade profissional.

Outra necessidade preponderante é a definição de meios estatísticos e epidemiológicos que envolvam os dados levantados através da CIF, tornando esta classificação um dispositivo útil para a formulação de políticas públicas de saúde baseadas nesta visão biopsicossocial.

Um dos expedientes que pode-se propor para essa necessária inserção profissional seria com a aplicação da CIF como instrumento de avaliação da funcionalidade humana, permitindo ao fisioterapeuta transformar sua avaliação clínica cotidiana em dados relevantes para o serviço público de saúde.

O aumento progressivo de instrumentos de avaliação e parametrização através de reavaliações fisioterapêuticas que valorizam a funcionalidade humana e ampliam as dimensões tradicionalmente exploradas pela profissão e podem contribuir para diminuir o

distanciamento dos estudantes em formação, bem com, dos profissionais da visão biopsicossocial.

A reinserção do indivíduo na participação social, explorando suas máximas competências de funcionalidade, expressão e intelecto, é uma das propostas da Política Nacional de Saúde Funcional e deve ser instituída como condição *sine qua non* para a busca do bem-estar individual e da qualidade de vida, permitindo a plena autonomia e exercício da cidadania.

Desta forma, podemos vincular a assistência fisioterapêutica na busca da qualidade de vida com a proposição da CIF em sua abordagem ampliada relativa às condições de funcionalidade, incapacidade e saúde.



## 7 CONCLUSÃO

Assim como a CIF trata de barreiras e facilitadores entre os fatores ambientais em sua forma de classificação, podemos citar que as barreiras para sua aplicação são: o não reconhecimento de sua utilidade na formulação de políticas públicas, a inexistência de um modelo educacional padronizado para sua divulgação, a não inserção de suas categorias e dados nos modelos de registros epidemiológicos em saúde e o desconhecimento de sua validade e aplicação pelos profissionais de saúde.

Já entre os facilitadores, podemos incluir o seu olhar sobre a funcionalidade humana e os condicionantes de saúde, na legislação que normatiza sua implantação, no crescente aumento de publicações e discussões desta classificação entre os profissionais da saúde, nas importantes mudanças das diretrizes curriculares dos cursos superiores em saúde que aproximam a formação do ambiente público de saúde e na ampla possibilidade de inserção e divulgação da CIF nos campos de formação, nos estágios, entre os conselhos profissionais, nas associações representativas e nas estratégias governamentais.

A carência do aperfeiçoamento na prática da utilização da CIF, indicando o desconhecimento sobre a relevância e utilidade desta classificação, torna o profissional fisioterapeuta limitado em sua conduta clínica, inibindo a elaboração de um modelo adequado para determinar e quantificar a deficiência correlacionada com o contexto social no qual o seu cliente encontra-se inserido. Assim como, impossibilitando a elaboração de indicadores de saúde e a fundamentação de políticas públicas de saúde mais eficientes concernentes à funcionalidade humana e demais aspectos da saúde coletiva.

Apesar deste estudo envolver somente profissionais e acadêmicos dos estados do sul do Brasil, considera-se útil para alertar os órgãos de saúde da necessidade de discussão aprofundada desta temática. Nega-se qualquer conflito de interesse no desenvolvimento deste estudo e reitera-se a relevância da abordagem e publicação de pesquisas científicas oriundas desta temática.





## REFERÊNCIAS

- ALFORD, V.M. et al. The use of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in indigenous healthcare: a systematic literature review. **International journal for equity in health**, London, v. 12 n.1, p.12, 2013.
- ALMEIDA, A.L.J; GUIMARÃES, R.B. O lugar social do fisioterapeuta brasileiro. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 16, n. 1, p.82-8, 2009.
- ALTAMIRANDA, E.E.F. Aspectos sociológicos da fisioterapia na saúde catarinense. **Fisioterapia Brasil**, [s.l.], v. 4, n. 3, p. 168-172, 2003b.
- ALTAMIRANDA, E.E.F. **O fisioterapeuta em Santa Catarina: perfil profissional**. 2003. 67 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003a.
- ALVAREZZ, A.S. The application of the international classification of functioning, disability, and health in psychiatry: possible reasons for the lack of implementation. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, Baltimore, v. 13, sup.I, p. 69-73, 2012.
- ANDRADE, J.T.; COSTA, L.F.A. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.3, p.497-508, 2010.
- ANDRADE, P.M.O. Avaliação do estágio da fisioterapia conforme as diretrizes curriculares e a perspectiva biopsicossocial da organização mundial de saúde. **Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, v. 15, n. 2, p. 121-134, 2010.
- ARAÚJO, E.S. CIF: uma discussão sobre linearidade no modelo biopsicossocial. **Revista Fisioterapia & Saúde Funcional**, Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 6-13, 2013.
- ARAÚJO, E.S.; BUCHALLA, C.M. Utilização da CIF em fisioterapia do trabalho: uma contribuição para a coleta de dados sobre funcionalidade. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 1-7, 2013.

BADARÓ, A.F.V.; GUILHEM, D. Perfil sociodemográfico e profissional de fisioterapeutas e origem das suas concepções sobre ética. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 445-454, 2011.

