

# Avaliação do nível de conhecimento e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

*Evaluation of the level of knowledge and applicability of the International Classification of Functioning, Disability and Health*

Luiz Eduardo Lima de Andrade<sup>1</sup>, Nayara Priscila Dantas de Oliveira<sup>2</sup>, João Afonso Ruaro<sup>3</sup>, Isabelle Ribeiro Barbosa<sup>4</sup>, Diego de Sousa Dantas<sup>5</sup>

**RESUMO** A pesquisa foi conduzida com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde por profissionais de saúde do município de Natal (RN). Trata-se de um estudo transversal, que avaliou 186 profissionais de saúde, mediante questionário eletrônico semiestruturado, composto de questões sobre o nível de conhecimento em relação à classificação e sua aplicabilidade. Concluiu-se que os profissionais de saúde possuem pouco conhecimento sobre a ferramenta. Além disso, os que relataram conhecê-la, dela fazem pouco uso devido às dificuldades para seu entendimento e aplicação.

**PALAVRAS-CHAVE** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Inquéritos e questionários. Ocupações em saúde.

**ABSTRACT** *The research was conducted with the objective of evaluating the level of knowledge and applicability of the International Classification of Functioning, Disability and Health by health professionals of the city of Natal (RN). This is a cross-sectional study, which evaluated 186 health professionals, through a semistructured electronic questionnaire, composed of questions about the level of knowledge regarding classification and its applicability. It was concluded that the health professionals had little knowledge about the tool. Furthermore, those who reported knowing it, made little use of it because of difficulties to their understanding and application.*

**KEYWORDS** *International Classification of Functioning, Disability and Health. Surveys and questionnaires. Health occupations.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil.  
luizeduardofisio@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil.  
nayoliveira.fisio@gmail.com

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro) - Guarapuava (PR), Brasil.  
joaoruaro@gmail.com

<sup>4</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil.  
isabelleribeito@oi.com.br

<sup>5</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil.  
diegodantas1@gmail.com

## Introdução

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001. Esta ferramenta inclui uma descrição de um amplo espectro do funcionamento humano, a partir de um modelo explicativo para a compreensão da saúde e da incapacidade (SAMPAIO; LUZ, 2009). O fato de pertencer à Família de Classificações Internacionais da OMS confere à CIF um uso abrangente em estatísticas de saúde, pois permite a coleta de dados e a utilização de critérios homogêneos, além da possibilidade de comparações internacionais (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A CIF propõe uma abordagem à saúde do indivíduo, ou ao processo incapacitante, através de um modelo biopsicossocial que incorpora componentes da saúde em nível físico e social. Esta proposta transcende o modelo biomédico baseado na etiologia da doença, evoluindo para um modelo tridimensional: biomédico, psicológico e social. Neste caso, cada nível age e sofre as ações dos outros, e todos eles são influenciados pelo meio ambiente (FERREIRA; CASTRO; BUCHALLA, 2014).

O modelo conceitual da CIF tem como componentes as condições de saúde, as funções e estruturas do corpo, as atividades, a participação, os fatores pessoais e os fatores ambientais. Além de configurar um modelo explicativo, a CIF também pode ser usada como ferramenta epidemiológica, por meio de seu conjunto de códigos alfanuméricos, que codificam e classificam a funcionalidade (CASTRO ET AL., 2016).

A CIF é composta por 1.454 categorias, que descrevem completamente a funcionalidade humana e promovem uma classificação altamente abrangente, o que confere a esta ferramenta alto potencial descritivo. Em contrapartida, essa quantidade de códigos representa um dos principais obstáculos para sua aplicação, devido ao tempo gasto na coleta de dados, o que transforma

o instrumento em algo pouco exequível (PRODINGER ET AL., 2015; RIBERTO, 2011).

