

Gláucia Lima Dalboni

**CONCEPÇÕES E ATITUDES DE GRADUANDOS E PROFISSIONAIS DE
FISIOTERAPIA EM RELAÇÃO À DEFICIÊNCIA**

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2021

Gláucia Lima Dalboni

**CONCEPÇÕES E ATITUDES DE GRADUANDOS E PROFISSIONAIS DE
FISIOTERAPIA EM RELAÇÃO À DEFICIÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Linha de Pesquisa: Estudos do Desempenho Motor e Funcional Humano

Orientadora: Prof^a Daniela Virgínia Vaz, Ph.D.

Coorientadora: Prof^a Regiane L.O. Garcêz, Ph.D.

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2021

D137c Dalboni, Gláucia Lima
2021 Concepções atitudes de graduandos e profissionais de fisioterapia em relação à deficiência. [manuscrito] / Gláucia Lima Dalboni – 2021.
73 f., enc.: il.

Orientadora: Daniela Virgínia Vaz
Coorientadora: Regiane Lucas de Oliveira Garcêz

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

Bibliografia: f. 43-51

1. Deficientes – Teses. 2. Fisioterapia – Teses. 3. Reabilitação – Teses. I. Vaz, Daniela Virgínia. II. Garcêz, Regiane Lucas de Oliveira. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. IV. Título.

CDU: 615,851.3

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Danilo Francisco de Souza Lage, CRB 6: nº 3132, da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA GLÁUCIA LIMA DALBONI

Realizou-se, no dia 09 de fevereiro de 2021, às 13:30 horas, online, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *CONCEPÇÕES E ATITUDES DE GRADUANDOS E PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA EM RELAÇÃO À DEFICIÊNCIA*, apresentada por GLÁUCIA LIMA DALBONI, número de registro 2018713382, graduada no curso de FISIOTERAPIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Daniela Virginia Vaz - Orientador (UFMG), Prof(a). Lívia Barbosa Pereira (Universidade de Brasília), Prof(a). Marcella Guimarães Assis (EEFFTO UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 09 de fevereiro de 2021.

Prof(a). Daniela Virginia Vaz (Doutora)

Prof(a). Lívia Barbosa Pereira (Doutora)

Prof(a). Marcella Guimarães Assis (Doutora)

Dedico à minha Mãe e ao meu Pai, que me dão asas, impulsionam meus voos, me sustentam nas quedas e me dão forças para acreditar e continuar.

AGRADECIMENTOS

Não foi uma caminhada fácil, mas foi uma caminhada transformadora com muitos incentivadores e de muito acolhimento. Em primeiro lugar agradeço a minha mãe, Maria, por ser minha maior incentivadora e minha inspiração como mulher, escritora e professora. Não há como agradecer pela sua grandeza nessa jornada, mesmo que eu tente, nunca será suficiente. Você tem a magia de me fazer acreditar no meu potencial. Obrigada por toda sua dedicação. Agradeço ao meu pai, Altayr, que é meu fiel protetor e provedor. Obrigada por ser tão questionador, acolhedor, companheiro, preocupado e o maior realizador de sonhos. O suporte de vocês é fundamental e me permite ir além. Eu amo vocês mais que o infinito e além, vocês são o meu universo.

Nessa trajetória tive grandes incentivadores que foram essenciais para que eu tomasse coragem e encarasse o concurso de mestrado. Agradeço ao Pedro Nicoli por sua generosidade em buscar um projeto perfeito para meu concurso, ao Marcelo Ramos por me questionar e dizer que o meu lugar era no mestrado. Agradeço imensamente ao Prof. Renan Resende pelas longas conversas incentivadoras e inspiradoras, e por me acolher no seu grupo de pesquisa. Obrigada Ronise Lima por ter me convidado para participar de sua pesquisa e me apresentado a Prof.a Rosana Sampaio que foi tão atenciosa e acolhedora. Obrigada, Prof.a Rosana por me inspirar no desenvolvimento de um projeto e me encorajar ao concurso de mestrado e por me incentivar a fazer a matéria de metodologia qualitativa com a Prof.a Marcella Assis. Muito obrigada Prof.a Marcella pelas aulas apaixonantes e inspiradoras, e por ser tão generosa, você me fez apaixonar pela pesquisa qualitativa.

A pesquisa foi muito desafiadora, tivemos alguns contratemplos mas conseguimos, em equipe, superá-los. Sou imensamente grata à minha orientadora, Daniela Vaz, pela minha recepção no mestrado, pela proposta do tema, por ter formado uma belíssima equipe de pesquisa, pela orientação, por ter conseguido lidar com minhas crises de ansiedade e com minhas dificuldades, obrigada pela orientação e constantes feedbacks. Hoje consigo me ver como pesquisadora, obrigada. E obrigada por ter me apresentado pessoas que hoje me são tão queridas e especiais, a Érica, Regiane e Ítalo.

Regiane, minha co-orientadora maravilhosa, acho que tivemos um encontro de alma. Muito obrigada pela primorosa orientação, pelas longas conversas tão produtivas, por olhar meu trabalho com olhos tão brilhantes que quando eu achava que aquilo estava péssimo, você com sua delicadeza me mostrava que estava tudo indo bem, que eu não precisava ter medo de escrever. Obrigada por me apresentar um pouco do mundo da Comunicação, estou encantada. Foi um presente ter você como co-orientadora, muito obrigada pela horizontalidade da orientação e pelo carinho de sempre.

Ítalo, meu querido companheiro nessa aventura da pesquisa, não sei como agradecer a toda sua disponibilidade, paciência e dedicação com essa pesquisa. Muito obrigada por ter sido meu braço direito. Sem você acho que não teria dado conta. Obrigada pela amizade e pelo super mega apoio.

Agradeço à minha grande família, ao meu irmão Glayson por ser só amor e um excelente companheiro de vida, a minha linda Luana pelas nossas trocas cada dia melhores e afetuosas, a Helaine por sermos diferentes porém presentes e por ter me dado a alegria de ser madrinha do Matheus que é meu chamego e minha fonte de energia e alegria, ao Lucca pelo companheirismo, carinho e pelas diversas conversas sobre tudo e pelo super apoio na reta final, ao querido Felipe que me é questionador e tão carinhoso, a minha prima-irmã Elisa que é amiga, terapeuta, confidente e companheira até debaixo d'água, a Nayara minha parceira de vida, profissão e que me engrandece, a minha Benzinha Carol amiga, cunhada, irmã e companheira de viagem e de longas conversas junto com meu cunhado Jean com suas piores piadas que eu amo, ao meu querido cunhado Gustavo que mesmo longe sempre se fez perto, a minha mais amada sogra Maria Cristina que é só amor, acolhimento e cuidado comigo e ao meu querido sogro Zé Maria por ser essa potência de amor e gentileza sempre, eu só preciso lhes dizer que eu amo vocês demais da conta e sem vocês eu não teria meios, nem forças e nem coragem para chegar até aqui, vocês são imprescindíveis na minha vida.

Outras pessoas imprescindíveis e que sem o afeto delas, acolhimento, bons drinks e boas risadas eu não teria tido equilíbrio emocional para concluir este mestrado, são meus eternos amigos universais, Maria Clara, Tayara, Pablo, Marcelo G., Raoni, Pedro Lima, Fábio, Guilherme, Lucas Anjos, Felipe e Isaac, e minhas mais que amadas mulheres, Luciara, Roberta, Mariana, Betânia, Eulália, Fabíola, Ione, Raquel, Silvana, Maria, Carol, Leonora e Cristiana, e meus queridos Alessandra, Carol Hauck e Minucci, vocês são meu refúgio e minha dose diária de afeto e sanidade. Amo cada um de vocês e sou muito sortuda de ter

vocês por perto, muito obrigada. Amo uma infinidade de outros amigos que são presentes e gostaria de pontuar todos, mas o espaço é curto. Sou muito grata a todos que fizeram parte desse processo.

Preciso agradecer a Érica, minha Keka, não sei o que seria de mim nesse mestrado sem você. Você não foi importante somente na escuta, no compartilhamento, no auxílio, você se tornou meu ponto de apoio, um pilar essencial para que tudo isso se concretizasse, obrigada pela delicadeza, pelos estudos, pelo companheirismo e por cada palavra diária. Do mestrado para a vida. Jane, minha crânio, obrigada por ser tão parceira, pelos trabalhos, por estudar comigo para a prova, tentar me explicar a CIF, contribuir para o meu mestrado e por ser minha confidente tão radiante e tão presente. À minha querida Clarissa, obrigada por dividir a vida comigo e ser tão presente em todos os momentos, de angústia e de glória. Obrigada pelo apoio, pelas longas conversas, novelas e séries compartilhadas, e por ter se disponibilizado e contribuído com meu mestrado, amo-te.

Muito obrigada à Maria Luiza Hauck, Nara Hauck, Heloisa Tolentino e Isabela Scalabrini, minhas pacientes, que hoje são grandes amigas, pelas nossas conversas, pelo incentivo, suporte e pela compreensão.

Por último, preciso agradecer ao meu companheiro, namorado e marido. Xandão teus gestos durante este período só me fizeram ter certeza do tamanho da sua generosidade e amor. Muito obrigada por ter cuidado da nossa casa e de mim por todo esse tempo. Obrigada por me dar colo, por me acalmar, por fazer de tudo para me agradar, por prezar pelo meu sono, pela minha individualidade, pela minha alimentação e por saber exatamente o que eu precisava a cada momento. Sem você teria sido insustentável. Amo-te demais, muito obrigada por estar sempre por perto e por me dar forças e tanto amor.

"Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção".

(Paulo Freire)

PREFÁCIO

Essa dissertação foi elaborada no formato tradicional, de acordo com a Resolução 004/2018, de 03 de abril de 2018, do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais, e foi organizada em cinco seções. A primeira seção consiste na introdução com breve revisão bibliográfica do tema, problematização do tema, objetivo e justificativa do estudo. A segunda seção é sobre métodos, constando delineamento do estudo, perfil demográfico dos participantes, os procedimentos utilizados, coleta de dados e análise de dados. A terceira seção consta dos resultados apresentados pela análise de conteúdo. A quarta seção apresenta a discussão e foi organizada em quatro eixos analíticos. A quinta seção é a apresentação da Conclusão dessa dissertação. Por fim, são apresentados os apêndices, anexos e o minicurrículo da autora.

RESUMO

Concepções sobre deficiência embasam escolhas clínicas, assim como emoções, pensamentos e comportamentos de profissionais da saúde em relação aos pacientes com deficiência. Esta pesquisa qualitativa, através de três grupos focais, investigou as atitudes e concepções de deficiência de graduandos iniciantes e concluintes de fisioterapia da UFMG e de fisioterapeutas. As concepções (definições, atribuições causais, soluções e julgamentos morais) de deficiência foram avaliadas segundo os três principais modelos de deficiência expostos por Shakespeare (2006), o modelo médico, o social e o interacionista ou biopsicossocial, enquanto as atitudes foram avaliadas segundo Antonak e Livenh (2000) de acordo com as emoções, pensamentos e comportamentos. O estudo contou com um total de 41 voluntários com idade entre 18 e 40 anos e com proporções equilibradas de homens e mulheres. Os participantes foram selecionados de acordo com o nível de formação e por conveniência. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Autorização de Gravação de Voz. O estudo foi realizado na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Os resultados demonstraram, através do teste qui-quadrado de independência, influência significativa do nível de formação na distribuição de frequências entre as subcategorias de concepções e subcategorias de atitudes. O teste goodness of fit revelou diferenças significativas de frequências entre grupos, exceto em relação às definições e atribuições causais referentes ao modelo médico e social, às soluções interacionistas, aos julgamentos morais negativos e pensamentos positivos e negativos. Os resultados da análise de conteúdo revelaram prevalência de pensamentos negativos referentes à deficiência em todos os grupos, os quais frequentemente foram capacitistas. Em relação às emoções e comportamentos, elas foram majoritariamente negativas entre Iniciantes e Concluintes, enquanto entre Fisioterapeutas as emoções foram equilibradas e os comportamentos majoritariamente positivos. Em relação às definições e atribuições causais em todos os grupos elas foram predominantemente do modelo médico da deficiência, enquanto as soluções foram de caráter interacionista e os julgamentos morais negativos. Este estudo não pode afirmar que a formação em fisioterapia é a principal responsável pelas diferenças e similitudes encontradas. Foi possível encontrar recorrências e distinções entre níveis diferentes de formação. De forma geral, este estudo revelou a necessidade da implementação de estudos da deficiência dentro da formação universitária de fisioterapeutas. É necessário conhecer a história da deficiência, seus modelos explicativos e a luta por direitos das pessoas com deficiência para possibilitar a compreensão das diversas concepções de deficiência, tornando possível uma análise crítica da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e as reflexões sobre barreiras atitudinais.

Palavras-chave: Pessoa com Deficiência. Modelos de Deficiências. Atitudes de Fisioterapeutas. Concepções de Fisioterapeutas. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Formação de Fisioterapeutas.

ABSTRACT

Conceptions about disability support clinical choices, as well as emotions, thoughts, and behaviors of health care professionals in relation to patients with disability. This qualitative research investigated, through three focus groups, the attitudes and conceptions of undergraduates at the beginning and end of the physical therapy program at UFMG and physical therapists. The conceptions (definitions, causal attributions, solutions, and moral judgments) of disability were evaluated according to the three main disability models presented by Shakespeare (2006): the medical model, the social model, and the social-relational, or bio-psycho-social, model; whereas the attitudes were evaluated according to Antonak and Livenh (2000), considering emotions, thoughts, and behaviors. The study included a total of 42 volunteers aged 18 to 40 years old, with a balanced proportion of men and women. The participants were selected according to their level of academic training and by convenience. The participants signed the Informed Consent Form and the Voice Recording Authorization Form. The study was carried out at the School of Physical Education, Physiotherapy and Occupational Therapy in the Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). The results showed, through the chi-square test, a significant influence of the level of training on the distribution of frequencies between the subcategories of conceptions and attitudes. The goodness of fit test revealed significant frequency differences between the groups, except in relation to the definitions and causal attributions regarding the social and medical models, the social-relational solutions, the negative moral judgments, and positive and negative thoughts. The content analysis results showed the prevalence of negative thoughts regarding disability in all focus groups, which were frequently ableist. In relation to emotions and behaviors, they were mostly negative amongst students at the beginning and the end of the program, while amongst physical therapists the emotions were balanced and the behaviors were mostly positive. In relation to definitions and causal attributions, in all groups they were mostly from the medical model of disability, whereas the solutions were of a social-relational character and the moral judgments were negative. This study cannot affirm that training in physical therapy is the main reason for the differences and similarities found. It was possible to find recurrences and distinctions between different levels of training. In general, results of this study are important because they reveal how necessary it is to implement disability studies within the academic training for physical therapists. Physical therapists should know the history of disability, its explanatory models, and the fight of people with disabilities for their rights, in order to increase their understanding and awareness about the many conceptions of disability, so that they can critically analyze the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) reflect more deeply about attitudinal barriers.

Keywords: Person with disability. Disability models. Physical therapists' attitudes. Physical therapists' conceptions. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Physical therapists Training and Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps..14

Figura 2 - International Classification of Functioning, Disability and Health.....15

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados Demográficos dos Participantes.....	20
Tabela 2 – Roteiro do Grupo Focal.....	20
Tabela 3 – Duração dos Grupos Focais e Proferimentos dos Voluntários.....	21
Tabela 4 – Resultado das Subcategorias de Concepções de Deficiência.....	27
Tabela 5 – Julgamentos Morais de Deficiência.....	28
Tabela 6 – Resultado das Subcategorias de Atitude em Relação às Pessoas com Deficiência.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

EEFFTO - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

GF - Grupo Focal

GFs - Grupos Focais

GF Teste - Grupo Focal Teste

ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health

ICIDH - International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps

OMS - Organização Mundial de Saúde

PhD - Doutora

SUS - Sistema Único de Saúde

TAGV - Termo de Autorização de Gravação de Voz

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 METODOLOGIA	19
2.1 Delineamento do estudo.....	19
2.2 Participantes.....	19
2.3 Coleta de Dados.....	20
2.4 Análise de Dados.....	21
2.5 Procedimentos.....	23
3 RESULTADOS	24
3.1 Concepções de deficiência e influência do nível de formação.....	24
3.2 Atitudes em relação à pessoa com deficiência e influência do nível de formação dos grupos.....	28
4 DISCUSSÃO	34
4.1 Definições e atribuições causais médicas diante do modelo biopsicossocial.....	35
4.2 Julgamentos morais: da deficiência à tragédia pessoal.....	38
4.3 A predominância de soluções interacionistas para a deficiência.....	39
4.4 Capacitismo cultural, nível de formação e mudanças atitudinais.....	41
5 CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	46
Anexo A - Parecer Consubstanciado do CEP_ versão 1.....	52
Anexo B - Parecer Consubstanciado do CEP_ versão 2.....	57

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevista Semi-estruturada.....	62
Apêndice B – Termo de Autorização para Gravação de Voz para Entrevista Semi-estruturada.....	65
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Grupo Focal.....	66
Apêndice D – Termo de Autorização para Gravação de Voz para Grupo Focal.....	69
Apêndice E – Minicurrículo da Autora.....	71

1 INTRODUÇÃO

A Fisioterapia organiza sua prática visando promover a funcionalidade e reduzir impactos da deficiência (JORGENSEN, 2000; ROUSH; SHARBY, 2011; GIBSON; TEACHMAN, 2012). Dessa forma, as concepções sobre deficiência, suas causas e soluções, têm impacto direto nas escolhas clínicas dos fisioterapeutas e em sua maneira de agir, pensar e sentir em relação aos pacientes (SWAIN; FRENCH, 2001). Esta pesquisa qualitativa busca compreender as atitudes e concepções de deficiência de fisioterapeutas em formação e atuantes na clínica, a partir dos principais modelos teóricos: médico, social e interacionista (biopsicossocial). Cada modelo fornece um sistema explicativo sobre deficiência, a define e interpreta, identificando causas e propondo soluções (ANDRADA, 2013).

