

Mariana Pereira Veloso

**A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE,
INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) EM CENÁRIO DE PRÁTICA:**
explorando a vivência e a autoeficácia de Terapeutas Ocupacionais da Atenção Básica

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
2023

Mariana Pereira Veloso

**A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE,
INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) EM CENÁRIO DE PRÁTICA:**

explorando a vivência e a autoeficácia de Terapeutas Ocupacionais da Atenção Básica

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Estudos da Ocupação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Estudos da Ocupação.

Área de concentração: Ocupação, Participação e Inclusão.

Linha de pesquisa: Ocupação, Cuidado e Funcionalidade.

Orientadora: Fabiane Ribeiro Ferreira

Coorientadora: Daniela Virgínia Vaz

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

2023

V443c Veloso, Mariana Pereira
2023 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em cenário de prática: explorando a vivência e a autoeficácia de terapeutas ocupacionais da atenção básica. [manuscrito] / Mariana Pereira Veloso – 2023.
93 f.: il.

Orientadora: Fabiane Ribeiro Ferreira
Coorientadora: Daniela Virgínia Vaz

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Bibliografia: f. 67-71

1. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde – Teses. 2. Atenção primária à saúde – Teses. 3. Terapia ocupacional – Teses. I. Ferreira, Fabiana Ribeiro. II. Vaz, Daniela Virgínia Vaz. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. IV. Título.

CDU: 615.851.3

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Sheila Margareth Teixeira Adão, CRB 6: n° 2106, da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DA OCUPAÇÃO

FOLHA DE APROVAÇÃO

"A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) EM CENÁRIO DE PRÁTICA: explorando a vivência e a autoeficácia de Terapeutas Ocupacionais da Atenção Básica."

MARIANA PEREIRA VELOSO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ESTUDOS DA OCUPAÇÃO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ESTUDOS DA OCUPAÇÃO, área de concentração OCUPAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO.

Aprovada em 24 de maio de 2023, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Fabiane Ribeiro Ferreira - Orientador
UFMG

Prof(a). Daniela Virginia Vaz
UFMG

Prof(a). Derivan Brito da Silva
Universidade Federal do Paraná

Prof(a). Rosangela Gomes da Mota de Souza
UFMG

Belo Horizonte, 24 de maio de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Fabiane Ribeiro Ferreira, Membro**, em 25/05/2023, às 16:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Daniela Virginia Vaz, Professora do Magistério Superior, em 25/05/2023, às 16:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Rosangela Gomes da Mota de Souza, Coordenador(a) de curso, em 29/05/2023, às 13:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Derivan Brito da Silva, Usuário Externo, em 27/09/2023, às 15:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 2295067 e o código CRC 3EACAFF3.

Dedico este trabalho aos trabalhadores e aos usuários do SUS.
Dedico às terapeutas ocupacionais que contribuíram com este estudo.

AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte de sustento e fé, me mostrou caminhos nos momentos mais difíceis desta caminhada.

Aos meus pais, pelo cuidado e amor incondicional e por me proporcionarem educação de qualidade. Vocês são exemplos de persistência, coragem e generosidade.

Aos meus irmãos, pelo carinho, incentivo e momentos de boas risadas.

Ao meu companheiro de vida, André, que sempre acreditou em mim, mais que eu mesma. Obrigada pelo amor, pela alegria e leveza.

A minha família e amigos, obrigada pelo apoio, por entenderem minha ausência. Obrigada pelos conselhos, abraços e momentos de descontração. Nina, Bruxinha, Carol e Morena, agradeço o pontapé inicial para esta jornada.

À Danka, minha companheira de todas as horas, obrigada por me tirar da frente do computador para brincar com você e me ofertar momentos de respiro!

À Profa. Fabiane, Fabi, por me guiar nesta caminhada e por acreditar no meu potencial. Obrigada pela disponibilidade e delicadeza.

À Profa. Daniela Vaz, agradeço a oportunidade de fazer parte do grupo de estudo e por nos ensinar com tanta maestria.

À Profa. Danielle Gomes, agradeço a disponibilidade e generosidade para contribuir com minha compreensão em meio a tantos dados.

Ao Pedro e a Rafa, agradeço a parceria durante toda a nossa trajetória, acolhimento e disponibilidade nas nossas reuniões ao cair da noite.

Aos professores do Programa em Estudos da Ocupação, agradeço por possibilitarem o compartilhamento de conhecimento em plena pandemia.

Aos colegas de turma e aos amigos que fiz durante esse percurso, obrigada pelas trocas, pelas conversas, pelas angústias e conhecimento partilhados.

Aos colegas de NASF-AB e meus gestores, obrigada pela colaboração e parceria. A PBH, por possibilitar os meios para a execução da pesquisa.

Às colegas terapeutas ocupacionais, obrigada pela generosidade em contribuir com esta pesquisa.

Aos meus pacientes, usuários do SUS, obrigada por me possibilitarem exercer a Terapia Ocupacional.

Aos membros da banca examinadora, agradeço pelas contribuições e tempo dedicado para avaliação deste trabalho.

“O real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da
travessia”

(João Guimarães Rosa)

RESUMO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), modelo preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e baseado na perspectiva biopsicossocial, considera que é a partir da interação entre o sujeito com uma condição de saúde e o seu cenário de vida, que emergem os resultados de funcionalidade ou incapacidade. O uso da CIF nos sistemas de saúde encontra ressonância em aspectos do trabalho em equipe no contexto da Atenção Básica (AB), sendo proposta como ferramenta para a operacionalização da integralidade e territorialidade das intervenções em saúde. O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), uma das equipes interprofissionais que atuam na AB, conta com o profissional terapeuta ocupacional em sua composição. A Terapia Ocupacional enquanto profissão, visa restaurar o desempenho ocupacional considerando interação dos indivíduos com o contexto, alinhando seus pressupostos com os pressupostos da CIF. Entretanto, há pouca utilização e conhecimento da CIF pelos terapeutas ocupacionais, embora seja incontestável que a AB possui um ambiente fértil para a aplicação da CIF, o que pode favorecer o planejamento de ações. Porém, somente informações ou conhecimentos não são garantias de que seu uso será implementado. Para o aprendizado e a expressão de competências específicas é necessário que as pessoas tenham confiança de que conseguirão executar uma tarefa com êxito para atingir seus objetivos. A crença que o indivíduo tem sobre sua capacidade de realizar com sucesso determinada atividade é denominada autoeficácia e pode afetar as escolhas e o desempenho do indivíduo. Além disso, questões relacionadas à profissão, à interação entre os membros das equipes e à gestão dos serviços permeiam a percepção dos terapeutas ocupacionais quanto à possibilidade de implementação da CIF na AB. Neste sentido os objetivos deste trabalho foram: 1) revelar a visão de terapeutas ocupacionais acerca da utilização da CIF na Atenção Básica; 2) verificar o conhecimento dos terapeutas ocupacionais da AB acerca da CIF; 3) documentar a autoeficácia para o uso da CIF e fatores a ela associados entre as terapeutas ocupacionais que atuam na AB à saúde de Belo Horizonte. Realizou-se um estudo observacional exploratório com utilização de métodos mistos, em duas etapas. Na primeira, verificou-se a autoeficácia, geral e para uso da CIF, e o nível de conhecimento sobre a CIF de terapeutas ocupacionais da PBH, utilizando o modelo de regressão linear backward. Na segunda etapa realizou-se um grupo focal com terapeutas ocupacionais, com análise de conteúdo. Participaram do estudo 38 terapeutas ocupacionais, sendo que no grupo focal participaram 6 destes 38 profissionais. Há um déficit de conhecimento (média 4,76), principalmente no que se refere aos códigos e qualificadores, e baixa autoeficácia (média 2,79) para uso da CIF. A utilização da CIF nos processos de trabalho e autoeficácia geral foram apontadas como variáveis explicativas para a variância da autoeficácia para CIF, com R^2 ajustado de 0,48. Das narrativas analisadas emergiram três categorias acerca da visão das terapeutas ocupacionais quando à utilização na CIF no cenário de prática: *Visão da CIF e a formação e clínica da Terapia Ocupacional*; *Visão da CIF e o trabalho em equipe*; e *Visão da CIF, o SUS e o panorama da gestão do serviço*. Há pouco conhecimento acerca dos constructos e domínios da CIF por terapeutas ocupacionais, devendo-se ofertar capacitações práticas para efetivar sua implementação. O conhecimento dos terapeutas ocupacionais acerca do modelo biopsicossocial pode auxiliar em sua própria capacitação e na capacitação dos outros membros das equipes e ser útil na implementação da CIF nos serviços da rede, embora esta necessite de melhor estrutura e estratégias de gestão para favorecer a execução.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; CIF; atenção básica; funcionalidade; autoeficácia; métodos mistos, grupo focal.

ABSTRACT

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), a model recommended by the World Health Organization (WHO) and based on the biopsychosocial perspective, considers that it is from the interaction between the subject with a health condition and his life scenario, which emerge the results of functionality or incapacity. The ICF use in health systems resonates with aspects of teamwork in the context of Primary Care (PC), being proposed as a tool for the operationalization of comprehensiveness and territoriality of health interventions. The Expanded Family Health Center and Primary Care (NASF-AB, in Portuguese), one of the interprofessional teams that work in AB, has an occupational therapist in its composition. Occupational Therapy as a profession aims to restore occupational performance considering the interaction of individuals with the context, aligning its assumptions with the assumptions of the ICF. However, there is little use and knowledge of the ICF by occupational therapists, although it is undeniable that PC has a fertile environment for the application of the ICF, which can favor the planning of actions. However, information or knowledge alone is no guarantee that its use will be implemented. For the learning and expression of specific competences, it is necessary that people have confidence that they will be able to successfully perform a task to achieve their goals. The belief that the individual has about his ability to successfully perform a certain activity is called self-efficacy and can affect the individual's choices and performance. In addition, issues related to the profession, the interaction between team members and the management of services permeate the perception of occupational therapists regarding the possibility of implementing the ICF in PC. In this sense, the objectives of this work were: 1) to reveal the vision of occupational therapists about the use of the ICF in Primary Care; 2) verify the knowledge of AB occupational therapists about the ICF; 3) to document self-efficacy for using the ICF and factors associated with it among occupational therapists working in AB in Belo Horizonte. An exploratory observational study was carried out using mixed methods, in two stages. In the first, the self-efficacy, general and for the use of the ICF, and the level of knowledge about the ICF of PBH occupational therapists was verified, using the backward linear regression model. In the second stage, a focus group was held with occupational therapists, with content analysis. 38 occupational therapists participated in the study, and 6 of these 38 professionals participated in the focus group. There is a lack of knowledge (average 4.76), especially with regard to codes and qualifiers, and low self-efficacy (average 2.79) for using the ICF. The use of ICF in work processes and general self-efficacy were identified as explanatory variables for the variance of self-efficacy for ICF, with an adjusted R^2 of 0.48. From the analyzed narratives, three categories emerged about the vision of occupational therapists regarding the use of the ICF in the practice setting: Vision of the ICF and the formation and clinical practice of Occupational Therapy; ICF vision and teamwork; and Vision of the CIF, the SUS and the panorama of service management. There is little knowledge about the ICF constructs and domains by occupational therapists, and practical training should be offered to implement it. The knowledge of occupational therapists about the biopsychosocial model can help in their own training and in the training of other team members and be useful in the implementation of the ICF in the network services, although it needs a better structure and management strategies to favor its execution.

Keywords: Occupational Therapy; ICF; primary care; functionality; self-efficacy; mixed methods, focus group.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Interação entre componentes da CIF. OMS, 2003.....	15
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

CEP-SMSA/PBH - Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COEP UFMG - Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

COREQ - Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

CPGEO - Curso de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação

EC - Equipe Complementar de Saúde Mental Infantil

eSF - equipes de saúde da família

ESF - Estratégia Saúde da Família

NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 MATERIAIS E MÉTODOS	20
2.1 Delineamento do estudo e aspectos éticos	20
2.2 Amostra	20
2.3 Instrumentos e coleta dos dados	21
2.3.1 Etapa 1 – Survey	21
2.3.2 Etapa 2 - Grupo focal	23
2.4 Análise e interpretação dos dados	24
2.4.1 Etapa 1 – Survey	24
2.4.2 Etapa 2 - grupo focal	24
3 RESULTADOS	26
3.1 Artigo 1: A autoeficácia para uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) entre terapeutas ocupacionais: um estudo na Atenção Básica à Saúde	26
3.2 Artigo 2: A Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em cenário de prática: a visão de Terapeutas Ocupacionais	48
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	68
ANEXOS	72
APÊNDICES	78

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação foi escrita no formato de artigo, conforme o disposto no art. 4º da Resolução nº 02/2021, que estabelece critérios para a Defesa de Dissertação dos discentes do Curso de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação (CPGEO) da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

A motivação para este trabalho surgiu a partir da minha percepção, atuando em equipe interdisciplinar, da dificuldade dos profissionais em pensar os processos de atenção ao usuário a partir da perspectiva do modelo biopsicossocial. Percebi uma diferença entre a minha atuação, como Terapeuta Ocupacional, e a atuação dos outros profissionais da Equipe de Saúde da Família (eSF) e NASF-AB, com certa dificuldade para considerar aspectos da funcionalidade como participação e contexto na abordagem dos casos. A partir dessa minha vivência surgiram vários questionamentos: “o terapeuta ocupacional tem maior apropriação e maior facilidade em compreender o modelo biopsicossocial e a CIF, conseqüentemente? Se sim, será que essa apropriação é devido ao alinhamento do objeto de estudo da profissão (a Ocupação humana e a participação em atividades significativas dentro de um contexto), com os conceitos da CIF? Durante as ações em saúde o Terapeuta Ocupacional reconhece sua atuação na perspectiva do modelo generalista de saúde preconizado pela OMS? Se estudos mostram que estes profissionais têm dificuldade no uso da CIF, qual o motivo desta limitação?”

Nesse sentido este estudo insere-se no que se propõe a Linha de Pesquisa 1 do Programa de Pós Graduação em Estudos da Ocupação: “Ocupação, cuidado e funcionalidade” e tem como objetivo investigar a percepção e o conhecimento dos terapeutas ocupacionais acerca da CIF. A dissertação está dividida em quatro capítulos. O primeiro capítulo contém a introdução, contemplando a contextualização do tema, bem como a justificativa e objetivo do estudo. O segundo capítulo contém a seção de materiais e método, com a descrição detalhada dos procedimentos realizados para realização deste estudo. No terceiro capítulo são apresentados os resultados, em forma de dois artigos, que serão submetidos à publicação no periódico Cadernos de Terapia Ocupacional, após as considerações da banca. O quarto e último capítulo tratam das considerações finais, abordando as implicações e limitações do estudo.

1 INTRODUÇÃO

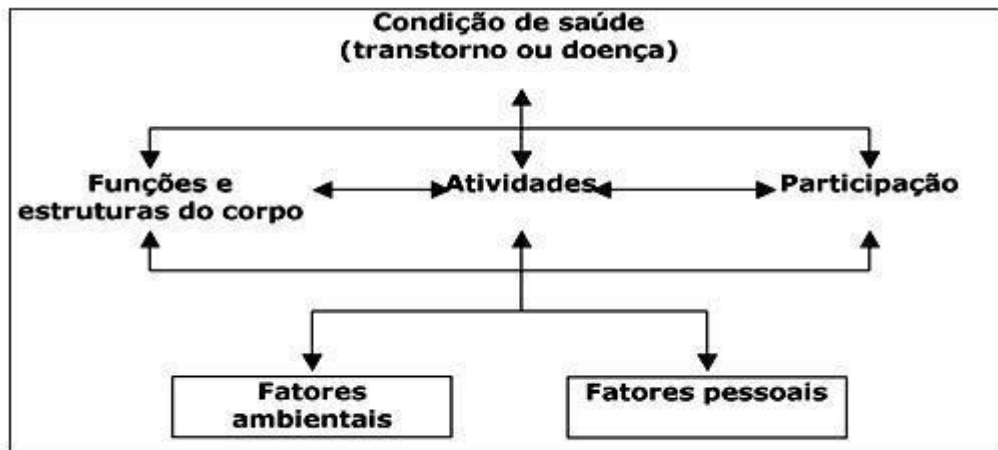
Os processos de envelhecimento e urbanização populacional têm provocado mudanças no perfil epidemiológico das populações, com aumento das doenças crônicas não transmissíveis e predomínio da morbidade sobre a mortalidade (SCHRAMM *et al.*, 2004; FERREIRA *et al.*, 2010). A partir desta realidade, a saúde não pode ser compreendida simplesmente como o estado de ausência de doença, sendo necessária a desconstrução de práticas predominantemente curativistas. A ampliação do conceito de saúde, onde esta é considerada uma "situação de perfeito bem-estar físico, mental e social" (OMS, 1946), indica que é necessária a exploração de diferentes aspectos da vida humana para a compreensão e abordagem do processo saúde-doença (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987). A interação entre indivíduo e seu contexto ambiental e social faz emergir os aspectos multidimensionais e a natureza complexa, dinâmica e articulada entre os elementos que podem determinar a saúde. Assim, uma pessoa com deficiência ou doença crônica pode ter saúde da mesma forma que uma pessoa sem uma patologia específica pode vivenciar situações de incapacidade.

Diante desta perspectiva, o modelo biomédico, centrado na patologia, não é mais suficiente para a compreensão dos fenômenos de adoecimento da população e resolução das principais demandas de saúde da atualidade. Torna-se necessário um modelo para além da cura da doença e que relacione indivíduo e contexto (DANTAS, 2020). O modelo biopsicossocial de funcionalidade e incapacidade da Organização Mundial de Saúde (OMS) é um modelo multidirecional que compreende uma complexa interação entre condição de saúde, funções e estruturas do corpo, atividade, participação e fatores ambientais e pessoais que interferem na saúde do indivíduo. Este modelo, denominado Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), foi publicado pela OMS em 2001 com objetivo geral de proporcionar uma linguagem unificada e padronizada e uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde e funcionalidade (OMS, 2003). O modelo considera que, além do diagnóstico clínico e das estruturas e funções do corpo, a atividade, participação, fatores ambientais e pessoais são componentes de saúde, concordando com o conceito de saúde ampliado, proposto em 1946 (BARBOSA; SALAZAR; BELTRÁN, 2019), numa perspectiva biopsicossocial.

A CIF concebe um modelo teórico para a compreensão do fenômeno da funcionalidade onde o contexto ganha relevância, uma vez que é da interação do sujeito

com seu cenário de vida que emergem os resultados de funcionalidade ou incapacidade (ARAÚJO; BUCHALLA, 2015), sendo, portanto, a funcionalidade o resultado da interação dinâmica entre a condição de saúde e os fatores contextuais (WHO, 2001). A CIF apresenta ainda um modelo alfanumérico e propõe a formação de códigos que são definidos pela letra inicial do termo em inglês de seus componentes, indicando a qual deles se refere, seguido por números que caracterizam o nível do código (OMS, 2013). Para que o código esteja completo e tenha significado é necessária a adição de um qualificador após um ponto separador, que indica a magnitude do problema de saúde. Além disso, a classificação pode ser aplicada como ferramenta estatística (coleta e registro de dados), ferramenta de pesquisa (análise e quantificação de dados), ferramenta de política social, ferramenta pedagógica e ferramenta clínica (avaliação e intervenção) (WHO, 2001; OMS, 2013). Em síntese, é um modelo biopsicossocial para descrever os fenômenos de funcionalidade, incapacidade e saúde, com característica multidirecional e uma complexa interação entre seus componentes, com uma visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social (OMS, 2003).

Figura 1 – Interação entre componentes da CIF.



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

Essa forma de compreender a saúde também pode ser verificada por meio dos princípios que regem a política do estado brasileiro para a saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS se propõe a ser um sistema universal, equânime e integral, com a proposta do cuidado em saúde que não se reduz aos sistemas biológicos (PINHEIRO &

MATTOS, 2009). A integralidade enquanto princípio busca garantir a transcendência da prática curativa, considerando o indivíduo inserido em seu contexto social, familiar e cultural. A partir dessa concepção, para a abordagem das demandas em saúde, faz-se necessário aproximar-se das várias dimensões do indivíduo e de sua vida, o que exige uma prática profissional não fragmentada evidenciando a necessidade do trabalho em equipe (PEDUZZI *et al.*, 2020). A confluência de saberes é portanto essencial à integralidade em saúde, ampliando focos e a eficiência de respostas para as questões da saúde da população, numa visão plena do sujeito. Este alinhamento, CIF e SUS, é confirmado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 452, de 10 de maio de 2012, onde resolve-se que “a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar”. Entre as propostas de utilização presentes na resolução estão: o uso da classificação como ferramenta clínica visando a ampliação da linha de cuidado; como meio para visibilizar e avaliar os processos de trabalho entre os profissionais que atuam diretamente com a funcionalidade humana; e como indutora de “informações padronizadas de saúde” em todos os níveis de atenção, sendo indicada sua inserção no Sistema Nacional de Saúde do SUS (BRASIL,2012).

Enquanto ferramenta clínica, a CIF pode colaborar na incorporação do modelo biopsicossocial nas intervenções, uma vez que permite visão ampliada das condições de saúde e de funcionalidade e o acompanhamento longitudinal do usuário (BIZ & CHUN,2019). Além disso, o uso do modelo da CIF pelos profissionais possibilita uma linguagem unificada e padronizada entre os profissionais de diferentes níveis de complexidade, favorece as construções dos planos de cuidado dos usuários e otimiza os processos de trabalho.