A própria OMS, percebendo a dificuldade relacionada ao tempo de aplicação da CIF, lançou algumas alternativas de instrumentos nela baseados, porém com menor quantidade de itens, para torná-la mais facilmente aplicável. Os *core sets* da CIF apresentam uma lista mais breve, com categorias da própria CIF, para captar aspectos da funcionalidade afetados mais frequentemente em grupos com desordens específicas, e planejados para aproximá-la do uso clínico habitual (CASTRO ET AL., 2016).

Com o processo de transição demográfica e o aumento da expectativa de vida experimentado pelas sociedades modernas, a mensuração da incapacidade e da funcionalidade tornam-se temas de interesse crescente, a partir do momento em que as doenças crônicas têm apresentado alta prevalência e incidência. Todavia, os indicadores tradicionalmente utilizados têm seu foco em óbitos ou doenças, não capturando adequadamente as consequências da doença nos indivíduos e nas populações.

Dessa forma, a utilização quantitativa da CIF, como um sistemático esquema de codificação das informações sobre funcionalidade, incapacidade e deficiência, pode complementar as informações dos indicadores tradicionais, pois identifica a natureza e a magnitude do complexo multifatorial envolvido nas dimensões da incapacidade e da deficiência, o que é fundamental para o diagnóstico clínico das consequências das condições de saúde, atribuições e gestão das intervenções, da avaliação dos resultados de tratamento (CASTANEDA; CASTRO; BAHIA, 2014), a fim de orientar a prática clínica, a gestão de serviços, a política e a ciência fundamentada em evidências (VARGUS-ADAMS; MAJNEMER, 2014).

Desse modo, o presente estudo se propõe a investigar o nível de conhecimento e aplicabilidade da CIF por profissionais da área da saúde atuantes no município de Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal, que seguiu as diretrizes propostas pelo instrumento Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (Strobe).

O município de Natal possui representação física dos conselhos de classe das seguintes profissões de saúde: fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem, odontologia, farmácia, serviço social, medicina, educação física, psicologia e nutrição.

Buscando a representatividade da amostra de profissionais para a região, foram convidados a participar todos os profissionais com vínculo ativo nos seus respectivos conselhos de classe das profissões de saúde. A população-alvo foi de profissionais de saúde que lidavam direta ou indiretamente com seres humanos, e que residiam em Natal durante o período de coleta.

Os conselhos de classe foram previamente contatados e informados acerca dos objetivos da pesquisa. Após esse contato inicial, os conselhos que concordaram em tomar parte assinaram uma carta de anuência, autorizando sua colaboração com a pesquisa por meio do envio de convites aos profissionais vinculados, para participação no estudo por meio de *e-mails* e malas diretas. Estes conselhos representam as profissões de: fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem, odontologia, farmácia e serviço social. As profissões de medicina, fonoaudiologia, educação física, psicologia, biomedicina e nutrição, cujos conselhos não assinaram a anuência do projeto, não participaram deste estudo.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro e outubro de 2013. Utilizou-se um questionário eletrônico semiestruturado, produzido pelos pesquisadores e avaliado por *experts*, para correção e aprovação de tal ferramenta. No processo de validação do questionário eletrônico, foi realizada a técnica do consenso entre

especialistas, que resultou em um instrumento composto por 13 questões, divididas em três dimensões: uso, conhecimento e aplicabilidade da CIF.

Após a aprovação da versão final, o questionário foi disponibilizado eletronicamente, a partir do *link* de acesso informado, aos respectivos conselhos de classe. Na janela inicial do *link*, o participante teve acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e após a concordância em participar, a ele foi dado o acesso ao questionário do estudo.