O modelo médico da deficiência, como expresso pela *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps* (ICIDH) em 1980 (figura 1), define deficiência (*disability*) “como restrição ou falta (resultante de impedimento) de habilidade para executar uma atividade dentro de uma escala que se considera normal”, sendo impedimento (*impairment*) definido como "perda ou anomalia de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica" (WHO, 1980; BRASIL, 1981, p.35). Desta forma, a deficiência é desvio do padrão de normalidade causada por impedimento corporal que repercute em restrições e desvantagens sociais (*handicaps*) (CANGUILHEM, 1966; WHO, 1980; BRASIL, 1981; THURIAUX, 1995; OLIVER, 1996; HAMMELL, 2006; ROUSH; SHARBY, 2011; SHAKESPEARE, 2006, 2018). Segundo o modelo médico, a deficiência é um infortúnio de natureza individual e a solução deve ser buscada pelo indivíduo em tratamentos médico-reabilitadores que objetivam minimizar seus impedimentos corporais, maximizar suas habilidades e adaptá-lo às demandas sociais (OLIVER, 1996; SWAIN; FRENCH, 2001; MAGASI, 2008; GIBSON *et al.*, 2009; ROUSH; SHARBY, 2011; ANDRADA, 2013; SHAKESPEARE, 2006, 2018). O modelo médico, também conhecido como modelo da tragédia pessoal (OLIVER, 1996), se ancora nos pressupostos coletivos do que é anormal, diagnosticável e tratável nos indivíduos (CANGUILHEM, 1966; OLIVER, 1996; ROUSH; SHARBY, 2011; ANDRADA, 2013).

Figura 1 - International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps



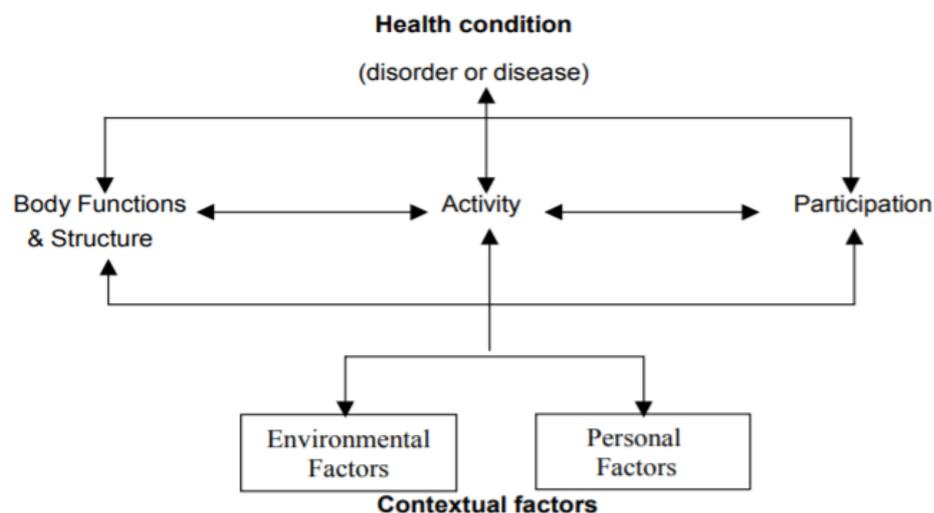
Fonte: World Health Organization (1980)

Em oposição ao modelo médico, o modelo social, elaborado por ativistas com deficiência e teóricos dos Estudos da Deficiência (Disability Studies), (OLIVER, 1996; OLIVER; BARNES, 2010; SHAKESPEARE, 2006, 2018), oferece uma perspectiva completamente distinta. Neste modelo, a deficiência não é um atributo individual redutível aos impedimentos biológicos. Pelo contrário, deficiência é um fenômeno social, é efeito das práticas de exclusão impostas à indivíduos que possuem certas características físicas, mentais ou sensoriais atípicas (OLIVER, 1996; MORRIS, 2001; OLIVER; BARNES, 2010; UPIAS, 1976 apud SHAKESPEARE, 2018). Desta forma, o modelo social não identifica impedimentos corporais como causa direta da deficiência e contesta a maneira como a deficiência é interpretada. Ele redefine impedimentos como atributos biológicos de valor neutro, tornados negativos apenas por processos sócio-culturais de exclusão dos indivíduos que os possuem. São nestes processos que se encontra a gênese causal da deficiência. Assim, os contornos da deficiência são delimitados pela estrutura social, as barreiras arquitetônicas e atitudinais (OLIVER, 1996; DINIZ, 2003; HAMELL, 2006; SHAKESPEARE, 2006; FERREIRA, 2008; ANDRADA, 2013; GAUNDENZI; ORTENGA, 2016). As escolhas coletivas são responsáveis por não fornecerem às pessoas com impedimentos corporais condições para sua plena participação social, produzindo desvantagens sociais e restrições de participação (OLIVER, 1996; DINIZ *et al.*, 2009; ANDRADA, 2013; SHAKESPEARE, 2006, 2018). O modelo social redefine impedimento e deficiência retirando a linearidade causal entre eles, apontando que impedimento está ao nível do corpo e deficiência ao nível social (OLIVER, 1996; ANDRADA, 2013; SHAKESPEARE, 2006, 2018). Deficiência é exclusão social e não é, portanto, fruto de fatos biológicos, mas do padrão de normalidade imposto pela sociedade que dita quais corpos são aceitáveis ou desejáveis (SHAKESPEARE; 2006, 2018). No modelo social, a deficiência deixa de ser julgada como tragédia pessoal e passa a ser enquadrada como injustiça. A solução, portanto, não está em tratamentos médicos e reabilitadores individuais e sim na transformação social para eliminação das barreiras físicas

e atitudinais discriminatórias, promovendo acessibilidade e garantindo os direitos das pessoas com deficiência (OLIVER, 1996; HAMMELL, 2006; SHAKESPEARE, 2018).

A intensa contestação do modelo médico vinda de ativistas e teóricos dos Estudos da Deficiência levou a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2001, a abandonar a ICIDH em favor de uma nova classificação baseada em um modelo biopsicossocial de funcionalidade, a *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) (figura 2). Na concepção do modelo biopsicossocial ou interacionista da ICF, *disability*, aqui traduzida como deficiência, conforme o argumento de Diniz, Medeiros e Squinca (2007), passa a ser um conceito amplo que abarca a interação entre os fatores biológicos, pessoais e sociais e pode se manifestar ao nível de estruturas e funções corporais, atividades e participação social (SHAKESPEARE, 2006). Neste modelo as causas da deficiência não estão localizadas exclusivamente nos impedimentos corporais, nem exclusivamente em processos sociais, mas sim na interação entre eles (SHAKESPEARE, 2006, 2018). A deficiência, portanto, é interpretada como uma experiência multidimensional complexa: não é somente uma questão individual médica, nem somente uma questão social (OMS, 2011; SHAKESPEARE, 2018). Desta forma, as soluções para deficiência também devem ser multidimensionais, incluindo ações de cuidado e reabilitação para o indivíduo e estratégias sociais amplas para remoção de barreiras físicas e atitudinais, com foco na inclusão e garantia de direitos das pessoas com deficiência (SHAKESPEARE, 2018).

Figura 2 - International Classification of Functioning, Disability and Health



Fonte: World Health Organization (2002)

O Relatório Mundial de Deficiência da OMS (2011), a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2009) e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015) definem pessoas com deficiência como sendo "aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas". Tal definição deixa claro que barreiras, comportamentais ou ambientais, são elementos cruciais na produção da experiência da deficiência (MORRIS, 2001; HAMMEL *et al.*, 2015).

Dentre as barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência, as atitudinais são frequentemente apontadas como as mais nocivas (ANTONAK; LIVNEH, 2000; SHAKESPEARE, 2018). Atitudes são determinadas por emoções, pensamentos e comportamentos (OLSON; ZANNA, 1993; ANTONAK; LIVNEH, 2000). As atitudes são construídas a partir de informações afetivas, cognitivas prévias ou comportamentais em relação a algo ou alguém. (OLSON; ZANNA, 1993; ANTONAK; LIVNEH, 2000). As bases da atitude podem ser o apelo afetivo persuasivo das concepções do sujeito sobre algo (OLSON; ZANNA, 1993). Desta forma, as concepções sobre deficiência podem minimizar ou produzir barreiras comportamentais. Portanto, conhecer as concepções e as atitudes dos graduandos e fisioterapeutas em relação à deficiência ajudará na compreensão do seu papel social na produção ou no combate de mecanismos geradores de deficiência.

Compreender atitudes e concepções é fundamental diante da afirmativa comum no campo de Estudos da Deficiência que, apesar de suas boas intenções, fisioterapeutas e demais profissionais da reabilitação têm papel significativo na opressão e marginalização das pessoas com deficiência (OLIVER, 1996; BRICHER, 2000). Alguns autores argumentam que as concepções de fisioterapeutas sobre funcionalidade e deficiência ainda estão limitadas às alterações biológicas, com foco na correção de impedimentos corporais ou no aprimoramento das habilidades individuais, adaptando pessoas com deficiência às demandas sociais (OLIVER, 1996; SWAIN; FRENCH, 2001). Outros autores afirmam que fisioterapeutas ainda estabelecem relação causal linear e direta entre impedimentos corporais (alterações de suas estruturas e funções), limitações de atividade e restrições de participação social, reproduzindo uma visão medicalizante (GIBSON; TEACHMAN, 2012; YOSHIDA, 2018). O foco na normalização do corpo e das habilidades individuais localiza e reduz a deficiência ao indivíduo, obscurecendo assim sistematicamente as suas causas sociais (ABBERLEY, 1995)

que requerem soluções políticas e culturais (OLIVER, 1996; DINIZ, 2003; KIELHOFNER, 2005; DINIZ *et al.*, 2009; GAUDENZI; ORTEGA, 2016; SHAKESPEARE, 2018). Além disso, práticas normalizadoras podem oprimir e marginalizar pessoas com deficiência, por presumir que as diferenças da norma são negativas e que pessoas com deficiência desejam minimizá-las através do tratamento (OLIVER, 1996). Em geral, a sociedade e a maior parte dos fisioterapeutas frequentemente superestimam, erroneamente, o impacto emocional de deficiências e doenças crônicas na qualidade de vida (UBEL *et al.*, 2005; PFEIFFER, 1998), o que pode enviesar decisões sobre tratamentos e cuidados dispensados às pessoas com deficiência. A adoção do modelo interacionista (biopsicossocial), entretanto, teria potencial para modificar essas criticadas concepções e atitudes de fisioterapeutas perante à deficiência.

A Confederação Mundial de Fisioterapia defendeu a adoção da ICF para orientar a prática profissional desde 2003 (ESCORPIZO *et al.*, 2010). No Brasil, o uso da ICF está em ascensão em publicações científicas na área da saúde (RUARO *et al.*, 2012) e seu uso clínico foi recomendado pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO, 2009) e por determinação do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) a versão brasileira da ICF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF) foi incorporada no Sistema Público de Saúde (SUS) como uma ferramenta clínica para avaliar as necessidades dos pacientes e guiar as escolhas de intervenções. A CIF também é utilizada como ferramenta de ensino para promover o conhecimento sobre funcionalidade e propor mudanças sociais. Os currículos de formação acadêmica de fisioterapeutas no Brasil estão em consonância com essas recomendações e são amplamente apoiados pela CIF (BRASIL, 2012). No entanto, são escassas as pesquisas que investiguem se as concepções e atitudes de profissionais e estudantes de fisioterapia em relação à deficiência são consonantes com a concepção teórica de deficiência proposta pela CIF. Um estudo sugere que ao longo da formação, estudantes de fisioterapia substituem progressivamente definições que privilegiam aspectos sociais da deficiência por definições centradas no indivíduo baseadas na presença de impedimentos corporais (LOMÔNACO *et al.*, 2006), refletindo uma visão medicalizante. Outro estudo também indica que estudantes de fisioterapia, durante o estágio clínico, focalizam sua atuação no nível das estruturas e funções corporais e negligenciam as atividades de vida diária e a participação social dos pacientes, reforçando assim concepções e práticas restritivamente médicas (SILVA *et al.*, 2008). Tais achados contrariam o esforço de mudança da concepção sobre deficiência promovida pela CIF e adotada pelo Brasil.

Profissionais da reabilitação, como fisioterapeutas, são socialmente reconhecidos e legitimados pelo seu conhecimento e capacidade de definir, planejar e direcionar soluções em relação à deficiência (SWAIN; FRENCH, 2001). As concepções que fisioterapeutas utilizam para definir deficiência, interpretá-la, identificar causas e propor soluções, assim como suas emoções, pensamentos e comportamentos em relação à deficiência podem ter repercussões concretas importantes. Sua formação profissional precisa, portanto, consolidar concepções biopsicossociais de deficiência e atitudes que contribuam para a redução de barreiras sociais. Desta forma, o objetivo deste estudo foi investigar, através da pesquisa qualitativa, as concepções e atitudes de graduandos iniciantes e concluintes de fisioterapia da UFMG e de fisioterapeutas em relação à deficiência.

2 METODOLOGIA

Delineamento do estudo

Estudo qualitativo, de grupos focais, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG, CAAE: 09674819.9.0000.5149) e realizada na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO) da UFMG.

Participantes

Graduandos de fisioterapia da UFMG do primeiro e último período e fisioterapeutas foram convidados para participar de três grupos focais (GFs) distintos (Iniciantes, Concluintes e Fisioterapeutas), via convites eletrônicos (whatsapp e e-mail) com efeito bola de neve. Desta forma, os GFs foram constituídos com amostras não-probabilísticas de conveniência. Os convidados não tiveram contato prévio com os pesquisadores, desconhecendo seus objetivos pessoais. Todos que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização de Gravação de Voz (TAGV)¹.

O estudo contou com um total de 41 voluntários. Todos tiveram suas identidades resguardadas pelo anonimato. A Tabela 1 demonstra os dados demográficos dos participantes. Os Grupos Focais foram selecionados pela escolaridade, Iniciantes (alunos primeiro período), Concluintes (alunos do décimo período) e Fisioterapeutas. Iniciantes e Fisioterapeutas tiveram proporções equilibradas entre homens e mulheres, o que não ocorreu entre Concluintes. A média das idades entre Iniciantes foi 20.75 ± 2.26 , entre Concluintes, 24.35 ± 2.62 e entre Fisioterapeutas, 33.72 ± 4.71 .

¹Não houve nenhuma recusa de participação para o grupo de Iniciantes, mas para o grupo de Concluintes houve treze recusas e para o grupo de Fisioterapeutas oito. As justificativas das recusas foram indisponibilidade de tempo e incompatibilidade de horário.

Tabela 1 – Dados Demográficos dos Participantes

Grupo Focal	Participantes	Idade	Sexo F	Sexo M
1 - Iniciantes	16	18 - 28	11	5
2 - Concluintes	14	22 - 31	12	2
3 - Fisioterapeutas	11	25 - 40	7	4

Coleta de Dados

Antes de iniciar os grupos focais, a moderadora garantiu aos participantes que em caso de publicação ou apresentação do estudo o anonimato seria mantido, explicou a dinâmica do grupo e o propósito do estudo. As dúvidas foram esclarecidas e a moderadora pontuou que o objetivo do estudo era conhecer as concepções de deficiência e as atitudes em relação às pessoas com deficiência. Ao iniciar cada GF a moderadora enfatizou que não haviam respostas certas ou erradas e pediu aos participantes para se expressarem à vontade. Todos foram encorajados a falar, um de cada vez. A partir das perguntas do roteiro (Tabela 2), a moderadora e as mediadoras buscaram construir relações entre as falas dos participantes e fazer intervenções a fim de fomentar discussões sobre o tema, sem emitir opiniões pessoais, mantendo a imparcialidade.