BARROS, José A. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BELETTINI, N.P. et al. Fisioterapeutas integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Estado de Santa Catarina: competências e desafios. **Fisioterapia Brasil**, [s.l.], v. 14, n. 6, p. 433-438, 2013.

BICKENBACH, J. Ethics, disability and the international classification of functioning, disability and health. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, Baltimore, v. 13, sup.I, p. 163-167, 2012.

BISPO JÚNIOR, J. P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.655-668, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer n. 1.210, de 7 de dezembro de 2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Diário Oficial da União. Brasília, 10 dez 2001, Seção 1, p.22.

BRASIL. Ministério da Educação. **Cadastro e-MEC de Instituições e Cursos de Educação Superior**. 2017. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 452, de 10 de maio de 2012**. Disponível em:<[http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_12.htm](http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.htm)>. Acesso em: 11 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS**. Publicada no D.O.U.de 6 nov. 1996. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

**BRASIL. Política Nacional de Saúde Funcional:** construindo mais saúde para a população. Brasília, 2011. 31 p.

BRASILEIRO, I.C.; MOREIRA, T.M.M.; BUCHALLA, C.M. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e seu uso no Brasil. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 37-41, 2013.

BUCH, F.W.P. **Avaliação da atuação fisioterapêutica no NASF de Santa Catarina**. 2014. 112f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

CASTANEDA, L.; CASTRO, S.S. Publicações brasileiras referentes à Classificação Internacional de Funcionalidade. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 29-36, 2013.

CASTRO, C.C.; PINTO, C.N; ALMEIDA, M.A. Conhecimento e aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde por Fisioterapeutas de Fortaleza. **Revista Fisioterapia & Saúde Funcional**, Fortaleza, [s.l.], v. 4, n. 2, p.6-13, 2015.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

CERNIAUSKAITE, M. et al. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalization. **Disability and Rehabilitation**, [s.l.], v. 33, n. 4, p. 310-318, 2011.

CHUNG, P.; YUN, S.J.H.; KHAN, F. A comparison of participation outcome measures and the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for Traumatic Brain Injury. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Uppsala, v. 46, p. 108-116, 2013.

CIBULKA, M.T. et al. Hip Pain and Mobility Deficits – Hip Osteoarthritis. Clinical Practice Guidelines Linked to the International

Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, Alexandria, v. 39, n. 4, p.1-25, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - COFFITO. **Definição**. 2017. Disponível em: <[http://www.coffito.gov.br/nsite/?page\\_id=2341](http://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2341)>. Acesso em: 10 nov. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - COFFITO. **Resolução 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 União, n. 225, seção 1, de 25/11/2009, página 101. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=25/11/2009&jornal=1&pagina=101>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução n. 424, de 3 de maio de 2013**. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Diário Oficial da União, n. 147, seção 1, pg. 85, de 01/08/2013. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/57244805/dou-secao-1-01-08-2013-pg-85>>. Acesso em: 05 mar. 201.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO. Revista de Fisioterapia CREFITO 8, Curitiba: Crefito, v. 25, 21 dez. 2015. Quadrimestral.

CONSTAND, M.K.; MACDERMID, J.C. Applications of the international classification of functioning, disability and health in goal-setting practices in healthcare. **Disability and Rehabilitation**, [s.l.], v. 36, n. 15, p.1305-1314, 2013.

COSTA, L.R. et al. Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 16, n. 5, p. 422-30, 2012.

DELITTO, A. et al. Low back pain clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. **The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy**, [s.l.], v. 42, n. 4, p. A1-A57, 2012.

DI NUBILA, H.B.V.; BUCHALLA, C.M.O. Papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 11, n. 2, p. 324-325, 2008.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SQUINCA, F. Reflexões sobre a versão em português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2507-2510, 2007a.

DINIZ, D.; SQUINCA, F.; MEDEIROS, M. Qual deficiência? Perícia médica e assistência social no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2589-2596, 2007b.

FARIA, L.; SILVA, E. As novas demandas da atenção à saúde: estamos preparados para mudanças na formação profissional? **Fisioterapia Brasil**, v. 14, n. 2, p. 86-92, 2013.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FERNÁNDEZ-LOPEZ, J.A. et al. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). **Revista Española de Saude Publica**, n. 6, p.775-783, 2009.

FERREIRA, L.T.D.; CASTRO, S.S.; BUCHALLA, C.M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: progress and opportunities. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 2, p. 469-474, 2014.

FONTES, A.P.; FERNANDES, A.A.; BOTELHO, M.A. Funcionalidade e Incapacidade: aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

(CIF). **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, [s.l.], v. 28, n. 2, p. 171-178, 2010.

FRANZOI, A. C. et al. Etapas da elaboração do Instrumento de Classificação do Grau de Funcionalidade de Pessoas com Deficiência para Cidadãos Brasileiros: Índice de Funcionalidade Brasileiro - IF-Br. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 164-178, 2013.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Centro de Políticas Sociais**. 2012. Disponível em: <<http://www.cps.fgv.br/cps/vivo/>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

GALLO, D.L.L. **A Fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária**. 2005. 181 f, Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2005.