O instrumento apresentava as seguintes perguntas: 1 – Você tem conhecimento do que é a CIF?; 2 – Como conheceu a CIF?; 3 – Como você avalia seu nível de conhecimento da CIF?; 4 – Qual é o órgão responsável pela proposição da CIF?; 5 – Qual o foco da CIF?; 6 – Qual a relação entre a CIF e a Classificação Internacional de Doenças (CID)?; 7 – Desde que ano tem contato com a CIF?; 8 – Você teve algum tipo de treinamento para utilizar a CIF? Se sim, qual foi o treinamento?; 9 – Na sua prática profissional, você utiliza a CIF? Se utiliza, faz uso para quê? Se utiliza, qual o modo de registro dos dados?; 10 – Tem dificuldade para entender a CIF?; 11 – Tem dificuldade para aplicar a CIF?; 12 – Você já ouviu falar dos *core sets*? Se utiliza *core sets*, faz o uso em qual(is) área(s)?; 13 – De que modo você utiliza a CIF?

A variável dependente do estudo é o conhecimento autodeclarado acerca da CIF. As variáveis independentes são o nível de conhecimento da CIF, sexo, idade, profissão, tipo de instituição de ensino superior onde se graduou, tempo de graduação e maior grau de instrução.

Após os entrevistados responderem completamente o questionário, os dados eram transmitidos diretamente para um banco de dados no software Excel. Esses dados foram analisados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0.

As variáveis quantitativas idade e tempo de graduação foram categorizadas segundo suas médias. Os dados foram categorizados quanto

ao conhecimento da CIF (conhecem e desconhecem a CIF) e quanto ao nível de conhecimento (bom conhecimento – autoavaliaram seu conhecimento como bom ou muito bom – e conhecimento precário – autoavaliaram seu conhecimento como ruim, muito ruim ou regular). A análise da normalidade dos dados foi realizada mediante o teste de Kolmogorov Smirnov. Para testar a significância estatística da diferença entre os grupos, utilizou-se o teste Qui-Quadrado, para variáveis categóricas, e o teste de Mann-Whitney, considerando significância estatística quando  $p < 0,05$ .

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob o

número 387.754, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

Entre os 186 participantes, o sexo de maior prevalência foi o feminino (74%), com média de idade de 33,93 anos. A categoria profissional que contou com o maior número de participantes foi a odontologia (33%). Houve predomínio de profissionais ligados a instituições públicas (68%). Quanto ao tempo de graduação, 52% dos participantes tinham até cinco anos de graduados. Apesar disso, 66% relataram possuir especialização (*tabela 1*).

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis de caracterização dos 186 profissionais de saúde participantes da pesquisa. Natal, 2013

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	138	74
Masculino	46	26
<b>Idade</b>		
Até 34 anos	104	56
Acima de 35 anos	82	44
<b>Profissão</b>		
Assistente Social	2	1
Enfermeiro	56	30
Odontologista	62	33
Fisioterapeuta	37	20
Terapeuta ocupacional	7	4
Farmacêutico	22	12
<b>Tipo de Instituição de Ensino Superior onde se graduou</b>		
Pública	127	68
Privada	59	32
<b>Maior grau de instrução</b>		
Graduação	43	23
Especialização	123	66
Mestrado	20	11

Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao grau de conhecimento da CIF, os dados demonstraram que houve prevalência de participantes que a desconhecem, pois somente 54 profissionais relataram conhecer o instrumento (29%). Sobre

as variáveis analisadas, verificou-se que a profissão, a região de formação e o maior grau de instrução apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p$ -valor $<0,05$ ) (tabela 2).

Tabela 2. Conhecimento da CIF e fatores associados entre os profissionais participantes. Natal, 2013