Tabela 2 – Roteiro do Grupo Focal

Introdução – O tema da nossa entrevista será sobre pessoas com deficiência, iremos conversar um pouquinho sobre isso.

1 – Quando eu falo a palavra deficiência qual a primeira coisa que vem à sua cabeça?

2 – Você conhece ou convive com alguma pessoa com deficiência? Como é que a gente sabe quando alguém tem deficiência?

3 - Como você definiria deficiência?

4 – Para você qual é a origem da deficiência?

5 – Você acha que pessoas com deficiência participam da nossa sociedade? O que você acha que poderia ser feito em relação às pessoas com deficiência?

6 – Quais atitudes você acha que são mais comuns em relação às pessoas com deficiência?

Imagine esse contexto. Você, fisioterapeuta, recebe um telefonema para prestar atendimento domiciliar a uma pessoa. Ao chegar ao atendimento, o paciente a ser tratado é uma pessoa com deficiência que utiliza cadeira de rodas para se locomover.

1 – Você conseguiria me dizer a sua sensação nesse momento? Conseguiria me descrever qual emoção você teria?

2 – O que você acha que passaria pela sua cabeça?

3 – O que você diria para essa pessoa? Qual seria sua abordagem?

4 – Quais seriam suas atitudes nesse contexto?

5 – Para você, qual o papel do fisioterapeuta em relação à deficiência?

Para fechar nossa conversa. Vamos pensar agora na sociedade, em geral, quais são as atitudes em relação às pessoas com deficiência?

As mediadoras e a observadora realizaram anotações sobre a dinâmica do grupo, expressões não-verbais e expressões mais presentes. Não foram realizadas filmagens². Os áudios, de cada GF, foram transcritos na íntegra e enviados aos participantes para verificação da acurácia dos dados. Não houve relatos de erros e discordâncias. A Tabela 3 descreve a duração e a quantidade de proferimentos (falas) por GF. Os áudios serão armazenados por 10 anos.

Tabela 3 – Duração dos Grupos Focais e Proferimentos dos Voluntários

Grupo Focal	Duração	Proferimentos
1 - Iniciantes	1 hora 32 min	300
2 - Concluintes	1 hora 48 min	400
3 - Fisioterapeutas	1 hora 31 min	405

Análise de Dados

A análise do *corpus* ocorreu em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Utilizou-se como unidade de análise cada proferimento realizado no grupo focal, independente do autor. Os grupos foram avaliados por análise de conteúdo (BARDIN, 2011), definida como “uma técnica de investigação que tem por finalidade a

²Foram utilizados dois gravadores digitais da marca Zoom H4N Pro.

descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto da comunicação” (BERELSON, 1954 apud BARDIN, 2011, p.24). Após a análise do *corpus*, as frequências encontradas foram testadas pelo qui-quadrado (x^2) de independência e de *goodness of fit*, para avaliar associação entre o nível de formação e as subcategorias de concepções e atitudes em relação à deficiência, assim como as diferenças frequenciais entre grupos.

Na etapa de pré-análise, dois codificadores ouviram os áudios, realizaram leitura flutuante do *corpus* e elaboraram o livro código juntamente com o referencial teórico de atitudes e concepções de deficiência (OLSON; ZANNA, 1993; ANTONAK, LIVENH, 2000; FINDLER *et al.*, 2007; OLIVER, 1996; HUGHES, 1998; VIMIEIRO, 2010; SHAKESPEARE, 2006, 2018; SOFFER, CHEW, 2015). O livro código contém duas categorias em relação à deficiência: Atitudes e Concepções. A categoria Atitudes foi dividida em três subcategorias: emoções, pensamentos e comportamentos (OLSON; ZANNA, 1993; ANTONAK, LIVENH 2000; FINDLER *et al.*, 2007), enquanto a categoria Concepções abarcou quatro subcategorias: definição de deficiência, causa da deficiência, julgamentos morais e soluções em relação à deficiência (OLIVER, 1996; HUGHES, 1998; VIMIEIRO, 2010; SOFFER; CHEW, 2015; SHAKESPEARE, 2006, 2018).

A análise de conteúdo foi semântica, através dos significados e valores expressos explicitamente pelos participantes. Casos de discordância entre os codificadores foram resolvidos por discussão e consenso com toda a equipe de pesquisa (CAMPOS, 2004; BARDIN, 2011). Os codificadores rejeitaram 28,59% de proferimentos irrelevantes do *corpus* total (soma do *corpus* dos grupos), como interjeições, frases incompletas ou sem sentido definido, e aqueles que não faziam menção às concepções e atitudes em relação à deficiência. O cálculo da média do índice de concordância Kappa entre os dois codificadores foi de 0.929, indicando boa concordância³. Para calcular a confiabilidade interexaminadores foram utilizados 10% dos proferimentos do *corpus* total, selecionados aleatoriamente⁴.

³O Coeficiente Kappa é uma medida de associação usada para testar o grau de concordância, confiabilidade e precisão, interexaminadores. Seus valores de referência são: acima de 0.75 representa excelente concordância, entre 0.40 e 0.75 concordância mediana e abaixo de 0.40 baixa concordância (PERROCA; GAIDZINSKI, 2003).

⁴Site utilizado para sortear aleatoriamente os 10% dos proferimentos do *corpus* total: <https://sorteador.com.br>

Cada grupo foi analisado individualmente e comparado com os demais em relação à frequência de ocorrência dos códigos por subcategorias. Na análise de conteúdo das concepções sobre deficiência foram analisadas quatro dimensões: definições, atribuições causais, soluções e julgamentos morais em relação à deficiência e suas as frequências foram expressas na Tabela 4. Os julgamentos morais da deficiência foram sistematizados na Tabela 5, separadamente, pois foram classificados como positivos ou negativos, diferente das definições, atribuições causais e soluções que foram classificadas em relação aos modelos de deficiência. A análise de conteúdo identificou as atitudes em relação às pessoas com deficiência nas suas três dimensões - emoções, pensamentos e comportamentos pessoais expressos em primeira pessoa e suas frequências de ocorrências foram reportadas na Tabela 6.

Procedimentos

Para a realização dessa pesquisa utilizou-se a técnica de Grupo Focal (GF), a qual consiste em entrevistas de grupo sobre determinado assunto com objetivo de coletar dados através da interação entre os participantes (KITZINGER, 1994; MORGAN, 1996; SMITHSON, 2000; TRAD, 2009). A intenção foi reunir informações sobre percepções, conceitos e atitudes dos participantes em relação às pessoas com deficiência.

O roteiro para o grupo focal foi testado com objetivo de aprimorá-lo de acordo com as concepções das pessoas com deficiência e fisioterapeutas. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com três fisioterapeutas e três pessoas com deficiência motora, selecionadas por conveniência. Os entrevistados assinaram o TCLE e o TAGV. Eles responderam ao roteiro e realizaram ponderações sobre melhorias para sua aplicabilidade nos grupos focais.

Após ajustes pertinentes do roteiro, realizamos um GF Teste com 13 estudantes matriculados no primeiro período do curso de fisioterapia da UFMG em uma sala reservada da EEFFTO. O GF Teste foi conduzido por uma PhD em Comunicação, especialista na técnica de grupo focal, para testar o roteiro e treinar a fisioterapeuta Mestranda para ser moderadora dos GFs subsequentes. Os demais grupos focais ocorreram no período de agosto de 2019 a março de 2020 moderados pela Fisioterapeuta Mestranda e mediados por uma PhD em Psicologia Experimental e uma PhD em Comunicação, sempre com a participação de uma observadora.

3 RESULTADOS

Concepções de deficiência e influência do nível de formação

Em relação às concepções de deficiência (Tabela 4), houve influência significativa do nível de formação dos grupos na expressão de *definições* médicas, sociais e interacionistas de deficiência ($\chi^2=27.18$, $p<0.001$). Quando analisadas separadamente, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos em relação à frequência de definições médicas ($\chi^2=3.54$, $p=0.17$) e sociais ($\chi^2=2.64$, $p=0.27$), enquanto houve diferença significativa entre os grupos na frequência de definições interacionistas ($\chi^2=21.0027$, $p<0.001$).

Expressões de definições médicas de deficiência foram as mais frequentes entre Iniciantes, como: “anomalia”; “padrão fora do que a gente tem encontrado normalmente”; “que foge ao padrão”; “tudo que foge ao estereótipo”; “o que diverge da normalidade”; “limitação”. Entre os Concluintes foram majoritárias expressões relacionando deficiência a desvio do padrão de normalidade, alterações de parâmetros pré-determinados ou alterações estruturais, como nos exemplos: “A gente tem um padrão de normalidade. [...] A gente tem pré-julgamento devido a um padrão que temos que é considerado normal. Tudo aquilo que varia dessa curva, pode nos levar a entender como alguma alteração.”; “[...] pessoa com alguma parte do corpo faltando”; “falta de algo” e “algum comprometimento, pode ser de estrutura e função do corpo, que limite atividades e a participação do indivíduo dentro da sociedade”. Já entre Fisioterapeutas as definições médicas foram predominantemente relativas ao padrão de normalidade, como: “condição que o corpo tem”; “deficiência é um déficit, [...] um déficit na capacidade dela de eficiência”; “deficiência é estar limitado em alguma atividade”; “uma alteração maior numa conformação corporal, numa estrutura corporal”; “[algo] que impacta muito na função. [...] Mas eu acho que isso é um conceito limitado, porque a gente está supondo que existe uma normalidade”.

Em relação às definições sociais, Iniciantes e Concluintes fizeram apenas uma referência, enquanto Fisioterapeutas mencionaram por três vezes que deficiência é opressão social. Como no exemplo dos Concluintes:

[...] o mundo não está preparado, o olhar das pessoas não está preparado para essa diferença, é o que faz a pessoa ser deficiente. Mesmo que ela tenha se adaptado para viver, fazer as atividades dela, eu acho que o ambiente e as pessoas que estão dentro da normalidade que fazem a construção da deficiência.

Já as definições interacionistas não foram expressas pelos Iniciantes. Concluintes e Fisioterapeutas definiram poucas vezes deficiência como a interação de fatores biológicos com fatores sociais, como no exemplo entre Concluintes: “Não é só o ambiente e não é só a pessoa. É um termo muito amplo pra gente ser reducionista e pensar: é o corpo ou é a mente, é o emocional ou é o espaço? Eu acho que é um conjunto.” e entre Fisioterapeutas: “[...] ter limitações ou não e isso vai depender muito do que a pessoa tem, do ambiente que ela vive, da interação que ela tem com as pessoas” e “[...] acho que [deficiência é] algo muito dinâmico, que tem interação entre a pessoa e o ambiente, as pessoas [com] que ela convive e a atitude de terceiros [...]”.

Foi encontrada influência significativa do nível de formação na distribuição das frequências de causas médicas, sociais e interacionistas para a deficiência ($\chi^2=12.14$, $p=0.016$). Quando analisadas separadamente, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos na frequência de causas médicas ($\chi^2=2.79$, $p=0.25$) ou sociais ($\chi^2=0.44$, $p=0.8$). Houve diferença significativa entre os grupos na frequência de causas interacionistas ($\chi^2=8.9138$, $p=0.0116$).

Entre Iniciantes, Concluintes e Fisioterapeutas a maior parte das atribuições causais da deficiência foi de natureza médica, localizando a origem da deficiência em impedimentos corporais. Iniciantes utilizaram expressões como: “é uma alteração”; “alteração fisiológica”; “falhas por dentro”; “falhas genéticas”; “mutação genética ou acidente de carro que leve a alteração”. Já os Concluintes reportaram expressões como: “Algum comprometimento de estrutura e função do corpo”; “síndrome adquirida que limite atividades e a participação”; “alteração em estruturas e funções corporais que pode limitar ou restringir a participação”. E Fisioterapeutas atribuíram causas médicas principalmente às alterações biológicas, responsabilizando-as pela restrição da participação do indivíduo na sociedade, como pode ser visto no exemplo a seguir: “[...] eu acho que é uma lesão biológica, seja intelectual, sensorial ou motora que limita o indivíduo a ter oportunidades iguais na participação da sociedade [...]”.

Houve influência significativa do nível de formação na distribuição de frequências de soluções médicas, sociais e interacionistas ($\chi^2=21.17$, $p<0.001$). Foram encontradas diferenças significativas entre os grupos na frequência de soluções médicas ($\chi^2=13.76$, $p=0.001$) e sociais ($\chi^2=7.2722$, $p=0.0263$) sem diferenças na frequência de soluções interacionistas ($\chi^2=0.1324$, $p=0.9359$). Em todos os grupos as soluções apresentadas foram predominantemente

interacionistas, girando em torno dos direitos das pessoas com deficiência. Os participantes apontaram a necessidade de soluções que reconheçam as especificidades das pessoas com deficiência para promoção de políticas públicas, de saúde, inclusão e acessibilidade. Pontuaram que são necessárias mudanças atitudinais e garantias dos direitos das pessoas com deficiência.

Iniciantes acreditam que não se deve ignorar a deficiência, fingir que ela não existe, e que é preciso entender as limitações das pessoas com deficiência e incluí-las. Eles mencionaram que é preciso que a sociedade exija políticas públicas que garantam acessibilidade e conscientizem a população, como podemos ver nas citações: “[...] seria inclusão as pessoas com deficiência estarem entre nós, tendo as mesmas oportunidades com adaptações que as capacitem a ter as mesmas oportunidades [...]”; “[...] não existe uma ação generalizada. Tem que olhar caso a caso, casos individuais, porque cada deficiência é de um jeito para uma pessoa.[...]” e observaram que “o que acontece é que nós [sociedade] nos organizamos para quem está dentro do normal. Precisa de política pública para criar acessibilidade”. Concluintes afirmam que é necessário mais do que adaptações urbanísticas e arquitetônicas, que é imprescindível falar sobre deficiência e ter leis regulamentadoras para que haja inclusão social, como podemos ver nas seguintes citações: “precisa-se destruir paradigmas de que pessoas [com deficiência] são totalmente incapazes de viver em sociedade”; “[...] A mídia está divulgando mais. Eu acho que a gente está em um momento de muita reflexão como a mesa que a gente tá fazendo aqui, de repensar o que são os conceitos [...]” e

[...] é bem recente a mudança de paradigmas e a mudança de estigma que é gerada pelo diferente. Ela é muito lenta para ser modificada. As leis [...], na verdade, são para obrigar as pessoas a se adaptarem [...]. Esse tipo de coisa obriga a sociedade a pensar pelo menos no assunto [...].

Fisioterapeutas pontuaram que a maior barreira ainda é a acessibilidade, mas também é necessária a conscientização da população sobre a deficiência para que haja inclusão, como: “[...] a conscientização da população, o trabalho em cima do cultural, faz a mobilização para mudar as políticas de acessibilidade, de tecnologia assistiva, para melhorar a participação dos indivíduos.” e se indignaram com o fato de que “as pessoas não se respeitam, as pessoas não respeitam a diversidade, não respeitam o que é diferente [...]”.

Houve influência significativa do nível de formação dos grupos na frequência da expressão de julgamentos morais (Tabela 5) positivos e negativos ($\chi^2=8.89$, $p=0.012$). Foram

encontradas diferenças significativas entre os grupos em relação à frequência de julgamentos morais positivos ($x^2=7.7123$, $p=0.0211$), sem diferenças na frequência de julgamentos morais negativos ($x^2=1.1798$, $p=0.5544$). Iniciantes, Concluintes e Fisioterapeutas expressaram julgamentos predominantemente negativos.

Iniciantes atribuíram valor negativo às pessoas com deficiência utilizando expressões que associavam deficiência à: “anomalia”; “dificuldade”; “limitação”; “certa dependência”; “fora do normal”; “falta de autonomia”; “falta de independência”. Concluintes usaram as expressões: “limitação de atividades”; “falta de algo”; “dificuldade em fazer alguma coisa”; “perda de algo”; “parte do corpo faltando”; “limitação e restrição para cumprir a demanda”. Fisioterapeutas, do mesmo modo, utilizaram expressões como: “limitação funcional”; “disfunção”; “déficit na capacidade”; “fragilidade”; “coitado do deficiente”; “prejuízo”; “falta”; “destoante da normalidade”.