GOLJAR, N. et al. Measuring patterns of disability using the International Classification of Functioning, Disability and Health in the post-acute stroke rehabilitation setting. **Journal of Rehabilitation Medicine**, [s.l.], v. 43, n. 7, p. 590-601, 2011.

GRILL, E. et al. Using core sets of the international classification of functioning, disability and health (ICF) to measure disability in vestibular disorders: study protocol. **Journal of Vestibular Research: equilibrium & orientation**, [s.l.], v. 23, n. 6, p. 297-303, 2013.

GUIMARÃES, R. Desafios da pós-graduação em saúde humana no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 45, n. 1, p. 1-13, 2011.

HADDAD, A.E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 44, n. 3, p.383-393, jun. 2010.

HANSEN, E.O. et al. Classificação internacional de funcionalidade, de doenças e prognóstico médico em pacientes idosos. **Revista Médica de Minas Gerais**, [s.l.], v. 21, n. 1, p. 55-60, 2011.

HAUPENTHAL, A. et al. Análise epistemológica dos estudos de conclusão de curso nos programas de Pós-Graduação com Doutorado do

Brasil. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 25, n. 1, p. 141-151, 2012.

HOLLENWEGER, J.; MORETTI, M. Using the international classification of functioning, disability and health children and youth version in education systems: a new approach to eligibility. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, Baltimore, v. 91, n. 13 (sup.), p. 97-102, 2012.

IVANYI, B. et al. The effects of orthoses, footwear, and walking aids on the walking ability of children and adolescents with spina bifida: A systematic review using International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY) as a reference framework. **Prosthetics And Orthotics International**, [s.l.], v. 39, n. 6, p.437-443, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25107922>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

KÜCÜKDEVECI, A.A. et al..Strategies for assessment and outcome measurement in physical and rehabilitation medicine: an educational review. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Uppsala, v. 43, n. 8, p. 661-672, 2011.

KUIJER, W. et al. Work status and chronic low back pain: exploring the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Disability and Rehabilitation**, London, v. 28, n. 6, p.379-388, 2006.

LAXE, S. et al. Development of the international Classification of Functioning, Disability and Health core sets for traumatic brain injury: an International consensus process. **Brain Injury**, [s.l.], v. 27, n. 4, p. 379-387, 2013.

LEONARDI, M. et al. ICF-DOC: the ICF dedicated checklist for evaluating functioning and disability in people with disorders of consciousness. **International Journal of Rehabilitation Research**, [s.l.], v. 37, p. 197-204, 2014.

LOPES, G.L.; SANTOS, M.I.P.O. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.71-83, 2015.

MADDEN, R.H. et al. The relevance of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in monitoring and evaluating Community-based Rehabilitation (CBR). **Disability and Rehabilitation**, [s.l., n. 36, n. 15, p.1305-1314, 2014.

MAIA, J.C.; BALEOTTI, L.R; OMOTE, S. **Concepções de deficiência na perspectiva de estudantes de fisioterapia e de terapia OCUPACIONAL**. Congresso Brasileiro Multidisciplinar de Educação Especial, 5, 2009, Londrina, 2009. 10 p.

MORETTI, M.; ALVES, I.; MAXWELL, G. A systematic literature review of the situation of the International Classification of Functioning, Disability and Health and the International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth version in education: a useful tool or a flight of fancy? **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, Baltimore, v. 91, n; 13, sup.I, p. 97-102, 2012.

MÜLLER, E.; BENGEL, J.; WIRTZ, H. Validity and responsiveness of the Scales for the Assessment of Functioning at Work. **Die Rehabilitation**, [s.l.], v. 53, n. 3, p. 176-183, 2014.

NASCIMENTO, A.A.P; INÁCIO, W.S. Atuação fisioterapêutica no núcleo de apoio à saúde da família: uma revisão sistemática. **Journal of the Health Sciences Institute**, [s.l.], v. 33, n. 3, p. 280-286, 2015.

NETO, J.P.F. et al. Correlação da CIF a instrumentos de avaliação em ortopedia: um estudo piloto. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v.2, n.3, 2015. Disponível em:<<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioterapia/article/view/444>>. Acesso em: 25 fev 2017.

OFFENBACHER, M. et al. Are the contents of treatment outcomes in fibromyalgia trials represented in the International Classification of Functioning, Disability and Health? **The Clinical Journal of Pain**, [s.l.], v. 23, n. 8, p. 691-701, 2007.

OLIVEIRA, A.I.C.; SILVEIRA, K.M. Utilização da CIF em pacientes com sequelas de AVC. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 653-662, 2011.



OTTAWA, Carta. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Nov. 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf> >. Acesso em: 27 nov. 2016.

PEREIRA, C.S.M. Contributo para a implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade para a identificação de ganhos em saúde nas doenças crónicas. 2008. 154 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Gestão dos Serviços de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2008.

PINTO, A.L.P. **Sistema único de saúde e fisioterapia: reflexões acerca da formação destes profissionais**. 2011. 42 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

PLESS, M.; GRANLUND, M. Implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and the ICF Children and Youth Version (ICF-CY) whiting the context of augmentative and alternative communication. **Augmentative and Alternative Communication**, Baltimore, v. 28, n. 1, p. 11-20, 2012.