Variável	Conhece CIF N=54	Não Conhece CIF N=132	Valor de p
<b>Sexo</b>			
Feminino	40 (74%)	98 (74%)	0,981
Masculino	14 (26%)	34 (26%)	
<b>Idade</b>	<b>33,31±1,33</b>	<b>34,87± 0,87</b>	<b>0,286</b>
<b>Profissão</b>			
Assistente Social	0 (0%)	2 (1%)	<0,001
Enfermeiro	6 (11%)	49 (38%)	
Odontologista	10 (18%)	52 (39%)	
Fisioterapeuta	26 (48%)	9 (7%)	
Terapeuta ocupacional	7 (13%)	0 (0%)	
Farmacêutico	2 (4%)	20 (15%)	
Professor	3 (6%)	0 (0%)	
<b>Tipo de Instituição de Ensino Superior onde se graduou</b>			
Pública	33 (61%)	94 (71%)	0,179
Privada	21 (39%)	38 (29%)	
<b>Região da Instituição de Ensino Superior</b>			
Nordeste	47 (87%)	130 (98%)	0,001
Sudeste	2 (4%)	2 (2%)	
Sul	5 (9%)	0 (0%)	
<b>Tempo de graduação</b>			
Até um ano	4 (7%)	18 (14%)	0,498
Entre 1 e 3 anos	11 (20%)	21 (16%)	
Entre 3 e 5 anos	15 (28%)	29 (22%)	
Mais de 5 anos	24 (45%)	64 (48%)	
<b>Maior grau de instrução</b>			
Graduação	11 (20%)	32 (24%)	0,042
Especialização	24 (45%)	78 (59%)	
Mestrado	14 (25%)	18 (13%)	
Doutorado	5 (5%)	4 (4%)	

Tabela 2. (cont.)

<b>Local de trabalho</b>			
Rede pública	30 (55%)	54 (41%)	
Rede privada	15 (28%)	43 (32%)	
Ambas	7 (13%)	29 (22%)	0,451
Desempregado	2 (4%)	6 (4%)	
Filantropia	0 (0%)	1 (1%)	
<b>Renda</b>			
Até 2 salários	4 (7%)	9 (6%)	
Entre 2 e 5 salários	20 (37%)	58 (43%)	
Entre 5 e 10 salários	21 (38%)	34 (25%)	0,169
Mais de 10 salários	3 (6%)	21 (15%)	
Preferiu não responder	6 (12%)	10 (11%)	

Fonte: Elaboração própria.

Os participantes que relataram conhecer a CIF (n=54) tiveram, em sua maioria, o nível de conhecimento classificado como precário (86%): 11% classificaram seu nível de

conhecimento como muito ruim, 24% classificaram como ruim e 51% demonstraram ter conhecimento regular (*tabela 3*).

Tabela 3. Nível de conhecimento da CIF e fatores associados entre os profissionais que relataram conhecer o instrumento. Natal, 2013

<b>Variáveis</b>	<b>Conhecimento precário n=46</b>	<b>Bom conhecimento n=8</b>	<b>p-valor</b>
<b>Tempo de contato com a CIF</b>	<b>3,97 ±0,49</b>	<b>5,17 ±1,44</b>	<b>0,444</b>
<b>Foco da CIF</b>			
Saúde	91%	75%	0,652
Doença	9%	25%	
<b>Relação entre a CIF e a CID</b>			
Complementar	73%	85%	0,482
Sem relação	27%	15%	
<b>Teve treinamento para usar a CIF</b>			
Sim	21%	15%	0,668
Não	79%	85%	
<b>Utilização da CIF</b>			
Nunca	79%	15%	
Raramente	21%	57%	<0,001
Rotineiramente	0%	28%	

Tabela 3. (cont.)

<b>Modo de registro de dados</b>			
Digital	18%	25%	0,770
Papel	82%	75%	
<b>Dificuldade para entender a CIF</b>			
Sim	43%	0%	0,028
Não	57%	100%	
<b>Dificuldade para aplicar a CIF</b>			
Sim	52%	16%	0,101
Não	48%	84%	
<b>Faz uso de core sets</b>			
Sim	28%	42%	0,433
Não	72%	58%	
<b>Forma de utilização da CIF</b>			
Completa	14%	25%	0,612
Reduzida	86%	75%	
<b>Utiliza os core sets para:</b>			
Tratamento clínico	17%	0%	0,306
Atividade física	17%	0%	
Fisioterapia locomotora	0%	66%	
Fisioterapia respiratória	17%	0%	
Envelhecimento	32%	34%	
Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	17%	0%	

Fonte: Elaboração própria.