Com base nesta visão multidimensional dos indivíduos, o cuidado na Atenção Básica (AB) é organizado a partir de equipes que coexistem neste nível de atenção à saúde, porta de entrada preferencial para a utilização do sistema, e encontra ressonância com o modelo da CIF em aspectos como o trabalho em equipe e a territorialidade. As equipes de saúde da família (eSF) e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) buscam concretizar em seus processos de trabalho um modelo biopsicossocial de assistência ao usuário. Em 1994 a criação do Programa Saúde da Família (PSF), transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2006, teve como objetivo promover o cuidado integrado e contínuo da população inserida no território e garantir o princípio da Universalidade. Nesse mesmo sentido, em 2008, foram criados

os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, sendo renomeado para Núcleos Ampliados de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) em 2017, que, junto com as equipes da ESF articulam intervenções com outras esferas para garantir cuidado integral, universal e longitudinal aos usuários do SUS (ARAÚJO & NEVES, 2014) mantendo a expectativa de solução de aproximadamente 80% dos problemas de saúde da população. Fazem parte dessas equipes vários profissionais da área da saúde, que precisam desenvolver suas ações dentro do conceito e concepção de saúde proposto pelo sistema (BRASIL, 2009).

Compondo as equipes multidisciplinares de NASF-AB, a Terapia Ocupacional é uma profissão que visa a saúde e o bem estar através da ocupação, habilitando as pessoas para participarem das atividades cotidianas (WFOT, 2012). No Brasil, a Terapia Ocupacional recebe influência de produções estrangeiras, com adoção desses referenciais nos textos publicados e com práticas baseadas em diferentes modelos teóricos (CRUZ, 2018). Um dos modelos mais antigos na Terapia Ocupacional é o Modelo de Ocupação Humana, no qual a ocupação é essencial para a organização do homem e que o comportamento ocupacional decorre da interação com o contexto (KIELHOFNER, 1995). No Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional o desempenho ocupacional é resultado da interação entre a pessoa, a ocupação e o ambiente, tendo o ambiente bastante influência na ocupação humana (POLATAJKO, TOWNSEND & CRAIK, 2007). Outra referência utilizada pelos terapeutas ocupacionais brasileiros é o Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo (2020), que não é um modelo ou teoria, mas foi criado para orientar a prática dos terapeutas ocupacionais em conjunto com o conhecimento e as evidências relevantes para a ocupação e a Terapia Ocupacional, tendo seus conceitos revisados e baseados na CIF (AOTA, 2020).

Considerando estes pressupostos da terapia ocupacional, intervenções baseadas nas ações previstas para a profissão, estão alinhadas às concepções de saúde e funcionalidade da CIF. Terapeutas ocupacionais, para definir intervenções baseadas na ocupação utilizam o seu conhecimento da relação entre cliente e seu o envolvimento em ocupações significativas e o contexto (AOTA, 2020), contexto este que é destacado na CIF como barreira ou facilitador para a funcionalidade. Um estudo realizado em 2006 já mostrava conexões entre modelos de Terapia Ocupacional e a CIF, indicando que deve-se incentivar o uso da CIF por terapeutas ocupacionais e que estes têm importantes

contribuições a dar às equipes multidisciplinares que utilizam a CIF (STAMM *et al.*, 2006).

Apesar dessa aproximação, uma vez que componentes da CIF, como atividade e participação, estão presentes no próprio objetivo da profissão, o conhecimento de profissionais terapeutas ocupacionais sobre o modelo proposto pela OMS ainda é limitado (PERNAMBUCO, LANA & POLESE, 2018), mesmo sendo este considerado padrão ouro para classificar a funcionalidade, destacando os fatores contextuais como potencial lócus de intervenção (BIZ, 2016). Embora existam marcos legais, como a Resolução nº 54.21/2001 da OMS e a Resolução nº 452/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que orientam o uso da CIF nos países membros da OMS e no SUS, respectivamente, a Resolução nº 370/09 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) que também recomenda o uso da CIF por estes profissionais, a literatura aponta uso incipiente da CIF. Um estudo canadense relata que apenas 30% dos terapeutas ocupacionais utilizam a CIF na prática clínica, demonstrando que esta não é apenas uma realidade brasileira (FARRELL *et al.*, 2007). Além disso, estudos apontam conhecimento limitado acerca da CIF dentre os profissionais de saúde, incluindo terapeutas ocupacionais (PERNAMBUCO, LANA & POLESE, 2018; ANDRADE *et al.* 2017; BIZ, 2016). Na aplicação da CIF no contexto da AB, a criação de uma lista com as categorias mais relevantes, permitiu conhecer a demanda, o perfil funcional e identificar as necessidades de mudanças entre os usuários (ARAÚJO, 2014). De acordo com Araújo *et al.* (2018) o uso de instrumentos com base na CIF no contexto do NASF favorece o planejamento de ações na atenção básica.

O conhecimento e a motivação são resultados de interações entre fatores pessoais e ambientais. Para o aprendizado e a expressão de competências, é necessário que as pessoas tenham confiança de que conseguirão executar uma tarefa com êxito para atingir seus objetivos (BANDURA, 1978). A crença que o indivíduo tem sobre sua capacidade de realizar com sucesso determinada atividade foi denominada por Bandura (1978) de autoeficácia e pode afetar as escolhas e o desempenho do indivíduo. No campo profissional, indivíduos com alto nível de autoeficácia tendem a compreender melhor novas demandas e desafios, com melhor adaptação às mudanças, e melhor desempenho profissional (MARTÍNEZ & SORIA, 2006). Diversos estudos têm avaliado profissionais da área da saúde, para verificar a relação da autoeficácia com desfechos de interesse. Miranda e Soares (2014), em um estudo sobre a autoeficácia e empatia entre médicos e enfermeiros, verificaram que quanto maior os níveis de

autoeficácia, maior a confiança para o enfrentamento de situações aversivas e reconhecimento de suas funções. Um estudo com assistentes sociais demonstrou que estes apresentam níveis satisfatórios de autoeficácia (PADILHA *et al.* 2022).

É incontestável que a AB possui um ambiente fértil para a aplicação da CIF mas somente informações ou conhecimentos não são garantias de que seu uso será implementado. Existe uma lacuna relacionada à implementação da CIF na prática clínica dos terapeutas ocupacionais, mesmo que estes considerem viável a aplicação do modelo (PERNAMBUCO; LANA; POLESE, 2018).

Reconhecendo o profissional de Terapia Ocupacional como um sujeito que tem em sua formação conceitos que se aproximam intimamente daqueles propostos pelo modelo da OMS, sua participação efetiva na Atenção Básica e as regulamentações de uso da CIF e entendendo que crenças e comportamentos podem influenciar o uso da CIF, investigações que busquem analisar identificar as percepções acerca da CIF e a associação entre autoeficácia e uso da CIF são relevantes. Essas informações são escassas e a maior parte das pesquisas investigam apenas o nível de conhecimento dos profissionais sobre a CIF, sem detalhar ou distinguir tipos de conhecimento, dificuldades ou autoeficácia.

Desta forma, os objetivos deste estudo foram identificar as percepções acerca da utilização da CIF nesse cenário de prática clínica, a Atenção Básica, e documentar a autoeficácia para o uso da CIF e fatores a ela associados entre os terapeutas ocupacionais que atuam na Atenção Básica da Prefeitura Belo Horizonte (AB-PBH). As informações resultantes do presente estudo poderão servir como base para planejar a inserção da CIF no cotidiano das ações em saúde de terapeutas ocupacionais de forma específica.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Delineamento do estudo e aspectos éticos

Trata-se de um estudo observacional, exploratório, com utilização de métodos mistos, realizado em duas etapas. Na primeira etapa (I) foram investigadas a autoeficácia geral, a autoeficácia para o uso da CIF, e o nível de conhecimento sobre a CIF de terapeutas ocupacionais servidores da SMSA/PBH, por meio de um questionário online, no estilo survey. A partir das respostas obtidas no questionário da etapa I, foi realizado um grupo focal (etapa II) com os profissionais que manifestaram interesse em contribuir com informações mais detalhadas de seu conhecimento e perspectiva sobre o uso da CIF na prática clínica.

Este estudo é um projeto de pesquisa vinculado ao Curso de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação (CPGEO), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Seguindo as prerrogativas éticas acerca de pesquisas com seres humanos instituídas pela Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016, este projeto foi submetido à dois comitês e aprovado por ambos: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP UFMG) e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (CEP-SMSA/PBH), sob o número 5.501.851, CAEE 44526721.2.3001.5140. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido na seção inicial dos formulários por e-mail e consentiram digitalmente.

2.2 Amostra

Foram convidados a participar deste estudo todos os terapeutas ocupacionais vinculados à Atenção Básica das nove regionais de saúde do município de Belo Horizonte, o que inclui: aqueles que compõem as equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB), e os da Equipe Complementar de Saúde Mental Infantil (EC). As equipes complementares são composições específicas da Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte que integram a AB e contam com terapeutas ocupacionais em sua composição.

A amostra foi composta pelos profissionais que se dispuseram a responder ao formulário online pela plataforma Google Forms®. Profissionais vinculados a serviços

de outros níveis de complexidade da rede foram excluídos. A lista com os contatos foi fornecida pela área técnica do NASF-AB da SMSA/PBH. O formulário online continha um item no qual solicitava aos participantes que marcassem o desejo e a disponibilidade para participarem do grupo focal, sendo convidados a participar todos que assinaram disponibilidade.

2.3 Instrumentos e coleta dos dados

2.3.1 Etapa 1 – Survey

O formulário utilizado nesta etapa do estudo foi estruturado em quatro seções principais: a primeira contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); uma segunda seção para a coleta de dados sociodemográficos (idade, sexo, formação acadêmica, sobre atuação profissional e vínculo com a PBH) e informações gerais; a terceira constou de um questionário padronizado de autoeficácia geral seguido de questionário de autoeficácia específica sobre a CIF; e a quarta e última seção continha questões de conhecimento sobre a CIF (APÊNDICE A). Um maior detalhamento sobre as seções três e quatro do formulário será descrito a seguir.

Autoeficácia geral

Para verificar a autoeficácia geral, foi utilizada a Nova Escala Geral de Auto Eficácia, que é um instrumento adaptado e validado para o contexto brasileiro (BALSAN, *et al.*, 2020; CHEN *et al.*, 2001). O instrumento apresentou bom índice de consistência interna, com Alfa de Crombach $\alpha = 0,785$ e $\alpha = 0,830$. A escala avalia a confiança do indivíduo em sua capacidade de atingir objetivos (BALSAN, 2020). Ela é composta por 6 itens com respostas do tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente), com afirmativas como “Mesmo quando as coisas estão difíceis eu consigo desempenhos muito bons” e “Em comparação com outras pessoas eu posso fazer a maioria das tarefas muito bem”.

Autoeficácia para uso da CIF

Oito afirmativas de autoeficácia sobre a CIF foram elaboradas pelos pesquisadores deste estudo, com base na Nova Escala Geral de Autoeficácia e em oito questões de conhecimento geral sobre a CIF. A cada questão de conhecimento corresponde uma de autoeficácia, visando compreender a percepção subjetiva da capacidade do indivíduo para uso da CIF (APÊNDICE B). Cada um dos oito itens possui como resposta uma escala do tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente). Entre as afirmativas contidas no formulário estão: “Sinto que meu conhecimento sobre a CIF é suficiente para aplicá-la no meu processo de trabalho” e “Sinto-me capaz de utilizar os códigos da CIF para registrar informações no prontuário”. Pontuações acima de 4 indicaram alta autoeficácia.

Conhecimento sobre a CIF

A partir da revisão da literatura sobre conhecimento e uso da CIF, foram criadas 8 perguntas baseadas em temas relevantes a serem investigados: conhecimento sobre o modelo teórico (componentes, linguagem) e sobre o sistema alfanumérico (qualificadores, uso da codificação), a inter-relação entre os domínios da CIF, além do histórico de treinamento para uso e os processos de trabalho. As perguntas eram de múltipla escolha, e solicitava-se ao participante assinalar a resposta incorreta entre quatro opções. A pontuação total poderia variar entre 0 e 8 pontos. Na criação das perguntas, foram seguidas recomendações de Bollela *et al.*(2018) para formulação de questões de múltipla escolha.

Para avaliar a confiabilidade teste- reteste do questionário, uma amostra extra de 36 profissionais de saúde que com diferentes formações acadêmicas de nível superior respondeu ao formulário duas vezes, com intervalo mínimo de 7 dias entre a primeira e a segunda aplicação. Os Coeficientes de Correlação Intraclasse (duas vias mistas, medidas únicas, para concordância absoluta) foram 0,960 e 0,853 e o Alfa de Cronbach 0.95.

Após avaliado, o link para acesso ao formulário foi disponibilizado para as Terapeutas Ocupacionais da AB via endereço eletrônico ou por telefone, acompanhado de um convite para a participação na pesquisa e uma breve explicação sobre a mesma. A

coleta iniciou-se em novembro de 2022 e os formulários foram recebidos até Janeiro de 2023. A coleta foi realizada totalmente de forma remota.

2.3.2 Etapa 2 - Grupo focal

Com o objetivo de explorar a visão dos Terapeutas Ocupacionais quanto às barreiras e facilitadores, operacionais e de execução, para o uso da CIF, e ainda, suas impressões sobre o próprio desempenho e autoeficácia para a utilização do modelo, foi realizado um grupo focal online, pela plataforma Zoom®. De acordo com Minayo & Costa (2018), o grupo focal possibilita a coleta de informações a partir da interação entre os participantes, gerando consenso ou explicitando divergências. Durante a pandemia da COVID-19, o grupo focal on-line tornou-se uma ferramenta alternativa e seu uso demonstrou que, mesmo à distância, pode produzir dados de qualidade, sendo importante levar em consideração as ferramentas disponíveis, o acesso a internet dos participantes e o letramento digital (OLIVEIRA, *et al.*, 2022).

No início do grupo focal foi disponibilizado às profissionais o TCLE e foi informado oralmente que o encontro seria gravado e posteriormente transcrito para análise. O objetivo do grupo e as questões centrais a serem discutidas foram explicados. Após breve apresentação dos participantes foi iniciado o grupo pela moderadora deixando claro que o espaço era protegido e que poderiam dizer livremente o que pensavam a respeito do assunto. O grupo foi conduzido por uma pesquisadora com experiência em metodologia qualitativa e coleta de dados via grupo focal, inclusive na modalidade online. Foi garantido um ambiente virtual transigente, onde as participantes puderam expor livremente suas percepções e comentários. As questões a serem discutidas pelo grupo fizeram parte de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE C) e foram conduzidas de forma não diretiva. O grupo teve duração de 1h e 30 minutos, foi gravado pela plataforma. Um observador esteve presente com a câmera desligada realizando anotações e observações que foram utilizadas na finalização do grupo para esclarecer algumas afirmações e adicionar qualidade aos dados para a análise por meio da triangulação. A lista de verificação no Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) foi utilizada para nortear a condução deste estudo.

2.4 Análise e interpretação dos dados

2.4.1 Etapa 1 – Survey

Para identificar as variáveis que influenciam o escore total de autoeficácia para a CIF, foi utilizada uma regressão linear múltipla do tipo backward e para definir quais variáveis explicativas do modelo foi realizada a análise de correlação de Spearman para cada variável. As variáveis testadas foram as variáveis contínuas de conhecimento sobre a CIF, autoeficácia geral (estas duas variáveis foram analisadas em escore de cada item e escore da pontuação total), idade, tempo de formação, tempo de vínculo com a PBH, tempo de lotação no mesmo serviço e as variáveis categóricas instituição de ensino superior da graduação, titulação, área de especialização, tipo de vínculo com a PBH (contrato ou estatutário), local de lotação (NASF ou EC), se conhece a CIF, se estudou sobre a CIF na graduação, se estudou sobre a CIF após a graduação, local e tipo de curso sobre a CIF, se utiliza a CIF nos processos de trabalho, se considera a CIF necessária na prática clínica, se recebe apoio para o uso da CIF no trabalho. As variáveis que apresentaram correlação de $p \leq 0,20$ foram consideradas elegíveis para o modelo. Três modelos de regressão linear múltipla foram construídos, considerando como variáveis independentes aquelas com correlação de $p \leq 0,20$: autoeficácia geral, lotação do profissional (NASF ou EC), se estudou sobre a CIF após a graduação e se utiliza CIF nos processos de trabalho. O modelo final foi escolhido a partir dos valores de coeficientes não padronizados e padronizados e da constante de cada item dos modelos. Para todas as análises foi considerado um critério de significância estatística de 0,05. Os pressupostos de inexistência de multicolinearidade e distribuição normal dos resíduos foram respeitados (PORTNEY e WATKINS, 2008). Em seguida foram realizadas análise descritiva e análises complementares (gráfico de dispersão e ANOVA).

2.4.2 Etapa 2 - grupo focal

Todas as falas foram transcritas, enviadas aos participantes, havendo uma correção por uma das participantes. A análise dos dados foi realizada pelas autoras, uma delas a autora principal, que é terapeuta ocupacional de uma das equipes de NASF-AB.

O conteúdo discutido foi transcrito e lido pelas pesquisadoras, inicialmente utilizando a técnica de leitura flutuante, que segundo Bardin (2011) é o primeiro contato com as informações e orienta a interpretação. Com base nas questões da pesquisa, foram definidas as unidades de análise, e, posteriormente, de forma manual, a categorização de temas revelada a partir do contexto das respostas das participantes do estudo. Para preservar o anonimato das profissionais, os fragmentos das narrativas das participantes da pesquisa no item “Resultados e discussão”, seguirá a seguinte codificação: a sigla da profissão (TO) e um número entre 1 e 6 (ex: TO1).

3 RESULTADOS

3.1 Artigo 1

ARTIGO ORIGINAL

A autoeficácia para uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) entre terapeutas ocupacionais: um estudo na Atenção Básica à Saúde.

Self-efficacy for the use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) among occupational therapists: a study in Primary Health Care.

Mariana Pereira Veloso. Mestranda no Programa de Pós Graduação em Estudos da Ocupação da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte-MG, Brasil. marianapveloso@gmail.com . ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9711-7672>

Daniela Virginia Vaz. Docente do departamento de fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte-MG, Brasil. danielavvaz@gmail.com . ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0470-6361>

Danielle Aparecida Gomes Pereira. Docente do departamento de fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte-MG, Brasil. danielleufmg@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4400-2326>

Fabiane Ribeiro Ferreira. Docente do Programa de Pós Graduação em Estudos da Ocupação da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte-MG, Brasil. fabianerf@ufmg.br . ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3758-7493>

Contato: Fabiane Ribeiro Ferreira. Departamento de Terapia Ocupacional, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Av. Antônio Carlos, 6627,Pampulha,CEP 31270-010,Belo Horizonte,MG,Brasil,email: fabianerf@ufmg.br

Fonte de financiamento: Financiamento próprio dos pesquisadores

Contribuição dos autores: Mariana Pereira Veloso foi responsável pela coleta dos dados, organização das fontes, análise dos dados, concepção e redação do texto. Daniela Virgínia Vaz foi responsável pela organização das fontes, análise dos dados, revisão do texto e coordenação do estudo. Danielle Gomes Pereira foi responsável pela organização das fontes, análise dos dados e revisão do texto. Fabiane Ribeiro Ferreira foi responsável pela organização das fontes, coleta dos dados, revisão do texto e orientação do estudo.

Resumo

Introdução: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) considera que estruturas e funções do corpo, a atividade, participação, fatores ambientais e pessoais são componentes de saúde. A Terapia Ocupacional visa restaurar o desempenho ocupacional considerando interação dos indivíduos com o contexto, alinhando seus pressupostos com os pressupostos da CIF. Apesar disso, há pouca utilização e conhecimento da CIF pelos terapeutas ocupacionais. A crença de autoeficácia pode afetar as escolhas e o desempenho do indivíduo, podendo influenciar nos processos de trabalho. **Objetivo:** Documentar a autoeficácia para o uso da CIF e fatores a ela associados entre as terapeutas ocupacionais que atuam na Atenção Básica à saúde de Belo Horizonte. **Método:** Realizou-se um estudo observacional exploratório com utilização de métodos mistos, em duas etapas. Na primeira, verificou-se a autoeficácia, geral e para uso da CIF, e o nível de conhecimento sobre a CIF de 38 terapeutas ocupacionais da PBH, utilizando o modelo de regressão linear backward. Na segunda etapa realizou-se um grupo focal com 6 terapeutas ocupacionais, com análise de conteúdo. **Resultados:** Há um déficit de conhecimento (média 4,76), principalmente no que se refere aos códigos e qualificadores, e baixa autoeficácia (média 2,79) para uso da CIF. A utilização da CIF nos processos de trabalho e autoeficácia geral foram apontadas como variáveis explicativas para a variância da autoeficácia para CIF, com R^2 ajustado 0,48. **Conclusão:** Há pouco conhecimento acerca dos constructos e domínios da CIF por terapeutas ocupacionais, devendo-se ofertar capacitações teórico-práticas para efetivar sua implementação.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; CIF; Autoeficácia; Percepção; Conhecimento

Abstract

Introduction: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) considers that body structures and functions, activity, participation, environmental and personal factors are components of health. Occupational Therapy aims to restore occupational performance considering the interaction of individuals with the context, aligning their assumptions with the assumptions of the ICF. Despite this, there is little use and knowledge of the ICF by occupational therapists. The belief in self-efficacy can affect the individual's choices and performance, and may influence work processes. **Objective:** To document the self-efficacy for using the ICF and factors associated with it among occupational therapists working in Primary Health Care in Belo Horizonte. **Method:** An exploratory observational study was carried out using mixed methods, in two stages. In the first, the self-efficacy, general and for ICF use, and the level of knowledge about the ICF of 38 occupational therapists from PBH were verified, using the backward linear regression model. In the second stage, a focus group was held with 6 occupational therapists, with content analysis. **Results:** There is a lack of knowledge (average 4.76), especially with regard to codes and qualifiers, and low self-efficacy (average 2.79) for using the ICF. The use of ICF in work processes and general self-efficacy were identified as explanatory variables for the variance of self-efficacy for ICF, with an adjusted R^2 of 0.48. **Conclusion:** There is little knowledge about the ICF constructs and domains by occupational therapists, and theoretical and practical training should be offered to realize its implementation.