RATY, S.; AROMA, A.; KOPONEN, P. **Measurement of physical functioning in comprehensive national health surveys: ICF as a framework**. Oakland: National Public Health Institute, 2003.

RENTSCH, H.P. et al. The implementation of the 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. **Disability and Rehabilitation**, [s.l.], v. 25, n. 8, p. 411-421, 2003.

RIBERTO, M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 938-946, 2011.

RIBERTO, M. et al. A transversal multicenter study assessing functioning, disability and environmental factors with the comprehensive ICF core set for low back pain in Brazil. **European**

**Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, [s.l.], v. 50, n. 2, p. 153-160, 2014.

RODRIGUES, R. M. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. **Perspectivas online**, [s.l.], v. 2, n. 8, p. 104-109, 2008.

ROSA, L.R.S. **Formação do Fisioterapeuta e sua prática no Sistema Único de Saúde: um estudo das representações sociais**. 2012. 80 f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação Acadêmico em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.

RUARO, J.A. et al. Panorama e perfil da utilização da CIF no Brasil – uma década de história. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, [s.l.], v. 16, n. 6, p. 454-462, 2012.

SABINO, G.S.; COELHO, C.M.; SAMPAIO R.F. Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação fisioterapêutica de indivíduos com problemas musculoesqueléticos nos membros inferiores e região lombar. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 24-30, 2008.

SAKETKOO, L.A. et al. International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set construction in systemic sclerosis and other rheumatic disease: a EUSTAR initiative. **Rheumatology**, [s.l.], v. 51, n. 12, p. 2170-2176, 2012.

SAMPAIO, R.F. et al. Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, [s.l.], v. 9, n. 2, p. 129-136, 2005.

SAMPAIO, R.F.; LUZ, M.T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p.475-483, 2009.

SANCHES FERREIRA, M. et al. Portugal's special education law: implementing the International Classification of Functioning, Disability and Health in policy and practice. **Disability and Rehabilitation**, [s.l.], v. 35, n. 10, p.868-873, 2013.

SANDERS, T. et al. Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists' accounts of back pain consultations. **Bmc Musculoskeletal Disorders**, [s.l.], v. 14, n. 1, 2013.

SANTOS, N.Q. et al. Etapas da elaboração do Instrumento de Classificação do Grau de Funcionalidade de Pessoas com Deficiência para Cidadãos Brasileiros: Índice de Funcionalidade Brasileiro - IF-Br. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 164-178, 2013.

SAUPE, R. et al. Competence of health professionals for interdisciplinary work. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005.

SHIWA, S.R.; SCHMITT, A.C.B; JOÃO, S.M.A. O fisioterapeuta do estado de São Paulo. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 23, n. 3, 2016.

SILVA, A.C.L.; NEVES, R.F.; RIBERTO, M. A formação fisioterapêutica no campo da ortopedia: uma visão crítica sob a óptica da funcionalidade. **Acta Fisiátrica**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 18-23, 2008.

SILVA, D.J; DA ROS, M.A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 12, n. 6, p. 1673-1681, 2007.

STUCKI, G. et al. Developing human functioning and rehabilitation research from the comprehensive perspective. **Journal of Rehabilitation Medicine**, [s.l.], v. 39, n. 9, p. 665-671, 2007.

STUCKI, G. et al. O desenvolvimento da “Pesquisa em Funcionalidade Humana e Reabilitação” a partir de uma perspectiva abrangente. **Acta Fisiátrica**, [s.l.], v. 15, n. 1, p; 63-69, 2008.

STUCKI, G; EWERT, T; CIEZA, A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. **Disability and Rehabilitation**, [s.l.], v. 24, n.17, p. 932-938, 2002.

TAVARES, L.R.C. et al. Distribuição territorial de fisioterapeutas no Brasil: análise do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES/2010. **ConScientiae Saúde**, [s.l.], v. 15, n 1, p. 53-61, 2016.

TOGNA, G.R.D. et al. Uso da Classificação Internacional de Doenças na análise do absenteísmo odontológico. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 45, n. 3, p.512-518, 2011.

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. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 2, p.347-359, 2014.

TZE-HSUN, Y. et al. Systematic review of ICF core set from 2001 to 2012. **Disability and Rehabilitation**, [s.l.], v. 36, n. 3, p. 177-184, 2013.

ÜSTÜN, T B. et al. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. **Disability and Rehabilitation**, [s.l.], v. 25, n. 11/12, p. 565-571, 2003.

VIRTUOSO, J.F. et al. A produção de conhecimento em fisioterapia: análise de periódicos nacionais (1996 a 2009). **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 24, n. 1, p. 173-180, 2011.

WIEGAND, N.M. et al. All talk, no action?: the global diffusion and clinical implementation of the international classification of functioning, disability, and health. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, [s.l.], v. 91, n. 7, p. 550-560, 2012.

WIKIPEDIA. **Google Docs**. Disponível em: <[www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)>. Acesso em: 10 jan. 2016.

WOODTLI, R.R; CAVALCANTI, J.V; FERNANDES, F.M.B. A formação do profissional fisioterapeuta, o sistema único de saúde e as diretrizes curriculares nacionais. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 2, n. 3, 2015. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioterapia/article/view/442>>. Acesso em: 25 fev. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Functioning, Disability and Health**. Fifty-Fourth World Health Assembly, 2001. Disponível em: <[http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA54/ea54r21.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r21.pdf?ua=1)>. Acesso em: 11 nov. 2015.



**APÊNDICE(S)**

## APÊNDICE A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UNESC



Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

### RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

**Parecer nº:** 1.644.459

**CAAE:** 51053215.0.0000.0119

**Pesquisador Responsável:** Willians Cassiano Longen

**Título:** "USO DA CIF NA PRÁTICA DIÁRIA DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA E NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS DISCENTES DO CURSO DE FISIOTERAPIA DE UNIVERSIDADES PÚBLICAS E PRIVADAS DOS TRÊS ESTADOS DO SUL DO BRASIL"

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicado ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 21 de julho de 2016.

**Renan Antônio Ceretta**  
Coordenador do CEP



## APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Uso Prático em Fisioterapia no Sul do Brasil

Investigar o uso efetivo da CIF pelos fisioterapeutas e futuros profissionais na região sul do Brasil.

\*Obrigatório

1. O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: "CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE: USO PRÁTICO EM FISIOTERAPIA NO SUL DO BRASIL", que tem como objetivo: Analisar o uso da CIF pelos profissionais e formandos de Fisioterapia das Jurisdições dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional dos estados de Santa Catarina - CREFITO 10, Rio Grande do Sul – CREFITO 5 e Paraná – CREFITO 8. Mesmo aceitando participar do estudo, poderá desistir a qualquer momento, bastando para isso informar sua decisão aos responsáveis. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o (a) senhor (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Riscos: O sigilo da pesquisa, principalmente nas respostas proporcionadas pelos profissionais e formandos, estarão seguras e garantidas pelos pesquisadores, tornando-se anônimas na publicação. Benefícios: Os benefícios deste estudo, estão pautados na mensuração real do emprego da CIF pelos profissionais fisioterapeutas dos três estados do sul do Brasil, bem como, na condução deste tema na formação dos futuros profissionais. A partir deste levantamento de dados, poderão ser estimuladas estratégias para o emprego da CIF em âmbito universitário, e nos serviços profissionais privados e públicos, nas diferentes especialidades dos fisioterapeutas. Declaramos que todos os riscos e eventuais prejuízos foram devidamente esclarecidos. Os dados referentes à sua pessoa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CONEP - Conselho Nacional de Saúde, podendo o (a) senhor (a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. A coleta de dados será realizada pelo mestrando SANDRO RESSLER (fone: 48-34325010 E 48-96144720) vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da UNESC e orientado pelo professor(a) responsável WILLIANS CASSIANO LONGEN (fone: 48-99883358). O telefone do Comitê de Ética é (48) 3431.2723. Assinale SIM caso concorde em participar da pesquisa ou NÃO caso não concorde. \*

Marcar apenas uma oval.

- SIM  
 NÃO

2. Caso seja acadêmico de Fisioterapia, assinale o estado onde encontra-se sua Universidade. (Questão exclusiva aos acadêmicos).

Marcar apenas uma oval.

- Paraná  
 Santa Catarina  
 Rio Grande do Sul

3. Caso seja acadêmico do curso de Fisioterapia, sua universidade é? (Questão exclusiva aos acadêmicos).

Marcar apenas uma oval.

- Pública  
 Privada  
 Comunitária

4. **Caso sejas acadêmico do curso de Fisioterapia, seu ano de conclusão do curso é 2016? (Questão exclusiva aos acadêmicos).**

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

5. **Caso sejas profissional, em qual CREFITO estás registrado? (Questão exclusiva aos profissionais fisioterapeutas).**

*Marcar apenas uma oval.*

- CREFITO 8 (PR)  
 CREFITO 10 (SC)  
 CREFITO 5 (RS)

6. **Qual seu grau de formação profissional? (Questão exclusiva aos profissionais fisioterapeutas).**

*Marcar apenas uma oval.*

- Graduação  
 Pós-graduação Latu Sensu  
 Cursos de aperfeiçoamento  
 Especialização (possuidor de Título de Especialista reconhecido pelo COFFITO)  
 Mestrado  
 Doutorado ou pós-doutorado (PHD)  
 Outro curso de nível superior

7. **Qual seu tempo de formação (anos)? (Questão exclusiva aos profissionais fisioterapeutas).**

*Marcar apenas uma oval.*

- 0 até 5 anos  
 5 até 10 anos  
 10 até 20 anos  
 mais de 21 anos

8. **Qual seu vínculo profissional? (Questão exclusiva aos profissionais fisioterapeutas).**

*Marcar apenas uma oval.*

- Público  
 Privado  
 Ambos

9. **Qual sua especialidade e/ou área de atuação principal?** (Questão de múltipla escolha)

*Marque todas que se aplicam.*

- Fisioterapia Traumato-ortopédica
- Fisioterapia Neurofuncional
- Fisioterapia Aquática
- Fisioterapia Cardiovascular
- Fisioterapia Dermatofuncional
- Fisioterapia Esportiva
- Fisioterapia do Trabalho
- Fisioterapia em Oncologia
- Fisioterapia Respiratória
- Fisioterapia em Osteopatia
- Fisioterapia em Quiropraxia
- Fisioterapia em Saúde da Mulher
- Fisioterapia em Terapia Intensiva
- Acupuntura
- Hospitalar
- Saúde Pública
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
- Centro Especializados em Reabilitação (CER)
- Atenção Básica
- Outra