Independentemente do nível de conhecimento (precário ou bom), a maioria dos participantes que conheciam a CIF relataram que o foco do instrumento era a saúde (87%), e que a relação CIF e CID era complementar (74%). Grande parcela desses participantes relatou que o registro de dados da CIF era feito no papel (79%); e que a principal forma de uso era reduzida (83%), porém a maioria (68%) não fazia uso de *core sets*.

A média de tempo de contato com o instrumento foi de 3,97 anos; a falta de treinamento prévio para o uso do instrumento, na prática profissional, foi relatada por 79% dos participantes desse grupo. Por mais que 57% dos participantes desse grupo não

apresentasse dificuldade para entender a CIF, 52% tiveram dificuldades para aplicá-la.

Já o grupo classificado como 'bom conhecimento' (n=8) teve tempo de contato com a CIF maior do que o de conhecimento precário, com média de 5,17 anos. Eles relataram não sentir dificuldades para entender o instrumento, como demonstrou o conhecimento da maioria (75%), ciente de que o foco da CIF é a saúde. Entretanto, a maior parte dos participantes desse grupo (84%) teve dificuldades para aplicar a CIF: 85% desse grupo não tiveram treinamento prévio para utilizá-la e 57% raramente a utilizaram.

Quando comparados os dois grupos relativos ao conhecimento da CIF, perceberam-se

diferenças estatisticamente significativas entre a sua utilização ( $p < 0,001$ ) e dificuldades para entendê-la ( $p = 0,028$ ).

## Discussão

O presente estudo objetivou avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca da CIF. Pode-se constatar que ela é pouco conhecida pelos profissionais de saúde, sendo mais difundida entre os fisioterapeutas. Entre os profissionais que afirmam conhecer a CIF, a maioria relata que o contato com a classificação foi recente; avalia seu conhecimento como precário, variando de regular a muito ruim; admite dificuldade para utilizá-la de modo prático; e que não recebeu treinamento para tal uso.

A CIF pertence à Família de Classificações Internacionais da OMS (WHO Family of International Classifications – WHO-FIC) e apresenta o modelo explicativo para a compreensão da saúde e incapacidade, pautado em aspectos multifatoriais, que englobam fatores biopsicossociais, trabalhando de forma inter-relacionada a funcionalidade e a incapacidade. A CIF vai além da visão reducionista do modelo biomédico para analisar e classificar a interação de um indivíduo com os fatores contextuais (ambientais e pessoais) (FONTES; BOTELHO; FERNANDES, 2014; OMS, 2001).

Desse modo, a CIF enfatiza a identificação das experiências de vida e das necessidades reais de uma pessoa, assim como a identificação das características físicas (estruturas e funções do corpo), sociais e atitudinais do seu meio circundante e das condições ambientais – sejam elas impeditivas ou facilitadoras –, que interferem na funcionalidade da pessoa, permitindo a visualização de novos alvos no processo de cuidado em saúde (FONTES; BOTELHO; FERNANDES, 2014).

Portanto, objetiva-se, com essa classificação, não somente melhorar o entendimento de que a condição de saúde influencia o desempenho do sujeito na realização de

atividades, mas também considerar que, além da complexa rede de estruturas e do funcionamento do corpo, fatores ambientais e pessoais podem influenciar na funcionalidade do paciente (NICHEL ET AL., 2010).

A funcionalidade representa um desfecho positivo dessa relação multifatorial avaliada pela CIF, fruto de uma interação dinâmica entre as condições de saúde e os fatores contextuais, que envolve estruturas e funções corporais, atividades e participação social, fatores ambientais e pessoais. A funcionalidade, portanto, reflete a potencialidade do indivíduo, de atuar de forma independente em sua vida, e integra as diversas dimensões de saúde (individual, biológica e social). Quando são observados prejuízos à funcionalidade, pela presença de deficiências, limitação de atividade ou restrição à participação, fala-se em incapacidade (FERREIRA; CASTRO; BUCHALLA, 2014; OMS, 2001).