Keywords: Occupational Therapy; CIF; Self-efficacy; Perception; Knowledge

1 INTRODUÇÃO

O modelo biopsicossocial de funcionalidade e incapacidade da Organização Mundial de Saúde (OMS) é um modelo multidirecional que compreende uma complexa interação entre funções e estruturas do corpo, atividade, participação e fatores ambientais e pessoais que interferem na saúde do indivíduo. A partir deste modelo, a OMS publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

(CIF) com objetivo geral de proporcionar uma linguagem unificada e padronizada e uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde e funcionalidade (OMS, 2003). Além disso, a classificação pode ser aplicada como ferramenta estatística (coleta e registro de dados), ferramenta de pesquisa (análise e quantificação de dados), ferramenta de política social, ferramenta pedagógica e ferramenta clínica (avaliação e intervenção) (WHO, 2001; OMS, 2013).

Essa forma de compreender a saúde também pode ser verificada por meio dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS se propõe a ser um sistema universal, equânime e integral, com a proposta do cuidado em saúde que não se reduz aos sistemas biológicos (PINHEIRO & MATTOS, 2009). A integralidade enquanto princípio busca garantir a transcendência da prática curativa, considerando o indivíduo inserido em seu contexto social, familiar e cultural. A partir dessa concepção, para a abordagem das demandas em saúde, faz-se necessário aproximar-se das várias dimensões do indivíduo e de sua vida, o que exige uma prática profissional não fragmentada e em equipe (PEDUZZI *et al.*, 2020). A confluência de saberes é, portanto, essencial à integralidade em saúde, ampliando focos e a eficiência de respostas para as questões da saúde da população, numa visão plena do sujeito.

Com base nessa visão multidimensional dos indivíduos, o cuidado na Atenção Básica (AB) é organizado a partir de equipes que coexistem neste nível de atenção à saúde, porta de entrada preferencial para a utilização do sistema. As equipes de saúde da família (eSF), o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) buscam concretizar em seus processos de trabalho um modelo biopsicossocial de assistência ao usuário. Fazem parte dessas equipes vários profissionais da área da saúde, que precisam desenvolver suas ações dentro do conceito e concepção de saúde proposto pelo sistema (BRASIL, 2009).

O Terapeuta Ocupacional é um dos profissionais que integra as equipes de NASF-AB e tem suas ações voltadas para a restauração do desempenho ocupacional dos indivíduos, reduzindo o impacto de uma condição de saúde na realização das atividades cotidianas, e incrementando a participação social em situações significativas da vida (AOTA, 2015). Portanto, intervenções baseadas nas ações previstas para a profissão estão alinhadas às concepções de saúde e funcionalidade da CIF. Apesar dessa aproximação, uma vez que componentes como atividade e participação estão presentes no próprio objetivo da profissão, o conhecimento de profissionais terapeutas ocupacionais sobre o modelo proposto pela OMS ainda é limitado (PERNAMBUCO,

LANA & POLESE, 2018), mesmo sendo este considerado padrão ouro para classificar a funcionalidade, destacando os fatores contextuais como potencial locus de intervenção (BIZ, 2016).

Embora existam marcos legais, como a Resolução nº 54.21/2001 da OMS e a Resolução nº 452/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que orientam o uso da CIF nos países membros da OMS e no SUS, respectivamente, e ainda a Resolução nº 370/09 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) que também recomenda o uso da CIF por estes profissionais, a literatura aponta uso incipiente da CIF. Um estudo canadense relata que apenas 30% dos terapeutas ocupacionais utilizam a CIF na prática clínica, demonstrando que esta não é apenas uma realidade brasileira (FARRELL *et al.*, 2007). Além disso, estudos apontam conhecimento limitado acerca da CIF dentre os profissionais de saúde, incluindo terapeutas ocupacionais (PERNAMBUCO, LANA & POLESE, 2018; ANDRADE *et al.* 2017; BIZ, 2016).

O conhecimento e a motivação são resultados de interações entre fatores pessoais e ambientais, e para o aprendizado e a expressão de competências é necessário que as pessoas tenham confiança de que conseguirão executar uma tarefa com êxito para atingir seus objetivos (BANDURA, 1978). A crença que o indivíduo tem sobre sua capacidade de realizar com sucesso determinada atividade foi denominada por Bandura (1978) de autoeficácia e pode afetar as escolhas e o desempenho do indivíduo. No campo profissional, indivíduos com alto nível de autoeficácia tendem a compreender melhor novas demandas e desafios, com melhor adaptação às mudanças, e melhor desempenho profissional (MARTÍNEZ & SORIA, 2006).

É incontestável que a AB possui um ambiente fértil para a aplicação da CIF mas somente informações ou conhecimentos não são garantias de que seu uso será implementado. Existe uma lacuna relacionada à implementação da CIF na prática clínica dos terapeutas ocupacionais, mesmo que estes considerem viável a aplicação do modelo (PERNAMBUCO, LANA & POLESE, 2018). De acordo com Araújo *et al.* (2018) o uso de instrumentos com base na CIF no contexto do NASF-AB favorece o planejamento de ações na atenção básica.

Entendendo que crenças e comportamentos podem influenciar o uso da CIF, investigações que busquem analisar associação entre autoeficácia e uso da CIF são relevantes. Essas informações são escassas e a maior parte das pesquisas investigam apenas o nível de conhecimento dos profissionais sobre a CIF, sem detalhar ou

distinguir tipos de conhecimento, dificuldades ou autoeficácia. Desta forma, o objetivo deste estudo foi documentar a autoeficácia para o uso da CIF e fatores a ela associados entre as terapeutas ocupacionais que atuam na Atenção Básica à saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/PBH). As informações resultantes do presente estudo poderão servir como base para planejar a inserção da CIF de forma mais assertiva no cotidiano das ações em saúde de terapeutas ocupacionais.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Delineamento do estudo e aspectos éticos

Trata-se de um estudo observacional, exploratório, com utilização de métodos mistos, realizado em duas etapas. Na primeira etapa (I) foram investigadas a autoeficácia geral, a autoeficácia para o uso da CIF, e o nível de conhecimento sobre a CIF de terapeutas ocupacionais servidores da SMSA/PBH, por meio de um questionário online, no estilo survey. A partir das respostas obtidas no questionário da etapa I, foi realizado um grupo focal (etapa II) com os profissionais que manifestaram interesse em contribuir com informações mais detalhadas de seu conhecimento e perspectiva sobre o uso da CIF na prática clínica.

Este estudo é um projeto de pesquisa vinculado ao Curso de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação (CPGEO), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Seguindo as prerrogativas éticas acerca de pesquisas com seres humanos instituídas pela Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016, este projeto foi submetido à dois comitês e aprovado por ambos: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP UFMG) e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (CEP-SMSA/PBH), sob o número 5.501.851, CAEE 44526721.2.3001.5140. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido na seção inicial dos formulários por e-mail e consentiram digitalmente.

2.2 Amostra

Foram convidados a participar deste estudo todos os terapeutas ocupacionais vinculados à Atenção Básica das nove regionais de saúde do município de Belo Horizonte, o que inclui: aqueles que compõem as equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB), e os da Equipe Complementar de Saúde Mental Infantil (EC). As equipes complementares são composições específicas da Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte que integram a AB e contam com terapeutas ocupacionais em sua composição.

A amostra foi composta pelos profissionais que se dispuseram a responder ao formulário online pela plataforma Google Forms®. Profissionais vinculados a serviços de outros níveis de complexidade da rede foram excluídos. A lista com os contatos foi fornecida pela área técnica do NASF-AB da SMSA/PBH.

2.3 Instrumentos e coleta dos dados

2.3.1 Etapa 1 – Survey

O formulário utilizado nesta etapa do estudo foi estruturado em quatro seções principais: a primeira contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); uma segunda seção para a coleta de dados sociodemográficos (idade, sexo, formação acadêmica, sobre atuação profissional e vínculo com a PBH) e informações gerais; a terceira constou de um questionário padronizado de autoeficácia geral seguido de questionário de autoeficácia específica sobre a CIF; e a quarta e última seção continha questões de conhecimento sobre a CIF. Um maior detalhamento sobre as seções três e quatro do formulário será descrito a seguir.

Autoeficácia geral

Para verificar a autoeficácia geral, foi utilizada a Nova Escala Geral de Auto Eficácia, que é um instrumento adaptado e validado para o contexto brasileiro (BALSAN, *et al.*, 2020; CHEN *et al.*, 2001), O instrumento apresentou bom índice de consistência interna, com Alfa de Crombach $\alpha = 0,785$ e $\alpha = 0,830$. A escala avalia a confiança do indivíduo em sua capacidade de atingir objetivos (BALSAN, 2020). Ela é composta por 6 itens com respostas do tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente),

com afirmativas como “Mesmo quando as coisas estão difíceis eu consigo desempenhos muito bons” e “Em comparação com outras pessoas eu posso fazer a maioria das tarefas muito bem”.

Autoeficácia para uso da CIF

Oito afirmativas de autoeficácia sobre a CIF foram elaboradas pelos pesquisadores deste estudo, baseado na Nova Escala Geral de Autoeficácia e em oito questões de conhecimento geral sobre a CIF. A cada questão de conhecimento corresponde uma de autoeficácia, visando compreender a percepção subjetiva da capacidade do indivíduo para uso da CIF (ANEXO 1). Cada um dos oito itens possui como resposta uma escala do tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente). Entre as afirmativas contidas no formulário estão: “Sinto que meu conhecimento sobre a CIF é suficiente para aplicá-la no meu processo de trabalho” e “Sinto-me capaz de utilizar os códigos da CIF para registrar informações no prontuário”. Pontuações acima de 4 indicaram alta autoeficácia.

Conhecimento sobre a CIF

A partir da revisão da literatura sobre conhecimento e uso da CIF, foram criadas 8 perguntas baseadas em temas relevantes a serem investigados: conhecimento sobre o modelo teórico (componentes, linguagem) e sobre o sistema alfanumérico (qualificadores, uso da codificação), a inter-relação entre os domínios da CIF, além do histórico de treinamento para uso e os processos de trabalho. As perguntas eram de múltipla escolha, e solicitava-se ao participante assinalar a resposta incorreta entre quatro opções. A pontuação total poderia variar entre 0 e 8 pontos. Na criação das perguntas, foram seguidas recomendações de Bollela *et al.*(2018) para formulação de questões de múltipla escolha.

Para avaliar a confiabilidade teste- reteste do questionário, uma amostra extra de 36 profissionais de saúde que com diferentes formações acadêmicas de nível superior respondeu ao formulário duas vezes, com intervalo mínimo de 7 dias entre a primeira e a segunda aplicação. Os Coeficientes de Correlação Intraclasse (duas vias mistas, medidas únicas, para concordância absoluta) foram 0,960 e 0,853 e o Alfa de Cronbach 0.95.

Após avaliado, o link para acesso ao formulário foi disponibilizado para as Terapeutas Ocupacionais da AB via endereço eletrônico ou por telefone, acompanhado de um convite para a participação na pesquisa e uma breve explicação sobre a mesma. A coleta iniciou-se em novembro de 2022 e os formulários foram recebidos até Janeiro de 2023. A coleta foi realizada totalmente de forma remota.

2.3.2 Etapa 2 - Grupo focal

Com o objetivo de explorar a visão dos Terapeutas Ocupacionais quanto às barreiras e facilitadores, operacionais e de execução, para o uso da CIF, e ainda, suas impressões sobre o próprio desempenho e autoeficácia para a utilização do modelo, foi realizado um grupo focal. De acordo com Minayo & Costa (2018), o grupo focal possibilita a coleta de informações a partir da interação entre os participantes, gerando consenso ou explicitando divergências.

Um levantamento inicial sobre a disponibilidade para participar da Etapa 2 deste estudo foi realizado junto às Terapeutas Ocupacionais ao final do formulário disponibilizado na Etapa 1. As participantes que responderam de forma afirmativa a este levantamento (n=31) foram convidadas a participar de um encontro virtual online, pela plataforma Zoom®.

No início do grupo focal foi disponibilizado às profissionais o TCLE e foi informado oralmente que o encontro seria gravado e posteriormente transcrito para análise. O objetivo do grupo e as questões centrais a serem discutidas foram explicados. Após breve apresentação dos participantes foi iniciado o grupo pela moderadora deixando claro que o espaço era protegido e que poderiam dizer livremente o que pensavam a respeito do assunto. O grupo foi conduzido por uma pesquisadora com experiência em metodologia qualitativa e coleta de dados via grupo focal, inclusive na modalidade online. O grupo teve duração de 1h e 30 minutos, foi gravado pela plataforma. Todas as falas foram transcritas, enviadas aos participantes, com sugestão de uma correção por uma das participantes.

2.4 Análise e interpretação dos dados

2.4.1 Etapa 1

Para identificar as variáveis que influenciam o escore total de autoeficácia para a CIF, foi utilizada uma regressão linear múltipla do tipo backward. Para seleção das variáveis explicativas do modelo foi realizada a correlação de Spearman entre as possíveis variáveis explicativas e autoeficácia para a CIF conhecimento sobre a CIF, autoeficácia geral (estas duas variáveis foram analisadas em escore de cada item e escore da pontuação total), idade, tempo de formação, tempo de vínculo com a PBH, tempo de lotação no mesmo serviço e as variáveis categóricas instituição de ensino superior da graduação, titulação, área de especialização, tipo de vínculo com a PBH (contrato ou estatutário), local de lotação (NASF ou EC), se conhece a CIF, se estudou sobre a CIF na graduação, se estudou sobre a CIF após a graduação, local e tipo de curso sobre a CIF, se utiliza a CIF nos processos de trabalho, se considera a CIF necessária na prática clínica, se recebe apoio para o uso da CIF no trabalho. As variáveis que apresentaram correlação de $p \leq 0,20$ foram consideradas elegíveis para o modelo.

Três modelos de regressão linear múltipla foram construídos, considerando como variáveis independentes aquelas com correlação de $p \leq 0,20$: autoeficácia geral, lotação do profissional (NASF ou EC), se estudou sobre a CIF após a graduação e se utiliza CIF nos processos de trabalho. O modelo final foi escolhido a partir dos valores de coeficientes não padronizados e padronizados e da constante de cada item dos modelos. Os pressupostos de inexistência de multicolinearidade e distribuição normal dos resíduos foram respeitados (PORTNEY e WATKINS, 2008). Em seguida foram realizadas análise descritiva e análises complementares (gráfico de dispersão e ANOVA one-way com para comparação da média do escore nas questões sobre autoeficácia para a CIF entre grupos de utilização da CIF nos processos de trabalho - não, raramente e sim). Para todas as análises foi considerado um critério de significância estatística de 0,05.

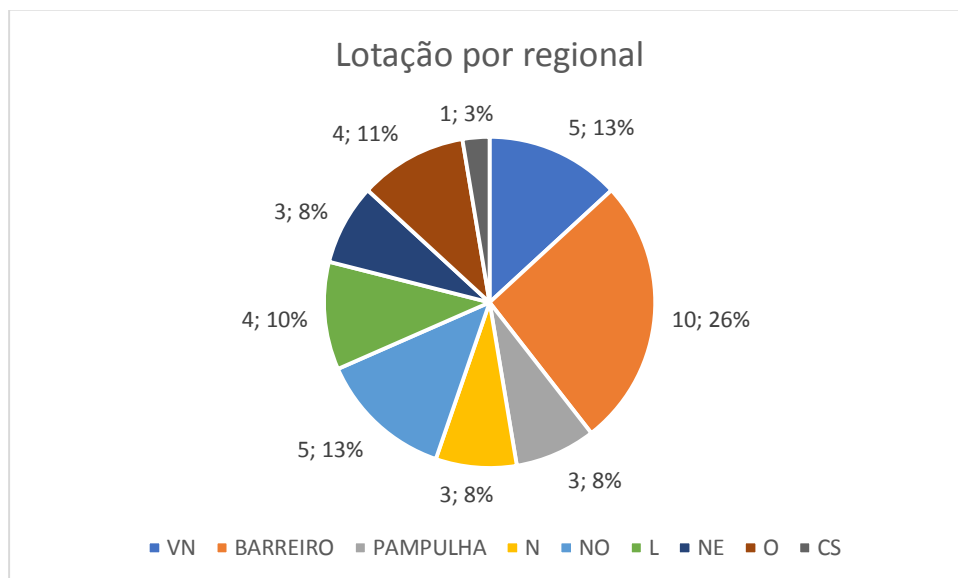
2.4.2 Etapa 2

A análise de conteúdo foi utilizada para investigar temas emergentes. Foi realizada leitura flutuante e selecionadas falas que tivessem relação com os dados apontados nos resultados dos questionários survey, para aprofundar sua compreensão. Uma análise mais detalhada dos resultados do grupo focal relativos à aplicação prática e desafios específicos do serviço serão publicados em outro artigo pelas autoras.

3. RESULTADOS

De acordo com a lista divulgada pela PBH, atuavam na Atenção Básica de saúde, no momento da coleta deste estudo, 48 terapeutas ocupacionais, sendo 38 nas equipes de NASF-AB e 10 na EC de Saúde Mental Infantil, todas convidadas a participarem. A amostra foi composta por 38 terapeutas ocupacionais, sendo 30 inseridas no NASF e 8 inseridas na EC, com inserção nas 9 regionais de Belo Horizonte. Todas as participantes eram do sexo feminino e tem vínculo com a PBH como estatutárias ou por contrato administrativo.

Gráfico 1: Lotação por região sanitária de Belo Horizonte



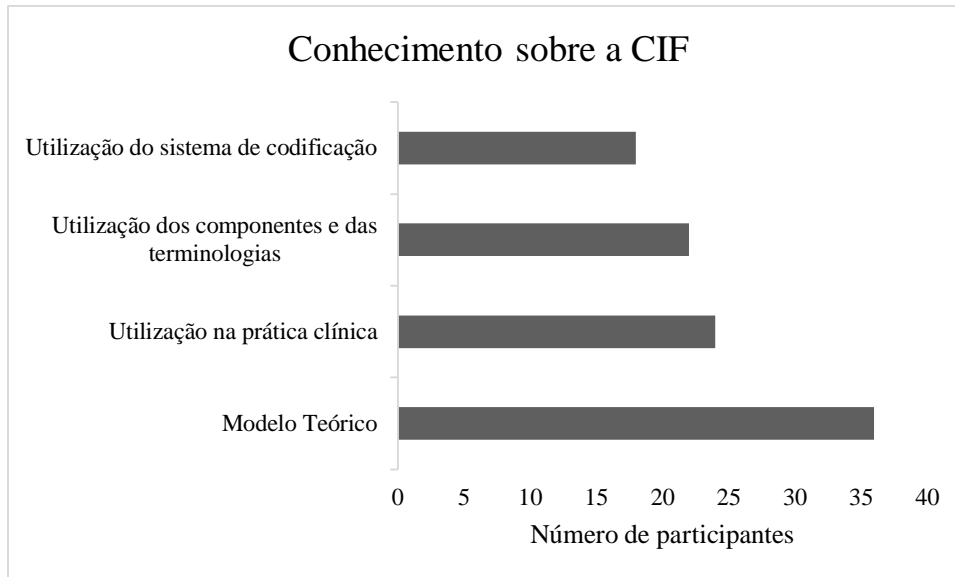
A Tabela 1 apresenta as características dos participantes em relação à formação acadêmica e vínculo com a PBH.

Tabela 1: Dados dos participantes (n = 38). Belo Horizonte, 2023.

Variáveis	Média e desvio padrão	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Idade	41,27±8,99	-	-
Tempo de formação	16,5±8,39	-	-
Titulação			
Graduação	-	8	21
Especialização	-	27	71
Mestrado	-	2	5
Doutorado	-	1	3
Vínculo PBH			
Estatutário	-	28	74
Contrato administrativo	-	10	26
Local de atuação			
NASF-AB	-	30	79
EC	-	8	21
Tempo de serviço na PBH	8,89±5,59	-	-

Em relação ao conhecimento sobre a CIF, apenas uma profissional informou não conhecê-la. Vinte e três profissionais estudaram sobre a CIF na graduação e dezesseis estudaram em formações e cursos após a graduação. Dentre aquelas que não estudaram a CIF na Graduação, onze formaram antes de 2001 (ano de publicação da CIF). O gráfico 2 mostra o tipo de conhecimento sobre a CIF que as participantes relataram ter.

Gráfico 2: Conhecimento sobre a CIF



O questionário de conhecimento sobre a CIF (8 perguntas) apontou déficit de conhecimento, com média de acertos de 4,76 (desvio padrão $\pm 1,59$). As principais dificuldades foram referentes ao uso de códigos e qualificadores (questões 7 e 8) e aos aspectos teóricos que envolvem conhecimento dos componentes (questão 4). Esse resultado também pôde ser comprovado nas falas das participantes do grupo focal:

“(...) eu não me sinto capacitada para utilizar o modelo, para chegar no finalmente naquelas letrinhas e números lindos, eu não dou conta (...) Eu vejo a questão do uso da CIF, tecnicamente, a gente precisa aprender, né? Como que eu vou usar o qualificador corretamente? Como é que eu direciono? Por onde eu começo?”. (P1).

“Eu sempre fiquei pensando na complexidade, nos códigos, como que seria isso. Como que poderia viabilizar?”. (P5).

“A minha dificuldade é fazer aquela classificação final, das letras, dos números. Aí eu acho que a gente precisa ter mesmo a prática de fazer isso. Eu acho que é difícil porque a gente nunca fez, então a gente não tem experiência em usar aqueles códigos. Então são muitos números e muitas letras, então acaba que a gente acha que é complicado, né?”. (P2).

As questões com maiores índices de acerto foram as que se referiam aos objetivos e aos componentes da classificação e ao raciocínio clínico utilizando os termos da

CIF. Durante a entrevista, as terapeutas ocupacionais relataram ter maior facilidade em organizar o raciocínio baseado no modelo teórico, justificando similaridade entre conceitos descritos no modelo da CIF e constructos de modelos específicos da Terapia Ocupacional:

“Apesar de termos essa afinidade com a CIF, por conta do estudo da ocupação humana, usamos pouco também. Usamos como raciocínio clínico de uma maneira muito natural, mas quando vamos organizar nosso acompanhamento, sistematizar as nossas devolutivas e o raciocínio clínico para discutir com outros profissionais, ela não entra. Não utilizamos os termos técnicos para fazer isso”. (P2).

“A gente trabalha com ocupação humana, não pensar em termos biopsicossociais da saúde é quase impossível (...) mas na hora de escrever a gente não usa os termos técnicos da CIF não”. (P4).

“Acho que isso a gente consegue fazer com muita competência (raciocínio clínico), então acho que já é mais que meio caminho andado pra usar, sabe? Eu não vejo sentido, eu, sozinha, como TO, usar na minha prática clínica se isso não for usado junto com a equipe que eu trabalho”. (P2).

Nesta última fala, nota-se que as terapeutas ocupacionais veem a CIF como uma forma de unificar a linguagem e que isso só é possível se todos da equipe utilizarem. Embora a maioria conheça a CIF, apenas 21 participantes declaram utilizar, sendo que 66% delas utilizam raramente. Aquelas que não utilizam apontam como motivos a complexidade da CIF, o déficit no conhecimento que possuem, a dificuldade na operacionalização e a falta de ferramentas para aplicação, bem como, acreditam que a CIF impõe uma demanda excessiva nos processos de trabalho. Embora o teste de conhecimento sobre a CIF não tenha sido elegível para o modelo de regressão por apresentar nível de correlação $p < 0,95$, os resultados mostram que a maior parte das participantes tiveram notas concentradas em escores 4 e 5 pontos.

Tabela 2: relação entre conhecimento sobre a CIF (pontuação final) e autoeficácia para uso da CIF (escores finais)

Conhecimento CIF (pontuação)	AECIF baixa (0-2)		AECIF neutra (3)		ACIF alta (4-6)	
	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
0 a 3	1	3	3	8	2	5
4 a 5	13	34	8	21	0	0
6 a 8	5	13	5	13	1	3

“Eu tive a impressão que era complexo demais, inviável para usar na atenção básica(...) eu nunca consegui me ver usando na prática, porque eu acho que complica demais”. (P1)

“Eu sempre me peguei pensando na aplicabilidade. Achei complexo, como seria fazer isso na prática, no dia a dia, na hora de fazer a evolução”. (P5)

Os profissionais que afirmam utilizar, utilizam-na como arcabouço teórico para raciocínio clínico, evolução em prontuário e elaboração de relatórios. 68% das participantes acreditam que a CIF seja necessária para a prática profissional e 50% acreditam que o serviço apoia o uso da CIF nos processos de trabalho. As terapeutas ocupacionais apontaram o matriciamento como local dos processos de trabalho onde se percebe como o modelo da CIF permeia as discussões dos casos clínicos, principalmente pela equipe de NASF, sendo menos discutido pela equipe de saúde da família:

“O modelo permeia em uma certa medida, já que exige que a gente entenda melhor situação, a condição de saúde da pessoa, de autonomia, independência, o que o contexto oferece ou não para aquela pessoa, se ela tá participando ou não das diversas ocupações que ela deveria ou gostaria de participar(...) Mas eu não vejo, assim, nem citação da CIF na prática do trabalho de outros profissionais, médico, enfermeiro, passa muito longe disso”. (P1).

“Eu acho realmente que permeia pelo matriciamento, que a gente do NASF coloca com mais qualidade a discussão dos casos”. (P2)

Pela análise de regressão linear, o modelo final apontou a utilização da CIF e autoeficácia geral como variáveis que têm papel significativo para explicar a variação da autoeficácia para CIF (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise de regressão linear múltipla para variável dependente autoeficácia para CIF.

Modelo	Variáveis explicativas	p	R ² ajustado	Constante	B
	Auto eficácia geral				0,595
	Lotação				-0,655
1	CIF após a graduação	< 0,0001	0,476	4,341	2,051
	Utiliza CIF				5,722
	Auto eficácia geral				0,600
2	CIF após a graduação	< 0,0001	0,490	3,282	2,248
	Utiliza CIF				5,810
	Auto eficácia geral				0,615
3	Utiliza CIF	< 0,0001	0,483	3,601	6,107

Os resultados apontam correlação positiva da eficácia geral e utilização da CIF no trabalho com a autoeficácia para o uso da CIF. Juntas, as duas variáveis explicam 48% da variância da autoeficácia para CIF. A média de autoeficácia geral encontrada foi de 3,84 (desvio padrão \pm 0,55) e a média para autoeficácia para o uso da CIF 2,79 (desvio padrão \pm 0,95). Quem utiliza a CIF tem maior autoeficácia para uso da CIF e quem não utiliza tem baixa autoeficácia para uso da CIF, com pontuação abaixo de 4, conforme gráfico de dispersão abaixo, no qual o valor os valores 0, 1 e 2, no eixo x significam não utiliza a CIF, utiliza a CIF raramente e utiliza a CIF, respectivamente. A medida que a variável utilização da CIF muda de categoria, de não utiliza (0) para utiliza (2), a autoeficácia para CIF aumenta.

Gráfico 3: Relação entre utilização da CIF e autoeficácia para CIF

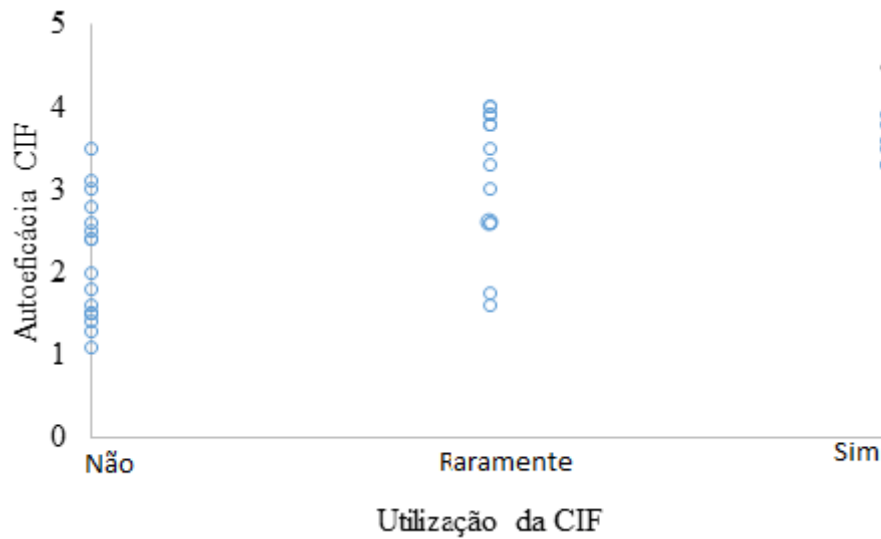


Tabela 4 - Anova

	NÃO	RARAMENTE	SIM	F	P
Autoeficácia para CIF (média)	2,11±0,73	3,16±0,81	3,68±0,43	14,82	< 0,0001

* diferença significativa em comparação com raramente e sim

As falas das terapeutas ocupacionais durante o grupo focal corroboram os achados acima, reforçando a falta de capacitação para uso da CIF:

“Eu não me sinto capacitada. Eu acho que eu precisaria estudar, fazer uma capacitação para poder utilizar no dia a dia. E eu fico com receio se, na nossa rotina de atenção básica, a gente teria tempo para fazer dessa forma, né?”. (P1)

“Pensando hoje, na minha realidade de trabalho, eu não me sinto capacitada, acho que eu precisaria retomar os estudos em relação a ela”. P(2).

“É a aplicabilidade da CIF no nosso dia a dia, que é isso que é o mais complicado de tudo”. P(4).

Embora a lotação não tenha apresentado resultado significativo no modelo final, durante o grupo focal a terapeuta ocupacional que atua na EC relatou que na equipe na qual trabalha, ela e os outros membros da equipe não utilizam a CIF.

“A gente não fala CIF, não é algo que a gente discute, não traz os conceitos. O objetivo não é essa fragmentação do sujeito, é escutado esse contexto, a gente vê esse sujeito em diferentes lugares, mas nomeando, trazendo a CIF nas reuniões, na saúde mental eu não vejo” (P5).

Mesmo considerando que tem pouco conhecimento sobre a CIF, acreditam que a formação em terapia ocupacional traz conceitos que se relacionam com os conceitos da CIF, possibilitando a utilização:

“Eu não consigo enxergar o trabalho da terapia ocupacional fora desse modelo. Nosso objeto de trabalho, nosso objeto de estudo de trabalho é a ocupação humana. E é a ocupação de uma pessoa num contexto e que participa dessa ou daquela forma, né? Não tem como desvincular desse modelo”. (P1).

4 DISCUSSÃO

Os resultados apontam que a variação da autoeficácia para uso da CIF é explicada em quase 50% pela autoeficácia geral e pelo uso da CIF. A média para a autoeficácia geral encontrada também foi baixa, assim como a média de autoeficácia para uso da CIF, o que significa que as participantes discordam ou se posicionam de maneira neutra em relação a afirmativas de autoeficácia, com baixa autoeficácia geral e pouca confiança para usar a CIF, mas que a variação da autoconfiança entre as participantes está relacionada ao fato de utilizar ou não a CIF. Aquelas que afirmaram utilizar a CIF apresentaram maior escore de autoeficácia para CIF, enquanto aquelas que disseram não utilizar concentram os de autoeficácia mais baixos (Figura 1). Todas as participantes que tem autoeficácia para CIF maior que 4 afirmam utilizar a CIF, com frequência ou ocasionalmente, ou seja, o uso da CIF tem impacto positivo para a autoeficácia. Em consonância com a teoria de Bandura (1978) de que a crença de autoeficácia pode determinar o quanto de esforço os indivíduos gastam diante dos obstáculos. Por outro lado, a baixa pontuação de autoeficácia geral e autoeficácia para uso da CIF são congruentes com a baixa pontuação no questionário de conhecimento. A maioria das notas das participantes concentrou-se entre 4 e 5 pontos, relacionando-se com níveis baixos e neutros de autoeficácia para uso da CIF, revelando pouco conhecimento e pouca confiança para utilizá-la.

O conhecimento sobre a CIF não entrou no modelo como uma variável explicativa para a autoeficácia para uso da CIF, com valor médio de pontos entre as participantes de $4,76 \pm 1,59$, embora o aprendizado seja apontado como fator importante para a autoeficácia por Bandura (1978). A baixa taxa de acertos do questionário pode indicar desequilíbrio entre o nível do teste e o conhecimento dos terapeutas ocupacionais participantes. Um estudo realizado com 186 profissionais de saúde, incluindo terapeutas ocupacionais, apontou que apenas 29% conheciam a CIF e, destes, 86% possuíam conhecimento reduzido sobre a classificação (ANDRADE *et al.*, 2017). Em outro estudo os resultados revelaram que, embora a maioria dos participantes dissessem conhecer a CIF, 71% de uma amostra de 1313 terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas não apresentavam familiaridade com a classificação, respondendo de forma incorreta as questões apresentadas (PERNAMBUCO, LANA & POLESE, 2018). Esses dados corroboram os achados do presente estudo onde, embora utilizem a CIF, os profissionais não compreendem com profundidade a mesma.

A maioria das Terapeutas Ocupacionais informaram que utilizam a CIF para o raciocínio clínico, para a construção do plano terapêutico e para as discussões de caso nos matriciamentos. Porém, os conceitos e suas aplicações não são bem conhecidos. Nesse sentido, as profissionais ao dizerem que utilizam a CIF, estão, presumivelmente, se referindo à perspectiva biopsicossocial que a embasa, e não à CIF em si como uma classificação que propõe um modelo específico, com componentes e interações entre os mesmo para explicar os fenômenos de funcionalidade e incapacidade. As terapeutas consideram que devido a formação em Terapia Ocupacional, conseguem perceber a importância do contexto, trazida pelo modelo biopsicossocial, no desempenho de uma atividade significativa para o sujeito. Acreditam que o obstáculo para a utilização da CIF seja a incompreensão dos códigos e qualificadores, porém o resultado do questionário aponta para um déficit de conhecimento geral, incluindo conceitos fundamentais sobre os domínios e componentes, tanto do modelo da CIF quanto da proposta alfanumérica.

Uma autoeficácia geral pode indicar uma autoeficácia para a CIF, mas esta só demonstra importância quando conjugada com o fato de usar a CIF na prática, ou seja, ter alta autoeficácia e utilizar a CIF prediz em aproximadamente 50% que esse profissional terá melhor autoeficácia para uso da CIF. Assim, para que a CIF seja utilizada na prática pelos terapeutas ocupacionais conforme determinado pela OMS, CNS e COFFITO é necessário que haja capacitação dos profissionais acerca da CIF em pontos específicos das lacunas de conhecimento, e possibilidade da sua utilização prática, o que traz para a cena o gestor, os processos de trabalho e a estrutura dos serviços. Segundo autores que estudam a autoeficácia,

esta pode ser um dos determinantes do desempenho dos indivíduos, é construída ao longo da vida da pessoa e pode ser aprimorada (MARTÍNEZ & SORIA, 2006; BANDURA, 1978). Uma das formas de desenvolvê-la são os processos de capacitação.

Para induzir sua utilização, os serviços de saúde precisam construir e implementar uma política eficaz para o uso da CIF nos serviços de atenção básica à saúde, com capacitação pautada na realidade dos processos de trabalho (BIZ & CHUN,2019), e com apoio e suporte para solucionar situações de ordem prática, possibilitando que os terapeutas ocupacionais, bem como os outros membros das equipes de saúde, sintam-se seguros para utilizá-la.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados demonstram que, embora a CIF tenha sido divulgada pela OMS há mais de 20 anos, com seu uso preconizado pelos órgãos de regulamentação, há ainda pouco conhecimento acerca de seus constructos e domínios, e sua implementação prática é bastante limitada. Apesar do auto-relato de incorporação do modelo da CIF para embasar o raciocínio clínico, esta incorporação parece se dar de forma incipiente, visto, que se refere prioritariamente a "considerar o contexto", diretriz que faz parte da formação profissional básica da Terapia Ocupacional, independentemente da CIF. Não parece haver uma articulação explícita entre a consideração do contexto e outros elementos do modelo, como condição de saúde, fatores pessoais, estruturas e funções do corpo, atividade e participação. Para efetivar a implementação da CIF, os serviços devem oferecer possibilidades de educação continuada teórico práticas, considerando o sistema de informação utilizado, as agendas e processos de trabalho, focando nas questões significativas para os profissionais. As questões com menores acertos no questionário utilizado por esta pesquisa podem ser um critério inicial para a elaboração de um processo de capacitação. Esse estudo pode colaborar com os serviços uma vez que aponta questões apresentadas como obstáculos para uso da classificação, que, ao serem solucionadas poderão gerar maior autoeficácia para o uso da CIF.

Referências bibliográficas

American Occupational Therapy Association (AOTA).(2015) Occupational therapy practice Framework: Domain and process (3rd ed.). Traduzido para o português por Alessandra Cavalcanti, Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra e Valéria Meirelles Carril Elui. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 26(ed.esp.):1-49

Andrade, L. E. L. D., Oliveira, N. P. D. D., Ruaro, J. A., Barbosa, I. R., & Dantas, D. D. S. (2017). Avaliação do nível de conhecimento e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Saúde em Debate*, 41, 812-823.

Araujo, L. B. D., Novakoski, K. R. M., Bastos, M. S. C., Mélo, T. R., & Israel, V. L. (2018). Caracterização do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças até três anos: o modelo da CIF no contexto do NASF. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26, 538-557.

Balsan, L. A. G., Carneiro, L. L., Bastos, A. V. B., & Costa, V. M. F. (2020). Adaptação e validação da nova Escala Geral de Autoeficácia. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 19(4), 409-419.

Bandura, A. (1978). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in behaviour research and therapy*, 1(4), 139-161.

Biz, M. C. P. (2016). Oficinas sobre a incorporação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde, CIF/OMS, no sistema de informação em saúde: a resolução 452/12 do conselho nacional de saúde como norteadora da discussão. *Revista CIF Brasil*, 6(6), 43-51.

Biz, M. C. P., & Chun, R. Y. S. (2019, October). Operacionalização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF, em um Centro Especializado em Reabilitação. In *CoDAS (Vol. 32)*. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.

Bollela, V. R., Borges, M. D. C., & Troncon, L. E. D. A. (2018). Avaliação somativa de habilidades cognitivas: experiência envolvendo boas práticas para a elaboração de testes de múltipla escolha e a composição de exames. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(4), 74-85.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2009). *Cadernos de Atenção Básica-Diretrizes do NASF*.

Brasil. (2012). Resolução CNS no 452, de 10 de maio de 2012. Resolve que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar. Brasília.

Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2001). Validation of a new general self-efficacy scale. *Organizational research methods*, 4(1), 62-83.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. (2009). Resolução nº 370/09. Dispõe sobre a adoção da classificação de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) da organização mundial de saúde por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Recuperado em 17 de agosto de 2020, de <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3133>.

Farrell, J., Anderson, S., Hewitt, K., Livingston, M. H., & Stewart, D. (2007). A survey of occupational therapists in Canada about their knowledge and use of the ICF. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(5_suppl), 221-232.

Martínez, I. M. M., & Soria, M. S. (2006). Autoeficacia en el trabajo: el poder de creer que tú puedes. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, 175-202.

Organização Mundial da Saúde - OMS. (2003). Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. [Coordenação da tradução de Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: EdUSP.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2013). Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Genebra.

Peduzzi, M., Agreli, H. L. F., Silva, J. A. M. D., & Souza, H. S. D. (2020). Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18.

Pernambuco, A. P., Lana, R. D. C., & Polese, J. C. (2018). Knowledge and use of the ICF in clinical practice by physiotherapists and occupational therapists of Minas Gerais. *Fisioterapia e Pesquisa*, 25, 134-142.

Pinheiro, R., Mattos, R. A. (2006). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO.

Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2008). *Foundations of clinical research: applications to practice*. ED. Prentice Hall, 3rd.

World Health Organization. (2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health*, resolution WHA 54.21. Geneva: WHO.

3.2 Artigo 2

ARTIGO ORIGINAL

A Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em cenário de prática: a visão de Terapeutas Ocupacionais.

The Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in a practical scenario: the view of Occupational Therapists.

Mariana Pereira Veloso. Mestranda no Programa de Pós Graduação em Estudos da Ocupação da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte-MG, Brasil. marianapveloso@gmail.com . ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9711-7672>

Daniela Virginia Vaz. Docente do departamento de fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte-MG, Brasil. danielavvaz@gmail.com . ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0470-6361>

Fabiane Ribeiro Ferreira. Docente do Programa de Pós Graduação em Estudos da Ocupação da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte-MG, Brasil. fabianerf@ufmg.br . ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3758-7493>

Contato: Fabiane Ribeiro Ferreira. Departamento de Terapia Ocupacional, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Av. Antônio Carlos, 6627,Pampulha,CEP 31270-010,Belo Horizonte,MG,Brasil,email: fabianerf@ufmg.br

Fonte de financiamento: Financiamento próprio dos pesquisadores

Contribuição dos autores: Mariana Pereira Veloso foi responsável pela coleta dos dados, organização das fontes, análise dos dados, concepção e redação do texto. Daniela Virgínia Vaz foi responsável pela organização das fontes, análise dos dados, revisão do texto e coordenação do estudo. Fabiane Ribeiro Ferreira foi responsável pela organização das fontes, coleta dos dados, revisão do texto e orientação do estudo.

Resumo

Introdução: É da interação do sujeito com seu cenário de vida que emergem os resultados de funcionalidade ou incapacidade. Nessa perspectiva biopsicossocial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe o modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). O modelo da CIF pode ser uma ferramenta para a operacionalização da integralidade e territorialidade das intervenções em saúde, e encontra ressonância em aspectos do trabalho em equipe no contexto da Atenção Básica (AB). O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) tem em seu quadro de componentes o terapeuta ocupacional, e este tem suas ações alinhadas às concepções de saúde e funcionalidade da CIF. **Objetivo:** revelar a visão de terapeutas ocupacionais acerca da utilização da CIF nesse cenário de prática clínica, a Atenção Básica. **Método:** Estudo qualitativo utilizando a técnica de grupo focal com a participação de terapeutas ocupacionais da AB da Prefeitura de Belo Horizonte, selecionadas por conveniência considerando todos os profissionais em atividade no período da coleta de dados. Os relatos foram transcritos e analisados pelo método de Análise de Conteúdo. **Resultados:** Participaram do estudo seis terapeutas ocupacionais que compunham equipes interprofissionais na AB. A partir do eixo temático principal do estudo, emergiram três categorias: Visão da CIF e a formação e clínica da Terapia Ocupacional, Visão da CIF e o trabalho em equipe e Visão da CIF, o SUS e o panorama da gestão do serviço. **Conclusão:** Conhecimentos sobre a CIF ainda precisam ser aprimorados entre os terapeutas ocupacionais. A aproximação desses profissionais com o modelo biopsicossocial em sua formação pode auxiliar no próprio aprimoramento sobre o tema, e na capacitação dos outros membros das equipes, favorecendo a implementação da CIF nos serviços da rede, embora esta necessite de melhor estrutura e estratégias de gestão para favorecer a execução.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; CIF; funcionalidade; atenção básica; grupo focal

Abstract

Introduction: It is from the subject's interaction with his life scenario that the results of functionality or disability emerge. In this biopsychosocial perspective, the World Health Organization (WHO) proposes the model of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The ICF model can be a tool for operationalizing the integrality and territoriality of health interventions, and finds resonance in aspects of teamwork in the context of Primary Care (PC). The Expanded Nucleus of Family Health and Primary Care

(NASF-AB) has the occupational therapist in its framework of components, and this has its actions aligned with the concepts of health and functionality of the CIF. Objective: to reveal the vision of occupational therapists regarding the use of the ICF in this scenario of clinical practice, Primary Care. Method: Qualitative study using the focus group technique with the participation of occupational therapists from AB from Belo Horizonte City Hall, selected for convenience considering all professionals in activity during the data collection period. The reports were transcribed and analyzed using the Content Analysis method. Results: Six occupational therapists who made up interprofessional teams in PC participated in the study. From the main thematic axis of the study, three categories emerged: Vision of the ICF and the training and clinic of Occupational Therapy, Vision of the ICF and teamwork and Vision of the ICF, the SUS and the panorama of service management. Conclusion: Knowledge about the ICF still needs to be improved among occupational therapists. The approximation of these professionals with the biopsychosocial model in their training can help in their own improvement on the subject, and in the training of other team members, favoring the implementation of the ICF in the network services, although this needs a better structure and management strategies to favor execution.

Keywords: Occupational Therapy; ICF; functionality; primary care; focus group

1 INTRODUÇÃO

O que é funcionalidade? A Organização Mundial de Saúde (OMS) se propõe a responder a essa pergunta por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), baseada numa perspectiva biopsicossocial. Além de um modelo alfanumérico, a classificação concebe um modelo teórico para a compreensão do fenômeno da funcionalidade onde o contexto ganha relevância, uma vez que é da interação do sujeito com seu cenário de vida que emergem os resultados de funcionalidade ou incapacidade (ARAÚJO & BUCHALLA, 2015). A proposta apresenta componentes que devem ser considerados quando nos propomos a descrever um quadro de funcionalidade ou incapacidade. Além do sujeito com a sua condição de saúde e do seu contexto ambiental, físico e social, e seus fatores pessoais, informações sobre a estrutura e função do corpo, atividade e participação são imprescindíveis para compreensão desse fenômeno, sendo a funcionalidade o resultado da interação dinâmica entre a condição de saúde e os fatores contextuais (WHO, 2001). No que se refere ao modelo alfanumérico, a CIF propõe a formação de códigos que são definidos pela letra inicial do termo em inglês de seus componentes, indicando a qual deles se refere,

seguido por números que caracterizam o nível do código (OMS, 2013). Para que o código esteja completo e tenha significado é necessária a adição de um qualificador após um ponto separador, que indica a magnitude do problema de saúde.

Esse modelo encontra diálogo com a proposta da política pública de atenção à saúde brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que sua matriz de origem também está na perspectiva biopsicossocial. Um dos princípios doutrinários do SUS, a Integralidade, tem como um de seus sentidos a visão de um sujeito completo, não fragmentado, que deve ser reconhecido em seu espaço de vida para ter atendidas suas demandas de cuidado (BRASIL, 2014). Este alinhamento, CIF e SUS, é confirmado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 452, de 10 de maio de 2012, onde resolve-se que “a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar”. Entre as propostas de utilização presentes na resolução estão: o uso da classificação como ferramenta clínica visando a ampliação da linha de cuidado; como meio para visibilizar e avaliar os processos de trabalho entre os profissionais que atuam diretamente com a funcionalidade humana; e como indutora de “informações padronizadas de saúde” em todos os níveis de atenção, sendo indicada sua inserção no Sistema Nacional de Saúde do SUS (BRASIL, 2012).

Enquanto ferramenta clínica, a CIF pode colaborar na incorporação do modelo biopsicossocial nas intervenções, uma vez que permite visão ampliada das condições de saúde e de funcionalidade e o acompanhamento longitudinal do usuário (BIZ & CHUN, 2019). Além disso, o uso do modelo da CIF pelos profissionais possibilita uma linguagem unificada e padronizada entre os profissionais de diferentes níveis de complexidade, favorece as construções dos planos de cuidado dos usuários e otimiza os processos de trabalho.

No contexto da atenção básica, o modelo encontra ressonância em aspectos como o trabalho em equipe e a territorialidade. O Programa Saúde da Família (PSF) criado em 1994 e transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2006, objetiva o cuidado integrado e contínuo da população inserida no território. Nesse mesmo sentido, em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, sendo renomeado para Núcleos Ampliados de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) em 2017, que, junto com as equipes da ESF articulam intervenções com outras esferas para garantir cuidado integral, universal e longitudinal aos usuários do SUS (ARAÚJO & NEVES, 2014).

Integrando as equipes multidisciplinares de NASF-AB, a Terapia Ocupacional é uma profissão que visa a saúde e o bem estar através da ocupação, habilitando as pessoas para participarem das atividades cotidianas (WFOT, 2012). No Brasil, a Terapia Ocupacional

recebe influência de produções estrangeiras, com adoção desses referenciais nos textos publicados e com práticas baseadas em diferentes modelos teóricos (CRUZ, 2018). Um dos modelos mais antigos na Terapia Ocupacional é o Modelo de Ocupação Humana, no qual a ocupação é essencial para a organização do homem e o comportamento ocupacional decorre da interação dele com o contexto (KIELHOFNER, 1995). No Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional o desempenho ocupacional é resultado da interação entre a pessoa, a ocupação e o ambiente, tendo o ambiente grande influência na ocupação humana (POLATAJKO, TOWNSEND & CRAIK, 2007). Outra referência utilizada pelos terapeutas ocupacionais brasileiros é o Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo (2020), que não é um modelo ou teoria, mas foi criado para orientar a prática dos terapeutas ocupacionais em conjunto com o conhecimento e as evidências relevantes para a ocupação e a Terapia Ocupacional, tendo seus conceitos revisados e baseados na CIF (AOTA,2020).

Considerando estes pressupostos da terapia ocupacional, intervenções baseadas nas ações previstas para a profissão estão alinhadas às concepções de saúde e funcionalidade da CIF. Terapeutas ocupacionais, para definir intervenções baseadas na ocupação, utilizam o seu conhecimento da relação entre cliente e seu o envolvimento em ocupações significativas e o contexto (AOTA,2020), contexto este que é destacado na CIF como barreira ou facilitador para a funcionalidade. Um estudo realizado em 2006 já mostrava conexões entre modelos de Terapia Ocupacional e a CIF, indicando que deve-se incentivar o uso da CIF por terapeutas ocupacionais e que estes têm importantes contribuições a dar às equipes multidisciplinares que utilizam a CIF (STAMM *et al.*, 2006).

Reconhecendo o profissional de Terapia Ocupacional como um sujeito que tem em sua formação conceitos que se aproximam intimamente daqueles propostos pelo modelo da OMS, sua participação efetiva na Atenção Básica e as regulamentações de uso da CIF, este estudo teve como objetivo revelar a visão de terapeutas ocupacionais acerca da utilização da CIF nesse cenário de prática clínica, a Atenção Básica.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo exploratório e descritivo sobre visão de terapeutas ocupacionais acerca da utilização da CIF na prática clínica na atenção básica à saúde de Belo Horizonte, que abordou de forma qualitativa dados coletados por meio de grupo focal. De acordo com Minayo & Costa (2018), o grupo focal possibilita a coleta de informações a partir da interação

entre os participantes, gerando consenso ou explicitando divergências. Durante a pandemia da COVID-19, o grupo focal on-line tornou-se uma ferramenta alternativa e seu uso demonstrou que, mesmo à distância, pode produzir dados de qualidade, sendo importante levar em consideração as ferramentas disponíveis, o acesso à internet dos participantes e o letramento digital (OLIVEIRA, *et al.*, 2022).

O estudo foi desenvolvido com Terapeutas Ocupacionais, servidoras da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - MG, vinculadas à atenção básica. A coleta de dados ocorreu em janeiro de 2023 após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP UFMG) e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (CEP-SMSA/PBH), sob o número 5.501.851, CAEE 44526721.2.3001.5140. A lista de verificação no Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) foi utilizada para nortear a condução deste estudo.

Todas as Terapeutas Ocupacionais vinculadas à atenção básica da SMSA do município (N=48) foram convidadas a participar deste estudo, ou seja, integrantes das equipes de NASF-AB ou Equipe Complementar de Saúde Mental Infantil. As participantes responderam a um questionário sociodemográfico, online, com dados relativos à formação acadêmica e à carreira profissional na PBH. O questionário online continha, ainda, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado eletronicamente.

Inicialmente, para viabilizar uma maior participação dos profissionais, foram planejados dois grupos focais no modelo online. No entanto, devido ao número de profissionais que aceitaram participar do encontro, um grupo foi realizado pela plataforma Zoom® e teve duração aproximada de 90 minutos. Foi garantido um ambiente virtual transigente, onde as participantes puderam expor livremente suas percepções e comentários. As questões a serem discutidas pelo grupo fizeram parte de um roteiro semiestruturado (Figura 1) e foram conduzidas de forma não diretiva, por uma entrevistadora com experiência em grupos focais, inclusive no modelo virtual. O roteiro foi construído visando nortear discussões em relação às impressões sobre o modelo da CIF, a profissão de Terapeuta Ocupacional e o processo de trabalho, e a perspectiva de uso no serviço.

Figura 1: Roteiro semiestruturado para realização do Grupo Focal

Temas /Perguntas	Tempo
<p>Impressões sobre o modelo, a profissão de Terapeuta Ocupacional e o processo de trabalho</p> <p>1) Vocês acham que o modelo assistencial do SUS “conversa” com o modelo teórico da CIF? Em quais aspectos?</p> <p>2) Vocês acham o modelo teórico da CIF “conversa” com a profissão de Terapeuta Ocupacional? Em quais aspectos? O que há de diferente ou semelhante entre o que a CIF propõe e a sua prática?</p> <p>3) Vocês se sentem capazes de utilizar a CIF na rotina do serviço? Como?</p> <p>a) considerando suas agendas de trabalho? b) E considerando a equipe em que estão inseridos?</p> <p>4) Você percebe alguma diferença na familiaridade com o modelo entre as categorias profissionais?</p> <p>5) Como você percebe a motivação de seus pares para a utilização do modelo? Quais são os indícios/acontecimentos que te levam a ter essa percepção?</p> <p>6) Você percebe suporte material e apoio para utilizar a CIF em seu serviço?</p> <p>7) Na sua opinião, o que seria necessário para colocar em prática no seu serviço o modelo da CIF? (teórico e alfanumérico)</p> <p>8) De maneira geral, se tivesse que apontar competências a serem desenvolvidas para melhorar seu desempenho em relação ao uso do modelo, o que seria?</p> <p>9) Qual seria seu ponto forte na atuação com o modelo? Qual seria um ponto forte do seu colega?</p> <p>10) Como foi seu primeiro contato com conteúdos da CIF? Qual sua impressão sobre a forma como foram compartilhadas as informações?</p> <p>11) Na sua opinião, qual a maior dificuldade para colocar o modelo em prática?</p>	60”
<p>Perspectiva de uso no serviço</p> <p>12) Que perspectivas vocês têm em relação à da CIF no sistema de informação do município?</p> <p>13) Como seria a inclusão desse modelo no cotidiano de trabalho de vocês?</p>	10”

Foi solicitada e concedida a permissão para a gravação de vídeo e áudio do encontro sendo garantido o anonimato total das declarações e dos dados pessoais dos participantes. Um observador esteve presente com a câmera desligada realizando anotações e observações que foram utilizadas na finalização do grupo para esclarecer algumas afirmações e adicionar qualidade aos dados para a análise por meio da triangulação.

Todas as falas foram transcritas, enviadas aos participantes, sem a necessidade de correção. A análise dos dados foi realizada pelas autoras, uma delas a autora principal, que é terapeuta ocupacional de uma das equipes de NASF-AB.

O conteúdo discutido foi transcrito e lido pelas pesquisadoras, inicialmente utilizando a técnica de leitura flutuante, que segundo Bardin (2011) é o primeiro contato com as informações e orienta a interpretação. Com base nas questões da pesquisa, foram definidas as unidades de análise, e, posteriormente, de forma manual, a categorização de temas revelada a partir do contexto das respostas das participantes do estudo. Para preservar o anonimato das profissionais, os fragmentos das narrativas das participantes da pesquisa no item “Resultados e discussão”, seguirá a seguinte codificação: a sigla da profissão (TO) e um número entre 1 e 6 (ex: TO1).

3 Resultados e Discussão

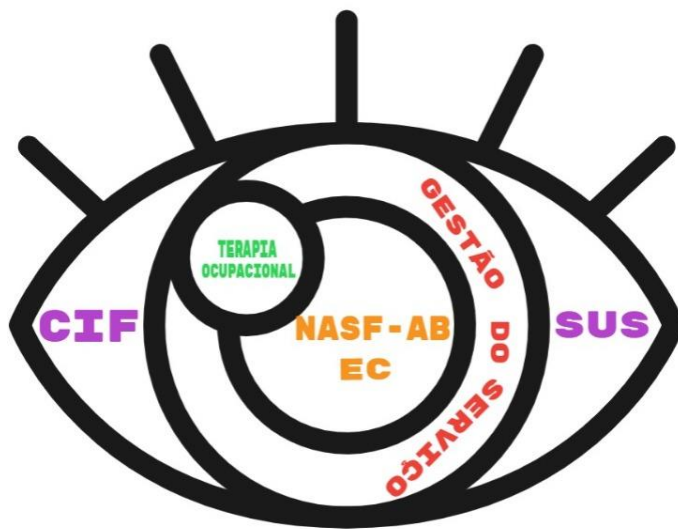
Participaram do grupo seis terapeutas ocupacionais, todas mulheres, com idade média de 43,5 anos (desvio padrão 8,09). O tempo médio de formação foi de 18,5 anos (desvio padrão 7,06), e de trabalho na instituição de 8,83 anos (desvio padrão 2,64). As características da amostra estão disponíveis na Tabela 2.

Tabela 1: Dados dos participantes (n = 06). Belo Horizonte, 2023.

Variáveis	Média e desvio padrão	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Titulação			
Especialização	-	6	100
Mestrado	-	0	0
Vínculo PBH			
Estatutário	-	5	83
Contrato administrativo	-	1	16
Local de atuação			
NASF-AB	-	5	83
EC	-	1	16
Tempo de serviço na PBH	9,17±2,23	-	-

Emergiram dos dados três categorias principais de informações sobre a visão do profissional da Terapia Ocupacional em relação à utilização da CIF no processo de trabalho, definindo diâmetros distintos da realidade do cenário de prática, mas que sofrem interferência mútua: 1) a formação e clínica específica da Terapia Ocupacional, 2) o trabalho em equipe interprofissional, e 3) o SUS e panorama da gestão do serviço (Figura 2).

Figura 2. Visão das terapeutas ocupacionais em três diâmetros do espaço da realidade da prática clínica.



Categoria 1: Visão da CIF e a formação e clínica da Terapia Ocupacional

As expressões utilizadas pelas participantes ao longo da discussão no grupo focal para se referirem ao modelo de funcionalidade da OMS podem ser circunscritas em “modelo da CIF” e “a CIF”. As terapeutas ocupacionais quando se referem à CIF enquanto “*modelo da CIF*” revelam a compreensão do uso dessa expressão como sinônimo de modelo biopsicossocial. O uso ou citação dos componentes do modelo em si é esporádico em seus relatos: “*Usamos como raciocínio clínico de uma maneira muito natural, mas quando vamos organizar nosso acompanhamento, sistematizar as nossas devolutivas, o raciocínio clínico para discutir com outros profissionais, ela não entra. Não utilizamos os termos técnicos para fazer isso*” (TO2). Ao se referirem à CIF como “*a CIF*” trazem uma conotação de que a mesma é um sistema de codificação, narrativa seguida de visões mais negativas em relação à Classificação da OMS: “*A minha dificuldade é fazer aquela classificação final, das letras,*

dos números. Aí eu acho que a gente precisa de ter mesmo a prática de fazer isso. Eu acho que é difícil porque a gente nunca fez, então a gente não tem experiência em usar aqueles códigos. Então são muitos números e muitas letras, então acaba que a gente acha que é complicado, né?” (TO4).

Ao mesmo tempo, quando pensam em sua profissão e a CIF, certificam que a formação em Terapia Ocupacional está pautada no modelo biopsicossocial, principalmente pelo reconhecimento da inerência do contexto no raciocínio clínico de suas práticas, a partir de alguns modelos teóricos específicos da Terapia Ocupacional (POLATAJKO, TOWNSEND & CRAIK, 2007; KIELHOFNER, 1995). Talvez por esse motivo não vejam como novidade a proposta da CIF enquanto modelo teórico, uma vez que a avaliação da interação da pessoa com o contexto é da natureza da profissão: *“A gente trabalha com ocupação humana, não pensar em termos biopsicossociais da saúde é quase impossível” (TO4).* *“Eu não consigo enxergar o trabalho da Terapia Ocupacional fora desse modelo. Nosso objeto de trabalho é a ocupação de uma pessoa num contexto em que participa dessa ou daquela forma, né? (TO1)”.* *“eu acho que tem tudo a ver, principalmente quando a gente lê um dos documentos que são orientadores para nós, a estrutura da prática da terapia ocupacional, processos e domínios, da associação americana de terapia ocupacional. Em alguns momentos parece que você está lendo a CIF, e a AOTA é bem anterior à CIF. Mas eu sei que ela também foi influenciada pela CIF, inclusive na alteração de alguns conteúdos lá do documento” (TO1).* Essa percepção de que os processos de trabalho da Terapia Ocupacional incluem o modelo da CIF pode estar relacionado ao paralelismo visto em alguns conceitos dos modelos específicos da Terapia Ocupacional e os conceitos utilizados na CIF (STAMM, 2006).

Embora vejam essa proximidade entre o raciocínio para intervenção terapêutica ocupacional e o raciocínio a partir do modelo da CIF, as terapeutas sentem-se despreparadas para utilizar “a CIF”, e acreditam ser necessário se capacitarem. *“eu não me sinto capacitada, precisaria estudar, fazer uma capacitação para poder utilizar no dia a dia(...)Como eu vou usar o qualificador corretamente, eu preciso fazer todas essas perguntas ou não preciso? (...) precisaria de capacitação teórico prática, porque teoria a maioria aqui já viu bastante, né? Cai em concurso.” (TO1).* Neste último fragmento pode ser notado, além do reconhecimento da inabilidade para o uso da CIF, a ratificação da noção de “a CIF” enquanto aplicação de código.

Pontuam ainda que a capacitação precisa ir além de uma abordagem teórica, com treinamento prático em cenário autêntico onde ocorrem os processos de trabalho: *“eu também*

não me sinto capacitada (...) precisamos não de um curso teórico de capacitação, mas de acompanhamento de alguém que saiba aplicar e dar direcionamento. É a aplicabilidade da CIF no dia a dia” (TO3). Segundo Jaeger e Cecim (2004), as demandas para o aprimoramento de profissionais devem ter como base o trabalho real para que as capacitações tenham aplicação e relevância para a organização das ações.

Nesse sentido podemos testemunhar a existência de uma duplicidade de perspectivas do Terapeuta Ocupacional em relação ao modelo, em que, em uma delas o profissional se reconhece e não consegue se desvincular da proposta, e em outra aponta dificuldades para a utilização e a necessidade de aprimoramento. Embora a CIF tenha em seu escopo uma proposta teórica vinculada a uma proposta de codificação utilizando um sistema alfanumérico (ARAÚJO & BUCHALLA, 2015), parece suscitar o entendimento de que a sua utilização apenas se concretiza se forem utilizados os códigos.

Categoria 2: Visão da CIF e o trabalho em equipe

Refletindo sobre seu processo de trabalho, as participantes são unânimes na percepção de que é na tecnologia do matriciamento que se reconhece o modelo da CIF sendo colocado em prática: *“Só o fato de existir a reunião de matriciamento para se discutir um caso, para entender como aquele diagnóstico, CID, afeta aquela pessoa e a gente entender da atividade e participação, os contextos daquele usuário (...) então eu acho que o modelo da CIF permeia sim o nosso trabalho” (TO1).* *“Eu acho realmente que o modelo da CIF permeia o nosso trabalho pelo matriciamento, que é o espaço onde a gente do NASF coloca com mais qualidade a discussão dos casos” (TO2).* O apoio matricial, como uma metodologia de gestão do trabalho em saúde, favorece a comunicação e a troca de saberes entre os profissionais por meio da condução de casos de forma compartilhada (CASTRO, OLIVEIRA & CAMPOS, 2016)

A partir dessa visão, reconhecem que entre as categorias profissionais existe uma heterogeneidade de contato e utilização da CIF. Em comparação aos outros profissionais que compõem as equipes com as quais trabalham concordam que médicos e enfermeiros são as categorias que apresentam maior dificuldade em dialogar nessa perspectiva: *(...) não vejo assim, nem citação da CIF na prática do trabalho de outros profissionais. Médico, enfermeiro, passa muito longe disso (TO1)”. Por outro lado, experiência oposta foi relatada relacionada aos profissionais da eSF, e essa postura diferenciada parece estar relacionada ao*

tempo de trabalho na Unidade possibilitando vínculo com os profissionais do NASF-AB: “*O médico da saúde da família implantou a estratégia lá (...), todos estão lá há mais de 10 anos. As enfermeiras também estão há mais de 10 anos e conhecem bem a população e já trabalham com a gente há mais de 10 anos. Então eles têm essa visão, (...) a gente não tem mais essa dificuldade (TO3)*”. Segundo os relatos, a realidade encontrada nas Unidades é de uma rotatividade intensa entre esses profissionais. Um estudo realizado em 2013, incluindo profissionais de NASF-AB, evidenciou que já havia uma alta rotatividade dos profissionais da equipe, com impacto negativo nos processos de trabalho (ALVES, *et al.*, 2016).

Em consequência dessa grande rotatividade de profissionais é preciso sempre resgatar o modelo biopsicossocial para a rotina do serviço: “*entra muito profissional novo, sai enfermeira, entra médico. Então acaba que tem que ser um negócio constante essas discussões, ampliar esse olhar né, pra sair da questão do diagnóstico e da doença (TO4)*. As terapeutas ocupacionais conseguem perceber seu papel nesse resgate e deixam claro o compromisso técnico-pedagógico do NASF-AB, que pode ser auxiliado pela CIF, mas demonstram uma percepção de que muitos profissionais têm dificuldade de abordar questões que estão para além das demandas biológicas: “*(...) eu lembro da profissional chegando na unidade, né? Começou a trabalhar no SUS pela primeira vez e era só o diagnóstico médico que importava*” (TO1).

Em adição é possível constatar que, a partir do trabalho em equipe e das experiências nas reuniões de matriciamento, momento este sinalizado por elas como a concretização do modelo da CIF na prática, vivenciam mudanças de seus pares na visão e conduta dos casos e demandas que surgem na atenção básica, mostrando que a rotina dos processos de trabalho é um cenário potente para a educação continuada (MENDES, *et al.*, 2021): “*(...) água mole em pedra dura funciona, gente (RISOS)*. *A parte técnico-pedagógica no NASF funciona se a gente faz bem feito. Exemplo disso, hoje o médico veio e falou: hoje eu vim só pra você me dar uma luz. Não é para você atender, só pra me dar uma luz porque a gente já tentou de tudo com ela. Não tem nada na estrutura, raio X tá normal, tudo normal (...) Então para onde que a gente vai agora, porque biologicamente eu não tenho mais o que fazer (...) vamos pensar em outra coisa, porque só o biológico aqui não está funcionando mais não. Visualizam e percebem que tem muitas coisas que estão envolvidas na saúde que vão além do que se trata dentro do consultório*” (TO3).

Nesse sentido, existe uma percepção unânime entre as participantes de que é necessário criar estratégias para que toda a equipe do NASF desenvolva competências para utilizar a CIF, e, assim, um dos objetivos gerais da CIF, o de produzir uma linguagem

unificada e padronizada e uma estrutura de trabalho, poderá ser atingida (OMS, 2003): *“eu não vejo sentido eu, sozinha, como TO, usar na minha prática clínica se isso não for usado junto com a equipe que eu trabalho” (TO3)*. Acrescentam que a utilização unilateral compromete a comunicação e a motivação para o uso: *“eu não vejo sentido usar e falar sobre a CIF, os termos da CIF, e ninguém mais falar comigo assim (...) então eu acho que isso é uma barreira para a aplicabilidade dela” (TO3)*.

Categoria 3: Visão da CIF, o SUS e o panorama da gestão do serviço

Em suas reflexões, em termos da utilização do modelo no panorama da Rede de Atenção em Saúde, reforçam as mesmas questões que direcionaram à equipe NASF, no que se refere ao nivelamento de conhecimento sobre a CIF, ou seja, apontam como fato importante a necessidade de ampliação dos atores envolvidos em compreendê-la para além dos profissionais do NASF. Acreditam que se os programas são restritos à um grupo de profissionais, uma das vantagens do uso do modelo que é a linguagem universal e o aprimoramento da comunicação, não acontecem: *“na minha percepção, só vem pro NASF (as propostas de uso da CIF), para as outras equipes os processos de trabalho são consolidados daquela maneira e não há uma mudança real” (TO4)*. *“Eu acho que se ampliar para todos os profissionais de uma forma geral, a gente vai se comunicar melhor, a gente vai se entender melhor, vai ampliar a visão da pessoa, não focar na doença como a gente ainda vê com muita frequência. Eu acho que esse é o principal ponto” (TO1)*. *“Então se cada um, se cada parte dessa rede usar uma linguagem própria, que só atinge a ela mesma, a gente vai deixar de ter uma rede, a gente não vai conseguir transitar. O usuário vai ficar meio perdido” (TO3)*.

O investimento do município no sentido de implementar a CIF nos serviços é um fato reconhecido pelas profissionais. Aquelas que estão há mais tempo na rede relembram o processo de integração dos serviços de reabilitação iniciado em 2011 na PBH, Reorientação do modelo assistencial da Rede de Reabilitação SUS-BH, com base na CIF, (ALVES *et al.* 2016). Há uma percepção de que a média complexidade avançou mais no que se refere à CIF e tem mais potencial para implementação nos serviços, quando comparada à AB: *“eu acho que os CREABS ficaram mais próximos e deram continuidade naquela estratificação baseada na CIF (...) na grande maioria dos NASFs ele não foi pra frente, como foi em muitos CREABS” (TO4)*; *“facilitaria muito a nossa vida, conversar com os CREABS usando da CIF. E isso a gente não faz. Eu acho que talvez alguns CREABS estejam até mais evoluídos na aplicabilidade da CIF do que os NASFs” (TO2)*. Acreditam que há, desde essa época,

propostas da PBH para inserir a CIF nos processos de trabalho. Citam o momento atual de implementação do novo sistema de informação nos serviços e a possibilidade de inserção da CIF, ainda mantendo a crença de que a atenção secundária tem maior possibilidade de implementação: *“Eu acho que vai ficar mais pela área da reabilitação, mais para CREAB e alguns profissionais. Mas eu acho que pode gerar até uma curiosidade também, na hora dos matriciamentos, dos outros profissionais para entender melhor como que vai ser isso, porque vai tá lá no sistema pra todo mundo ver”* (TO5); *“Eu acho que vai ficar muito nos serviços da atenção especializada, no secundário”* (TO1).

A possibilidade de institucionalização da CIF no novo sistema de informação da PBH é vista como uma possibilidade de indução de mudança nos processos de trabalho: *“eu acho que vai incrementar. Tudo num primeiro momento parece um bicho de sete cabeças, toda mudança, mas a gente se adapta. E a tendência é pra vir pra melhor, para unificar as ações (...) porque é para todos, não é só mais uma abordagem individual”* (TO3); *“seria interessante ter um espaço mesmo, pra facilitar na questão da evolução mesmo. Porque sempre aparece para gente o CID, então como seria para a CIF?”* (TO5). No entanto, deixam claro um grande receio de que uma proposta de implementação da CIF concomitante à mudança no sistema signifique um excesso de demanda para os profissionais e acarrete em maiores resistências ao seu uso: *“desenvolver o Sigrah (novo sistema de informação da PBH) e ainda colocar a CIF, com duas novidades... nossa! (...) A CIF vai ficar antipativada, como o Sigrh já tá”* (TO4).

Além disso, a rotina e a complexidade da agenda na atenção básica é apontada como um dificultador para a implementação da CIF, principalmente para as equipes de saúde da família: *“eu acho que vai se limitar à reabilitação. Não vai ser um vocabulário da rede. Pode ser no máximo entre a reabilitação e o NASF, mas as equipes de saúde da família, as outras equipes envolvidas, eu acho muito difícil de ter”* (TO4); *“eu fico com receio de, na rotina nossa, de atenção básica, se a gente teria tempo para fazer dessa forma, né?”* (TO1). Para além da preocupação com as agendas, chamam a atenção para a crescente desvirtuação dos processos de trabalho na atenção básica, com grande demanda para atendimentos agudos, diminuindo espaço para a discussão de casos dentro de modelo biopsicossocial: *“as equipes de saúde..., não sei se eles têm essa disponibilidade, esse interesse, porque a gente deixou de fazer muito daquilo que é o cerne da AB. A gente trabalha muito mais numa linha direcionada para o controle da doença, do que para promoção de saúde, apagando incêndios. Então acho que seria levar mais uma demanda, que eu acho que não há disponibilidade pela forma que os processos de trabalho estão realizados hoje na atenção*

primária , eu não sei se a gente tem abertura, espaço para isso. Individualmente, na minha agenda, eu vejo muita dificuldade, é uma agenda muito apertada” (TO4).

No que se refere às limitações do estudo, é importante informar que atualmente existem 48 terapeutas ocupacionais na atenção primária do município. Os dados aqui descritos podem não ser generalizados para todos os terapeutas ocupacionais da rede, porém refletem uma aproximação válida da realidade do trabalho desses profissionais no que diz respeito ao uso da CIF na AB, congruentes com dados quantitativos coletados de, aproximadamente, 80% dos terapeutas ocupacionais numa primeira aproximação com essa população.

4 CONCLUSÃO

A formação em Terapia Ocupacional, a partir do estudo dos diferentes modelos teóricos, propicia uma visão holística e contextualizada do paciente, com compreensão do sujeito e de sua funcionalidade dentro da perspectiva do modelo biopsicossocial. No entanto, esse entendimento pode levar a uma falsa percepção de que se tem conhecimento sobre CIF. A dificuldade de implementação do modelo em sua completude está para além do entendimento individual de sua base teórica e de seu sistema alfanumérico, uma vez que são necessários interlocutores para que um dos seus principais objetivos sejam alcançados: a comunicação para a abordagem integral dos usuários.

A oferta de capacitação com ênfase em questões de ordem prática, baseada nas demandas, dúvidas e contextos de trabalho dos profissionais em atividade na Atenção Básica e em outros níveis de atenção, pode ser motivadora e aprimorar a compreensão sobre a CIF entre as equipes favorecendo seu uso em rede. Considerando o matriciamento como o momento da concretização do uso do modelo, segundo a percepção das participantes, este espaço apresenta sua potencialidade para que os terapeutas ocupacionais exerçam seu papel técnico-pedagógico. A formação dos terapeutas ocupacionais acerca do modelo biopsicossocial pode auxiliar em sua própria capacitação e na capacitação dos outros membros das equipes, tornando-os essenciais na implementação da CIF nos serviços, embora estes necessitem de melhor estrutura e estratégias de gestão para favorecer a execução.

Referências bibliográficas

- Alves, M. A., Ribeiro, F. F., & Sampaio, R. F. (2016). Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans) formação. *Fisioterapia e Pesquisa*, 23, 185-192.
- American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain et process. *The American Journal of Occupational Therapy*, August 2020, Vol. 74, Suppl. 2
- Araújo, E. S., & Neves, S. F. P. (2014). CIF ou CIAP: o que falta classificar na atenção básica?. *Acta Fisiatr*;21(1):46-48
- Araujo, E. S., & Buchalla, C. M. (2015). O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em inquéritos de saúde: uma reflexão sobre limites e possibilidades. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18, 720-724.
- Bardin, L.(2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Biz, M. C. P., & Chun, R. Y. S. (2019, October). Operacionalização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF, em um Centro Especializado em Reabilitação. In *CoDAS* (Vol. 32). Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde*. Brasília
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Cadernos de atenção básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. n. 39; v. 1.
- Brasil. (2012). Resolução CNS no 452, de 10 de maio de 2012. Resolve que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar. Brasília.
- Castro, C. P. D., Oliveira, M. M. D., & Campos, G. W. D. S. (2016). Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 1625-1636.
- Cruz, D. M. C. (2018). Os modelos de terapia ocupacional e as possibilidades para prática e pesquisa no Brasil. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro*. v.2(3): 504-517.
- Kielhofner, G. (1995). *A model of human occupation — Theory and application*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Mendes, G. N., Guimarães, G. L. P. ., de Paula, E. J. C. ., & Tavares, P. P. C. (2021). EDUCAÇÃO CONTINUADA E PERMANENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UMA NECESSIDADE MULTIPROFISSIONAL. *Cenas Educacionais*, 4, e12113. Recuperado de <https://revistas.uneb.br/index.php/cenaseducacionais/article/view/12113>

Minayo, M. C. S.; Costa, A. P. (2018). Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, (40), 11-25.

Oliveira, J. C. D., Penido, C. M. F., Franco, A. C. R., Santos, T. L. A. D., & Silva, B. A. W. (2022). Especificidades do grupo focal on-line: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 1813-1826.

Organização Mundial da Saúde - OMS (2003). Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. [Coordenação da tradução de Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: EdUSP.. 325p.

Organização Mundial da Saúde (2013) Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Genebra: OMS

Polatajko, H. J.; Townsend, E. A.; Craik, J. (2007). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). In: Townsend, E. A.; Polatajko, H. J. (Orgs) *Enabling Occupation II: advancing an occupational therapy vision of health, well-being, & justice through occupation*. Ottawa. CAOT Publications ACE.

Stamm, T. A., Cieza, A., Machold, K., Smolen, J. S., & Stucki, G. (2006). Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53(1), 9-17.

World Federation of Occupational Therapists. (2012) Definition of Occupational Therapy from Member Organisations. Recuperado em 28 de abril de 2023, de [file:///C:/Users/usuario/Downloads/Definitions-of-Occupational-Therapy-from-Member-Organisations-LINKS-Update-11022020%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/Definitions-of-Occupational-Therapy-from-Member-Organisations-LINKS-Update-11022020%20(1).pdf)

World Health Organization. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health, resolution WHA 54.21. Geneva: WHO.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde tem sua aplicação preconizada pela OMS desde a sua criação, com diferentes estudos acerca de sua implantação em diferentes cenários. Fundamentada no modelo biopsicossocial, assim como a CIF, a formação em Terapia Ocupacional tem seu olhar voltado para a funcionalidade do sujeito, a fim de permitir seu engajamento em ocupações significativas. Apesar disso, ainda são escassos estudos que abordem a percepção de terapeutas ocupacionais acerca da CIF e de sua utilização por estes profissionais, na Atenção Básica à Saúde.

Os achados demonstram que, embora o uso da CIF seja preconizado por órgãos de regulamentação gerais, como OMS e CNS e específicos, como o COFFITO, e que faça parte do conteúdo dos concursos para profissionais da saúde do município de Belo Horizonte, o uso ainda é limitado. O pouco conhecimento sobre a CIF e consequente pouca confiança e autoeficácia para sua utilização podem explicar este fato. Além disso, a estratégia para implementação por parte da gestão precisa ser aprimorada.

As terapeutas ocupacionais acreditam utilizar CIF no raciocínio clínico, mas isso ocorre de forma incipiente, uma vez que se refere prioritariamente ao fato de "considerarem o contexto", objeto que faz parte da formação profissional básica da Terapia Ocupacional, independentemente da CIF. Pode-se notar que há déficit de conhecimento acerca de constructos e domínios da CIF, bem como da construção de códigos e identificação dos qualificadores.

Para implementar a CIF no cenário de prática é preciso que os profissionais, primeiramente, compreendam que o modelo biopsicossocial está presente na base do nosso modelo de atenção, com destaque no princípio da Integralidade, alicerces do SUS. Uma vez que a perspectiva biopsicossocial esteja incorporada às práticas profissionais, o uso da CIF servirá como instrumentalização para operacionalizar o sentido da integralidade nas ações de cuidado. A oferta de capacitações teórico práticas sobre a CIF, com ênfase nas questões práticas e baseadas na realidade da rotina dos serviços, como as agendas e processos de trabalho, e ainda, no sistema de informação utilizado, terá, provavelmente, maior chance de sucesso. As questões com menores acertos no questionário utilizado por esta pesquisa podem ser um critério inicial para a elaboração de um processo de capacitação específico que possa garantir a motivação para o aprendizado e as mudanças.

Esse estudo pode colaborar com os serviços uma vez que aponta questões apresentadas como obstáculos para uso da classificação, que, ao serem visitadas e analisadas poderão gerar maior autoeficácia para o uso da CIF. Os Terapeutas ocupacionais, com conhecimento e

prática incorporadas ao modelo biopsicossocial, têm um papel importante na implementação da CIF nos serviços de atenção básica, seja em cursos específicos sobre a CIF ou durante os processos de trabalho, com intervenções diárias nas discussões de caso e nas reuniões de matriciamento.

Como desfecho desta pesquisa é possível considerar a contribuição aos terapeutas ocupacionais, à gestão dos serviços e aos usuários do SUS. A análise dos resultados reforça a necessidade de pautar os processos de trabalho dos terapeutas ocupacionais dentro dos modelos específicos da profissão e do modelo biopsicossocial, considerando o conceito ampliado de saúde, o foco da profissão na funcionalidade e nas ocupações.

Para os gestores da secretaria municipal de saúde da PBH, ter um retrato sobre o conhecimento e autoeficácia da categoria e suas percepções acerca da CIF poderá contribuir para formulação de políticas públicas e para educação continuada dos profissionais de saúde. Os dados deste estudo apontam a percepção dos terapeutas ocupacionais sobre o conhecimento e utilização da CIF da categoria e ainda revela o olhar destes aos seus pares das outras categorias que compõem as equipes, podendo os dados servirem de base para o desenho de futuras capacitações. Verificar que os terapeutas ocupacionais atuam a partir do modelo biopsicossocial reforça a sua importância na garantia da integralidade do cuidado dos usuários junto à equipe de saúde.

Perante o exposto, evidencia-se a necessidade de formulações de estratégias para se implementar o modelo da CIF nos serviços de saúde, principalmente nos serviços de atenção básica, lócus coordenador do cuidado da Rede de Saúde. A terapeuta Ocupacional, com formação evidente dentro do modelo de Base da CIF, pode ser um ator fundamental na implementação da CIF na AB. A imersão nos dados e a aproximação junto às terapeutas ocupacionais de diferentes regionais da cidade confirmou a apropriação dos terapeutas ocupacionais acerca do modelo biopsicossocial e apontou caminhos para um processo de implementação da CIF supostamente mais eficiente.

A presente dissertação é coerente com a linha de pesquisa "Ocupação, cuidado e Funcionalidade", que possui, dentre seus objetivos, aplicabilidade de abordagens de cuidado para a melhoria da funcionalidade e participação dos indivíduos em diferentes contextos. A realização deste estudo possibilitou a maior aproximação e compreensão da percepção das terapeutas ocupacionais da atenção básica acerca de um modelo de funcionalidade preconizado pela OMS, de uso universal. Aqui, utiliza-se "as terapeutas ocupacionais" no feminino uma vez que apenas mulheres participaram da pesquisa.

É importante ressaltar que no início do percurso, existiu a proposta da utilização do método Q, que utiliza de métodos mistos em seis fases sistematizadas, para identificar pontos de vista circulantes entre os docentes dos cursos de graduação de Terapia Ocupacional acerca da CIF. No entanto, o número mínimo de participantes exigidos para garantir seus pressupostos não foi alcançado, o que impossibilitou a utilização dos dados coletados e analisados. Embora não constem neste volume, todos os passos para o desenvolvimento do método foram realizados, com a oportunidade de desenvolvimento do trabalho de forma interprofissional, em parceria com dois alunos de um segundo programa de pós-graduação, sendo um deles médico e a outra fisioterapeuta. Além disso, o baixo número de docentes alcançados pelo objetivo inicial deste estudo traz a reflexão de que a CIF tem sido realmente contemplada na formação do terapeuta ocupacional na graduação ou não, o que pode ser investigado em estudos futuros.

O percurso percorrido possibilitou ainda o aprendizado, na prática, de métodos qualitativos e quantitativos, como a análise de conteúdo e análise de regressão múltipla, obtendo como produto dois artigos inéditos. A orientação e a coorientação por duas fisioterapeutas em um estudo específico da Terapia Ocupacional foi um desafio, mas também uma oportunidade de aprendizado e trocas no que diz respeito à compreensão de modelos e termos das duas profissões.

REFERÊNCIAS

- American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain et process. **The American Journal of Occupational Therapy**, August 2020, Vol. 74, Suppl. 2
- ANDRADE, L. E. L. D., Oliveira, N. P. D. D., Ruaro, J. A., Barbosa, I. R., & Dantas, D. D. S. Avaliação do nível de conhecimento e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Saúde em Debate**, n. 41, p. 812-823, 2017.
- ARAÚJO, E.S. O uso da CIF no SUS: a experiência no município de Barueri/SP. **Revista Científica CIF Brasil**, 2014; 1(1):10-17.
- ARAÚJO, L.B.de *et al.* Caracterização do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças até três anos: o modelo da CIF no contexto do NASF. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, p. 538-557, 2018.
- ARAÚJO, E. S., & BUCHALLA, C. M. O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em inquiridos de saúde: uma reflexão sobre limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2015; 18, 720-724.
- ARAÚJO, E. S., & NEVES, S. F. P. CIF ou CIAP: o que falta classificar na atenção básica?. **Acta Fisiatr**. 2014;21(1):46-48
- BANDURA, A. . Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Journal Behaviour Research and Therapy**, 1, 130-161. 1978. doi: 10.1016/0146-6402(78)90002-4
- BARBOSA, S. D; SALAZAR, F. V; BELTRÁN, J. El modelo médico como generador de discapacidad. **Revista Latinoamericana de Bioética**, v. 19, 2019.
- BIZ, M.C.P. Oficinas sobre a incorporação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde, CIF/OMS, no sistema de informação em saúde: a resolução 452/12 do conselho nacional de saúde como norteadora da discussão. **Revista CIF Brasil**, v. 6, n. 6, p. 43-51, 2016.
- BIZ, M. C. P.; CHUN, R. Y. S. Operacionalização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF, em um Centro Especializado em Reabilitação. In **CoDAS** (Vol. 32). Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.2019
- BOLLELA, V. R.; BORGES, M. C.; TRONCON, L. E. A. Avaliação somativa de habilidades cognitivas: experiência envolvendo boas práticas para a elaboração de testes de múltipla escolha e a composição de exames. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 4, p. 74-85, 2018.
- BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, acessado em 28/07/2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução do CNE/CES, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Diário Oficial da União, Brasília; 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES062002.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (**Cadernos de Atenção Básica**, n. 27, série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Resolução CNS no 452, de 10 de maio de 2012. Resolve que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar. Brasília; 2012.