Tabela 4 – Resultado das Subcategorias de Concepções de Deficiência

	Grupo	Iniciantes	Concluintes	Fisioterapeutas
Concepções de Deficiência		21	34	31
	Médicas	95.45%	75.55%	73.81%
Definições †		1	1	3
	Sociais	4.45%	2.22%	7.14%
		0	10	8
	Interacionistas*	0.00%	22.22%	19.04%
Causas †		26	46	48
	Médicas	72.22%	75.41%	57.14%
		3	4	5
	Sociais	8.33%	6.56%	5.95%
		7	11	31
	Interacionistas*			

		19.44%	18.03%	36.90%
		26	17	15
	Médicas*	34.66%	17.17%	11.54%
Soluções †		13	32	48
	Sociais*	17.33%	32.32%	36.92%
		36	50	67
	Interacionistas	48%	50.50%	51.54%

† : Influência significativa do nível de formação na distribuição de frequências das subcategorias

*: Frequências significativamente diferentes entre os três níveis de formação

Tabela 5 – Julgamentos Morais de Deficiência

	Grupos Focais	Iniciantes	Concluintes	Fisioterapeutas
Concepções de Deficiência				
		14	6	15
	Positivos*	16.66%	5.04%	18.07%
Julgamentos Morais †		70	113	68
	Negativos	83.33%	94.96%	81.93%

† : Influência significativa do nível de formação na distribuição de frequências das subcategorias

*: Frequências significativamente diferentes entre os três níveis de formação

Atitudes em relação à pessoa com deficiência e influência do nível de formação

Em relação à atitude (Tabela 6), foi detectada influência significativa do nível de formação dos grupos na frequência da expressão de emoções positivas e negativas ($\chi^2=81.41$, $p=0$). As diferenças entre grupos foram significativas quando analisadas separadamente em expressões de emoções positivas ($\chi^2=64.75$, $p<0.001$) e negativas ($\chi^2=16.67$, $p<0.001$).

Estudantes Iniciais expressaram majoritariamente emoções negativas relacionadas à deficiência. Expressões relacionadas à pena e inferioridade foram as mais frequentes, tais

como: “eu tenho dó”; “a gente trata com dó”; “[...] eu vejo uma pessoa andando sem braço e fico: *tadinha*”; “[...] é totalmente um *extraterrestre* [...]”. Já as expressões de surpresa são mencionadas ao responderem como seria o atendimento a uma pessoa com deficiência: “eu ficaria surpreso”; “[...] Meu Deus do céu, o que eu vou fazer? [...]”; “Eu não esperava por isso, eu realmente não esperava. [...]”. Também foram frequentes expressões de estranheza e desconforto frente à deficiência, como: “Eu olho uma pessoa [com deficiência] eu tenho dó, aí eu fico com aquela cara tipo: o que eu faço agora”;

[...] eu tenho duas melhores amigas, e uma delas tem deficiência na mão. Ela fica com a mão escondida constantemente. Eu sou melhor amiga dela há cinco anos, e eu não consigo falar disso. Eu não consigo abrir minha boca perto dela para falar de deficiente. Ela queria fazer medicina também, e quando ela ia falar comigo que ela tinha a cota de deficiência, tipo, até hoje eu acabo virando um pouco o jogo, como se eu não soubesse que ela tem uma deficiência, como se não tivesse falado naquele assunto. Eu acho que é um tabu muito grande, porque pra mim, acaba que deficiente é como se fosse algo pejorativo. Eu não quero agir assim, mas é como se estivesse estabelecido em mim.

Dentre Concluintes, as emoções negativas também foram majoritárias e relacionadas a dó e pena, tais como: “Eu fico triste”; “[...] eu quero eles para mim, eu quero ajudar.”; “[...] Teve um dia que eu ajudei o cara atravessar a rua e eu comecei a chorar. [...] Cego, eles mexem com o meu psicológico.”; “Eu tenho problema com cego, gente! Eu não sei por que, meu coração!”; “Poxa! Ela não tem os dois braços! O que eu posso fazer para ajudar?”

Já entre Fisioterapeutas as emoções negativas e positivas foram balanceadas. As emoções negativas expressas foram surpresa e vergonha. Por exemplo, quando perguntados sobre o atendimento a uma pessoa com deficiência, responderam que haveria surpresa se não tivessem recebido essa informação antes: “[...] chega, abre a porta é um cadeirante [...] Uhhllll (expressão de surpresa)”.

Em relação às emoções positivas, Iniciantes apresentaram somente o sentimento de empatia, enquanto Concluintes e Fisioterapeutas apresentaram empatia e compaixão por pessoas com deficiência. Encontramos referências de empatia em todos os grupos, em expressões como esta do grupo de Fisioterapeutas: “[...] eu estou em um ambiente que eu sou solidário com o outro, o outro é solidário comigo [...]”.

Houve influência significativa do nível de formação na frequência de expressão de pensamentos positivos e negativos ($\chi^2=7.92$, $p=0.019$). No entanto, os grupos não diferiram significativamente nas frequências de expressão de pensamentos negativos ($\chi^2=2.4$, $p=0.3$) e positivos ($\chi^2=5.52$, $p=0.063$).

Os pensamentos negativos foram mais frequentes nos três grupos focais. Entre Iniciantes os mais comuns foram sobre como agir frente a uma pessoa com deficiência. Eles reportaram suas reflexões sobre não saber lidar com pessoas que possuem deficiência, como nos exemplos: “[...] eu olho uma pessoa, eu tenho dó, aí eu fico com aquela cara tipo: Ah, o que eu faço? Como é que eu vou tratar? [...]”, ou ainda “[...] por não saber lidar com a pessoa a gente acaba excluindo [...]” ou “[...] A gente reconhece que é um deficiente, mas a gente não sabe o que fazer [...]”. Houve também pressupostos que pessoas com deficiência talvez tenham problema em se aceitar por haver desvio da normalidade, como expresse “[...] ela não fala com a gente, mas dá pra sentir que ela tem um pouco de receio dela mesma, sabe? Ela não se sente igual a gente.”; “[...] talvez a pessoa tenha uma falta de auto aceitação. Então talvez isso traga tristeza para a pessoa.” O pensamento sobre o modo correto de agir também foi comum entre Concluintes, o que pode ser conferido no relato: “Uma vez eu conheci uma menina que nasceu sem o antebraço e ela tinha a mão no braço. Para mim não tem nenhum problema ver aquilo e conversar. Aí eu fico [pensando]: ai meu Deus, aja naturalmente, aja naturalmente.”. Entre os fisioterapeutas não houve expressões de constrangimento.

Todos os grupos, ao expressarem pensamentos negativos, relacionaram deficiência à limitação e à dificuldade de realizar atividades. As seguintes expressões foram proferidas por Iniciantes: “limitação”; “alguma limitação especial”; “dificuldade” e “certa dependência”. Entre os Concluintes foram proferidas expressões e palavras tais como “limitação”; “alguma limitação em alguma atividade”; “algo que dificulta alguém a fazer alguma coisa” e “dificuldade em realizar algo da rotina da pessoa”. Já, os Fisioterapeutas utilizaram expressões tais como: “[...] alguma condição que levasse limitação em algumas das áreas da funcionalidade ou estrutura e função ou em atividade participação. [...]”; “[...] uma pessoa que não tem limitação [...] ela não tem deficiência [...]”.

A expressão de pensamento positivo mais frequente entre os Iniciantes foi sobre a importância de se conviver com pessoas com deficiência, como exemplificado no relato sobre a convivência com uma pessoa com deficiência:

É convivendo no dia a dia que a gente vai pegando na verdade [...]. Quando a gente criou o grupo da turma [...] ela teve que mandar no grupo que a gente estava mandando muito áudio e ela não consegue ouvir. Aí ela pediu para evitar de mandar, porque ela não conseguia entender o que a gente estava conversando. Então, é a gente conviver que a gente vai pegando essas coisas [de como lidar com a deficiência].

Já entre Concluintes houve predominância de relatos do pensamento de que deficiência não é doença. Ao falar sobre deficiência eles exemplificam: “[...] não é [porque] a

pessoa é doente [que] ela está com deficiência.”; “Doença é diferente de deficiência [...]”. Entre todos os grupo houve reflexões sobre a importância de ouvir as pessoas com deficiência. Iniciantes expuseram é que preciso “conversar com ela sobre a questão [do impedimento corporal] dela [...]” e Concluintes expressaram que além de ouvir é preciso levar em conta os desejos da pessoa, “porque às vezes a gente quer muito uma coisa que para ele não importa”. Fisioterapeutas também pontuaram que é preciso “pensar no que o paciente quer [...] respeitando preferências e valores.” Entre Fisioterapeutas o pensamento de dar voz e a pessoa com deficiência foi predominante, como podemos ver no exemplo a seguir:

[...] A primeira coisa é ouvir o paciente. Uma vez eu fui numa palestra que dizia que a gente interrompe, em média, no primeiro minuto e meio de escuta do paciente, da história dele. [...] Você vai guiando a sua pergunta e chega um ponto em que você talha o paciente, ele te responde o que você quer. [...] Eu acho primeiro a escuta mesmo, de entender o quê ele tem pra te falar.

Foi encontrada influência significativa do nível de formação nas frequências de expressões de comportamentos positivos e negativos ($x^2=137.55$, $p=0$). Também foram encontradas diferenças significativas entre os grupos em relação à frequência de comportamentos positivos ($x^2=72.23$, $p<0.001$) e negativos ($x^2=65.32$, $p<0.001$).

As frequências de comportamentos negativos reportadas por Iniciantes e Concluintes foram mais frequentes sobre como não saber abordar pessoas com deficiência. Todavia, o mesmo não ocorreu entre os Fisioterapeutas, que relataram somente um comportamento negativo referente a realizar pré-julgamento de pessoas com deficiência.

Iniciantes ao falarem de sua colega com deficiência reportam que não sabem como agir, como observado em trechos de seus discursos: “A gente tem às vezes medo de conversar com ela.”; [...] É tudo muito difícil e muito novo, porque eu nunca convivi com uma pessoa [com deficiência] e acabo ficando meio perdida [...]”, afirmaram que é preciso “ser mais cuidadosa, a forma que você vai falar pra não magoar”. Concluintes discorrem, de forma recorrente, sobre suas inseguranças, sobre não saberem como agir com pessoas com deficiência, como nos exemplos: “[...] Como que eu vou perguntar isso? Qual a melhor forma de abordar o assunto?” e ao propor uma conduta “você quer propor uma atividade, que você fica assim: nossa! Se ela não conseguir? Será que vou piorar o estado emocional dela?”. Já Fisioterapeutas reportaram um único comportamento negativo relativo à realização de pré-julgamentos: “Muitas vezes a gente, querendo ou não, julga também, como pessoa [...]”.

Em relação à expressão de comportamentos positivos, eles foram predominantes entres os Fisioterapeutas. Iniciantes reportaram poucos comportamentos positivos, assim

como os Concluintes. Em todos os grupos, o ato de escutar pessoas com deficiência antes de agir foi o mais frequente. Iniciantes acreditam que conversar e ouvir as queixas ou problemas das pessoas com deficiência é importante, assim como os Concluintes, que acreditam que o ato de ouvir é um facilitador para estabelecer uma boa relação entre fisioterapeutas e pessoas com deficiência. Os Fisioterapeutas afirmam que escutar a história de vida e os objetivos das pessoas é imprescindível para traçar um plano de intervenção centrado no paciente, como no exemplo:

[...] escutar é muito interessante, pois a gente entende realmente o problema do paciente e a gente consegue perceber como interferir respeitando as preferências e valores dele. [...] tem que empoderar ele e entender as preferências e valores dele pra conseguir tomar uma melhor decisão em conjunto.

Tabela 6 – Resultado das Subcategorias de Atitude em Relação às Pessoas com Deficiência

Atitudes Positivas	Iniciantes	Concluintes	Fisioterapeutas	Atitudes Negativas	Iniciantes	Concluintes	Fisioterapeutas
Emoções Positivas*				Emoções Negativas*			
Empatia	1 2.63%	2 5.88%	1 25.00%	Surpresa	11 28.95%	4 11.76%	1 25.00%
Compaixão	0 0.00%	1 2.94%	1 25.00%	Pena	10 26.31%	24 70.59%	0 0.00%
				Vergonha	0 0.00%	1 2.94%	1 25.00%
				Estranheza	11 28.95%	2 5.88%	0 0.00%
				Indiferença	5 13.16%	0 0.00%	0 0.00%
Total	1 2.63%	3 8.82%	2 50.00%	Total	37 97.37%	31 91.17%	2 50%
Pensamentos Positivos				Pensamentos Negativos			
Deficiência é algo comum.	3 3.49%	0 0.00%	0 0.00%	Penso, e se eu fosse acometido?	0 0.00%	1 1.72%	1 2.78%
Deficiência é característica.	4 4.65%	10 17.24%	4 11.11%	Deficiência é limitação.	20 23.26%	17 29.31%	18 50.00%

Pessoa com deficiência é capaz.	<u>3</u> 3.49%	<u>1</u> 1.72%	<u>2</u> 5.55%	Deficiência é incapacidade.	<u>3</u> 3.49%	<u>8</u> 13.79%	<u>2</u> 5.55%
Conviver faz diferença.	<u>9</u> 10.46%	<u>0</u> 0.00%	<u>2</u> 5.55%	Penso que não sei agir naturalmente.	<u>21</u> 24.42%	<u>14</u> 24.14%	<u>0</u> 0.00%
Eu sou ciente das dificuldades enfrentadas.	<u>2</u> 2.32%	<u>1</u> 1.72%	<u>0</u> 0.00%	Deficiência é desvio da normalidade.	<u>15</u> 17.44%	<u>6</u> 10.34%	<u>1</u> 2.78%
Penso que é preciso ouvir.	<u>6</u> 6.98%	<u>0</u> 0.00%	<u>6</u> 16.67%				
Total	<u>27</u> 31.39%	<u>12</u> 20.68%	<u>14</u> 38.88%	Total	<u>59</u> 68.61%	<u>46</u> 79.30%	<u>22</u> 61.11%
Comportamentos Positivos*				Comportamentos Negativos*			
Ajo naturalmente.	<u>2</u> 5.00%	<u>4</u> 8.33%	<u>3</u> 17.65%	Fico olhando, encarando.	<u>0</u> 0.00%	<u>4</u> 8.33%	<u>0</u> 0.00%
Escuto antes de ajudar.	<u>4</u> 10.00%	<u>12</u> 25.00%	<u>7</u> 41.17%	Ignoro, evito.	<u>10</u> 25.00%	<u>0</u> 0.00%	<u>0</u> 0.00%
Ao agir eu me coloco no lugar do outro.	<u>0</u> 0.00%	<u>0</u> 0.00%	<u>6</u> 35.29%	Subestimo, faço pré-julgamento.	<u>2</u> 5.00%	<u>9</u> 18.75%	<u>1</u> 5.88%
				Não sei abordar.	<u>22</u> 55.00%	<u>19</u> 39.58%	<u>0</u> 0.00%
Total	<u>6</u> 15.00%	<u>16</u> 33.33%	<u>16</u> 94.11%	Total	<u>34</u> 85.00%	<u>32</u> 66.66%	<u>1</u> 5.88%

*: Frequências significativamente diferentes entre os três níveis de formação

4 DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi investigar as concepções e atitudes em relação à deficiência entre graduandos iniciantes e concluintes de fisioterapia da UFMG e fisioterapeutas. Os resultados da análise estatística apontaram que o nível de formação influencia significativamente as distribuições de frequências de todas as subcategorias de concepções e atitudes analisadas neste estudo: causas, definições, soluções e julgamentos morais, assim como emoções, pensamentos e comportamentos relativos à deficiência.

Os três grupos foram semelhantes em relação às frequências de expressões de definições médicas, sendo estas majoritárias, e definições sociais, que foram minoritárias. As frequências de definições interacionistas foram maiores entre fisioterapeutas e concluintes. As atribuições causais médicas também foram as mais frequentes nos três grupos, e houve maior frequência de causas interacionistas entre fisioterapeutas comparados aos ingressantes e concluintes. As atribuições causais sociais foram minoritárias nos três grupos. Já para as expressões de soluções propostas para a deficiência, estas foram majoritariamente interacionistas nos três níveis de formação. As soluções médicas foram relativamente mais frequentes entre iniciantes, enquanto as sociais foram relativamente mais frequentes entre concluintes e fisioterapeutas. As expressões de julgamentos morais negativos foram majoritárias e com frequências semelhantes entre os três níveis de formação. Porém, os três grupos diferiram na frequência de julgamentos positivos, sendo a frequência mais baixa encontrada entre os concluintes.

Em relação às atitudes, as emoções foram majoritariamente negativas entre iniciantes e concluintes, sendo a maior frequência destas emoções entre iniciantes e subsequentemente entre concluintes e fisioterapeutas. Fisioterapeutas relataram emoções negativas e positivas equitativamente. Os pensamentos foram predominantemente negativos entre os três níveis de formação, com maior frequência entre os concluintes, seguido por iniciantes e fisioterapeutas. Os grupos não diferiram significativamente entre si em relação às proporções de pensamentos positivos ou negativos. Em relação aos comportamentos, estes foram predominantemente negativos entre iniciantes e concluintes, com maior frequência entre iniciantes. Já Fisioterapeutas expressaram, majoritariamente, comportamentos positivos.

A seguir, esses resultados serão analisados em relação a quatro aspectos principais: 1) a forte predominância de definições e atribuições causais médicas para deficiência, apesar da incorporação do modelo biopsicossocial na formação, 2) a predominância de julgamentos

morais que associam deficiência a uma tragédia pessoal 3) a surpreendente predominância de soluções sociais e interacionistas para a deficiência, em face de suas definições e causas médicas, 4) o capacitismo que permeia a cultura e a insuficiência da formação para a mudança de atitudes.

Definições e atribuições causais médicas diante do modelo biopsicossocial

Os resultados relativos às concepções de deficiência mostraram que o nível de formação na graduação de fisioterapia influencia significativamente a frequência dos tipos de definições e de causas de deficiência apontadas pelos participantes. Especificamente, foram observados aumentos na frequência de definições interacionistas quando iniciantes foram comparados a concluintes e fisioterapeutas. Este aumento parece refletir o uso do modelo biopsicossocial nos currículos de formação em Fisioterapia (COFFITO, 2009), implementado na UFMG. No entanto, mesmo diante do modelo biopsicossocial, em todos os grupos, a maior parte das definições e atribuições causais da deficiência foi de caráter médico, com frequências variando de 73.81% a 95.45% para definições e de 57.14% a 75.41% para causas. Isto é, alunos iniciantes, concluintes e fisioterapeutas definiram deficiência, com maior frequência, de acordo com o modelo médico da deficiência, porém utilizando terminologias diferentes. Iniciantes utilizaram termos como “falhas por dentro”; “anomalia”; “pessoa que tem necessidade”; “condição fora do que é encontrado normalmente”; “tudo que foge a esse estereótipo [de normalidade] pra gente é estranho, é uma “anomalia”. Concluintes usaram termos como: “falta de algo”; “perda de algo”; “algo que dificulta alguém a fazer alguma coisa”; “[...] pessoa com alguma parte do corpo faltando”; “algum comprometimento” e fisioterapeutas: “deficiência é um déficit [...] um déficit na capacidade dela de eficiência”; “[deficiência é] estar limitado em alguma atividade”; “É uma condição que o corpo tem”. Concluintes e fisioterapeutas, de forma mais acentuada, também utilizaram termos técnicos da CIF para definir deficiência, o que não ocorreu entre Iniciantes, devido ao fato desses não terem tido contato prévio com a classificação.

Entre concluintes, uma definição médica de deficiência foi representativa de vários proferimentos: "Algum comprometimento, pode ser de estrutura e função do corpo, que limite atividades e a participação do indivíduo dentro da sociedade". Note que há uso de terminologia própria dos níveis de funcionalidade da CIF (estrutura e função do corpo, atividade e participação) preservando no entanto uma lógica linear de causalidade originada no corpo: alterações corporais que causam as dificuldades enfrentadas pela pessoa com deficiência. Esta lógica reflete uma concepção puramente médica de deficiência, típica da

ICIDH, cuja forte contestação originou a CIF. Entre fisioterapeutas, a mesma lógica é também representativa: "é uma lesão biológica, seja intelectual, sensorial ou motora, que limita o indivíduo a ter oportunidades iguais na participação na sociedade". Note que a causa da desigualdade de oportunidades enfrentadas pelo indivíduo está localizada, nesta definição, exclusivamente em suas diferenças corporais. Estas definições médicas convivem, no entanto, com outras definições de caráter interacionista. Entre concluintes, por exemplo, uma participante afirma: "Não é só o ambiente e não é só a pessoa. É um termo muito amplo pra gente ser reducionista e pensar: é o corpo ou é a mente, é o emocional ou é o espaço? Eu acho que é um conjunto". Entre fisioterapeutas, definições interacionistas também tensionam a lógica médica: "[...] ter limitações ou não vai depender muito do que a pessoa tem, do ambiente que ela vive, da interação que ela tem com as pessoas". A tensão entre os dois tipos de concepções é expressa por um estudante entre os concluintes, ao notar que o termo deficiência, na tradução da CIF para o português, foi reservado para alterações de estruturas e funções do corpo: "Dentro da fisioterapia a gente olha principalmente essa questão da deficiência dentro da estrutura e função corporal" ou ainda "O pessoal da ortopedia chega deficiente de força o tempo todo e você trata. [...] Ela tem uma deficiência de força. Eu acho que a gente embolou um pouco o meio de campo". Entre fisioterapeutas, a interpretação da CIF também não atinge consenso. Uma das participantes aponta que segundo a CIF o conceito de deficiência é abrangente e se refere a presença de problemas em qualquer um dos três níveis: estruturas e funções corporais, atividade ou participação. A deficiência, portanto, enquanto situação complexa vivida pelas pessoas que têm diferenças corporais, não se restringiria ao corpo, mas se daria em qualquer nível de funcionalidade, em decorrência da interação da pessoa com seu contexto. Mas esta afirmativa é rebatida com o argumento que o termo deficiência em si, na classificação, se aplica somente às estruturas e funções corporais. Este fato foi atribuído, pela participante, a um erro na tradução da CIF para o português Brasileiro: "na verdade o conceito da OMS foi traduzido errado, entendeu?"

No português Brasileiro, o título da ICF, *International Classification of Functioning Disability and Health* foi traduzido por Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, estabelecendo Incapacidade como o correspondente de *Disability*. No entanto, a tradução direta da expressão em inglês *person with disability* para o português brasileiro é "pessoa com deficiência", terminologia oficial e reivindicada pelos movimentos sociais (SASSAKI, 2003). Esta correspondência já estabeleceria um forte argumento para que a palavra *Disability*, parte do título da ICF, fosse traduzida como deficiência e não

incapacidade, visto que o termo incapaz é fortemente rejeitado pelas pessoas com deficiência em nossa cultura. Ao invés disso, no entanto, a palavra deficiência, na versão brasileira da classificação, foi reservada para traduzir o termo *impairment*, referindo-se a “problemas nas funções ou nas estruturas do corpo como um desvio significativo ou uma perda” (CIF, 2003). Esta escolha parece promover um retrocesso em relação ao avanço conseguido pelo modelo social no sentido de redefinir *disability*/deficiência como algo que não pode ser localizado no corpo e explicado somente a partir dele, conforme argumentado por Diniz, Medeiros e Squinca (2007). Este estudo fornece evidências que corroboram o argumento contra estas escolhas de tradução na medida em que evidenciam a confusão conceitual entre estudantes e fisioterapeutas que, mesmo familiarizados com a CIF, permanecem usando definições médicas de deficiência. As escolhas de tradução da ICF também são inconsistentes com a tradução da definição de pessoa com deficiência adotada pelo Relatório Mundial de Deficiência da OMS (2011), a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2009) e pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), que usa impedimento como tradução de *impairment* e define que “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interações com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas”. A definição sugere que deficiência seja entendida como restrição de participação que acomete pessoas com impedimentos vivendo em ambientes com barreiras (SANTOS, 2016; DINIZ *et al.*, 2009). Segundo esta definição, deficiência definitivamente não pode ser confundida com *impairments* (impedimentos), não pode ser localizada ou restrita ao corpo, pois se dá na interação da pessoa com seu contexto (SHAKESPEARE, 2018).

A falta de clareza conceitual sobre o modelo biopsicossocial da ICF que é agravada pelas inconsistências da sua tradução nos parece prejudicar bastante o potencial do modelo biopsicossocial da OMS para avançar a compreensão e as práticas de saúde relacionadas aos fenômenos de funcionalidade e *disability*, superando as concepções médico-normalizadoras da ICIDH. Entre fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais a aceitação da CIF é favorecida devido ao grande interesse de valorização das profissões não-médicas (BARROS, 2003; SAMPAIO *et al.*, 2002). Parece haver, no entanto, um risco de “assimilação da dissidência” quando a terminologia da CIF é utilizada de maneira a emprestar legitimidade às antigas concepções médicas (VAZ *et al.*, 2019). A permanência de concepções médicas sugere foco terapêutico na mitigação dos impedimentos corporais e dificuldades individuais, localizando e

reduzindo a deficiência ao indivíduo, enquanto suas causas sociais são sistematicamente obscurecidas. Este foco limita o potencial transformador da CIF.

É fundamental, então, que a formação profissional inclua não somente a análise crítica do modelo biopsicossocial, sua história e seu significado (para além da sua terminologia) (VAZ *et al.*, 2019), mas sobretudo uma educação política para aprofundar a compreensão da deficiência como questão social, de justiça e direitos humanos (DINIZ *et al.*, 2009; HURST, 2003). Os currículos de formação em Fisioterapia precisam garantir a formação em estudos sobre deficiência, com atividades centradas na valorização das experiências e saberes das pessoas com deficiência, que devem ser incluídas em condições de igualdade no ambiente acadêmico (STOREY, 2007).

Julgamentos morais: deficiência como tragédia pessoal

Julgamentos morais são atribuições de valor com base em crenças e emoções resultantes das interpretações pessoais da realidade (BICKFORD, 2011). Neste estudo, em todos os grupos a deficiência foi associada a julgamentos morais predominantemente negativos. Apesar de fisioterapeutas terem predominantemente comportamentos positivos, eles ainda expressam julgamentos negativos tanto quanto iniciantes e concluintes. Os julgamentos mais frequentes corresponderam a uma valoração negativa da deficiência enquanto perda, dano, inferioridade relativa à norma, limitação, ineficiência e incapacidade. A valoração predominantemente negativa da deficiência, associada à identificação de causas localizadas e restritas ao corpo, em conformidade com o modelo médico, resulta em uma caracterização de deficiência um infortúnio individual, uma tragédia pessoal (OLIVER, 1996).

Conceber deficiência como uma tragédia individual engendra suposições de sofrimento ou fragilidade emocional e reações de pena ou dó associadas a evitação de proximidade por medo de ofender, que foram especialmente frequentes entre iniciantes e concluintes. Tais emoções, pensamentos e comportamentos, por sua vez, reforçam o imaginário sócio-discursivo estereotipado da deficiência, que ergue barreiras atitudinais e alimenta práticas discriminatórias, efetivamente contribuindo para produção social da deficiência (MORRIS, 2001; HAMMEL *et al.*, 2015) e impedindo o reconhecimento de individualidades e valores positivos que emergem da diversidade da deficiência (PESSOA *et al.*, 2019).

Contrariamente a estas concepções e atitudes, as pessoas com deficiência declaram com frequência uma identidade positiva, afirmando que sua condição é fruto de orgulho, dignidade e riqueza pessoal. Suas diferenças corporais não são necessariamente negativas, sua vida não é trágica. Elas afirmam que a deficiência é uma maneira única de estar no mundo, sendo parte integral da diversidade humana (SHAKESPEARE, 2006; DINIZ *et al.*, 2009). Shakespeare (2006) descreve como os saberes do campo dos estudos da deficiência geraram um processo de posituação das identidades de pessoas com deficiência, fazendo com o que a deficiência se transformasse de um rótulo estigmatizante imposto por autoridades médicas a um distintivo de luta por reconhecimento e direitos, ostentado com orgulho. A conscientização (FREIRE, 1970) que se dá na luta política muda a auto-concepção do indivíduo e dos outros em relação a ele. Neste ponto, mais uma vez, a formação profissional inclusiva, crítica e politicamente ancorada tem potencial para fornecer aos fisioterapeutas a condição de se aliarem aos interesses de seus pacientes com deficiência, confrontando situações de exclusão e discriminação e promovendo a valorização da diversidade da deficiência (MORRIS, 2001; MOANTOAN, 2003; STOREY, 2007). Faz-se necessária uma formação que dialogue sobre a história da deficiência e seu ativismo, que possibilite o intercâmbio de experiências para a aprendizagem coletiva e a aquisição de novas competências políticas, contribuindo para atitudes positivas (GARCÊZ; MAIA, 2009).

A predominância de soluções interacionistas para a deficiência

O nível de formação teve influência significativa nas frequências dos tipos soluções para a deficiência apontadas pelos participantes. Quando comparados iniciantes, concluintes e fisioterapeutas houve redução significativa na proporção de soluções médicas e aumento nas propostas de soluções sociais. Em todos os três grupos, as soluções interacionistas foram predominantes, variando de 51.54% a 48%, com maior frequência entre os fisioterapeutas, seguido por concluintes e iniciantes. Este achado é surpreendente diante da predominância de definições e causas médicas observadas nos três grupos.

O fato de os participantes utilizarem definições e causas predominantemente médicas individuais para a deficiência, atribuindo-lhe valor preponderantemente negativo, a princípio ensinaria a proposição de soluções que se concentrassem em reparar os impedimentos corporais, a fim de garantir um padrão de funcionamento próximo ou semelhante ao que é típico para a maioria (DINIZ *et al.*, 2009). O fato da maior parte dos participantes ter proposto soluções que visam garantir o direito das pessoas com deficiência à participação plena na sociedade sinaliza que os participantes, em todos os níveis de formação, estão alinhados com

as perspectivas de direitos e com as diretrizes de inclusão defendidas na Convenção Internacional sobre o Direito das Pessoas Deficientes (BRASIL, 2009) e na Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015). Um estudo das interpretações públicas da deficiência propagadas por veículos midiáticos de massa ao longo de quatro décadas (de 1960 a 2008) revela amplas transformações na cultura Brasileira (VIMIEIRO; MAIA, 2011; MAIA; VIMIEIRO, 2015). Entre 1960 e 1980 a deficiência foi predominantemente concebida como um problema individual e retratada nos enquadramentos de caridade e tratamento médico para minorar impedimentos corporais. A partir de 1980, no entanto, a mídia passa a tematizar a deficiência a partir dos enquadramentos de direitos, acessibilidade, participação social e qualidade de vida. As pessoas com deficiência passam a ser retratadas como indivíduos que ainda não tem garantia de que seus direitos serão respeitados e que ainda vivem em desigualdade. Promove-se amplamente a ideia de que a sociedade é responsável por superar barreiras que impedem que as pessoas com deficiência vivam com autonomia, efetivamente movendo a responsabilização das questões da deficiência, antes localizada no indivíduo, para a estrutura da sociedade, suas formas institucionais de exclusão e marginalização cultural. Estas mudanças refletem o surgimento das perspectivas sociais-relacionais da deficiência que foram promovidas por organizações, ativistas e teóricos com deficiência, se fortaleceram entre os anos 70 e 90, e conseguiram amplas conquistas na mudança de políticas educacionais e sociais em diferentes países (VIMIEIRO; MAIA, 2011; MAIA; VIMIEIRO, 2015). Podemos interpretar a predominância de soluções interacionistas, de acordo com Maia e Vimieiro, como decorrente de um 'aprendizado social', isto é, uma generalização de valores e conhecimento acumulado, anterior aos indivíduos, que fornece pré-interpretações sobre o tema das soluções para a deficiência, que se tornou parte do senso comum compartilhado intersubjetivamente e foi internalizado em graus variados pelos participantes.

Iniciantes observaram que “[...] O que acontece é que nós [sociedade] nos organizamos para quem está dentro do normal. Precisa de política pública para criar acessibilidade.” Concluintes afirmaram que “[...] precisa destruir paradigmas de que essas pessoas [com deficiência] são totalmente incapazes de viver em sociedade.[...]” e fisioterapeutas se indignaram com o fato de que “As pessoas não se respeitam, as pessoas não respeitam a diversidade, não respeitam o que é diferente. [...]”. A promoção da consciência coletiva propicia pensamentos voltados para soluções que ultrapassam impedimentos corporais, contemplando os âmbitos e atitudinais e sociais.

A crença compartilhada entre todos os participantes de que as soluções para a deficiência exigem intervenções sociais e interacionistas levanta o desafio de imaginar novas formas da profissão, Fisioterapia, contribuir para a melhoria da vida de pessoas com deficiências. O aparato de serviço e produção científica da reabilitação tem sido duramente criticado por seu foco exclusivo no corpo, com impacto limitado na participação das pessoas com deficiência (BARNES, 2003). A resposta a estas críticas parece exigir uma ampliação do foco de ação. É preciso ultrapassar o nível de análise e intervenção individuais (MAGASI, 2008), remover barreiras e criar facilitadores para a funcionalidade (KIELHOFNER, 2005). Para fisioterapeutas, profissionais com formação predominantemente biomédica e técnica, é um desafio analisar e modificar barreiras externas ao indivíduo que impedem sua plena participação na sociedade. Na medida em que as barreiras sociais, políticas e econômicas se tornarem mais centrais na compreensão da deficiência, e esta compreensão fizer parte da formação, os profissionais terão mais chance de reconhecê-las, compreendê-las e se engajarem em formas de modificá-las (VAZ *et al.*, 2019).

Capacitismo, formação profissional e mudanças atitudinais

Relatos de emoções, comportamentos e pensamentos negativos foram predominantes entre iniciantes e concluintes. Entre os fisioterapeutas, enquanto os relatos de emoções positivas e negativas tiveram proporções equilibradas e os relatos de comportamentos negativos foram bastante reduzidos, relatos de pensamentos negativos foram ainda predominantes. Estes resultados demonstram a insuficiência da formação acadêmica para a transformação de atitudes.

De maneira geral, vários dos conteúdos codificados como pensamentos, sentimentos ou comportamentos negativos refletiram o *capacitismo*, termo derivado da palavra inglesa *ableism*. O Capacitismo é a discriminação de pessoas com deficiência com base em um padrão de normalidade, com hierarquização dos sujeitos a partir de um ideal de beleza e de capacidade funcional e está diretamente ligado à equalização de deficiência com incapacidade (CAMPBELL, 2009; MELLO, 2016). Assim, emoções, pensamentos e comportamentos capacitistas qualificam como inferiores as pessoas com deficiência (MELLO, 2016). Iniciantes e concluintes expressaram com frequência emoções de pena e constrangimento em relação às pessoas com deficiência. Entre iniciantes foram comuns relatos de dó como: “eu olho uma pessoa [com deficiência], eu tenho dó, aí eu fico com aquela cara tipo: o que eu faço?” e entre concluintes expressões de emoções relativas à pena, como: “Poxa! Ela não tem os dois braços! O quê que eu posso fazer para ajudar?”. Entre fisioterapeutas não houve relato

de tantas emoções negativas, houve somente um relato de constrangimento e outro de surpresa. Porém, foi predominante em todos os grupos o pensamento de deficiência ser equivalente a limitação e incapacidade, assim como o relato de que eles subestimam pessoas com deficiência.

Pressupostos capacitistas prevalentes na cultura podem afetar negativamente a qualidade da assistência prestada por profissionais de saúde às pessoas com deficiência. É comum, por exemplo, que profissionais superestimem, equivocadamente, o impacto negativo de deficiências e doenças crônicas no bem estar emocional e na qualidade de vida (UBEL *et al.*, 2005; PFEIFFER, 1998), e isto pode influenciar decisões sobre os cuidados oferecidos (KOCH; 2000) Estes pressupostos se manifestaram entre iniciantes que presumiram uma fragilidade emocional, uma “falta de auto-aceitação” que talvez “traga tristeza para a pessoa”, que por isso “não se sente igual à gente.” Iniciantes refletiram que é preciso ter uma abordagem diferenciada com pessoas com deficiência, “mais cuidadosa”, cuidando da “forma que você vai falar pra não magoá-la”. Estudantes concluintes relataram medo de propor atividades terapêuticas para uma pessoa com deficiência, avaliando que “se ela não conseguir [isso poderia] piorar o estado emocional dela”. Fisioterapeutas, naturalmente, se sentem mais seguros para intervir. Suas reações a respeito de um paciente hipotético que faz uso de cadeira de rodas, e cuja queixa é uma dor lombar, incluem: “Eu teria que tirar ele da cadeira de rodas” e “Nossa, tem muita coisa que eu posso ajudar esse cara!”. Em todos os grupos foi comum a ideia de que o papel da Fisioterapia é “uma tentativa de melhorar a qualidade de vida” e “trazer independência, trazer dignidade”, indicando pressupostos de que estes aspectos da vida estejam reduzidos em razão da deficiência. Associados com as concepções médicas que localizam a causa da deficiência nas diferenças corporais, esses pressupostos favorecem um foco de intervenção preferencial na correção de impedimentos físicos, à revelia do que pacientes desejam com a reabilitação (ROSEWILLIAM *et al.*, 2011; LEACH *et al.*, 2010).

Entre concluintes e fisioterapeutas, a permanência de pensamentos predominantemente negativos, alguns dos quais claramente capacitistas, sobre pessoas com deficiência evidencia que estereótipos sobre deficiência ainda estão presentes e anuncia que a formação deveria promover reflexões sobre o capacitismo com intuito de combatê-lo. No entanto, observamos algumas rupturas: em todos os grupos, diferentes relatos de emoções, pensamentos, e comportamentos mostraram potencial de se contrapor às práticas discriminatórias. Concluintes avaliaram que achar “que a história [da pessoa com deficiência] tem dor e sofrimento [...] que o problema da vida dessa pessoa é deficiência” é uma atitude

preconceituosa. Eles observaram que as pessoas com deficiência podem sofrer em decorrência não das suas diferenças corporais, mas do tratamento social estigmatizante e segregador que recebem. Integrantes de todos os grupos refletiram sobre a necessidade de ouvir a pessoa com deficiência, “[...] Conversar com ela sobre a questão [do impedimento corporal] dela [...]”, saber o que é importante para ela, perguntando "O que você quer me contar [a respeito dos impedimentos corporais]?", e o que ela deseja, "[...] O que eu posso fazer por você? [...] ”. Concluintes e fisioterapeutas afirmaram a necessidade de levar em conta os desejos dos pacientes, mesmo que em detrimento dos seus: “Porque às vezes a gente quer muito uma coisa que para ele não importa [...] a gente quer muito que ele ande, mas para ele, conseguir tocar a cadeira de roda até o banheiro é melhor que andar” e é necessário "pensar no que o paciente quer [...] respeitando [suas] preferências e valores [...] para conseguir tomar uma melhor decisão conjunta". Estas reflexões foram mais comuns entre fisioterapeutas, que demonstraram sentimentos positivos e negativos em proporção equilibrada e predominância de relatos de comportamentos positivos.

Relatos de sentimentos e comportamentos negativos foram reduzidos entre fisioterapeutas comparados aos demais grupos, possivelmente em decorrência do amadurecimento pessoal e profissional, mas principalmente, segundo relataram com frequência, por causa da mudança de concepções e atitudes que decorre da convivência:

E hoje eu acho que talvez por trabalhar o dia todo, ter convivência diária, o tempo todo com pessoas com deficiência, eu vejo mais como uma parte da diversidade humana, uma característica. O que é deficiência? Uma característica de uma pessoa, isso faz parte da diversidade humana. E ter limitações ou não, isso vai depender muito do que a pessoa tem, do ambiente que ela vive, da interação que ela tem com as pessoas.

O convívio com pessoas com deficiência contribui para atitudes positivas, pois possibilita reflexões particulares da realidade em contraponto aos estigmas sociais (GOFFMAN, 1963) facilitando a inclusão (FINDLER *et al.*, 2007). Por isso é tão importante a naturalização da diversidade funcional e a promoção da convivência (MOANTOAN, 2003; DAINEZ; SMOLKA, 2014) para que pessoas diversas se reconheçam como semelhantes, confrontando sua interiorização subjetiva de estigmas sociais (MOANTOAN, 2003) capacitistas e promovendo atitudes positivas (ADLER, 1967 apud DAINEZ; SMOLKA, 2014).

Para uma educação profissional de fisioterapeutas que confronte o capacitismo, o ambiente acadêmico precisa estar preparado para acolher e refletir sobre a diversidade. Uma forma de estimular mudanças atitudinais é fomentar a diversidade nas universidades,

garantindo o acesso de estudantes com deficiência ao ensino superior, contratando professores e servidores com deficiência e garantindo que a produção cultural e acadêmica de pessoas com deficiência seja contemplada no conteúdo educacional (STOREY, 2007). A formação deve promover discussões sobre a deficiência, sua história, seus modelos explicativos e as experiências vividas cotidianamente por pessoas com deficiência. Atualmente estas reflexões não são contempladas no currículo de fisioterapia da UFMG (VAZ, *et al.*, 2019). Além disso, as instalações físicas do campus ainda oferecem muitas barreiras e há pouquíssimos alunos com deficiência. Não é possível formar fisioterapeutas cultural e politicamente competentes em relação à deficiência ao mesmo tempo que pessoas com deficiência são excluídas dos espaços de produção de conhecimento e formação profissional (OLKIN, 2002). A inclusão e a convivência têm o potencial de desafiar percepções e valores, preparando indivíduos para viver a vida na sua plenitude, livres de preconceitos e barreiras (MOANTOAN, 2003).

5 CONCLUSÃO

Não é possível dizer que a formação recebida na graduação de Fisioterapia é a principal responsável pelas diferenças e similitudes encontradas entre os grupos. É possível apenas identificar as recorrências e distinções conforme níveis diferentes de formação. Além disso, enquanto pesquisa qualitativa com grupos focais, este estudo é inerentemente limitado pelo risco de um viés de respostas socialmente desejáveis, visto que os participantes podem ter se sentido constrangidos em atribuírem a si, nas discussões em grupo, atitudes e posicionamentos não compatíveis com valores socialmente aceitos. Entretanto, este estudo evidenciou os desafios que a formação precisa enfrentar para a desconstrução de preconceitos e mudanças de atitudes para combater o capacitismo. Nesta direção, os relatos dos participantes indicaram a importância da convivência para mudança de julgamentos negativos e atitudes de cunho capacitista, reforçando a importância das políticas de inclusão no ambiente universitário, especialmente. Os conteúdos sobre concepções de deficiência revelaram as dificuldades criadas pela tradução da ICF e a necessidade de garantir na formação de fisioterapeutas uma compreensão mais aprofundada do modelo interacionista que a fundamenta. A crença compartilhada entre todos os participantes de que as soluções para a deficiência exigem intervenções sociais e interacionistas coloca o desafio de imaginar novas formas da profissão contribuir para a melhoria da vida de pessoas com deficiências. Estudos futuros de caráter longitudinal são necessários para documentar os efeitos de novas intervenções educativas para fisioterapeutas em formação, planejadas para enfrentar os desafios aqui identificados.

REFERÊNCIAS

- ABBERLEY, P. Disabling Ideology in Health and Welfare - the case of occupational therapy. **Disabil Soc.** v. 10, n.2, 1995.
- ANDRADA, B.F.C.C. Construções Narrativas da Deficiência no Discurso Acadêmico Brasileiro: Modelos Teóricos da Deficiência e as Especificidades do Contexto Nacional. *In*: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ESTUDOS SOBRE A DEFICIÊNCIA, 1., 2013, São Paulo. **Anais.** São Paulo: USP, 2013.
- ANTONAK, R.F; LIVNEH, H. Measurement of attitudes towards persons with disabilities. **Disabil. Rehabil.** v.22, n.5, p.211-224, 2000.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Ed. rev. e ampl. São Paulo: Edições 70, 2011. ISBN:978-85-62938-04-7.
- BARNES, C. Rehabilitation for disabled people: a 'sick' joke? **Scand J Disabil Res.** v.5, n.1, p. 7-23, 2003.
- BARROS, F.B.M. Autonomia Profissional do Fisioterapeuta ao longo da história. **Revista Físio Brasil.** v. 59, p.20-31, 2003.
- BICKFORD, S. Emotion Talk and Political Judgment. **The Journal of Politics.** v.73, n.4, p.1025–1037, 2011.
- BRASIL. Comissão Nacional Relatório de Atividades. **Ano Internacional das Pessoas Deficientes.** 1981.
- BRASIL. Decreto nº 6949, de 25 de Agosto de 2009. **Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.** Casa Civil, 2009.
- BRASIL. Lei nº 13146, de 6 de Julho de 2015. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.** Secretaria-Geral da República, 2015.
- BRASIL. Resolução nº 452, de 10 de Maio de 2012. **Conselho Nacional de Saúde.** Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde, 2012.
- BRICHER, G. Disabled People, Health Professionals and the Social Model of Disability: Can there be a research relationship? **Disabil. Soc.** v.15, n.5, p.781-793, 2000. DOI: 10.1080/713662004
- CAMPBELL, F.M. **Contours of Ableism. The Production of Disability and Aabledness.** Palgrave Macmillan, 2009.
- CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.** v.57, n.5, 2004.
- CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico.** 6. ed. rev. Forense Universitária, 1966.
- CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA A FAMÍLIA DE CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS. **CIF: Classificação Internacional**

de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução nº 370. Dispõe sobre a adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde por Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, 2009.
https://www.crefito8.gov.br/pr/legislacao/coffito/Resolucao%20COFFITO%20370_09.html

CASSIRER, E. **O Mito do Estado.** Tradução Álvaro Cabral. Códex. São Paulo, 1874.

DAINEZ, D.; SMOLKA, A.L.B. O conceito de compensação no diálogo de Vigotski com Adler: desenvolvimento humano, educação e deficiência. **Educ. Pesqui.** v.40, n.4, p.1093-1108, 2014.

DINIZ, D. Modelo Social da Deficiência: A Crítica Feminista. **Série Anis.** Brasília, v.28, p.1-8, 2003.

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

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W.R. Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. **Sur, Rev. Int. Direitos Human.** v. 6, n.11, p. 65-77, 2009.

ESCORPIZO, R.; STUCKI, G.; CIEZA, A.; DAVIS, K.; STUMBO, T.; RIDDLE, D.L. Creating an Interface Between the International Classification of Functioning, Disability and Health and Physical Therapist Practice. **Phys Ther.** v.90, n.7, 2010.

FERREIRA, M.A.V. La Construcción Social de la Discapacidad: Habitus, Estereotipos Y Exclusión Social. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas.* v. 17, 2008.

FINDLER, L.; VILCHINSKY, N.; WERNER, S. The Multidimensional Attitudes Scale Toward Persons With Disabilities (MAS): Construction and Validation. **RCB.** v.50, n.3, 2007.

FREIRE, P. **A Pedagogia do Oprimido.** 17. ed. Paz e Terra, 1970.

GARCÊZ, R.L.O.; MAIA, R.C.M. Lutas por Reconhecimento dos Surdos na Internet: Efeitos Políticos do Testemunho. **Rev. Sociol. Polít.** v.17, n.34, p. 85-101, 2009.

GAUDENZI, P.; ORTENGA, F. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. **Cien Saude Colet.** v.21, n.10, p. 3061-3070, 2016.

GIBSON, B.E.; DARRAH, J.; CAMERON, D.; KINGSNORTH, S.; LEPAGE, C.; MARTINI R.; MANDICH, A.; MENNA-DACK, D. Revisiting Therapy assumptions in children's rehabilitation: Clinical and Research implications. **Disabil Rehabil.** v.31, n.17, p. 1446-1453, 2009.

GIBSON, B.E.; TEACHMAN, G. Critical approaches in physical therapy research: investigating the symbolic value of walking. **Physiother Theory Pract.** v. 28, n.6, p.474–484, 2012.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada.** 4. ed. LTC, 1963.

HAMMELL, K.W. **Perspectives on Disability & Rehabilitation. Contesting assumptions, challenging practices.** Elsevier Ltd, 2006. ISBN:978-0-443-10059-8.

HAMMEL, J.; MAGASI, S.; HEINEMANN, A.; GRAY, D.B.; STARK, S.; KISALA, P.; CARLOZZI, N.E.; TULSKY, D.; GARCIA, S.F.; ELIZABETH A.H. Environmental barriers and supports to everyday participation: a qualitative insider perspective from people with disabilities. **Arch Phys Med Rehabil.** v.96, n.4, p.578-588, 2015.

HEHIR, T. Eliminating Ableism in Education. **Harv Educ Rev.** v.72, n. 1, 2002.

HUGHES, G. A Suitable Case for Treatment? Constructions of Disability. In: SARAGA, E. **Embodying the Social: Constructions of Difference.** Londres: Routledge & Open University Press, v.2, p. 40–64, 1998.

HURST, R. The international disability rights movement and the ICF. **Disabil. Rehabil.** v. 25, n.11-12, p. 572-576, 2003.

JORGENSEN, P. Concepts of body and health in physiotherapy: The meaning of the social/cultural aspects of life. **Physiother Theory Pract.** v. 16, p.105–115, 2000.

KIELHOFNER, G. Rethinking Disability and What To Do About It: Disability Studies and Its Implications for Occupational Therapy. **Am J Occup Ther.** v.59, n.5, 2005.

KITZINGER, J. The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. **Sociol Health Illn,** v.16, n. 1, 1994. ISSN 0141-9889.

KOCH, T. Life quality vs the 'quality of life': assumptions underlying prospective quality of life instruments in health care planning. **Soc. Sci. Med.** v. 51, 2000.

LE BETRON, D. **A Sociologia do Corpo.** 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1953.

LOMÔNACO, J.F.B.; CAZEIRO, A.P.M.; FERREIRA, A.M. Concepções de Deficiência e Reabilitação: um Estudo Exploratório com Graduandos de Fisioterapia. **Psicol. Escol. Educ.** v.10, n.1, p. 83-97, 2006.

MAGASI, S. Disability studies in practice: A work in progress. **Top Stroke Rehabil.** v.15, n.6, p.611–617, 2008.

MAGASI, S. Infusing disability studies into the rehabilitation sciences. **Top Stroke Rehabil.** v.15, n.3, p. 283-287, 2008.

MAIA, R.C.M.; VIMIEIRO, A.C. Recognition and Moral Progress: A Case Study about Discourses on Disability in the Media. **Political Studies.** v.63, p.161-180, 2015.

MELLO, A.G. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética e Pesquisa da UFSC. **Cien Saude Colet.** v.21, n.10, p.3265-3276, 2016.

MOANTOAN, M.T.E. **Inclusão Escolar. O que é? Por quê? Como fazer?** Editora Moderna, 2003.

MORGAN, D.L. Focus Group. **Annu. Rev. Sociol.** v.22, p.129-52, 1996.

MORRIS, J. Impairment and Disability: Constructing an Ethics of Care That Promotes Human Rights. **Hypatia.** v.16, n.4, 2001.

NEILSON, S. Ableism in the medical profession. **CMAJ.** v.192, n.15, 2020.

OLIVER, M. **Understanding Disability: From Theory to Practice.** Macmillan Education, 1996. ISBN 978-1-349-24269-6

OLIVER, M.; BARNES, C. Disability studies, disabled people and the struggle for inclusion. **Br. J. Sociol. Educ.** v.31, n.5, 2010.

OLKIN, R. Could you hold the door for me? Including disability in diversity. **Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.** v. 8, n. 2, p. 130-137, 2002.

OLSON, M.J.; ZANNA, P.M. **Attitude and Attitude Change.** Annu. Rev. Psychol. v.44, p. 117-154, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Relatório Mundial sobre a Deficiência.** Governo do Estado de São Paulo, 2011.

PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes - coeficiente Kappa. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v.37, n.1, 2003.

PESSOA, S.N.; BRANDÃO, V.C.; MANTOVANI, C.M.C.A. Imaginários sobre a deficiência: mobilização de afetos cotidianos em campanhas publicitárias. **Intexto,** Porto Alegre, UFRGS, n. 45, p. 164-186, 2019.

PFEIFFER, D. The ICIDH and the Need for its Revision. **Disabil Soc.** v.13, n.4, p.503-523, 1998.

ROSEWILLIAM, S.; ROSKELL, C.A.; PANDYAN, A.D. A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. **Clin Rehabil.** v. 25, n.6, p.501-514, 2011.

ROUSH, S.E.; SHARBY, N. Disability Reconsidered: The Paradox of Physical Therapy. **Phys Ther.** v.91, n.12, 2011.

RUARO, J.A.; RUARO, M.B.; SOUZA, D.E.; FRÉZ, A.R.; GUERRA, R.O. Panorama e perfil da utilização da CIF no Brasil - uma década de história. **Rev Bras Fisioter.** 2012

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C.; FONSECA, S.T. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. **Braz. J. Phys. Ther.** v.6, n. 3, p.113-118, 2002.

SANTOS, W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. **Cien Saude Colet.** v.21, p.3007-3015, 2016.

SASSAKI, R.K. **Como Chamar as Pessoas que têm Deficiência.** Vida Independente: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos. São Paulo, p.12-16, 2003.

SHAKESPEARE, T. **Disability Rights and Wrongs Revisited.** 2. ed. Routledge, 2006.

SHAKESPEARE, T. **Disability The Basics.** Routledge, 2018.

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

SMITHSON, J. Using and analysing focus groups: limitations and possibilities. **Int J Soc Res Methodol.** v. 3, n. 2, p.103-119, 2000.

SOFFER, M.; CHEW, F. Framing disability among young adults with disabilities and non-disabled young adults: an exploratory study. **Disabil Rehabil.** v.37, n.2, p.171-178, 2015.

STOREY, K. Combating Ableism in Schools. **Preventing School Failure.** v. 52, n.1, 2007.

SWAIN, J.; FRENCH S. The Relationship Between Disabled People and Health and Welfare Professionals. **Handbook of Disability Studies.** p. 734-753, 2001.

TRAD, L.A.B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis.** Rio de Janeiro, v.19, n.3, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>

THURIAUX, M.C. The Keywords Summary ICIDH: evolution, status, and prospects. **Disabil. Rehabil.** v.17, n. 3/4, p.112-118, 1995.

UBEL, P.A.; LOEWENSTEIN, G.; SCHWARZ, N.; SMITH, D. Misimagining the Unimaginable: The Disability Paradox and Health Care Decision Making. **Health Psychol.** v.24, n.4, p.57-62, 2005.

VAZ, D.V.; ANTUNES, A.A.M.; FURTADO, S.R.C. Tensões e possibilidades no campo da reabilitação sob a ótica dos estudos da deficiência. **Cad. Bras. Ter. Ocup.** v.27, n.4, p. 917-928, 2019.

VIMIEIRO, A.C.S.C. **Cultura Pública e Aprendizado Social:** a trajetória dos enquadramentos sobre a temática da deficiência na imprensa brasileira (1960-2008). Dissertação (Mestrado em Comunicação Social) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

World Health Organization - WHO. **International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps.** Geneva, 1980.

World Health Organization - WHO. **Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF The International Classification of Functioning, Disability and Health.** Geneva, 2002.

YOSHIDA, K. Unbinding physiotherapy knowledge. Critical disability studies' epistemology: moving towards a socially-just physiotherapy profession. In: GIBSON, B.E.; NICHOLLS, D.A.; SETCHELL, J.; GROVEN, K.S. **Manipulating Practices: A Critical Physiotherapy Reader.** 2018. cap. 9.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP _VERSÃO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atitudes frente a pessoas com deficiência no Brasil - tradução, adaptação transcultural e propriedades de medida de instrumentos padronizados de avaliação

Pesquisador: Daniela Virgínia Vaz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09674819.9.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.257.871

Apresentação do Projeto:

"A proposta do estudo é traduzir e adaptar culturalmente escala "Multidimensional Attitudes Scale Toward Persons With Disabilities" (MAS) para o português-brasileiro. Finalizada a Versão Final Brasileira Traduzida e Adaptada da escala MAS, avaliaremos suas propriedades de medida. Serão feitas avaliações da validade de conteúdo, validade de constructo e de índices de confiabilidade – consistência interna, confiabilidade teste-reteste, mudança mínima detectável e erro padrão de medida. O estudo será realizado em etapas. Após a aprovação dos autores da escala MAS original, a primeira etapa será a de tradução para o português brasileiro,

por duas tradutoras independentes. Em seguida, será realizada uma síntese das traduções. Feita a síntese, dois tradutores nativos da língua inglesa fluentes em português irão realizar a tradução reversa. Depois da aprovação da tradução pelas autoras da escala original, um comitê de experts será constituído pelas tradutoras, pesquisadoras com

experiência em reabilitação e deficiência e pessoas com deficiência ou que tenham vivência com a deficiência. O Comitê realizará discussões para análise da equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual entre as versões, para garantir a validade de conteúdo (validade de face) da versão Brasileira. Também serão realizadas entrevistas semi-estruturadas e grupos focais sobre o tema "atitudes dirigidas a pessoas com deficiência"

Na fase seguinte, Será realizado um Pré-teste da Versão Pré-Final Brasileira para averiguar a

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 3.257.871

compreensão de cada item e das suas possíveis respostas. Serão selecionados, por conveniência, 30 indivíduos entre estudantes, professores, funcionários e frequentadores da UFMG para responderem a Versão Pré-Final Brasileira (Beaton et. al, 2000). Cada respondente será questionado sobre seu entendimento dos itens do questionário, com as perguntas "Por favor, me diga, com as suas palavras o que você entendeu dessa questão" e "Por favor, me fale o que você pensou para responder essa pergunta." Se 15% ou mais dos entrevistados apresentarem alguma dúvida sobre algum item, este será alterado. Em caso de alteração, será realizado um novo pré-teste da versão atualizada (Nusbaum et. al, 2001). Ao final, o Comitê de Experts realizará uma auditoria para verificar o cumprimento de todas as etapas de tradução e adaptação para aprovar a Versão Final Brasileira Traduzida e Adaptada. Após aprovação, serão realizados testes das propriedades de medidas (Beaton et. al, 2000). A validade do constructo multidimensional de atitudes que embasa a MAS será investigada com análise de fatores exploratória e confirmatória. Com procedimentos semelhantes aos realizados para a versão Espanhola da MAS (Stevens et al, 2013), esta análise definirá que itens devem permanecer ou ser retirados da versão brasileira, com base em sua consistência estatística. Para esta análise, serão recrutados um mínimo de 10 e máximo de 20 respondentes por item (Costello & Osborne, 2009, Terwee et al, 2007), totalizando 340 a 680 participantes para a escala com com 34 itens. Os respondentes serão selecionados por conveniência entre estudantes, professores, funcionários e frequentadores da UFMG. Os dados dos respondentes serão usados também para determinar a consistência interna de cada uma das subescalas componentes da Versão Final Brasileira. Pelo menos 50 dos participantes (Terwee et. al, 2007) serão convidados a responder à MAS pela duas vezes com intervalo de quinze dias entre as duas aplicações, para possibilitar a análise da confiabilidade teste-reteste, erro padrão de medida e mínima mudança detectável dos escores da MAS."

Objetivo da Pesquisa:

Traduzir para o português-brasileiro e realizar adaptações transculturais, se necessárias, da escala "Multidimensional Attitudes Scale Toward Persons With Disabilities". Verificar a validade de conteúdo e validade de constructo da Versão Final Brasileira Traduzida e Adaptada da escala MAS, assim como os índices de confiabilidade – consistência interna, confiabilidade teste-reteste, mudança mínima detectável e erro padrão de medida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005	
Bairro: Unidade Administrativa II	CEP: 31.270-901
UF: MG	Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592	E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 3.257.871

"Riscos:

Não há risco físico para os participantes dessa pesquisa. Os possíveis riscos para os participantes dessa pesquisa são desconforto e/ou frustração. Para minimizar esses riscos, o pesquisador deixará claro aos participantes que eles poderão interromper, a qualquer momento, sem qualquer ônus ou prejuízo, a sua participação na pesquisa. Há risco de exposição, o qual será controlado garantindo o anonimato do participante. Serão usados códigos numéricos para identificação ao invés de nome próprio.

Benefícios:

Não há benefícios diretos para os participantes dessa pesquisa. A tradução e adaptação para o português-brasileiro de um instrumento capaz de mensurar atitudes em relação às pessoas com deficiência contribuirá para a pesquisa sobre o tema."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo metodológico bem descrito e delimitado, com grande relevância para a área de conhecimento. TCLEs com informações de fácil entendimento. Para aprovação, entretanto, são necessários alguns ajustes nos TCLEs e explicação dos autores sobre a forma de recrutamento dos potenciais participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- 1- Folha de rosto assinada
- 2- Formulário de informações básicas
- 3- Parecer da Câmara Depto de Fisioterapia da UFMG
- 4- TCLEs para participantes dos procedimentos: entrevista, grupo focal, presidente teste MAS e propriedades psicométricas do MAS.

Recomendações:

Sou a favor, S.M.J., de colocação do projeto em diligência, para modificações listadas abaixo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1- Esclarecer como será feito o recrutamento dos potenciais participantes. Os autores apontam que os participantes serão estudantes, professores, funcionários e frequentadores da UFMG, mas não especificam como será feito o convite a esses potenciais participantes. Além disso, aponta-se que, no grupo focal, haverá convite a pessoas com deficiência. Esclarecer o tipo de deficiência e critérios de inclusão, com relação a idade e tipo de deficiência. Caso haja recrutamento de menor de idade ou incapazes, incluir TCLE para responsável e TALE para menor/legalmente incapaz.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 3.257.871

Caso os indivíduos com deficiência sejam recrutados em alguma instituição, favor incluir modelo/carta de anuência da instituição.

2- Rever nos TCLEs:

2.1. Retirar o nome de identificação no início do TCLE;

2.2 Rever o termo "ficha de identificação" por "coleta de dados demográficos"

2.3. Apontar qual será o local de coleta dos dados, pois caso necessário, deve-se prever o ressarcimento de despesas relacionadas a transporte dos participantes

2.4. Incluir espaço para rubrica do participante em todas as páginas e paginação

2.5. Rever a informação sobre o contato da SMSA-BH: este estudo será realizado na Prefeitura de Belo Horizonte? Caso seja, incluir a PBH como instituição co-participante

3- Rever TCLE de propriedades psicométricas (fase VI): incluir a informação que o participante poderá ser convidado a responder o questionário MAS 2 vezes, com intervalo de 15 dias.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Norma Operacional 01/2013, de 30 de setembro de 2013, o CEP aguarda a resposta até 30 (trinta) dias a partir da entrega deste parecer via Plataforma Brasil, para que o pesquisador atenda às pendências. Ao final deste prazo o projeto será arquivado. Solicita-se, ainda, que uma carta resposta seja enviada, via Plataforma Brasil, de forma ordenada, conforme os itens das considerações deste parecer, indicando-se também a localização das possíveis alterações no protocolo, inclusive no TCLE.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1262059.pdf	07/03/2019 18:15:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs.docx	07/03/2019 18:12:20	Daniela Virgínia Vaz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_COEP_07_03.docx	07/03/2019 18:12:07	Daniela Virgínia Vaz	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoAssinada.pdf	28/02/2019 13:15:45	Daniela Virgínia Vaz	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.257.871

Outros	ParecerCamara.pdf	26/02/2019 10:13:18	Daniela Virgínia Vaz	Aceito
--------	-------------------	------------------------	----------------------	--------

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 10 de Abril de 2019

Assinado por:

**Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP _VERSÃO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atitudes frente a pessoas com deficiência no Brasil - tradução, adaptação transcultural e propriedades de medida de instrumentos padronizados de avaliação

Pesquisador: Daniela Virgínia Vaz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09674819.9.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.340.283

Apresentação do Projeto:

"A proposta do estudo é traduzir e adaptar culturalmente escala "Multidimensional Attitudes Scale Toward Persons With Disabilities" (MAS) para o português-brasileiro. Finalizada a Versão Final Brasileira Traduzida e Adaptada da escala MAS, avaliaremos suas propriedades de medida. Serão feitas avaliações da validade de conteúdo, validade de constructo e de índices de confiabilidade – consistência interna, confiabilidade teste-reteste, mudança mínima detectável e erro padrão de medida. O estudo será realizado em etapas. Após a aprovação dos autores da escala MAS original, a primeira etapa será a de tradução para o português brasileiro, por duas tradutoras independentes. Em seguida, será realizada uma síntese das traduções. Feita a síntese, dois tradutores nativos da língua inglesa fluentes em português irão realizar a tradução reversa. Depois da aprovação da tradução pelas autoras da escala original, um comitê de experts será constituído pelas tradutoras, pesquisadoras com experiência em reabilitação e deficiência e pessoas com deficiência ou que tenham vivência com a deficiência. O Comitê realizará discussões para análise da equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual entre as versões, para garantir a validade de conteúdo (validade de face) da versão Brasileira. Também serão realizadas entrevistas semi-estruturadas e grupos focais sobre o tema "atitudes dirigidas a pessoas com deficiência". Na

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 3.340.283

fase seguinte, Será realizado um Pré-teste da Versão Pré-Final Brasileira para averiguar a compreensão de cada item e das suas possíveis respostas. Serão selecionados, por conveniência, 30 indivíduos entre estudantes, professores, funcionários e frequentadores da UFMG para responderem a Versão Pré-Final Brasileira (Beaton et. al, 2000). Cada respondente será questionado sobre seu entendimento dos itens do questionário, com as perguntas “Por favor, me diga, com as suas palavras o que você entendeu dessa questão” e “Por favor, me fale o que você pensou para responder essa pergunta.” Se 15% ou mais dos entrevistados apresentarem alguma dúvida sobre algum item, este será alterado. Em caso de alteração, será realizado um novo pré-teste da versão atualizada (Nusbaum et. al, 2001). Ao final, o Comitê de Experts realizará uma auditoria para verificar o cumprimento de todas as etapas de tradução e adaptação para aprovar a Versão Final Brasileira Traduzida e Adaptada. Após aprovação, serão realizados testes das propriedades de medidas (Beaton et. al, 2000). A validade do constructo multidimensional de atitudes que embasa a MAS será investigada com análise de fatores exploratória e confirmatória. Com procedimentos semelhantes aos realizados para a versão Espanhola da MAS (Stevens et al, 2013), esta análise definirá que itens devem permanecer ou ser retirados da versão brasileira, com base em sua consistência estatística. Para esta análise, serão recrutados um mínimo de 10 e máximo de 20 respondentes por item (Costello & Osborne, 2009, Terwee et al, 2007), totalizando 340 a 680 participantes para a escala com com 34 itens. Os respondentes serão selecionados por conveniência entre estudantes, professores, funcionários e frequentadores da UFMG. Os dados dos respondentes serão usados também para determinar a consistência interna de cada uma das subescalas componentes da Versão Final Brasileira. Pelo menos 50 dos participantes (Terwee et. al, 2007) serão convidados a responder à MAS pela duas vezes com intervalo

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 3.340.283

de quinze dias entre as duas aplicações, para possibilitar a análise da confiabilidade teste-reteste, erro padrão de medida e mínima mudança detectável dos escores da MAS."

Objetivo da Pesquisa:

Traduzir para o português-brasileiro e realizar adaptações transculturais, se necessárias, da escala "Multidimensional Attitudes Scale Toward Persons With Disabilities". Verificar a validade de conteúdo e validade de constructo da Versão Final Brasileira Traduzida e Adaptada da escala MAS, assim como os índices de confiabilidade – consistência interna, confiabilidade teste-reteste, mudança mínima detectável e erro padrão de medida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Não há risco físico para os participantes dessa pesquisa. Os possíveis riscos para os participantes dessa pesquisa são desconforto e/ou frustração. Para minimizar esses riscos, o pesquisador deixará claro aos participantes que eles poderão interromper, a qualquer momento, sem qualquer ônus ou prejuízo, a sua participação na pesquisa. Há risco de exposição, o qual será controlado garantindo o anonimato do participante. Serão usados códigos numéricos para identificação ao invés de nome próprio.

Benefícios:

Não há benefícios diretos para os participantes dessa pesquisa. A tradução e adaptação para o português brasileiro de um instrumento capaz de mensurar atitudes em relação às pessoas com deficiência contribuirá para a pesquisa sobre o tema."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo metodológico bem descrito e delimitado, com grande relevância para a área de conhecimento. TCLEs com informações de fácil entendimento. A maioria das solicitações foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Recomendações:

Sou a favor, S.M.J., de aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favor retirar o contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de BH do TCLE, conforme

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 3.340.283

solicitado no parecer anterior.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1262059.pdf	03/05/2019 09:33:59		Aceito
Outros	Resposta_COEP_Atitudes.docx	03/05/2019 09:33:04	Daniela Virgínia Vaz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_COEP_07_03.docx	03/05/2019 09:28:10	Daniela Virgínia Vaz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLs.docx	03/05/2019 09:27:17	Daniela Virgínia Vaz	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoAssinada.pdf	28/02/2019 13:15:45	Daniela Virgínia Vaz	Aceito
Outros	ParecerCamara.pdf	26/02/2019 10:13:18	Daniela Virgínia Vaz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.340.283

BELO HORIZONTE, 22 de Maio de 2019

Assinado por:
Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Entrevista Semi-estruturada na Pesquisa das Emoções, Pensamentos e Comportamentos em Relação às Pessoas com Deficiência

Pesquisadora: Gláucia Lima Dalboni

Orientadora: Daniela Vaz

Prezado senhor (a) você está sendo convidado(a) para participar de um projeto de pesquisa que tem como objetivo avaliar quais são as possíveis emoções, pensamentos e comportamentos que podem surgir quando vivenciamos experiências com pessoas que possuem alguma deficiência motora. Este projeto será desenvolvido como dissertação de Mestrado da aluna Gláucia Lima Dalboni, no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

DESCRIÇÃO DOS TESTES A SEREM REALIZADOS: Concordando em participar do estudo você irá preencher a coleta de dados demográficos. Em nenhum momento o seu nome será divulgado. Você será entrevistado, em uma sala reservada, por um membro da nossa equipe. Essa entrevista será sobre suas opiniões sobre deficiência e sobre as emoções, pensamentos e comportamentos você acha que pode surgir quando interagimos com pessoas que tem alguma deficiência motora. O entrevistador apresentará uma situação, hipotética, de interação entre duas pessoas, e te solicitará que pense e fale sobre a situação. Ele te perguntará sobre sentimentos, pensamentos e ações que são prováveis de surgir quando uma pessoa interage com alguém com deficiência motora. O entrevistador irá gravar o áudio das suas respostas e realizar algumas anotações. Isso servirá para analisarmos o conteúdo da sua resposta com cuidado, o que gerará os dados para a nossa pesquisa. Essa gravação de voz será transcrita e estará à sua disposição. As anotações e a gravação de áudio serão identificadas através de códigos numéricos para mantermos o seu sigilo. As anotações e as transcrições do áudio serão guardadas no armário da sala da Professora Coordenadora da Pesquisa Daniela Vaz, na Escola de Educação Física, Fisioterapia e serão utilizadas somente para fins de análise de pesquisa científica. O áudio será gravado no celular particular da Mestranda

Gláucia Lima Dalboni, um Iphone 5 de registro ID:BCG-E2643B e ao final da entrevista será transferido, imediatamente, para o computador da Professora Coordenadora Daniela Vaz, em sua sala, na Escola de Educação Física, Fisioterapia, onde ficará armazenado por 10 anos. Após esse prazo o áudio será destruído. Realizaremos uma cópia do áudio, por questões de segurança dos dados, caso ocorra alguma pane no computador. O áudio e sua transcrição serão utilizados somente pela equipe de pesquisadores para análise dos temas, mantendo o seu sigilo e evitando qualquer tipo de exposição. Todos os dados coletados serão usados, exclusivamente, para gerar informações para a nossa pesquisa e outras publicações dela decorrentes. Caso você aceite participar do estudo, o tempo estimado para entrevista é de no mínimo 40 minutos. A qualquer momento você poderá desistir de participar do estudo, sem qualquer custo ou prejuízo para você.

RISCOS: não há nenhum tipo risco físico para participar dessa pesquisa. Há possibilidade de desconforto, frustração, inibição e timidez durante a entrevista. Se em algum momento você não se sentir à vontade e não quiser mais participar, poderá abandonar nosso estudo, sem precisar se justificar e sem qualquer tipo de prejuízo ou custo para você. Para controlar os riscos de exposição, seu anonimato será mantido, usaremos códigos numéricos como identificação ao invés do seu nome.

BENEFÍCIOS: Não há benefício direto para você ao participar da entrevista, porém as informações colhidas nos possibilitarão um melhor entendimento sobre as atitudes das pessoas em relação às pessoas com deficiência motora.

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.

GASTOS FINANCEIROS: A entrevista e os materiais utilizados na pesquisa não terão nenhum custo para você.

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

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Eu, _____ 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 assinando este termo voluntariamente, e tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter em relação à pesquisa com: Gláucia Dalboni: (0XX31) 99304-1520 (glauciadelboni@gmail.com) e com a Profª. Daniela Vaz (0XX31) 3409-4792.

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

_____	_____
Assinatura do Participante	Data
_____	_____
Assinatura do Pesquisador Responsável	Data

Este documento será assinado em duas vias, permanecendo uma versão com o participante e a outra com o pesquisador.

O COEP pode ser acionado a qualquer momento para esclarecimento de dúvidas éticas relacionadas a esta pesquisa.

Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) / UFMG: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2005. CEP: 31270-901 – BH – MG Telefax: (31) 3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Termo de Autorização para Gravação de Voz

Eu, _____

depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada Entrevista Semi-estruturada na Pesquisa das Emoções, Pensamentos e Comportamentos em Relação às Pessoas com Deficiência poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista. AUTORIZO, por meio deste termo, as pesquisadoras Gláucia Lima Dalboni e Daniela Vaz, a realizar a gravação de minha participação na entrevista, sem custos financeiros a nenhuma parte. Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante ao compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. se for da minha vontade, poderei ler a transcrição da gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 10 anos, sob a responsabilidade da Pesquisadora Coordenadora da Pesquisa Daniela Vaz, e após esse período, serão destruídos e;
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou custo.

Assinando este termo de autorização, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo e autorizo minha gravação de voz.

Assinatura do Participante

Data

Assinatura do Pesquisador Responsável

Data

Este documento será assinado em duas vias, permanecendo uma versão com o participante e a outra com o pesquisador.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GRUPO FOCAL

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Grupo Focal: Emoções, Pensamentos e Comportamentos em Relação às Pessoas com Deficiência

Pesquisadora: Gláucia Lima Dalboni

Orientadora: Daniela Vaz

Prezado senhor você está sendo convidado(a) para participar de um projeto de pesquisa que tem como objetivo avaliar quais são as possíveis emoções, pensamentos e comportamentos que podem surgir quando interagimos com pessoas que possuem alguma deficiência motora. Este projeto será desenvolvido como dissertação de Mestrado da aluna Gláucia Lima Dalboni, no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

DESCRIÇÃO DOS TESTES A SEREM REALIZADOS: Concordando em participar do estudo você irá preencher a coleta de dados demográficos. Em nenhum momento o seu nome será divulgado. Você participará de um grupo de discussão, com no máximo 10 pessoas, em uma sala reservada. O encontro será agendado com todos os participantes, de acordo com a disponibilidade da maioria do grupo. O grupo de conversa será realizado em sala reservada da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG. Em caso de necessidade de transporte especial, este será providenciado pela equipe do estudo. Iremos discutir sobre opiniões sobre deficiência e emoções, pensamentos e comportamentos que podem surgir quando interagimos com pessoas que tem alguma deficiência motora. A equipe de pesquisa terá dois mediadores, que conduzirão a discussão, e dois assistentes, um fará as anotações e outro gravará a discussão em áudio. Os mediadores apresentarão uma situação, hipotética, de interação entre duas pessoas, e solicitarão ao grupo que reflita sobre a situação. Os mediadores perguntarão sobre sentimentos, pensamentos e ações que são prováveis de surgir quando uma pessoa interage com alguém que tem deficiência motora. As anotações serão referentes aos temas discutidos e serão identificadas através de códigos numéricos para mantermos o sigilo. O áudio será gravado para não perdermos nenhum trecho da discussão. Depois o áudio será transcrito para analisarmos todo conteúdo discutido com cuidado e extrairmos nossos dados. Essa transcrição estará a sua disposição, caso tenha interesse. O

áudio será gravado no celular particular da Mestranda Gláucia Lima Dalboni, um Iphone 5 de registro ID:BCG-E2643B e ao final, transferido, imediatamente, para o computador da Professora Coordenadora Daniela Vaz, em sua sala, na Escola de Educação Física, Fisioterapia. O áudio será utilizado somente pela equipe de pesquisadores para análise dos temas, mantendo o sigilo e evitando a exposição de qualquer participante. Por questões de segurança, o áudio será guardado no computador da Professora Coordenadora Daniela Vaz, por 10 anos, sem qualquer alteração em seu conteúdo. Depois desse prazo ele será destruído. Realizaremos somente uma cópia do arquivo de áudio para evitar perda do mesmo, em caso de pane do computador. As anotações e a transcrição do áudio serão guardadas no armário da sala da Professora Coordenadora da Pesquisa Daniela Vaz, na Escola de Educação Física, Fisioterapia e serão utilizadas somente para fins de análise de pesquisa científica. Todos os dados coletados serão usados, exclusivamente, para gerar informações para a nossa pesquisa e outras publicações dela decorrentes. Caso você aceite participar do estudo, o tempo estimado para nossa discussão é de no mínimo 40 minutos, podendo ter uma duração de até 4 horas. A qualquer momento você poderá desistir de participar do estudo, sem qualquer custo ou prejuízo para você.

RISCOS: não há nenhum tipo risco físico para participar dessa pesquisa. Há possibilidade de desconforto, frustração, inibição e timidez durante a discussão. Se em algum momento você não se sentir à vontade e não quiser mais participar, poderá abandonar a discussão, sem precisar se justificar e sem qualquer tipo de prejuízo ou custo para você. Para controlar os riscos de exposição, seu anonimato será mantido, e usaremos códigos numéricos como identificação ao invés do seu nome.

BENEFÍCIOS: Não há benefício direto para você ao participar da nossa roda de conversa, porém as informações colhidas nos possibilitarão um melhor entendimento sobre as atitudes das pessoas em relação às pessoas com deficiência motora.

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.

GASTOS FINANCEIROS: A discussão e os materiais utilizados na pesquisa não terão nenhum custo para você.

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

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Eu, _____ 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 assinando este termo voluntariamente, e tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter em relação à pesquisa com: Gláucia Dalboni: (0XX31) 99304-1520 (glauciadelboni@gmail.com) e com a Prof^ª. Daniela Vaz (0XX31) 3409-4792.

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do Participante

Data

Assinatura do Pesquisador Responsável

Data

Este documento será assinado em duas vias, permanecendo uma versão com o participante e a outra com o pesquisador.

O COEP pode ser acionado a qualquer momento para esclarecimento de dúvidas éticas relacionadas a esta pesquisa.

Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) / UFMG: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2005. CEP: 31270-901 – BH – MG Telefax: (31) 3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ PARA GRUPO FOCAL

Termo de Autorização para Gravação de Voz

Eu, _____ depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada Grupo Focal: Emoções, Pensamentos e Comportamentos em Relação às Pessoas com Deficiência poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha participação na discussão, AUTORIZO, por meio deste termo, as pesquisadoras Gláucia Lima Dalboni e Daniela Vaz, a realizar a gravação de minha participação no grupo focal, sem custos financeiros a nenhuma parte. Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. se for da minha vontade, poderei ler a transcrição da gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 10 anos, sob a responsabilidade da Pesquisadora Coordenadora da Pesquisa Daniela Vaz, e após esse período, serão destruídos e;
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou custo.

Assinando este termo de autorização, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo e autorizo minha gravação de voz.

Assinatura do Participante

Data

Assinatura do Pesquisador Responsável

Data

Este documento será assinado em duas vias, permanecendo uma versão com o participante e a outra com o pesquisador.

APÊNDICE E – MINICURRÍCULO DA AUTORA

Formação Acadêmica/Titulação

- 2018 – Atual** Mestrado em andamento em Ciências da Reabilitação (Conceito CAPES 6)
 Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Brasil.
 Título: Concepções e Atitudes de Graduandos e Profissionais de Fisioterapia em Relação à Deficiência.
 Orientadora: Daniela Virginia Vaz
 Coorientadora: Regiane Lucas de Oliveira Garcêz
- 2009 – 2011** Especialização em Ergonomia. (Carga Horária: 360h).
 Universidade Gama Filho, UGF, Brasil.
 Título: A prevalência de acidentes em turnos e noturnos
- 2005 – 2006** Especialização em Fisioterapia Ortopédica e Desportiva. (Carga Horária: 368h)
 Centro Universitário de Belo Horizonte, UniBH, Brasil.
 Título: Uma Revisão sobre Síndrome Patelofemoral
- 2000 – 2004** Graduação em Fisioterapia
 Centro Universitário de Belo Horizonte, UniBH, Brasil.

Formação Complementar

- 2019 – 2019** Workshop de Redação Científica. (Carga horária: 15h).
 Escola de Educação Física, Fisioterapia e TO-UFMG, EEFFTO, Brasil.
- 2018 – 2018** Projeto ADES-FIT - Aprimoramento Didático do Ensino Superior; Tema: Aprender. (Carga horária: 2h).
 Escola de Educação Física, Fisioterapia e TO-UFMG, EEFFTO, Brasil.
- 2014 – 2015** Méthode des Chaînes Physiologiques. (Carga horária: 260h).
 Les Chaînes Physiologiques, SARL, França.
- 2012 – 2012** Capacitação em Treinamento Funcional. (Carga horária: 21h).
 Escola Brasileira de Pilates, ESBP, Brasil.

- 2008 – 2008** Perícia e Assistência Técnica em Ações Judiciais. (Carga horária: 24h).
Ergonomia Forense, EF, Brasil.
- 2006 – 2006** Reeducação Postural Global. (Carga horária: 80h).
Quali Fisioterapia, QUALI, Brasil.
- 2004 – 2004** Extensão universitária em Fisioterapia Esportiva. (Carga horária: 80h).
Centro Universitário de Belo Horizonte, UniBH, Brasil.
- 2004 – 2004** Extensão universitária em Iniciação a Docência Fisioterapia Ortopédica.
(Carga horária: 128h).
Centro Universitário de Belo Horizonte, UniBH, Brasil.
- 2004 – 2004** Curso Teórico Prático Bandagem Funcional. (Carga horária: 12h).
Centro Universitário de Belo Horizonte, UniBH, Brasil.
- 2004 – 2004** Biomecânica das Lesões Teciduais. (Carga horária: 12h).
Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Brasil.
- 2003 – 2003** Extensão universitária em Fisioterapia Esportiva. (Carga horária: 160h).
Centro Universitário de Belo Horizonte, UniBH, Brasil.
- 2003 – 2003** Extensão universitária em Fisioterapia Esportiva. (Carga horária: 160h).
Centro Universitário de Belo Horizonte, UniBH, Brasil.
- 2001 – 2001** Massagem Anti-Stress. (Carga horária: 40h).
Escola Superior de Educação Física, ENAF, Brasil.
- 2000 – 2000** Anatomia Radiológica. (Carga horária: 10h).
Centro Universitário de Belo Horizonte, UniBH, Brasil.

Vínculo Institucional e Atuação Profissional

2019 – 2020 – Universidade Federal de Minas Gerais

Bolsista CAPES

2008 – 2014 – Companhia de Bebida das Américas – AmBev - CDD Contagem

2009 – 2012 – Máquine Empreendimentos S.A

2009 – 2015 – Rede Globo Minas

2008 – 2015 – BioFisio – Clínica de Fisioterapia

Experiência Acadêmica

Março/2020 – Ministrou Curso Básico de Redação Científica (Carga Horária: 4h).

Liga Científica de Fisioterapia – UniBH Cristiano Machado

Agosto/2020 – Ministrou Curso Básico de Redação Científica (Carga Horária: 4h).

Curso de Pedagogia – Faculdade UNA Betim

Produção Intelectual

Artigo Submetido – Trunk posture in guitar players is associated with spine pain intensity, experience and hours of practice.

Artigo Publicado – Envelhecimento e Deficiência.

Livreto: Quedas de Pessoas Idosas: Cuidados Preventivos pelo Olhar de Especialistas, 2020.