Segundo a Resolução nº 452, de 10 de maio de 2012, do Ministério da Saúde (Conselho Nacional de Saúde) (BRASIL, 2012), a CIF deve ser utilizada no Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive na saúde suplementar. Nesta pesquisa, foi visto que 64% dos profissionais respondentes trabalhavam em instituições públicas, porém tal fato não esteve associado ao conhecimento sobre a CIF, visto que, como apresentado nos resultados, a maioria dos profissionais (70%) afirmou desconhecer esse instrumento produzido pela OMS.

Embora a CIF seja uma classificação compatível com o modelo de saúde vigente, e seu uso, em termos de mundo e de Brasil, venha sendo encorajado, cada vez mais, nesses 16 anos após sua criação, o presente estudo nos traz dados que constatarem uma realidade comum no dia a dia dos serviços de saúde: o desconhecimento dos profissionais acerca dessa classificação, e o fato de que, entre os que afirmaram conhecê-la, a maioria teve seu conhecimento avaliado como precário (87%), o que representa um entrave considerável referente à utilização desse instrumento nos serviços de saúde da região estudada.

Entre os obstáculos à utilização da CIF, em estudo prévio, Farias e Buchalla (2005) observaram que a dificuldade na sua utilização estava relacionada ao fato de ela ser uma classificação recente, complexa e de difícil aplicabilidade. Na prática, a aplicação da CIF pode requerer um tempo elevado, superando muitas vezes o tempo da própria consulta (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Imrie (2004) e Ferreira, Castro e Buchalla (2014) relatam a necessidade de um maior esclarecimento sobre o papel biopsicossocial da CIF e suas implicações, como um princípio para potencializar a sua utilização pelos profissionais, e para orientar o desenvolvimento de políticas em relação às pessoas com deficiências.

Além de fornecer uma linguagem padronizada sobre a saúde e funcionalidade da pessoa, o que facilita a comunicação entre os profissionais de saúde e ser empregada como modelo explicativo das necessidades de saúde, o uso da CIF como ferramenta epidemiológica vem sendo estimulado (CASTRO ET AL., 2016; FERREIRA; CASTRO; BUCHALLA, 2014).

Essa utilização com indicador epidemiológico de funcionalidade e incapacidade reforça a necessidade de instrumentos derivados da CIF, que mantenham sua classificação biopsicossocial, mas que oportunizem a sua aplicação de forma mais objetiva e em menor tempo. Ao mesmo tempo em que as 1.454 categorias que compõem a CIF fazem desta classificação uma ferramenta altamente abrangente, evidenciam sua dificuldade de operacionalização (FERREIRA; CASTRO; BUCHALLA, 2014; RIBERTO, 2011). Este fato pode estar associado à dificuldade encontrada pelos profissionais que participaram do presente estudo para utilizar a CIF de modo prático, uma vez que, dos respondentes que relataram conhecê-la, 70% nunca a utilizaram e tiveram problemas para entendê-la.

Nesse sentido, com vistas a aumentar a adesão ao modelo da CIF e a facilitar o seu processo de aplicação, a OMS publicou, e recomenda, a utilização de instrumentos

nela baseados, mas que possuem estrutura mais reduzida, a exemplo dos *core sets*, o *checklist* da CIF, que possui uma estrutura de 125 categorias; o World Health Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0); e o Model Disability Survey (MDS) (CASTRO ET AL., 2016; KOSTANJSEK ET AL., 2011).

A concepção do projeto dos *core sets*, por exemplo, teve por finalidade elencar as categorias da CIF que servem como referências mínimas para a avaliação e a documentação da funcionalidade e da saúde das pessoas, e promover uma aplicação da CIF mais prática e abrangente (CIEZA ET AL., 2016; RIBERTO, 2011).