BROWN, S. R. **A Primer on Q methodology. Operant Subjectivity**, v. 16, n.3-4, p.91-138, 1993.

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

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986; Brasília. **Anais**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. 429 p.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução nº 370/09. Dispõe sobre a adoção da classificação de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) da organização mundial de saúde por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3133>. Acesso em 17 Ago. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 452 de 10 de maio de 2012. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.htm. Acesso em 17 Ago. 2020.

CRUZ, D. M. C. Os modelos de Terapia Ocupacional e as possibilidades para a prática e pesquisa no Brasil. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.** Rio de Janeiro. 2018. v.2(3): 504-517.

DANTAS, D.S.*et al.* Biopsychosocial model in health care: reflections in the production of functioning and disability data. **Fisioterapia em movimento**,v.33, 2020.

FARRELL, J.*et al.* A survey of occupational therapists in Canada about their knowledge and use of the ICF. **Can J Occup Ther.** 2007;74 Spec.Nº:221-232.

FERREIRA, F.R. *et al.* Aging and urbanization: the neighborhood perception and functional performance of elderly persons in Belo Horizonte Metropolitan Area—Brazil. **Journal of urban health**, v. 87, n. 1, p. 54-66, 2010.

GARBELLINI *et al.* Unpacking the application of Q methodology for use in occupational therapy research. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**. 2020. DOI: 10.1080/11038128.2019.1709542

KIELHOFNER, G. (1995). **A model of human occupation — Theory and application**. Baltimore: Williams & Wilkins.

MARTÍNEZ, I. M. M.; SORIA, M.S. Autoeficácia en el trabajo: el poder de creer que tú puedes. **Estudios Financieros**, v. 279, p. 175-202, 2006. Disponível em: <<http://www.wont.uji.es/wont/downloads/articulos/nacionales/2006MARTINEZ06AN.pdf>>.

MCKENZIE, J. *et al.* A case for the use of Q-methodology in disability research: lessons learned from a training workshop. **Disabil Rehabil.** 2011;33(21-22):2134-41.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, (40), 11-25.2018

MIRANDA, J. M., & SOARES, A. B. H. (2014). Habilidades sociais e autoeficácia de médicos e enfermeiros: um estudo comparativo. **Revista de Ciências Humanas**, 48(1), 138-153. 2014.

OLIVEIRA, J. C. D., PENIDO, C. M. F., FRANCO, A. C. R., SANTOS, T. L. A. D., & SILVA, B. A. W. Especificidades do grupo focal on-line: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27, 1813-1826. 2022

Organização Mundial da Saúde- OMS. Carta da Organização Mundial de Saúde, 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. [Coordenação da tradução de Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: EdUSP, 2003. 325p.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Genebra, 2013.

PADILHA, A. P; NAZAR, T.C.G.; PANSERA, A.C.. Autoeficácia e Habilidades Sociais em Profissionais do SUAS. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, v. 11, n. 2, p. 108-120, 2022.

PEDUZZI, Marina *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.

PERNAMBUCO, A. P.; LANA, R.C.; POLESE, J. C. Knowledge and use of the ICF in clinical practice by physiotherapists and occupational therapists of Minas Gerais. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 25, n. 2, p. 134-142, 2018.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. 184p.

POLATAJKO, H. J.; TOWNSEND, E. A.; CRAIK, J. Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). In: Townsend, E. A.; Polatajko, H. J. (Orgs) **Enabling Occupation II: advancing an occupational therapy vision of health, well-being, & justice through occupation**. Ottawa:2007. CAOT Publications ACE.

SCHRAMM, J.M.A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 897-908, 2004.

SCHOLTEN, I.; ROSS, K; BICKFORD, J. 'A way to think of the client holistically': Factors influencing students' ICF regard and uptake. **MedEdPublish**, v. 1, 2019.

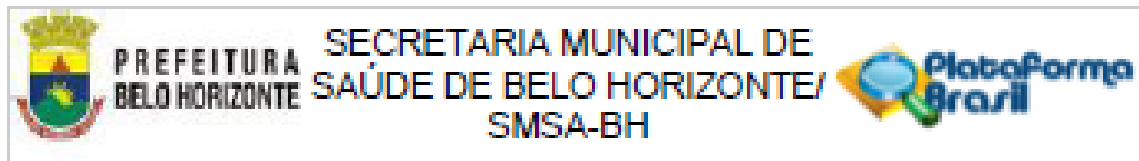
STAMM, T. A., CIEZA, A., MACHOLD, K., SMOLEN, J. S., & STUCKI, G. (2006). Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Australian Occupational Therapy Journal**, 53(1), 9-17.

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. Definition of Occupational Therapy from Member Organisations, 2012. Recuperado em 28 de abril de 2023, de [file:///C:/Users/usuario/Downloads/Definitions-of-Occupational-Therapy-from-Member-Organisations-LINKS-Update-11022020%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/Definitions-of-Occupational-Therapy-from-Member-Organisations-LINKS-Update-11022020%20(1).pdf)

World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health, resolution WHA 54.21. Geneva: WHO; 2001.

ANEXOS

Anexo 1 - Parecer Comitê de Ética e Pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Pontos de vista sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Pesquisador: Daniela Virginia Vaz

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 44526721.2.3001.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

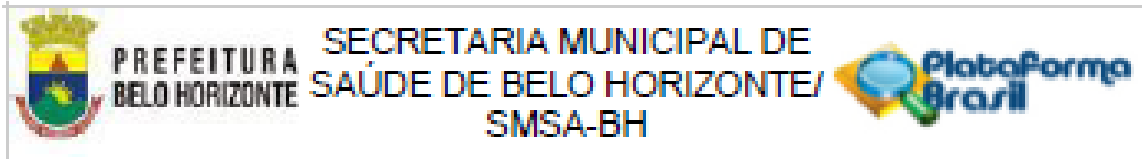
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.501.851

Apresentação do Projeto:

A Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e publicada em 2001 (OMS, 2001), ganhou considerável influência global, e vem sendo utilizada na formulação de políticas, pesquisa, educação e prática clínica. Por determinação do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), a CIF é utilizada no Sistema Único de Saúde Brasileiro como uma ferramenta clínica para avaliar as necessidades de saúde e orientar as escolhas de intervenção, e como uma ferramenta de ensino para aumentar o conhecimento sobre funcionalidade e incapacidade e promover mudanças sociais. A CIF contribui para uma mudança de paradigma no que diz respeito à compreensão da funcionalidade e da deficiência. Historicamente, o entendimento da deficiência era centrado em explicações biomédicas: pensava-se em deficiência como algo que decorria de uma característica corporal negativa - um déficit, lesão ou disfunção. Assim, todas as experiências negativas da deficiência podiam ser causalmente atribuídas aos impedimentos corporais do indivíduo, e serem vistas como uma tragédia pessoal que o indivíduo deveria superar com assistência curativa e reabilitadora. Este modelo de deficiência foi denominado 'modelo médico' (BARNES, 2003). Em oposição ao modelo médico, há mais de 40 anos, ativistas e teóricos da deficiência têm argumentado que não há causalidade necessária entre impedimentos corporais e deficiência (DINIZ, 2003; MORRIS, 2001); que a desigualdade pela deficiência não é consequência natural e inevitável das características corporais (UPIAS, 1977). A

Endereço: Rua Frederico Brocher Júnior, 10307 andaraia 02
 Bairro: Pedro Euzébio CEP: 30.130-007
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: cep@pbh.gov.br



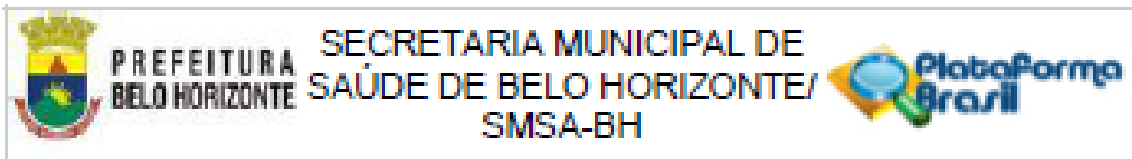
Continuação do Parecer 5.501.051

deficiência é, ao contrário, uma consequência de práticas sociais que produzem exclusão social. Assim, as diferenças corporais não são necessariamente para as pessoas com deficiência, enquanto as estruturas sociais certamente o são. Na CIF, funcionalidade e deficiência são o resultado de uma interação complexa entre a condição de saúde individual e seus fatores contextuais que incluem, fatores pessoais e fatores ambientais, estes representam as circunstâncias em que uma pessoa vive (OMS, 2001). Do ponto de vista de autores ligados aos estudos e movimentos sociais das pessoas com deficiência, a CIF tem sido alvo de duras críticas por não permitir a identificação e detalhamento de fatores sociais amplos e estruturais pertinentes para a gênese das deficiências (HAMMELL, 2006), tanto quanto o faz para atributos individuais. Segundo estes críticos, a CIF seria apenas mais um instrumento de classificação de alguns corpos como anormais (HAMMELL, 2006). Diante da

grande importância da CIF, e em face das ambiguidades de sua interpretação e das críticas que recebe, é necessário caracterizar os principais pontos de vista circulantes a seu respeito e a respeito dos conceitos de deficiência e funcionalidade. Esta identificação permitirá subsidiar propostas para a revisão e aprofundamento da CIF, e também elaborar estratégias educativas que deem suporte à mudança de paradigma para a compreensão de funcionalidade pretendida pela OMS.

Este projeto prevê vários estudos exploratórios dos pontos de vista sobre a CIF, utilizando a metodologia Q, na qual os participantes expressam suas opiniões e perspectivas através da classificação de declarações relacionadas ao tema em questão. Neste projeto, serão elaborados Q-sets sobre deficiência e sobre a CIF e escolhidos participantes cuja atuação profissional é relevante para a produção e disseminação de discursos e interpretações de saúde e funcionalidade segundo a CIF, incluindo professores dos cursos superiores de saúde, especialistas, estudiosos e pesquisadores da temática da funcionalidade, profissionais de saúde e áreas afins, além de atores de movimentos sociais e agentes públicos ligados a elaboração de políticas de saúde e deficiência, tanto no Brasil quanto no exterior (os Q-sets estarão disponíveis em português e inglês). O Q-set poderá ser apresentado a cada participante presencialmente, por correio ou por plataforma eletrônica específica. As entrevistas também poderão ser realizadas presencialmente ou por plataformas de comunicação virtual. Participantes: Amostra proposital, selecionada por método bola de neve, de professores de cursos superiores de saúde, especialistas, estudiosos e pesquisadores da temática da funcionalidade, estudantes e profissionais de saúde e áreas afins, além de atores de movimentos sociais e agentes públicos ligados a

Endereço: Rua Frederico Bacher Júnior, 10337ª andar/sala 02
 Bairro: Padre Euzébio CEP: 30.130-007
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-8309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.501.001

elaboração de políticas de saúde e deficiência. Procedimentos: Os participantes serão contatados pelos pesquisadores e após confirmarem seu interesse em participar da pesquisa receberão, por correio ou via eletrônica, um termo de consentimento (Anexo I) e o conjunto de afirmativas (Q-set) para ranqueamento de acordo com o grau de

concordância. Após o término da tarefa o participante fará uma pequena entrevista com o pesquisador, pelo telefone ou outro meio eletrônico, sobre o seu processo de decisão e Experiências pessoais com a temática. O conjunto de frases ranqueadas e o termo de consentimento assinado serão devolvidos ao pesquisador para análise

Objetivo da Pesquisa:

Identificar pontos de vista sobre deficiência e a CIF de agentes produtores e multiplicadores de discursos sobre funcionalidade e deficiência, quais sejam: professores de cursos superiores de saúde, especialistas, estudiosos e pesquisadores da temática da funcionalidade, profissionais de saúde e áreas afins, além de atores de movimentos sociais e agentes públicos ligados a elaboração de políticas de saúde e deficiência, através da Metodologia Q.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Há riscos mínimos para os participantes, como o possível cansaço mental durante a classificação das frases ou entrevista. Para contornar este risco, a tarefa de classificação poderá ser completada em múltiplas sessões com duração definida pelo próprio participante. A anonimidade de todos os participantes será mantida pelo uso de códigos, invés de nomes, para sua identificação em todas as fases da pesquisa. Nenhum dado pessoal será divulgado em produções decorrentes da pesquisa.

Benefícios: Não há benefícios diretos para os participantes. Os resultados dos estudos poderão ser do interesse de todos os participantes, no entanto, uma vez que eles estão engajados com promoção, desenvolvimento, divulgação e implementação prática do modelo biopsicossocial de saúde e da CIF.

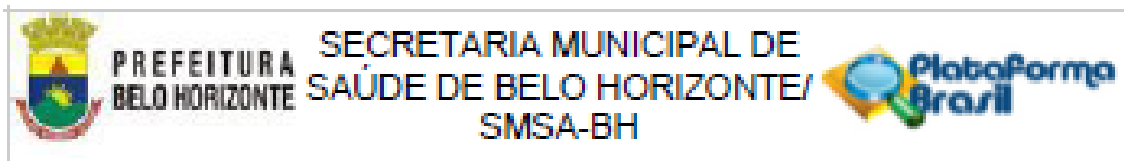
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante, que pode contribuir para a identificação dos diferentes discursos e percepções sobre a CIF e sobre os conceitos de funcionalidade e deficiência, subsidiando, assim, propostas para sua revisão e aprofundamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos obrigatórios foram apresentados. E todas as Pendências apontadas no Parecer Consubstanciado de nº 5.488.622 foram respondidas e anexados os seguintes documentos em

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 1030ª andar/sala 02
 Bairro: Pedro Eustáquio CEP: 30.130-007
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5209 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.501.051

30/06/22 :

INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1891026_pd_projeto_com_inclusao_de_pendencias_cepSMSA_PBH.docx,TCLE_corrigido.pdf,carta_resposta.pdf

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e tendo o projeto cumprido os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto "Pontos de vista sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)".

Considerações Finais a critério do CEP:

- Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

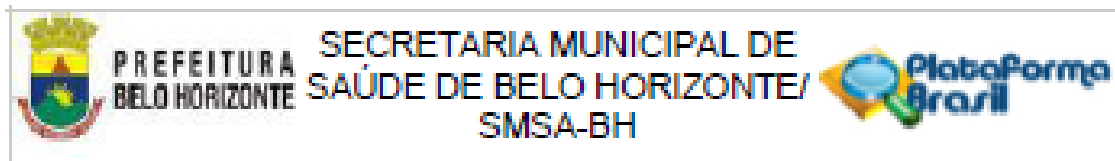
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP Coordenador, através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

- Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço:	Rua Frederico Brocher Júnior, 10217ª andar/sala 02
Bairro:	Padre Eustáquio CEP: 30.130-007
UF:	MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone:	(31)3277-6309 E-mail: coop@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.501.821

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1891026.pdf	30/06/2022 15:01:24		Aceito
Outros	projeto_com_inclusao_de_pendencias_c epSMSA_PBH.docx	30/06/2022 14:59:29	Daniela Virginia Vaz	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TGLE_corrigido.pdf	30/06/2022 14:52:12	Daniela Virginia Vaz	Aceito
Outros	carta_resposta.pdf	30/06/2022 14:50:30	Daniela Virginia Vaz	Aceito
Outros	Esclarecimento_de_divergencia.docx	18/05/2022 11:58:09	Daniela Virginia Vaz	Aceito
Outros	Justificativa_da_emenda.pdf	18/12/2021 13:08:41	MARIANA PEREIRA VELOSO	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TGLEs.docx	15/03/2021 12:28:08	Daniela Virginia Vaz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Estudios_Q.docx	10/03/2021 15:07:35	Daniela Virginia Vaz	Aceito
Outros	Aprovacao_camara.pdf	09/03/2021 15:19:31	Daniela Virginia Vaz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 30 de Junho de 2022

Assinado por:

SANDRA CRISTINA PAULUCCI CAVALCANTI DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Frederico Brocher Júnior, 10307 andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.130-007
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-8308 E-mail: coep@pbh.gov.br

Anexo 2 - Termo de anuência institucional - SMSA/PBH



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa 'A FORMAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL NA PERSPECTIVA DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) GARANTE A CONCRETIZAÇÃO DO MODELO INTEGRATIVO DE ABORDAGEM EM SAÚDE NO CONTEXTO DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA (AB)? UMA REFLEXÃO A PARTIR DO ENSINO E DA PRÁTICA CLÍNICA', sob a responsabilidade da pesquisadora Daniela Virgínia Vaz, CPF 044.180.746-19, cujo objetivo é 'conhecer as concepções e conhecimentos de Terapeutas Ocupacionais, docentes e profissionais da AB, sobre o modelo biopsicossocial proposto pela OMS (CIF) e autorizamos que este estudo seja executado nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada à Assessoria de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 11 de novembro de 2021

Fabiana Ribeiro Silva
BM 76.874-3
Gerência de Atenção Primária à Saúde
Diretoria de Assistência à Saúde/SMSA

Fabiana Ribeiro da Silva
Gerência de Atenção Primária à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

HRMSA/PB/SMSA -
Assessoria de Educação em Saúde
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Cláudia Fidelis Barcare
Assessoria de Educação em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

APÊNDICES

Apêndice A - Questionário etapa 1- conhecimento acerca da CIF, autoeficácia geral e autoeficácia para uso da CIF

PESQUISA: Pontos de vista sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

CIF

Gostaríamos de contar com você para o preenchimento deste formulário.

Nosso objetivo é verificar o conhecimento e a autoeficácia na utilização da **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)** pelo conjunto dos profissionais de Terapia Ocupacional vinculados à Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). Sua participação é muito importante para auxiliar no levantamento de dados sobre o conhecimento e uso da CIF na atuação profissional e discutir possíveis estratégias de capacitação para uso dela.

Este formulário não é uma avaliação pessoal de desempenho. Procure escolher as respostas de acordo com a sua realidade.

A seguir, será disponível o **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**. Por favor, leia, e, se desejar participar, indique sua concordância ao final do texto.

[Clique aqui para ir ao questionário.](#)

1. Por favor, confirme seu e-mail: *

2. Qual o seu nome completo? *

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESCLARECIMENTO

Você será sendo convidado para participar de um projeto de pesquisa que tem como objetivo levantar as opiniões mais comuns sobre Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Este é um projeto de pesquisa desenvolvido pela Faculdade de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

DESCRIÇÃO DOS TESTES A SEREM REALIZADOS: Você será solicitado a preencher um formulário eletrônico com dados sociodemográficos e um conjunto de afirmativas para classificar de acordo com o grau de sua concordância com elas. Caso você aceite participar, você receberá uma cópia deste TCEE assinado pelos pesquisadores em seu e-mail. As frases descrevem diferentes pontos de vista sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). O seu acionamento será garantido, usaremos apenas numéricas para identificação de qualquer dado relacionado ao estudo. Em nenhum momento o seu nome será divulgado. O tempo gasto para classificação das frases é de aproximadamente 15 minutos minutos. Você poderá interromper a tarefa a qualquer momento, de acordo com a sua necessidade sem que este fato acarrete qualquer dano a você.

RISCOS: A participação na pesquisa envolve risco de você sentir cansaço mental ou desconforto com algumas frases que que podem lhe provocar sentimentos ruins. Se isso acontecer, você poderá fazer uma pausa ou não completar a tarefa e desistir da participação, sem qualquer penalidade. No caso de você completar a tarefa online, para minimizar os riscos relacionados à transmissão dos seus dados por meio eletrônico, apenas você e os pesquisadores terão acesso à página online onde será feita a classificação das frases. Após a sua participação, a página online será apagada e as informações serão armazenadas em arquivos computador, guardadas pela pesquisadora responsável na UFMG por cinco anos. Você poderá buscar indenização em caso de danos provenientes da pesquisa.

BENEFÍCIOS: Não há benefício direto para você ao participar desta pesquisa, porém as informações colhidas nos possibilitarão um melhor entendimento acerca da multiplicitude de pontos de vista sobre a CIF, saúde, funcionalidade e deficiência. Resaltamos ainda que não haverá nenhum tipo de remuneração relacionada à sua participação neste projeto.

NATUREZA VOLUNTÁRIA DO ESTUDO/ LIBERDADE PARA SE RETIRAR: A sua participação é voluntária e você tem o direito de se recusar a participar por qualquer razão e a qualquer momento, sem que isso acarrete prejuízos pessoais.

GASTOS FINANCEIROS: A sua participação não acarreta nenhum custo para você.

USO DOS RESULTADOS DA PESQUISA: Os dados obtidos no estudo serão para fins de pesquisa, podendo ser apresentados em congressos e seminários e publicados em artigos científicos, com sua identidade sempre mantida em absoluto sigilo.

Declaro que li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos e procedimentos satisfatoriamente explicados. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima, e tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou ciente de que tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter em relação à pesquisa com a Profª. Daniela Vaz (31) 3409-4763, danielavaz@gmail.com, ou com a Profª. Fabiana Ferreira (31) 3409-4763, fabianenf@hotmail.com

Este documento será assinado em duas vias, permanecendo uma versão com o participante e a outra com o pesquisado, sendo a primeira, devolvida ao participante após assinatura dos pesquisadores.

O COEP pode ser acionado a qualquer momento para esclarecimento de dúvidas éticas relacionadas a esta pesquisa. Comitê de Ética em Pesquisas (COEP) / UFMG: Av. Presidente Antônio Carlos, 6427 – Unidade Administrativa II - 2ª andar – Sala 3005. CEP: 31270-901 – BH – MG Telefone: (31) 3409-4592 E-mail: coep@cpq.ufmg.br
Comitê de Ética em Pesquisas (SEMÉ-EPH): Rua Frederico Bacher Junior, 100/3 3ª andar/ sala 03- Bairro Pedro Gastão. CEP: 30.130-007 – BH -MG Tel. (31) 3273-5309. Email: coep@pbh.gov.br

3. Você concorda em participar da pesquisa? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, li e concordo em participar da pesquisa.
- Não, li e não concordo em participar da pesquisa.

4. Escreva abaixo as três primeiras letras do nome da sua mãe (em minúsculas) e o número da sua casa, sem espaços (exemplo:mam150) *

Questionário sócio demográfico e informações gerais

Seus dados serão sempre mantidos em anonimato.

5. Qual sua data de nascimento? *

6. Qual a sua idade em anos? *

7. Qual seu gênero? *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino
- outro
- Prefiro não dizer

8. Em que ano você se formou? *

9. Em qual universidade você se formou? *

10. Qual seu grau máximo de titulação? *

Marque todos que se aplicam.

- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Pós Doutorado

11. Caso você tenha realizado algum tipo de pós graduação, cite em qual área (caso seja mais de uma área, por favor, cite todas). *

12. Qual o seu vínculo com a PDI? *

Marcar apenas uma oval.

- Estatutário
- Contrato

13. Há quanto tempo você tem vínculo com a PDI? *

14. Em qual destes serviços você atua? *

Marque todas que se aplicam.

- no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)
 na Equipe complementar de Saúde Mental da Criança e Adolescente
 no Centro de Reabilitação (CREAB)
 Outro: _____

15. Há quanto tempo você atua neste serviço? *

16. Em qual (is) centro de saúde / regional (is) de Belo Horizonte você atua? *

17. Você conhece o modelo de funcionalidade e incapacidade da CIF? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

Auto eficácia

Aqui iremos solicitar informações acerca da sua auto eficácia geral e a auto eficácia no uso da CIF. Marque a opção que julgar mais adequada, sendo 1 discordo totalmente e 5 concordo totalmente.

18. Mesmo quando as coisas estão difíceis eu consigo desempenhos muito bons. *

Marcar apenas uma oval.

discordo totalmente

1

2

3

4

5

concordo totalmente

19. Eu vou ser capaz de superar com êxito muitos desafios. *

Marcar apenas uma oval.

discordo totalmente

1

2

3

4

5

concordo totalmente

20. Eu acredito que posso realizar de forma eficaz muitas tarefas diferentes. *

Marcar apenas uma oval.

discordo totalmente

1

2

3

4

5

concordo totalmente

21. Em geral, eu acho que posso obter os resultados que são importantes para mim. *

Marcar apenas uma oval.

discordo totalmente

1

2

3

4

5

concordo totalmente

22. Quando me deparo com tarefas difíceis tenho certeza de que vou realizá-las. ⁺

Marcar apenas uma oval.

discordo totalmente

1

2

3

4

5

concordo totalmente

23. Em comparação com outras pessoas eu posso fazer a maioria das tarefas muito bem. ⁺

Marcar apenas uma oval.

discordo totalmente

1

2

3

4

5

concordo totalmente

24. Sinto que meu conhecimento sobre a CIF é suficiente para aplicá-la no meu processo de trabalho. ⁺

Marcar apenas uma oval.

discordo totalmente

1

2

3

4

5

concordo totalmente

25. Sinto-me capaz de explicar a um colega o modelo teórico de funcionalidade/incapacidade proposto pela CIF. *

Marcar apenas uma vez!

discordo totalmente

1

2

3

4

5

concordo totalmente

26. Sinto-me capaz de obter e compartilhar informações sobre o usuário considerando questões de estrutura e função do corpo, atividade e participação, e o contexto do indivíduo. *

Marcar apenas uma vez!

discordo totalmente

1

2

3

4

5

concordo totalmente

27. Sinto-me capaz de organizar meu raciocínio clínico a partir do modelo da CIF para pessoas em qualquer fase do ciclo da vida. *

Marcar apenas uma vez!

discordo totalmente

1

2

3

4

5

concordo totalmente

28. Sinto-me capaz de classificar e qualificar a funcionalidade/incapacidade dos usuários utilizando a CIF. *

Mover apenas uma vez!

discordo totalmente

1

2

3

4

5

concordo totalmente

29. Sinto-me capaz de utilizar os códigos da CIF para registrar informações no prontuário. *

Mover apenas uma vez!

discordo totalmente

1

2

3

4

5

concordo totalmente

30. Sinto-me confiante para propor um plano terapêutico consistente com a CIF. *

Mover apenas uma vez!

discordo totalmente

1

2

3

4

5

concordo totalmente

31. Sinto-me capaz de avaliar a necessidade de atuação de outros profissionais nos casos dos usuários a partir do modelo da CIF. *

Marcar apenas uma oval.

discordo totalmente

1

2

3

4

5

concordo totalmente

Percepção sobre a importância e aplicação da CIF no trabalho

32. Você estudou sobre a CIF na graduação? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

33. Você fez alguma formação / atualização adicional em CIF? Onde? *

34. Você teve oportunidade de aprender sobre: *

Marque todas que se aplicam.

Modelo teórico da CIF

Utilização da CIF na prática clínica

Utilização dos componentes estruturais e terminologia da CIF

Utilização do sistema de codificação da CIF

Outros: _____

35. Você utiliza o modelo da CIF na sua prática? *

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

Raramente

36. Se voce utiliza, de qual forma utiliza? *

Marque todas que se aplicam.

Como embasamento teórico para o raciocínio clínico

Como embasamento teórico para evolução em prontuário e elaboração de relatórios

Como instrumento para dados estatísticos

Como embasamento teórico para elaboração de Projetos de Saúde Pública

Pesquisa

Não utiliza

Outros: _____

37. Se você não utiliza a CIF atualmente, identifique o(s) motivo(s) *

Marque todas que se aplicam.

- Já utilizo
- Conhecimento insuficiente/teco muito complicado
- Dificuldade de operacionalização
- Falta de ferramenta para aplicação
- Falta de tempo
- Considero-a pouco relevante para seu trabalho
- A utilização da CIF impõe uma demanda excessiva
- Há um distanciamento entre a CIF e a prática clínica
- Outro: _____

38. Para você a CIF é necessária na sua prática profissional?*

Marque apenas uma oval.

- Sim
- Não

39. Seu local de trabalho apoia o uso da CIF na prática clínica? *

Marque apenas uma oval.

- Sim
- Não

Conhecimento sobre a CIF

Nesta seção, apresentamos algumas perguntas específicas sobre a CIF, a fim de verificar quais pontos da CIF os profissionais tem maior conhecimento e identificar aqueles que necessitam maior capacitação. Por favor, responda de acordo com seu conhecimento.

40. A CIF tem por objetivos, EXCETO: *

Marque apenas uma oval.

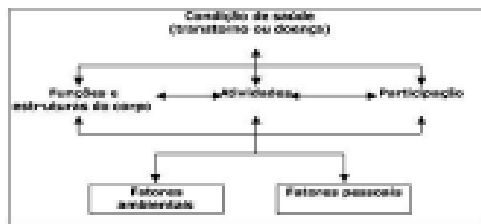
- Proporcionar um esquema de codificação para Sistemas de Informações de Saúde.
- Estabelecer uma linguagem comum para a descrição de saúde e dos estados relacionados a ela.
- Proporcionar uma base científica para compreensão e estudo da saúde e dos estados relacionados a ela, de resultados e determinantes.
- Classificar a condição de saúde do indivíduo e seus determinantes, fornecendo o diagnóstico de doenças, distúrbios ou outras condições de saúde.

41. Considerando os componentes da CIF, marque a alternativa INCORRETA: *

Marque apenas uma oval.

- Uma criança que nasce com polidactilia e bríquia com outras crianças sem ser excluída, possui uma deficiência de estrutura que não interfere na função de mão e não possui limitações de capacidade e de desempenho.
- Uma criança com diabetes numa festa infantil onde não há alimentos sem açúcar tem uma deficiência de função que interfere na capacidade de comer.
- Uma criança com visão intelectual pode enfrentar muitas desvantagens num ambiente em que as expectativas sejam altas para a população em geral. Essa criança possui uma deficiência de função que interfere na capacidade e no desempenho.
- Uma criança com tetraplegia estuda em uma escola que possui adaptações e utiliza softwares reconhecimento de voz que substitui o caderno possui uma deficiência de estrutura que interfere na capacidade e não interfere no desempenho.

42. Considerando o diagrama abaixo que representa as interações entre os componentes da CIF, é **INCORRETO** afirmar: *



Marcar apenas uma oval.

- O Modelo de Funcionalidade e incapacidade é aplicável a qualquer pessoa e não somente a pessoas com incapacidade.
- Alteração em um dos componentes do modelo repercutirá na redução na participação.
- Interações em um dos componentes da CIF têm potencial de modificar um ou mais dos outros componentes.
- No Modelo de Funcionalidade e incapacidade, são componentes de funcionalidade: funções e estruturas do corpo, atividade e participação.

43. Considerando os componentes da CIF, marque a alternativa **INCORRETA**: *

Marcar apenas uma oval.

- A classificação dos fatores pessoais é descrita no componente funções do corpo.
- Deficiência, limitação, restrição e barreira são aspectos negativos da classificação.
- Na classificação dos fatores contextuais, podemos qualificar apenas os fatores ambientais.
- Estruturas do corpo, funções do corpo, atividade, participação, fatores ambientais e fatores pessoais são componentes da CIF.

44. Considerando a avaliação de um paciente a partir do modelo da CIF, marque a alternativa **INCORRETA**: *

Marcar apenas uma oval.

- Segundo a CIF, o paciente precisa ser avaliado por mais de um profissional, pois cada profissional avalia uma área específica da funcionalidade.
- A análise dos fatores contextuais previstos na CIF pode indicar a necessidade do compartilhamento do caso com um novo profissional, seja qual for a condição de saúde diagnosticada.
- Com base na CIF, a equipe pode identificar o papel de cada membro e sugerir que profissional assumirá a liderança no processo terapêutico em cada aspecto da funcionalidade.
- A CIF permite que todos os membros da equipe julguem a extensão dos problemas, facilitadores ou barreiras, mesmo em áreas de funcionalidade em que não são especialistas.

45. Todos os relacionamentos abaixo são condizentes com o modelo de funcionalidade da CIF, **EXCETO**: *

Marcar apenas uma oval.

- Para a CIF, funcionalidade ou incapacidade não são atributos definitivos ou estáticos do indivíduo, mas situações dinâmicas e mutáveis vividas pela pessoa.
- De acordo com o modelo de funcionalidade da CIF, as restrições de participação podem não ser causadas diretamente por deficiências de estruturas e funções corporais ou por limitações de atividades.
- De acordo com a CIF, restrições de participação podem causar alterações em funções e estruturas do corpo e, assim, criar uma relação causal de mão dupla.
- Para reduzir a incapacidade, o modelo da CIF indica que as intervenções no nível individual são mais importantes que intervenções nos fatores ambientais.

46. Em relação ao código b7302.3, marque a alternativa **INCORRETA**: *

Marcar apenas uma oval.

- A letra b indica que é um código relacionado à Função do Corpo.
- O algarismo após a letra indica que o código está no capítulo 7.
- Este código é considerado de terceiro nível.
- O qualificador após o ponto indica desempenho realizado com dificuldade moderada.
- Opção 5
- Opção 6
- Opção 7
- Opção 8

47. Sr. José, com diagnóstico de Ataque Isquêmico Transitório (AIT) não apresenta dificuldade para vestir-se. No que se refere ao código indicado para descrever o Sr. José neste aspecto da funcionalidade, marque abaixo a alternativa **INCORRETA**:

Marcar apenas uma oval.

- Como é uma atividade, o código inicial com a letra a.
- Por não apresentar dificuldade para vestir-se, o qualificador deve ser zero.
- Se não nos fosse informado o nível de dificuldade do Sr. José para vestir-se, poderíamos utilizar o qualificador 1.
- É possível atribuir um segundo qualificador ao código proposto.
- Opção 5
- Opção 6
- Opção 7

Considerações finais

48. Qual é o seu telefone de contato (com DDD)? *

49. Como deseja que entremos em contato? *

Marcar apenas uma oval.

- E-mail
- mensagem de whatsapp
- ligação telefônica

50. Para melhor compreensão da temática proposta, pretendemos organizar uma conversa em grupo de forma online. Você teria disponibilidade para participar? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

51. Qual seria o melhor dia e horário para contarmos com sua participação? (exemplo: segunda manhã) *

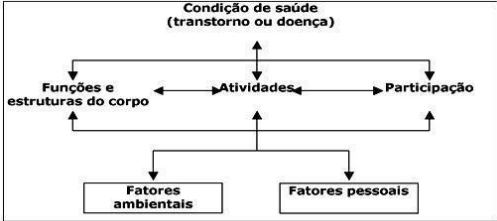
52. Você teve dúvidas em alguma questão? Gostaria de descrever para que possamos aprimorar este formulário? *

53. Este espaço está reservado para que possa colocar suas observações de forma livre.

Por favor submeta suas respostas clicando no botão abaixo. Agradecemos imensamente sua participação!

Uma cópia das suas respostas será enviada para o endereço de e-mail fornecido.

Apêndice B - Tabela correlação entre conhecimento sobre CIF e autoeficácia para uso da CIF

Itens de autoeficácia para uso da CIF	Questões de conhecimento sobre a CIF
1) Sinto que meu conhecimento sobre a CIF é suficiente para aplicá-la no meu processo de trabalho.	<p>1) A CIF tem por objetivos, EXCETO:</p> <p>A) Proporcionar um esquema de codificação para Sistemas de Informações de Saúde.</p> <p>B) Estabelecer uma linguagem comum para a descrição de saúde e dos estados relacionados a ela.</p> <p>C) Proporcionar uma base científica para compreensão e estudo da saúde e dos estados relacionados a ela, de resultados e determinantes.</p> <p>D) Classificar a condição de saúde do indivíduo e seus determinantes, fornecendo o diagnóstico de doenças, distúrbios ou outras condições de saúde.</p>
2) Sinto-me confiante para propor um plano terapêutico consistente com a CIF.	<p>2) Considerando os componentes da CIF, marque a alternativa incorreta:</p> <p>A) Uma criança que nasce com polidactilia e brinca com outras crianças sem ser excluída, possui uma deficiência de estrutura que não interfere na função da mão e não possui limitações de capacidade e de desempenho.</p> <p>B) Uma criança com diabetes numa festa infantil onde não há alimentos sem açúcar tem uma deficiência de função que interfere na capacidade de comer.</p> <p>C) Uma criança com atraso intelectual pode enfrentar muitas desvantagens num ambiente em que as expectativas sejam altas para a população em geral. Essa criança possui uma deficiência de função que interfere na capacidade e no desempenho.</p> <p>D) Uma criança com tetraplegia estuda em uma escola que possui adaptações e utiliza softwares reconhecimento de voz que substitui o caderno possui uma deficiência de estrutura que interfere na capacidade e não interfere no desempenho.</p>
3) Sinto-me capaz de explicar a um colega o modelo teórico de funcionalidade/incapacidade proposto pela CIF.	<p>3) O diagrama abaixo representa as interações entre os componentes da CIF:</p>  <p>É INCORRETO afirmar:</p> <p>A) O Modelo de Funcionalidade e Incapacidade</p>

	<p>é aplicável a qualquer pessoa e não somente a pessoas com incapacidade.</p> <p>B) Alteração em um dos componentes do modelo repercutirá na redução na participação.</p> <p>C) Intervenções em um dos componentes da CIF têm potencial de modificar um ou mais dos outros componentes.</p> <p>D) No Modelo de Funcionalidade e Incapacidade, são componentes de funcionalidade: funções e estruturas do corpo, atividade e participação.</p>
<p>4) Sinto-me capaz de obter e compartilhar informações sobre o usuário considerando questões de estrutura e função do corpo, atividade e participação, e o contexto do indivíduo.</p>	<p>4) Considerando os componentes da CIF, marque a alternativa incorreta:</p> <p>A) A classificação dos fatores pessoais é descrita no componente funções do corpo.</p> <p>B) Deficiência, limitação, restrição e barreiras são aspectos negativos da Classificação</p> <p>C) Na classificação dos fatores contextuais, podemos qualificar apenas os fatores ambientais.</p> <p>D) Estruturas do corpo, funções do corpo, atividade, participação, fatores ambientais e fatores pessoais são componentes da CIF.</p>
<p>5) Sinto-me capaz de avaliar a necessidade da atuação de outros profissionais nos casos dos usuários a partir do modelo da CIF.</p>	<p>5) Considerando a avaliação de um paciente a partir do modelo da CIF, marque a alternativa INCORRETA:</p> <p>A) Segundo a CIF, o paciente precisa ser avaliado por mais de um profissional, pois cada profissional avalia uma área específica da funcionalidade</p> <p>B) A análise dos fatores contextuais previstos na CIF pode indicar a necessidade do compartilhamento do caso com um novo profissional, seja qual for a condição de saúde diagnosticada.</p> <p>C) Com base na CIF, a equipe pode identificar o papel de cada membro e sugerir que profissional assumirá a liderança no processo terapêutico em cada aspecto da funcionalidade.</p> <p>D) A CIF permite que todos os membros da equipe julguem a extensão dos problemas, facilitadores ou barreiras, mesmo em áreas de funcionalidade em que não são especialistas.</p>
<p>6) Sinto-me capaz de organizar meu raciocínio clínico a partir do modelo da CIF para pessoas em qualquer fase do ciclo da vida.</p>	<p>6) Todos os raciocínios abaixo são condizentes com o modelo de funcionalidade da CIF, EXCETO:</p> <p>A) Para a CIF, funcionalidade ou incapacidade não são atributos definitivos ou estáticos do indivíduo, mas situações dinâmicas e mutáveis vividas pela pessoa.</p> <p>B) De acordo com o modelo de funcionalidade</p>

	<p>da CIF, as restrições de participação podem não ser causadas diretamente por deficiências de estruturas e funções corporais ou por limitações de atividades.</p> <p>C) De acordo com a CIF, restrições da participação podem causar alterações em funções e estruturas do corpo e, assim, criar uma relação causal de mão dupla.</p> <p>D) Para reduzir a incapacidade, o modelo da CIF indica que as intervenções no nível individual são mais importantes que intervenções nos fatores ambientais.</p>
<p>7) Sinto-me capaz de utilizar os códigos da CIF para registrar informações no prontuário.</p>	<p>7) Em relação ao código b7302.3, marque a alternativa INCORRETA:</p> <p>A) A letra b indica que é um código relacionado à Função do Corpo.</p> <p>B) O algarismo após a letra indica que o código está no capítulo 7.</p> <p>C) Este código é considerado de terceiro nível.</p> <p>D) O qualificador após o ponto indica desempenho realizado com dificuldade moderada.</p>
<p>8) Sinto-me capaz de classificar e qualificar a funcionalidade/incapacidade dos usuários utilizando a CIF.</p>	<p>8) Sr. José, com diagnóstico de Ataque Isquêmico Transitório (AIT) não apresenta dificuldade para vestir-se. No que se refere ao código indicado para descrever o Sr. José neste aspecto da funcionalidade, marque abaixo a alternativa INCORRETA:</p> <p>A) Como é uma atividade, o código iniciará com a letra a.</p> <p>B) Por não apresentar dificuldade para vestir-se, o qualificador deve ser zero.</p> <p>C) Se não nos fosse informado o nível de dificuldade do Sr. José para vestir-se, poderíamos utilizar o qualificador 8.</p> <p>D) É possível atribuir um segundo qualificador ao código proposto.</p>

Apêndice C - Roteiro semi-estruturado para realização do Grupo Focal

Temas /Perguntas	Tempo
<p>Impressões sobre o modelo, a profissão de Terapeuta Ocupacional e o processo de trabalho</p> <p>1) Vocês acham que o modelo assistencial do SUS “conversa” com o modelo teórico da CIF? Em quais aspectos?</p> <p>2) Vocês acham o modelo teórico da CIF “conversa” com a profissão de Terapeuta Ocupacional? Em quais aspectos? O que há de diferente ou semelhante entre o que a CIF propõe e a sua prática?</p> <p>3) Vocês se sentem capazes de utilizar a CIF na rotina do serviço? Como?</p> <p>a) considerando suas agendas de trabalho? b) E considerando a equipe em que estão inseridos?</p> <p>4) Você percebe alguma diferença na familiaridade com o modelo entre as categorias profissionais?</p> <p>5) Como você percebe a motivação de seus pares para a utilização do modelo? Quais são os indícios/acontecimentos que te levam a ter essa percepção?</p> <p>6) Você percebe suporte material e apoio para utilizar a CIF em seu serviço?</p> <p>7) Na sua opinião, o que seria necessário para colocar em prática no seu serviço o modelo da CIF? (teórico e alfanumérico)</p> <p>8) De maneira geral, se tivesse que apontar competências a serem desenvolvidas para melhorar seu desempenho em relação ao uso do modelo, o que seria?</p> <p>9) Qual seria seu ponto forte na atuação com o modelo? <i>Qual seria um ponto forte do seu colega?</i></p> <p>10) Como foi seu primeiro contato com conteúdos da CIF? Qual sua impressão sobre a forma como foram compartilhadas as informações?</p> <p>11) Na sua opinião, qual a maior dificuldade para colocar o modelo em prática?</p>	60’’
<p>Perspectiva de uso no serviço</p> <p>12) Que perspectivas vocês têm em relação à da CIF no sistema de informação do município?</p> <p>13) Como seria a inclusão desse modelo no cotidiano de trabalho de vocês?</p>	10’