10. **Você conhece a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde(CIF)? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

11. **Você conhece a Resolução OMS 54.21 que recomenda o uso da CIF pelos países membros? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

12. **Você conhece a Resolução COFFITO 370 de 06 de novembro de 2009? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

13. **Você faz uso da CIF na sua atividade profissional diária ou acadêmica? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

14. **No caso da resposta anterior ter sido NÃO, a que você atribui a não utilização? (Questão de múltipla escolha). \***

*Marque todas que se aplicam.*

- Desconhecimento da CIF
- Considera complexo o uso
- Não considera-se apto a utilizar
- Considera que esta atribuição não é do fisioterapeuta
- A novidade da CIF
- Considera desnecessário o uso da CIF
- Outra
- Eu utilizo a CIF

15. **No serviço onde você atua, você faz uso da CIF para formação de banco de dados em saúde? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

16. **Em sua formação, o tema CIF foi abordado? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

17. **Em sua formação continuada, o tema CIF foi abordado? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

18. **De que forma foi abordado? (Questão de múltipla escolha). \***

*Marque todas que se aplicam.*

- Como parte da formação do diagnóstico fisioterapêutico
- Como ferramenta de pesquisa, para medir resultados, qualidade de vida ou fatores ambientais
- Como ferramenta estatística, na coleta e registro de dados
- Como ferramenta clínica, na avaliação de necessidades, compatibilidade/adequação do tratamento com as condições funcionais do cliente e na avaliação dos resultados do tratamento proposto
- Como ferramenta pedagógica, na elaboração de programas educativos para aumentar a conscientização e realizar ações sociais
- Como ferramenta de política social, nos projetos e implementação de políticas públicas
- Outros
- Não utilizo a CIF

19. **Em sua graduação, em qual(is) disciplina(s) a CIF foi abordada, caso a nomenclatura da disciplina já cursada não tenha sido exatamente a exposta a seguir, considere a que possuiu o mesmo objetivo ou a tenha sido equivalente? (Questão de múltipla escolha). \***

*Marque todas que se aplicam.*

- Semiologia, bases e métodos de avaliação em Fisioterapia ou equivalente
- Neurofuncional ou equivalente
- Orto-traumato funcional ou equivalente
- Córdio-pneumo funcional ou equivalente
- Estágios supervisionados ou equivalente
- Ética e deontologia ou equivalente
- Saúde pública ou equivalente
- Saúde coletiva ou equivalente
- História da Fisioterapia ou equivalente
- Outra
- O tema CIF não foi abordado em minha graduação

20. **Caso o tema CIF não tenha sido abordado em sua graduação, de que forma você considera que o profissional pode passar a ter condições de utilizá-la? (Questão de múltipla escolha). \***

*Marque todas que se aplicam.*

- Curso de aperfeiçoamento
- Palestras
- Curso de Pós graduação Lato Sensu
- Curso de Mestrado
- Curso de Doutorado
- Através de estudos e interesse do próprio profissional
- Outras

21. **Caso você utilize a CIF em sua atividade diária, quais os componentes da CIF você usa com maior frequência? (Questão de múltipla escolha). \***

*Marque todas que se aplicam.*

- Funções do corpo e estrutura do corpo
- Atividades e participação
- Fatores ambientais
- Fatores pessoais
- Não utilizo

**22. Caso você utilize a CIF em sua rotina, quais quesitos abaixo, julgas mais importantes para a aplicação da CIF? Assinalar, no máximo, duas alternativas. \***

*Marque todas que se aplicam.*

- Aprimoramento de seu diagnóstico profissional
- Acompanhamento da evolução do tratamento proposto ao paciente sobre seus cuidados
- Verificar as condições de funcionalidade e incapacidade de seu paciente em relação às condicionantes de saúde
- Levantamento, consolidação, análise e interpretação de dados relacionado à saúde
- Formação de bases de dados nacionais consistentes em saúde pública para formação de projetos e implementação de políticas públicas de saúde
- Comparação de informações sobre populações ao longo do tempo entre regiões e países
- Como forma de unificação da linguagem entre os diferentes profissionais de saúde, no que tange à funcionalidade, incapacidade e condicionantes de saúde
- Na educação profissionalizante
- Nas ações sociais
- Não utilizo

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Uso Prático em Fisioterapia no Sul do Brasil

Investigar o uso efetivo da CIF pelos fisioterapeutas e futuros profissionais na região sul do Brasil.

\*Obrigatório

1. O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: “CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE: USO PRÁTICO EM FISIOTERAPIA NO SUL DO BRASIL”, que tem como objetivo: Analisar o uso da CIF pelos profissionais e formandos de Fisioterapia das Jurisdições dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional dos estados de Santa Catarina - CREFITO 10, Rio Grande do Sul – CREFITO 5 e Paraná – CREFITO 8. Mesmo aceitando participar do estudo, poderá desistir a qualquer momento, bastando para isso informar sua decisão aos responsáveis. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o (a) senhor (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Riscos: O sigilo da pesquisa, principalmente nas respostas proporcionadas pelos profissionais e formandos, estarão seguras e garantidas pelos pesquisadores, tornando-se anônimas na publicação. Benefícios: Os benefícios deste estudo, estão pautados na mensuração real do emprego da CIF pelos profissionais fisioterapeutas dos três estados do sul do Brasil, bem como, na condução deste tema na formação dos futuros profissionais. A partir deste levantamento de dados, poderão ser estimuladas estratégias para o emprego da CIF em âmbito universitário, e nos serviços profissionais privados e públicos, nas diferentes especialidades dos fisioterapeutas. Declaramos que todos os riscos e eventuais prejuízos foram devidamente esclarecidos. Os dados referentes à sua pessoa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CONEP - Conselho Nacional de Saúde, podendo o (a) senhor (a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. A coleta de dados será realizada pelo mestrando SANDRO RESSLER (fone: 48-34325010 E 48-96144720) vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da UNESC e orientado pelo professor(a) responsável WILLIANS CASSIANO LONGEN (fone: 48-99883358). O telefone do Comitê de Ética é (48) 3431.2723. Assinale SIM caso concorde em participar da pesquisa ou NÃO caso não concorde. \*

*Marcar apenas uma oval.*

SIM

NÃO

### APÊNDICE D – TABELA ESPECIALIDADES E ÁREAS DE ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Categorias	R1		R2		R3		R4		R5		R6		R7		R8		R9		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	%	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acupuntura	13	3,10	11	2,60	06	1,40	03	0,70	04	1,00	01	0,20	-	-	03	0,70	01	0,20	38	9,00
Atenção Básica	02	0,50	3	0,70	05	1,20	04	1,00	05	1,20	02	0,50	01	0,20	-	-	-	-	26	6,20
Fisioterapia Aquática	02	0,50	3	0,70	05	1,20	04	1,00	02	0,50	-	-	-	-	-	-	-	-	16	3,90
Fisioterapia Cardiovascular	15	3,60	10	2,40	11	2,60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36	8,60
Fisioterapia Dermatofuncional	22	5,20	18	4,30	05	1,20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45	10,70
Fisioterapia do Trabalho	15	3,60	08	1,90	05	1,20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28	6,70
Fisioterapia em Oncologia	04	1,00	02	0,50	04	1,00	03	0,70	02	0,50	-	-	-	-	-	-	-	-	15	3,70
Fisioterapia em Osteopatia	09	2,10	07	1,70	05	1,20	01	0,20	02	0,50	-	-	-	-	-	-	-	-	24	5,70
Fisioterapia em Quiropraxia	01	0,20	03	0,70	06	1,40	01	0,20	-	-	01	0,20	-	-	-	-	-	-	12	2,70
Fisioterapia em Saúde da Mulher	05	1,20	01	0,20	02	0,50	05	1,20	02	0,50	01	0,20	01	0,20	01	0,20	-	-	17	4,00
Fisioterapia em Terapia Intensiva	24	5,70	05	1,20	12	2,90	01	0,20	02	0,50	01	0,20	01	0,20	-	-	-	-	47	11,10
Fisioterapia Neurofuncional	55	13,1	63	15,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>118</b>	<b>28,10</b>
Fisioterapia	13	3,10	23	5,50	27	6,40	12	2,90	05	1,20	04	1,00	-	-	-	-	-	-	<b>84</b>	<b>20,10</b>



Respiratória																					
Fisioterapia Traumato- ortopédica	195	46,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	0,20	01	0,20	<b>195</b>	<b>46,30</b>	
Hospitalar	06	1,40	07	1,70	10	2,40	15	3,60	02	0,50	02	0,50	02	-	01	0,20	-	-	46	11,00	
NASF	01	0,20	08	1,90	03	0,70	2	0,50	6	1,40	-	-	01	-	-	-	-	-	22	5,10	
Outra	20	4,80	22	5,20	11	2,60	7	1,70	01	0,20	03	0,70	01	-	01	0,20	-	-	65	15,40	
Saúde Pública	11	2,60	17	4,00	12	2,90	13	3,10	03	0,70	03	0,70	03	-	-	-	-	-	63	14,90	
Fisioterapia Esportiva	06	1,40	20	4,80	09	2,10	04	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39	9,30	
CER	-	-	02	0,50	03	0,70	01	0,20	-	-	01	0,20	-	-	03	0,70	01	0,20	07	1,60	
Não responderam	02	0,50	188	44,7	280	66,5	345	81,9	385	91,4	402	95,5	411	97,6	414	98,3	419	99,5	-	-	

Legenda: NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; CER: Centro Especializado em Reabilitação; R: Resposta; n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra.

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

A categoria principal foi classificada como a resposta 1 e as demais áreas de conhecimento resposta 2, 3 e assim por diante.

## APÊNDICE E – TABELA ABORDAGEM DA CIF NA GRADUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Categorias	R1		R2		R3		R4		R5		R6		R7		R8		R9		R10		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cárdio-pneumo funcional ou equivalente	02	0,50	-	-	02	0,50	-	-	06	1,40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	2,40
Estágios supervisionados ou equivalente	22	5,02	16	3,80	06	1,40	05	1,20	01	0,20	06	1,40	-	-	-	-	-	-	-	-	56	13,2
Ética e deontologia ou equivalente	06	1,40	06	1,40	02	0,50	02	0,50	-	-	01	0,20	04	1,00	-	-	-	-	-	-	21	5,00
História da Fisioterapia ou equivalente	03	0,70	01	0,20	01	0,02	01	0,20	01	0,20	-	-	-	-	-	-	01	0,20	02	0,50	10	2,20
Neurofuncional ou equivalente	39	9,30	-	-	15	3,60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54	12,9
O tema CIF não foi abordado em minha graduação	268	63,7	01	0,20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	269	63,9
Orto-traumato funcional ou equivalente	04	1,00	03	0,70	02	0,50	07	1,70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	3,90
Saúde pública ou equivalente	05	1,20	04	1,00	05	1,20	-	-	01	0,20	-	-	-	-	03	0,70	-	-	-	-	18	4,30
Saúde coletiva ou equivalente	-	-	05	1,20	04	1,00	03	0,70	03	0,70	-	-	-	-	01	0,20	03	0,70	-	-	19	4,50
Semiologia	48	11,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48	11,4
Bases e métodos de avaliação em Fisioterapia ou equivalente	-	-	48	11,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48	11,4
Outra	23	5,05	02	0,50	04	1,00	-	-	1	0,20	-	-	1	0,20	-	-	-	-	-	-	31	7,40
Não Responderam	01	0,20	335	79,6	380	90,3	403	95,7	408	96,9	414	98,3	416	98,8	417	99,0	417	99,0	419	99,5	-	-

Legenda: R: Resposta; n: número da amostra; %: Porcentagem da Amostra. (n=421).

Fonte: elaborado pelo autor (2017).

**ANEXO(S)**

**ANEXO A – CARTA DE ACEITE CREFITO 10****CREFITO10**  
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 10ª REGIÃO**ANEXO A – Carta de aceite**

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em divulgar, pelos meios usuais (Informativo Semanal e Site), aos profissionais inscritos no CREFITO 10 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10ª região, localizado na Rua Silva Jardim, 307, bairro Centro, Florianópolis/SC e Cep 88020-200, o instrumento para coleta de dados desenvolvido para a pesquisa intitulada “USO DA CIF NA PRÁTICA DIÁRIA DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA E NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS DISCENTES DO CURSO DE FISIOTERAPIA DE UNIVERSIDADES PÚBLICAS E PRIVADAS DOS TRÊS ESTADOS DO SUL DO BRASIL”, sob a responsabilidade do Prof. Responsável Fisioterapeuta Willians Cassiano Longen e Pesquisador Fisioterapeuta Sandro Ressler do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

Florianópolis, 30 de Novembro de 2015.

Sandroval Francisco Torres

Presidente do CREFITO-10

## ANEXO B – CARTA DE ACEITE CREFITO 5



**Crefito5**  
APPROXIMAR

Conselho Regional  
de Fisioterapia  
e Terapia Ocupacional

### ANEXO B – Carta de aceite

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em divulgar, pelos meios usuais, aos profissionais inscritos no CREFITO 5 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª região, localizado na Avenida Palmeira, 27, sala 403, bairro Petrópolis, Porto Alegre/RS e CEP 90470-300, o instrumento para coleta de dados desenvolvido para a pesquisa intitulada "USO DA CIF NA PRÁTICA DIÁRIA DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA E NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS DISCENTES DO CURSO DE FISIOTERAPIA DE UNIVERSIDADES PÚBLICAS E PRIVADAS DOS TRÊS ESTADOS DO SUL DO BRASIL", sob a responsabilidade do Prof. Responsável Willians Cassiano Longen e Pesquisador Sandro Ressler do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

  
Dr. Fernando A. M. Prati  
Presidente

## ANEXO C – CARTA DE ACEITE CREFITO 8



CREFITO - 8

**CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 8ª REGIÃO**  
RUA JAIME BALÃO, 580 - FONE/FAX: (41) 3264-8097 - CEP 80040-340 - CURITIBA - PARANÁ

### ANEXO C – Carta de aceite

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em enviar por mala direta eletrônica aos profissionais inscritos no CREFITO 8 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª região, localizado na Rua Jaime Balão, 580, bairro Hugo Lange, Curitiba/PR e Cep 80040-340, o instrumento para coleta de dados desenvolvido para a pesquisa intitulada “USO DA CIF NA PRÁTICA DIÁRIA DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA E NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS DISCENTES DO CURSO DE FISIOTERAPIA DE UNIVERSIDADES PÚBLICAS E PRIVADAS DOS TRÊS ESTADOS DO SUL DO BRASIL”, sob a responsabilidade do Prof. Responsável Willians Cassiano Longen e Pesquisador Sandro Ressler do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Abdo', is written over a horizontal line. To the right of the signature is another smaller, less legible handwritten mark.

Dr. Abdo Augusto Zeghbi  
Presidente do CREFITO-8

Dr. Abdo A. Zeghbi  
Presidente  
CREFITO 8