Já o WHODAS 2.0 foi publicado pela OMS em 2010, e consiste em um instrumento genérico, elaborado a partir de escalas de avaliação consagradas na literatura, para a aferição de funcionalidade e incapacidade, segundo os principais domínios da vida: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida (domésticas, escolares ou de trabalho) e participação social (CASTRO ET AL., 2016; USTUN ET AL., 2010).

As diferenças regionais de formação, produção e utilização do conhecimento ficam demonstradas no presente estudo, ao constatar-se que houve diferença na região federativa onde o profissional fez a sua graduação com ter conhecimento sobre a CIF ( $p=0,001$ ). Pode-se analisar que, entre os participantes que conhecem a CIF, aqueles que são graduados em instituições da região Sul do País (9%), relataram, em sua totalidade, conhecer a CIF. No entanto, este fato não corrobora um estudo desenvolvido por Ruaro *et al.* (RIBERTO, 2011). O referido estudo analisou o perfil e o panorama da CIF no Brasil, de 2001 a 2011, e observou que, entre as instituições de ensino superior, as que mais publicavam sobre a CIF eram da região Sudeste, destacando-se a Universidade de São Paulo (USP), com 11 publicações, seguida pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com 7 publicações.

Na literatura, existe uma escassez de publicações referentes à CIF relacionada

a profissões de saúde. No presente estudo, verificou-se que os profissionais que mais conhecem a CIF são do núcleo profissional da fisioterapia. Acredita-se que este achado esteja relacionado ao fato de a CIF ter surgido como uma forma de superação da visão de deficiência e estar intimamente relacionada com o processo de reabilitação, que, por sua vez, é um nível de atenção no qual os fisioterapeutas possuem inserção e atuação já consolidada, na identificação de alterações funcionais e no estímulo à funcionalidade. Em nível mundial, os profissionais da reabilitação têm sido os protagonistas da utilização e da produção do conhecimento relacionado à CIF, e alguns trabalhos começam a ser publicados no sentido de orientar os núcleos profissionais sobre como realizar diagnósticos (TORDOYA, 2016) ou como realizar o planejamento terapêutico de forma multiprofissional com base na CIF (RAUCH; CIEZA; STUCKI, 2008).

As limitações consideradas nesta pesquisa referem-se à baixa taxa de resposta ao questionário e ao delineamento de uma amostra de conveniência. Porque o questionário foi enviado pelos conselhos de cada profissão, os pesquisadores não tiveram informações sobre quantos profissionais de fato receberam o *e-mail*, nem sobre o número de profissionais que o receberam e optaram por não participar. Outro fator limitante foi a participação de apenas uma parte dos conselhos de classe do estado do Rio Grande do Norte. Isto pode representar um viés de informação, já que outros profissionais que conhecem e aplicam o instrumento não tiveram

a oportunidade de participar do estudo. A pesquisa apresentou, ainda, limitação relacionada ao percentual de resposta. Isso ocorreu devido ao não repasse de dados, por parte dos conselhos relacionados ao quantitativo de profissionais ativos, residentes em Natal, o que dificultou, também, um possível cálculo amostral. Apesar disto, considera-se que os resultados da presente pesquisa podem ser extrapolados para profissionais que estejam no mesmo contexto em que se encontram os respondentes desta coleta.

## Conclusões

Mesmo depois de 15 anos da publicação da CIF pela OMS, a maioria dos profissionais que dela pode fazer uso não conhece este importante instrumento de classificação. Tal fato denota a importância de maior divulgação desta ferramenta entre os profissionais da saúde, inclusive durante o processo de formação na graduação, a fim de que sua aplicabilidade e entendimento atinjam as proporções desejadas, contribuindo para a ampliação do modelo de saúde e a universalização da linguagem entre os profissionais.

Em virtude do caráter local do estudo e do baixo quantitativo de respostas, por problemas na comunicação dos conselhos com os seus inscritos, este estudo abre espaço para a realização de outras investigações, de preferência multicêntricas, que objetivem melhor entender o contexto relacionado ao conhecimento e à aplicabilidade da CIF pelos profissionais. ■

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 452, de 10 de maio de 2012. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 10 maio 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452_10_05_2012.html)>. Acesso em: 31 out. 2015.
- CASTANEDA, L.; CASTRO, S. S.; BAHIA, L. Construtos de incapacidade presentes na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD): uma análise baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Brasileira de Estudos de População*, Belo Horizonte, v. 31, n. 2, p. 419-429, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v31n2/a09v31n2.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2015.
- CASTRO, S. S. *et al.* Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 679-687, jul./set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n3/1980-5497-rbepid-19-03-00679.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2015.
- CIEZA, A. *et al.* Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disability and Rehabilitation*, Londres, v. 17, p. 1-10, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26984720>>. Acesso em: 31 out. 2015.
- 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. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2005000200011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2005000200011&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 31 out. 2015.
- FERREIRA, L. T. D.; CASTRO, S. S.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: progressos e oportunidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 469-474, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2015.
- FONTES, A.; BOTELHO, A.; FERNANDES, A. A Biopsychosocial Evaluation Method and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). *Educational Gerontology*, [S. l.], v. 40, n. 9, 2014. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03601277.2011.559856>>. Acesso em: 31 out. 2015.
- IMRIE, R. Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Sociology of Health & Illness*. Oxford, v. 26, n. 3, p. 287-305, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15043600>>. Acesso em: 31 out. 2015.
- KOSTANJSEK, N. *et al.* Assessing the impact of health conditions using the ICF. *Disability and Rehabilitation*, Londres, v. 33, n. 15, p. 1475-82, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20946009>>. Acesso em: 31 out. 2015.
- NICKEL, R. *et al.* Estudo descritivo do desempenho ocupacional do sujeito com doença de Parkinson: o uso da CIF como ferramenta para classificação da atividade e participação. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 13-7, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103304>>. Acesso em: 31 out. 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: CIF*. São Paulo: Edusp, 2001.
- PRODINGER, B. *et al.* Toward the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Rehabilitation Set: a minimal generic set of domains for rehabilitation as a health strategy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Philadelphia, v. 97, n. 6, p. 875-884, 2015. Disponível em: <<https://www>>.

ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26827829>. Acesso em: 31 out. 2015.

RAUCH, A.; CIEZA, A.; STUCKI, G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *European Journal of Physical Rehabilitatioin Medicine*, Torino, v. 44, n. 3, p. 329-342, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18762742>>. Acesso em: 31 out. 2015.

RIBERTO, M. Core sets da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 64, n. 5, p. 938-46, 2011. Disponível em: <<http://oaji.net/articles/2015/672-1437164482.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2015.

SAMPAIO, R. F.; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 475-483, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000300002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000300002&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 31 out. 2015.

TORDOYA, E. J. J. Guía metodológica para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la discapacidad y de la salud. *Gaceta Médica Boliviana*, Cochabamba, v. 39, n. 1, 46-52, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_artext&pid=S1012-29662016000100011](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1012-29662016000100011)>. Acesso em: 31 out. 2015.

USTUN, T. B. *et al.* Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, [S. l.], v. 88, p. 815-823, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/11/09-067231/en/>>. Acesso em: 31 out. 2015.

VARGUS-ADAMS, J. N.; MAJNEMER, A. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a framework for change: Revolutionizing rehabilitation. *Journal of Child Neurology*, [S. l.], v. 2, n. 8, p. 1030-1035, 2014. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0883073814533595>>. Acesso em: 31 out. 2015.

---

Recebido para publicação em fevereiro de 2017  
Versão final em julho de 2017  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve