

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional**  
**Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação**

Rafaela Cristina de Souza Arrais Albuquerque

**PONTOS DE VISTA DE FISIOTERAPEUTAS ENVOLVIDOS NA PRODUÇÃO E  
DISSEMINAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO  
INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) NO  
BRASIL: um estudo Q**

Belo Horizonte  
2023

Rafaela Cristina de Souza Arrais Albuquerque

**PONTOS DE VISTA DE FISIOTERAPEUTAS ENVOLVIDOS NA PRODUÇÃO E  
DISSEMINAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO  
INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) NO  
BRASIL: um estudo Q**

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<sup>ª</sup> Daniela Virgínia Vaz, Ph.D.

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup> Fabiane Ribeiro Ferreira,  
Ph.D

Belo Horizonte  
2023

A345p 2023 Albuquerque, Rafaela Cristina de Souza Arrais  
Pontos de vista de Fisioterapeutas envolvidos na produção e disseminação de conhecimento sobre a Classificação internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) no Brasil: um estudo Q. [manuscrito] /Rafaela Cristina de Souza Arrais Albuquerque - 2023.  
106 f.: il.

Orientadora: Daniela Virgínia Vaz

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.  
Bibliografia: f: 79-81

1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - Teses.  
2. Fisioterapia - Teses. 3. Disseminação da informação - Teses. I. Vaz, Daniela Virgínia. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. III. Título.

CDU: 615.8

Ficha catalográfica elaborada pelo Bibliotecário Antônio Afonso Pereira Júnior, CRB6: nº 2637 da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO

UFMG

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Pontos de vista de fisioterapeutas envolvidos na produção e disseminação de conhecimento sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) no Brasil: um estudo Q**

**RAFAELA CRISTINA DE SOUZA ARRAIS ALBUQUERQUE**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO, área de concentração DESEMPENHO FUNCIONAL HUMANO.

Aprovada em 03 de outubro de 2023, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Daniela Virgínia Vaz - Orientador

UFMG

  
Prof(a). Fabiane Ribeiro Ferreira

UFMG

  
Prof(a). Janaine Cunha Polese  
Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais

  
Prof(a). Ana Cristina Resende Camargos

UFMG

Belo Horizonte, 3 de outubro de 2023.



## ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA RAFAELA CRISTINA DE SOUZA ARRAIS

Realizou-se, no dia 03 de outubro de 2023, às 14:00 horas, no Auditório Maria Lúcia Paixão, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Pontos de vista de fisioterapeutas envolvidos na produção e disseminação de conhecimento sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) no Brasil: um estudo Q*, apresentada por RAFAELA CRISTINA DE SOUZA ARRAIS ALBUQUERQUE, número de registro 2020721400, 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). Fabiane Ribeiro Ferreira (Universidade Federal de Minas Gerais), Prof(a). Janaine Cunha Polese (Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais), Prof(a). Ana Cristina Resende Camargos (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, 03 de outubro de 2023.

  
Prof(a). Daniela Virginia Vaz (Doutora)

  
Prof(a). Fabiane Ribeiro Ferreira (Doutora)

  
Prof(a). Janaine Cunha Polese (Doutora)

  
Prof(a). Ana Cristina Resende Camargos (Doutora)

*Dedico à minha doce Lavínia, minha Lalá*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida, sabedoria e sustento ao longo de toda a trajetória. Toda glória e honra a Ele.

O mestrado sempre foi um grande sonho, por muitas e muitas vezes tentei seguir esse caminho e não consegui... mas esse sonho foi guardado por algum tempo depois de várias tentativas frustradas. Hoje compreendo que aquele realmente não era o meu momento. Até que, finalmente, o sonho voltou e consegui uma vaga no mestrado da UFMG. Sabia que a caminhada seria desafiadora, como realmente foi. Tive muitos altos e baixos nessa trajetória, a vontade de interromper surgiu por várias vezes. Mas, graças a Deus e às pessoas especiais, consegui chegar ao final e a sensação é indescritível.

Fui muito bem recebida pela prof<sup>a</sup> Daniela Vaz, uma pessoa singular, uma orientadora fora da curva, como aprendi com ela ao longo desse período. Aprendi na pesquisa e na prática clínica a ser uma pessoa e profissional melhor. Dani, minha querida, você abriu minha mente e abriu portas que serei eternamente grata, sua sensibilidade, sua empatia e competência são inspirações para mim. Obrigada por acreditar em mim e me ajudar nessa conquista.

Agradeço à prof<sup>a</sup> Fabiane Ferreira pela acolhida, conselhos e orientação no mestrado. Fabi, nossa conexão foi tão especial! Obrigada pela disponibilidade e carinho.

Agradeço ao Programa de Pós – Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais pela recepção, pelo corpo docente espetacular, em especial a prof<sup>a</sup> Juliana Ocarino e prof<sup>a</sup> Elyonara Ferreira que contribuíram para minha vida acadêmica e profissional. Quanta vivência ao longo desse período e em contato com essas pessoas maravilhosas que sempre tive admiração.

Ao Pedro e a Mari, pela parceria, disponibilidade durante todo o mestrado, com certeza vocês trouxeram leveza para vários momentos. Aos outros colegas que fiz ao longo desse período, em especial a Nathy, Marcos e Ully.

Aos participantes da pesquisa pela disponibilidade e contribuição com o estudo.

À minha doce Lavínia, que compreendeu minhas ausências e renovou minhas forças com sua alegria e amor.

Ao Bruno, pelo incentivo na busca de avançar cada vez mais e conquistar meus sonhos.

Aos meus pais, Galdina e Elinardo, por serem porto seguro e sempre incentivarem meus estudos, obrigada pelo apoio, cuidado e amor incondicional.

À Taise, pela parceria, pela amizade e ajuda durante todo o mestrado. Você fez parte disso! Obrigada por cuidar da clínica na minha ausência. Agradeço também às colaboradoras da clínica que ajudaram na logística para conseguir conciliar as agendas.

À Alinne, pelo suporte emocional e carinho.

Às minhas pacientes maravilhosas, que compreenderam minhas demandas e sempre me incentivaram a continuar nessa caminhada. Recebi muito carinho presencial e virtual de vocês.

Às minhas amigas, em especial Lorena e Grazi, pela escuta e motivação em seguir em frente.

Aos meus familiares e amigos, obrigada pelo carinho e incentivo em nunca desistir dos meus sonhos.



## **PREFÁCIO**

A dissertação apresentada a seguir foi elaborada no formato opcional, 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 da seguinte forma: introdução, artigo proveniente do estudo realizado e as considerações finais. Por fim, são apresentados os apêndices, anexos e o mini currículo da autora.

## RESUMO

A Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde (CIF) propõe uma mudança de paradigma do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial. A CIF fornece uma estrutura conceitual e um sistema de classificação que fornece uma linguagem comum para compreender e examinar a funcionalidade e a incapacidade no contexto da pesquisa, ensino e atuação clínica da fisioterapia. No entanto, pode haver considerável variação na interpretação dos componentes e conceitos da CIF e suas interrelações, com influências no pensamento clínico, na tomada de decisão profissional e na propagação e divulgação do conhecimento acerca da funcionalidade. Diante disso, este estudo buscou caracterizar os discursos circulantes a respeito da CIF, entre fisioterapeutas *experts* envolvidos no estudo, ensino e pesquisa sobre o tema no Brasil, através da metodologia Q. A metodologia consiste em seis etapas: elaboração de um *Q-concourse* (amplo conjunto de afirmativas sobre a CIF), desenvolvimento do *Q-set* (subconjunto de afirmativas representativas), seleção do conjunto de participantes (*P-set*), ranqueamento, pelos participantes, das afirmativas do *Q-set* por ordem de concordância (Q-sort), análise fatorial, interpretação e nomeação dos pontos de vista coletivos através de síntese qualitativa. Através do estudo observacional descritivo transversal dos pontos de vista sobre a CIF, utilizando a metodologia Q, foi elaborado um *Q-concourse* com mais de 500 afirmativas extraídas das principais referências sobre o tema para elaboração do *Q-set*, com 59 afirmativas. O *P-set* foi composto por 48 participantes de diferentes regiões do Brasil com atuação em diversas especialidades da fisioterapia. O tempo médio de formação em fisioterapia foi de  $19,1 \pm 6,6$  anos, 52% formados em universidades públicas do Brasil e 77% com doutorado ou pós-doutorado. A média de anos na prática docente foi de  $13,62 \pm 6,93$  anos e  $16,04 \pm 4,93$  anos de atuação com a CIF. Da análise fatorial, através do software *Ken-Q Analysis*, emergiram dois fatores (representativos de dois pontos de vista distintos) com 32 afirmativas com diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre eles e 27 afirmativas que foram consenso entre os fatores. Os dois fatores foram interpretados como pontos de vista, nomeados pragmático e conceitual, complementares em relação ao valor da CIF. Ambos apresentam uma perspectiva biopsicossocial, sem posicionamento claro sobre críticas à CIF, embora alguns posicionamentos suscitem reflexões que podem ter impacto importante no debate nacional sobre funcionalidade.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF); Fisioterapia; Metodologia Q.

## ABSTRACT

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) proposes a paradigm shift from the biomedical to the biopsychosocial model. The ICF provides a conceptual framework and a classification system that offers a common language for understanding and examining functionality and disability within the context of research, education, and clinical practice in physical therapy. However, there may be considerable variation in the interpretation of the components and concepts of the ICF and their interrelationships, influencing clinical thinking, professional decision-making, and the dissemination of knowledge about functionality. Therefore, this study aimed to characterize the circulating discourses regarding the ICF among expert physical therapists involved in the study, teaching, and research of the topic in Brazil, using the Q methodology. The methodology consists of 6 steps: creating a Q-concourse (a broad set of statements about the ICF), developing the Q-set (a subset of representative statements), selecting the participant set (P-set), participants ranking the Q-set statements by agreement (Q-sort), factor analysis, interpretation, and naming of collective viewpoints through qualitative synthesis. Through an observational cross-sectional study of viewpoints on the ICF using the Q methodology, a Q-concourse was created with over 500 statements extracted from key references on the topic, resulting in a Q-set with 59 statements. The P-set was composed of 48 participants from different regions of Brazil working in different physiotherapy specialties. The average years of education in physiotherapy were 19.1+6.6 years, with 52% having graduated from public universities in Brazil, and 77% holding a doctoral or postdoctoral degree. The average years of teaching experience were 13.62+6.93 years, and the average years of working with the ICF were 16.04+4.93 years. From the factor analysis using Ken-Q Analysis software, two factors emerged (representing distinct viewpoints) with 32 statements showing significant average rank differences ( $p < 0.05$ ) between them, and 27 statements with no significant rank differences. The two factors were interpreted as viewpoints named pragmatic and conceptual, both complementary in terms of how they value the ICF. Both viewpoints endorsed a biopsychosocial perspective and showed no clear stance about criticisms of the ICF. The viewpoints prompt reflections that can have a significant impact on the national debate about functionality.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); Physical therapy; Q Methodology.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figure 1</b> - Ranking from point of view 01.	37
<b>Figura 1</b> - Ranqueamento do ponto de vista 01.	65
<b>Figure 2</b> - Ranking from point of view 02.	38
<b>Figura 2</b> - Ranqueamento do ponto de vista 02.	66
<b>Figure 3</b> - Flowchart diagram of participant selection.	39
<b>Figura 3</b> - Fluxograma de seleção dos participantes.	67

## LISTA DE TABELAS

<b>Table 1</b> - Participant characteristics.	40
<b>Tabela 1</b> - Dados demográficos dos participantes.	68
<b>Table 2</b> - Distinguishing and consensus statements between the Pragmatic (P) and Conceptual (C) viewpoints	41
<b>Tabela 2</b> - Classificação das frases entre os dois pontos de vista: Pragmático (P) e Conceitual (C).	69
<b>MATERIAL SUPLEMENTAR (Artigo)</b>	
<b>Tabela 3</b> - List of references used to build the Q-concourse	44
<b>Tabela 3</b> - Lista dos artigos utilizados para o <i>Q</i> concourse.	72

## LISTA DE ABREVIATURAS

**APTA** - American Physical Therapy Association (Associação Americana de Fisioterapia)

**BJPT** - Brazilian Journal of Physical Therapy (Revista Brasileira de Fisioterapia)

**CID** - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

**CIF** - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

**COFFITO** - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

**COEP** - Comitê de Ética em Pesquisa

**CREFITO** - Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

**ICF** - International Classification of Functioning and Health

**ICIDH** - Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

**IES** - Instituições de Ensino Superior

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UFMG** - Universidade Federal de Minas Gerais

**WCPT** - World Confederation for Physical Therapy (Confederação Mundial de Fisioterapia)

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 ARTIGO .....</b>	<b>20</b>
<b>3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO A - Normas para publicação na revista.....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO B - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICE B - Questionário Sociodemográfico.....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICE C - Mini currículo.....</b>	<b>104</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A compreensão sobre incapacidade e funcionalidade, conceitos centrais para o desenvolvimento do conhecimento e da prática da fisioterapia, foi substancialmente modificada ao longo do tempo. Em 1980 a Organização Mundial da Saúde (OMS) no intuito de complementar a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) – que classifica apenas doenças e suas causas, sem registrar o impacto destas condições na vida (OMS, 2002; Allan *et. al.*, 2006) – lançou, em caráter experimental (Gray; Hendershot, 2000) a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH). A classificação foi largamente criticada por conceber incapacidade unicamente como consequência negativa de doenças ou desvios da normalidade, ignorando fatores contextuais, e por não permitir descrições positivas de funcionalidade e estados de saúde (Heerkens *et. al.*, 2017). Após a revisão iniciada na década de 90, em regime de colaboração de diferentes países, experts e pessoas com deficiência, a segunda edição da ICIDH foi apresentada à Assembleia Mundial de Saúde (Gray; Hendershot, 2000).

### **CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)**

Assim, em 2001, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi aprovada e endossada para o uso internacional como o modelo para a descrição da funcionalidade e incapacidade humana e para a documentação, organização e análise dessas informações (OMS, 2001; OMS, 2013; Pernambuco *et. al.*, 2018). Pertencente à Família das Classificações da OMS, a CIF introduz um novo modo de compreender a situação de saúde de indivíduos ou populações, mais dinâmico e mais complexo, compatível com o quadro multidimensional que envolve a experiência completa de saúde (Di Nubila; Buchalla, 2008). Segundo a CIF, funcionalidade é um conceito abrangente que aponta para uma inter-relação entre funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Englobando dimensões biológica, individual e social, o conceito denota os aspectos positivos da interação dinâmica entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais) (Stucki *et. al.*, 2007; OMS, 2013). A incapacidade, por outro lado, denota aspectos negativos dessa interação. Dessa forma, a CIF propõe uma



mudança de paradigma que transcende o modelo biomédico baseado na etiologia de doenças ou desvios e promove o modelo biopsicossocial (OMS, 2002; Escorpizo *et. al.*, 2010; Ferreira *et. al.*, 2014).

A CIF propõe uma estrutura conceitual e fornece um sistema de classificação que pode ser usada para compreender e examinar a funcionalidade e a incapacidade no contexto da pesquisa, ensino e atuação clínica da fisioterapia (Escorpizo; Bemis-Dougherty, 2015). Cada vez mais atenção tem sido dada ao valor de se adotar uma abordagem biopsicossocial para a prática, bem como para educar futuros profissionais de saúde em sua aplicação (Scholten, 2019). Desde 2008 a Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT) e a Associação Americana de Fisioterapia (APTA) endossam o uso da CIF (Escorpizo *et. al.*, 2010). Seguindo a tendência mundial, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), por meio da Resolução 370/2009 e com apoio dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO), preconiza que os fisioterapeutas adotem a CIF na sua prática clínica, bem como recomenda às Instituições de Ensino Superior (IES) o ensino da CIF nos cursos de graduação, pós-graduação e extensão (COFFITO, 2009). Por determinação do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) a CIF é utilizada no Sistema Único de Saúde Brasileiro como uma ferramenta clínica para avaliar as necessidades de saúde e orientar as escolhas de intervenção, e como uma ferramenta de ensino para aumentar o conhecimento sobre funcionalidade/incapacidade e promover mudanças sociais.

Os fisioterapeutas estão envolvidos no processo de reabilitação (Escorpizo; Glassel, 2013) e o uso da CIF permite orientar o raciocínio clínico que embasa decisões como a definição de metas terapêuticas, a escolha de intervenções pertinentes para a situação particular de funcionalidade do paciente e a seleção de medidas de desfechos para acompanhar a evolução do tratamento (Atkinson; Nixon-Cave, 2011). A perspectiva biopsicossocial da CIF favorece o reconhecimento de todos os aspectos da funcionalidade ampliando e melhorando o atendimento clínico (Allet *et. al.*, 2008; Jette, 2006) e a adesão do paciente ao processo terapêutico. Idealmente, o uso dos domínios da CIF como guia de avaliação e intervenção permite manter as potencialidades funcionais do indivíduo como foco central do processo terapêutico (Escorpizo; Glassel, 2013; Ruaro *et. al.*, 2012), favorecendo uma forma ampliada de agir centrada na pessoa e não nas suas deficiências (Atkinson; Nixon-Cave, 2011). A perspectiva da CIF evidencia que intervenções baseadas na condição de saúde não são capazes de promover os ganhos de funcionalidade que os pacientes desejam e que suas perspectivas devem ser levadas em consideração (Ruaro *et. al.*, 2012).

A CIF fornece uma linguagem comum e uma estrutura padronizada para a descrição de todo o espectro da funcionalidade e deficiência humana (OMS, 2001; Steiner *et. al.*, 2002; Escorpizo *et. al.*, 2010). No caso específico da funcionalidade humana, a linguagem que usamos para falar sobre doença, lesão, deficiência e incapacidade pode influenciar nossas decisões clínicas e a maneira como interagimos com nossos pacientes e com outros profissionais de saúde (Levack, 2004). A utilização de uma linguagem universal e padronizada, compreensível para os pacientes (Finger *et. al.*, 2006; Allet *et. al.*, 2008) que facilita a comunicação interprofissional e o trabalho em equipe (Allan *et. al.*, 2006; Finger *et. al.*, 2006; Escorpizo *et. al.*, 2010; Ruaro *et. al.*, 2012; Jacob, 2013) permite a discussão do planejamento da reabilitação dos pacientes, a compreensão da perspectiva uns dos outros (Darrah, 2008; Cerniauskaite *et al.*, 2011) e, ainda a pesquisa multi e interdisciplinar (Stucki *et. al.*, 2002; Allet *et. al.*, 2008).

No entanto, para que o modelo e a classificação da CIF possam ser absorvidos e utilizados nas práticas de ensino, pesquisa e saúde, contribuindo para uma mudança de paradigma nessas áreas, é primordial que haja clareza conceitual em relação aos seus componentes e construtos e suas interrelações. A CIF tem sido bastante criticada neste aspecto. Por exemplo, a dificuldade em definir os limites a partir dos quais uma alteração na função do corpo influencia em uma atividade, ou definir se a habilidade para desempenhar uma atividade pode ser separada do contexto social em que ela ocorre, indica a imprecisão das fronteiras entre os domínios de estruturas e funções do corpo, atividades e participação. Como resultado, diferentes pesquisadores trabalhando com o modelo podem usar a mesma medida para representar diferentes construtos (Sampaio; Luz, 2009), reforçando a falta de consenso quanto à distinção de conceitos (Nordenfelt, 2003; Jelsma, 2009; Badley, 2008; Jette *et. al.*, 2007; Jette, 2006). A CIF não possui suficiente detalhamento teórico para solucionar estas questões conceituais. A resultante diversidade de interpretações pode, por um lado, abrir espaço para aprofundamento da discussão teórica na área, mas, por outro, acabar ameaçando a própria intenção de universalização dos termos e concepções da CIF, limitando sua capacidade de educar e influenciar usuários sobre a natureza relacional e multidimensional da funcionalidade e da incapacidade (Imrie, 2004). As diferentes interpretações conceituais da CIF e do modelo biopsicossocial que a embasa, por fisioterapeutas *experts* no estudo, ensino e pesquisa da CIF, podem influenciar a maneira como ela é divulgada e aplicada em atividades de ensino, pesquisa e atuação clínica. Portanto, é importante investigar e analisar estas interpretações em toda a sua riqueza e variedade.

Neste sentido, a metodologia Q fornece uma base para o estudo dos discursos circulantes através de uma abordagem flexível que incorpora técnicas quantitativas para avaliação sistemática de conteúdos qualitativos.

## **METODOLOGIA Q**

A metodologia Q, ou método Q, criada por William Stephenson (1935) e aperfeiçoada por Steven Brown (1993) é uma base para o estudo sistemático de pontos de vista, opiniões e perspectivas coletivas (Brown, 1993). A metodologia Q envolve as seguintes fases: (1) elaboração de um *Q-concourse* (conjunto de afirmativas sobre o tema) abrangente, contendo afirmações que buscam capturar toda variedade de concepções sobre a CIF e seus construtos encontradas na revisão da literatura, entrevistas informais, discussões, opiniões existentes etc.; (2) desenvolvimento da amostra Q (*Q-set* formado por um subconjunto de frases do *Q-concourse*), contendo afirmativas com ampla representatividade de perspectivas. Ou seja, o *Q-set* é um subconjunto com 40 a 60 declarações retiradas do *concourse* para ser apresentado aos participantes; (3) Seleção do conjunto de participantes (*P-set*) composto por uma amostra proposital (não aleatória) de entrevistados escolhidos de acordo com sua relevância para os objetivos da pesquisa. De acordo com o método a proporção de participantes deve ser de no máximo 1:1 não podendo o número de participantes ultrapassar número total de afirmativas do conjunto Q; (4) Classificação Q: apresentação do *Q-set* aos participantes (*P-set*) para o ranqueamento das afirmativas. No primeiro momento as afirmativas são divididas pelo participante em três categorias: concordo, discordo e neutro. A seguir, elas são re-divididas em categorias distribuídas em gradações que variam de discordo fortemente até concordo fortemente de acordo com a opinião do participante. O participante deve atribuir a cada nível do ranking uma quantidade pré-determinada de frases para produzir uma distribuição quase normal, com menor quantidade nos extremos e máxima quantidade na posição intermediária, por exigência do método de análise estatística; (5) Análise fatorial (Análise de Componentes Principais) dos *Q-sorts* para identificar os fatores ou "pontos de vista coletivos" distintos que emergem das classificações realizadas pelos participantes. Para isso, correlações entre todos *Q-sort* são calculadas para saber o nível de discordância/concordância e o grau de (des)similaridade dos pontos de vista individuais. A matriz de correlações é submetida a análise fatorial com objetivo de identificar o número de agrupamentos naturais em virtude de serem semelhantes ou diferentes; (6) Interpretação e nomeação dos pontos de vista coletivos

através de síntese qualitativa. Uma breve entrevista pode ser respondida na sequência da Classificação Q para esclarecer alguns pontos críticos do pensamento de cada participante e auxiliar na interpretação dos fatores. Assim, o método Q permite conhecer interpretações conceituais e os discursos circulantes a respeito da CIF.

Dito isto, a aplicação do método Q entre os principais fisioterapeutas *experts* envolvidos na produção e disseminação de conhecimentos sobre a CIF permitirá conhecer como concebem as fragilidades e potencialidades de seu uso, assim como investigar em que medida o uso da CIF tem promovido uma mudança de paradigma para a compreensão de funcionalidade e incapacidade de uma perspectiva biopsicossocial. O objetivo deste estudo, portanto, foi identificar a variedade de pontos de vista coletivos sobre a CIF entre fisioterapeutas *experts* envolvidos com a pesquisa, produção e disseminação de conhecimento no Brasil, através de um Estudo Q.

**2 ARTIGO - Perspectiva de fisioterapeutas *experts* sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): um estudo Q**

Artigo a ser submetido a Revista Brasileira de Fisioterapia - Brazilian Journal of Physical Therapy (BJPT) - normas para publicação (Anexo A), disposto a seguir na versão inglês e na sequência em português.

**Perspectives of expert physical therapists on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a Q study**

Rafaela Cristina de Souza Arrais Albuquerque<sup>a</sup>, Fabiane Ribeiro Ferreira<sup>b</sup>, Daniela Virgínia Vaz<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Physical Therapist, M.Sc from the Graduate Program in Rehabilitation Sciences, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brazil.

<sup>b</sup> Faculty of Physical Therapy Department and Graduate Program in Occupational Sciences, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brazil.

<sup>c</sup> Faculty of Physical Therapy Department and Graduate Program in Rehabilitation Sciences, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brazil.

Declaration of interest: absence of any type of conflict of interest with the participants or any other collaborator, direct or indirect.

Address: Daniela Virgínia Vaz. Federal University of Minas Gerais (UFMG). Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - Pampulha, Belo Horizonte - MG - Brazil. CEP: 31270-901  
Email: danielavvaz@gmail.com

## ABSTRACT

**Introduction:** The potential for varying interpretations of the International Classification of Functioning and Health (ICF) and its associated biopsychosocial model by expert physical therapists in the ICF can significantly impact its dissemination, assimilation, and application.

**Objective:** The aim of this study is to identify and analyze the diverse discourses surrounding the ICF among Brazilian expert physical therapists who teach the ICF.

**Methods:** We conducted a descriptive cross-sectional study to explore different viewpoints on the ICF. We employed the Q methodology, following a six-step process, including the development of a Q-concourse, Q sample (Q-set), participant selection (P-set), Q-sorting, factor analysis, interpretation and naming of collective viewpoints.

**Results:** Q-set comprised 59 statements, and P-set included 48 participants from various regions of Brazil. These participants had expertise in diverse specialties, averaging  $19.1 \pm 6.6$  years of experience, with 52% affiliated with public universities and 77% holding a doctorate degree. Their teaching experience averaged  $13.62 \pm 6.93$  years, with an average of  $16.04 \pm 4.93$  years of engagement with the ICF. Factor analysis revealed two distinct factors, with 32 statements demonstrating significantly different mean rankings ( $p < 0.05$ ) between them, indicating distinct perspectives. Both viewpoints endorse a biopsychosocial understanding of functionality, but they emphasize the ICF's value primarily in pragmatic or conceptual terms.

**Conclusion:** The perspectives of Brazilian experts highlight complementary views on the significance of the ICF within the field of physical therapy and raise reflections on the concept of disability and the use of the word “deficiência” to translate impairments.

**HIGHLIGHTS**

- Two distinct viewpoints about the ICF emerged among experts
- The two viewpoints value pragmatic and conceptual aspects of the ICF
- In the conceptual viewpoint, impairment and 'deficiência' should not be equated
- Expert physical therapists recognize the biopsychosocial perspective of the ICF



## INTRODUCTION

Functioning is a comprehensive concept that highlights the interrelationship between bodily structures and functions, activities and participation. Encompassing biological, individual, and social dimensions, this concept refers to the positive aspects of the dynamic interaction between individuals and contextual factors<sup>1,2</sup>. Conversely, the concept of disability denotes the negative facets of this interaction. These notions have evolved significantly over time due to substantial theoretical shifts, reflecting the transition from a biomedical model to a biopsychosocial model in health-related perspectives. This transformation forms the basis of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), which was approved in 2001<sup>3-6</sup>. The ICF is internationally endorsed as a conceptual framework and classification system for describing functioning and disability, as well as for documenting, organizing, and analyzing this information<sup>2,3,7</sup>.

Since 2008, the World Confederation of Physical Therapy and the American Physical Therapy Association have endorsed the utilization of the ICF<sup>5</sup>. In Brazil, the Federal Council of Physical Therapy and Occupational Therapy (Resolution 370/2009), alongside the Regional Councils of Physical Therapy and Occupational Therapy, advocate for the adoption of the ICF in the clinical practice of physical therapists. Furthermore, they recommend the inclusion of ICF education in undergraduate, graduate, and continued education courses<sup>8</sup>. Through a directive from the National Health Council<sup>9</sup>, the ICF is employed within the Brazilian Unified Health System both as a clinical tool for assessing health needs and guiding intervention decisions, and as an educational tool to enhance understanding of functioning/disability and to promote societal changes.

Given that disability and functioning are pivotal concepts for the professional identity and the advancement of knowledge and practice among physical therapists<sup>10-13</sup>, these professionals hold a privileged position in assimilating, generating knowledge, disseminating and implementing the ICF and its biopsychosocial perspective<sup>10,14</sup>. In turn, the ICF can contribute to the recognition and valorization of the profession, owing to its international stature and claim to universality. However, significant variation seems to exist in the interpretation of ICF components and concepts<sup>15,16</sup>. The ICF has faced substantial criticism for its blurred distinction between the domains of body structures and functions, activities and participation<sup>17-20</sup>. Additionally, the lack of theoretical elaboration has rendered it susceptible to

diverse understandings and applications<sup>15,21</sup>. This multiplicity of interpretations and uses, while fostering discussion, might also compromise the very objective of universalizing terms and concepts, thereby limiting the ICF's capacity to educate and influence users about the relational and multidimensional nature of functioning, surpassing a restricted biomedical outlook<sup>21</sup>.

The varying conceptual interpretations of the ICF and the underpinning biopsychosocial model among physical therapist experts engaged in its study, education, and research can significantly shape its dissemination and application across teaching, research, and clinical domains. Consequently, it becomes imperative to thoroughly investigate these interpretations in their diverse richness. This study aims to identify and analyze the collective viewpoints on the ICF arising from expert physical therapists' perspectives, who are actively involved in research, knowledge production, and dissemination related to the ICF in Brazil, using the Q methodology.

## **MATERIAL AND METHODS**

### **Procedures**

The Q methodology employs quantitative techniques to systematically evaluate qualitative data. This study followed the six recommended methodological steps<sup>22</sup>: (1) Elaboration of a Q-concourse, which is a comprehensive set of statements representing the diverse conceptions about the ICF and its constructs. (2) Development of the Q sample, comprising a subset of statements from the Q-concourse. (3) Purposeful (non-random) selection of participants (P-set), chosen based on their relevance to the research objectives. The participant group's size needs to be capped at the number of statements in the Q-set. (4) Q sorting: Participants were presented with the Q-set and tasked with categorizing statements by degree of agreement and disagreement, resulting in Q-sorts. Participants ranked the sentences into predetermined categories, creating an almost normal distribution with fewer sentences at the extremes and a maximum in the intermediate position, to meet the requirements of the statistical analysis method. (5) Factor analysis of Q-sorts. (6) Qualitative synthesis to interpret and label emerging factors representing collective viewpoints.

### **Q-concourse and Q-set**

The Q-concourse construction involved five researchers who reviewed over 100 references, including the 40 most cited articles on the ICF (Supplementary Material A), and engaged in discussions with experts. Through the elimination of redundancies and the synthesis of closely related statements, a Q-set comprising 59 sentences was developed. This Q-set encompasses a range of interpretations and perspectives on the ICF.

### **Participants (P-set)**

Over a span of 12 months (during the Covid-9 pandemic), a purposeful sample of expert physical therapists was selected and recruited, utilizing the snowball method. These participants were actively engaged in ICF research and teaching within Brazil. Physical Therapy course coordinators and other recognized experts from postgraduate programs and various knowledge dissemination activities recommended potential participants. All individuals provided their informed consent by signing the Informed Consent Form (Appendix A), fulfilled a sociodemographic questionnaire (Appendix B), and received tutorial videos on how to complete their participation in the study. This study received approval from the Research Ethics Committee at the Federal University of Minas Gerais, under the reference number CAAE 44526721.2.0000.5149 (Annex B).

### **Q-sorting**

Data was collected online through Trello® boards due to the Covid-19 pandemic. Initially, participants categorized the 59 cards containing statements from the Q-set into three lists: agree, disagree, and neutral. Following this initial categorization, they further allocated these statements across lists corresponding to nine gradations, ranging from 'strongly disagree' (-4) to 'strongly agree' (+4). This systematic distribution ensured a predetermined quantity of sentences within each category, resulting in the formation of a Q-sort (refer to Figures 1 and 2). Once the classification was completed, participants provided written justifications for their choices. These explanations were used to facilitate the interpretation of the emerging factors.

## **Statistical analysis**

In the statistical analysis, the correlation matrix among all Q-sorts was computed to determine correlations between individual rankings. Subsequently, factor analysis was conducted using specialized statistical software, specifically Ken-Q Analysis (version 1.0.8)<sup>23</sup>. This analysis aimed to find the optimal number of factors that could represent the distinct Q-sorts. Varimax rotation was employed to discern clustering patterns in Q-sorts<sup>24</sup> and maximize their differentiation by enhancing variance<sup>25</sup>. The final number of factors was determined using the criteria outlined by Garbellini et al. in 2020<sup>26</sup>: start with the standard number factors defined by the software, keep factors with eigenvalues  $> 1.0$ , and with a minimum of two significant loadings, adhere to Humphrey's rule, and choose factors located before leveling of the eigenvalues (scree plot).

Factor loadings greater than 2.58 times the standard error of each Q-sort were considered significant ( $p < 0.01$ ) and used to define which Q-sorts loaded significantly on each factor. The weighted average statement rank from the Q-sorts loaded into each factor was calculated<sup>27</sup> and standardized to reflect a z-score<sup>28</sup>. Based on the z scores, representative Q-sorts were created for each factor, listing the statements in order of the highest positive z score to the highest negative z score<sup>29-33</sup>. Statements with significant differences in mean ranking between the factors ( $p < 0.05$ ) were rated as distinctive statements, while the others were treated as consensus statements<sup>34</sup>.

## **Interpretation of factors**

The interpretation and naming of the collective points of view were carried out through the qualitative synthesis based on three main results generated by the software<sup>23</sup>: the representative Q-sorts of each factor; the distinguishing statements at the extremes of disagreement or agreement (-/+4,3,2); and the consensus statements

## **RESULTS**

The final sample comprised 48 participants (Figure 3), of which 81.25% were female, with an average age of  $40.8 \pm 10.6$  years, from all Brazilian regions (46% from the Southeast, 18% from the South, 16% from the Central-West, 16% from the Northeast, and 4% from the North). Time since the obtention a physical therapy degree was on average  $19.1 \pm 6.6$  years, with 52% of them educated in public (rather than private) universities within Brazil. Detailed information about titles, areas of expertise, teaching duration, and ICF experience is available in Table 1.

Most participants (60.4%) reported being satisfied, 6.3% were partially satisfied, and 33.3% were dissatisfied with their final Q-sort. Among the reasons cited for dissatisfaction, 93.75% expressed concerns about the predetermined number sentence allocations within each category, while 6.25% disagreed with the inclusion of a neutral column.

Only four participants noted the omission of specific statements in the Q-set. Their suggestions included incorporating a statement about participation being often misinterpreted as social participation, another about the need for more detailed information in the domain of activity and participation, another about the WHO Disability Assessment Schedule 2.0 and another about the correct way to signal environmental factors that do not constitute barriers or facilitators.

From the factorial analysis, two distinct factors emerged. Both factors fulfilled the inclusion criteria: eigenvalue  $> 1.0$ , adherence to Humphrey's rule, more than two significant factor loadings, and being located before leveling of the eigenvalues on the scree plot<sup>21</sup>. Each Q-sort significantly loaded ( $p < 0.01$ ) onto one of these two factors.

Out of the 59 statements in the Q-set, 32 displayed significant ranking differences ( $p < 0.05$ ) while 27 exhibited no significant ranking differences across the two factors, as illustrated in Table 2. Statements with no significant differences were considered consensus statements. To determine each factor's meaning as a distinct viewpoint, we analyzed how the statements were distributed in each factor and then proceeded with a comparative assessment. Two viewpoints emerged: one emphasizing the pragmatic value and the other highlighting the conceptual value of the ICF. Below, the description of these viewpoints includes the statement number with its average rating in viewpoint 1 and viewpoint 2, enclosed in parentheses.

### **Pragmatic Value of the ICF: Point of view 1**

The first factor accounted for 28% of the explained variance, with 32 of the 48 Q-sorts (66%) significantly associated with this factor. The representative Q-sort for factor 1 is presented in Figure 1. From this viewpoint, the ICF strengthens the value of physiotherapy without mischaracterizing the focus of professional practice (40, +4/0) and without replacing its own assessments and instruments (21, +3/+1). The idea that the ICF is insufficient to identify priority problems, define therapeutic objectives and document results of physiotherapeutic interventions is rejected (19, -2/0). In this viewpoint the ICF implies an absence of necessary causality between having a health condition and experiencing disabilities (01, +4/-1). The need to include positive terminology at the level of body structures and functions and health conditions, as is already the case in other levels, is rejected (13, -2/1).

This point of view, compared to the second, more strongly rejects the idea that the ICF is not a tool aimed at client-centered practice, but rather for coding, categorizing and compiling statistics (06, -4/-2) or that it is necessary to include subjective factors in the ICF as a condition for person-centered practice (07, -2/+2). There is also a rejection of the idea that the ICF can harm social protection policies by blurring the distinction between people with disabilities and the rest of people, given its universal character (05, -4/-3).

### **Conceptual Value of the ICF: Point of view 2**

Factor 2, which accounted for 17% of the explained variance, had 16 of the 48 Q-sorts significantly associated with it. The representative Q-sort for factor 2 is shown in Figure 2. According to this viewpoint, the ICF has a theoretical, not just a descriptive value (53, -1/-2). Its theoretical model of health, functioning and disability is not neutral and may therefore be incompatible with some explanations of disability (29, +1/-2). However, the model does not assume a normative stance on functioning (42, -1/-2). The ICF's consideration of the impact of environments on health and functioning is not just rhetoric (22, -1/-3), and the impact of the interaction between personal and environmental factors on social integration is recognized (34, -1/-2). According to this viewpoint, the ICF should also include ways of assessing the impact of environments at the population level (17, 0/+3). In addition, the use of the word 'deficiência' to translate impairments, in the Brazilian Portuguese translation of the ICF is inadequate because it suggests that disability is in the body, reinforcing a biomedical perspective (56, 0/+2).

This viewpoint, relative to the first, endorses more strongly the ideas that disability is a complex experience, never exclusively biological nor exclusively social (30, +2/+3), for which interventions in environmental factors are as important as interventions at the individual level (58, +3/+4). In this viewpoint, the ICF model predicts that participation restrictions can cause changes in body functions and structures, feeding back the disability (12, +2/+3). It also more strongly rejects the idea of relegating the concept of impairments to the International Classification of Diseases (45, -2/-4).

### **Consensus between the viewpoints**

Twenty-seven statements were ranked in positions that were not significantly different in the two viewpoints. In general, there was neutrality with regards to suggestions changes in the ICF, such as the addition of new qualifiers (31, 0/+1; 18, 0/+1), the definition of fixed criteria to distinguish activity and participation (15, +1/0) and the use of codes for personal factors (38.0/0). Statements about the need to assess participation in its subjective rather than objective terms (54, +1, 0) and its interpersonal rather than individual dimension (49, +1/+1) also did not generate agreement or disagreement. Assertions that the ICF retains medical (33, 0/-1; 50, -1/-1) and reductionist (39, 0/0) notions based on normality criteria (43, 0/-1) were neither accepted nor rejected. Finally, the statement that the ICF encourages expanding work into domains usually prioritized by other professions (24, +1/0) was also viewed neutrally.

In both viewpoints there was disagreement with criticisms of the ICF due to its theoretical superficiality (20, -2/-1; 14, -2/-1) or its effect of objectifying people (09, -3/-4). Statements critiquing the ICF for its potential to limit clinical practice by not encompassing physical therapy-specific concepts and principles (46, -2/-3) or compromising professional identity and causing ambiguity with other professions (10, -3/-3), were likewise dismissed. Phrases that constrained the ICF's utility to certain specialties, stated that it has better application to research than to clinical practice, or a more conceptual than practical role also encountered dissent (04, -3/-2; 27, -3/-2; 35, -3/-3).

Both viewpoints concurred in recognizing the ICF's shift in focus from disability to ability (48, +2/+2), its classification of people's situations rather than of people themselves (52, +2/+2), as well as its acknowledging the dynamic and changeable nature of functioning and disability (02, +4/+4). There was agreement that alterations in body structures and functions

didn't inherently lead to disability (47, +2/+2), and also that the original ICF concept of "disability" substantially differs from the conventional notion of 'deficiência' in Brazilian culture (59, +2/+2). Finally, both viewpoints agreed that understanding the model is a prerequisite for the using ICF codes (26, +3/+4) and assessing function in clinical practice (55, +3/+3), implying the need of inter or transdisciplinary work (44, +2/+2).

## DISCUSSION

This Q study aimed to discern and analyze collective viewpoints originating from expert physical therapists engaged in research, knowledge production, and dissemination of the ICF in Brazil. Two distinct viewpoints, along with shared positions, were identified. The analysis of the viewpoints sheds light on how it has been assimilated and interpreted by significant agents of its implementation.

The two viewpoints were not conflicting but rather complementary with regards to the value they attributed to the ICF. Noteworthy divergences in focus were apparent, with each viewpoint emphasizing specific interpretations of the ICF. The first viewpoint, which encompassed the majority of the experts (66%) and was termed 'Pragmatic,' favored statements concerning the ICF's sufficiency, adequacy, and value in physical therapy practice from a client-centered stance (04, 40, 21, 06, 19). In contrast, the second viewpoint, comprising a third of the experts and labeled 'Conceptual,' valued considerations about the theoretical and conceptual significance of the ICF in capturing functioning as a multifaceted phenomenon—impossible to isolate into discrete components—experienced by an individual in interaction with society (53, 29, 30, 58, 12, 34). The larger adherence to the pragmatic viewpoint reflects the physical therapy literature's prevailing emphasis on this aspect<sup>5,10-14,35</sup>.

Notably, none of the viewpoints expressed a biomedical interpretation of functioning. This finding was unexpected. The ICF has been criticized for lacking sufficient theoretical development of its biopsychosocial bases, allowing for the retention of a medical paradigm at its core while taking advantage of the subsidiary legitimacy of the social sciences from the social parameters added around this core<sup>21,36,37</sup>. Given the historical dominance of the biomedical notion of functioning—perceived as an individual attribute reducible to biological factors—one might have anticipated that interpretations at odds with the intricate,



interconnected nature of functioning would emerge. However, this was not observed. Shared consensus emerged in rejecting the criticism of the ICF's theoretical insufficiency (14, 20) and acknowledging that alterations in body structures and functions do not inherently determine disability (47). The ICF's emphasis on classifying situations rather than individuals (52), along with the dynamic and mutable nature of functioning and disability (02) was endorsed in both viewpoints. These findings suggest that, at least among expert physical therapists, the ICF has succeeded in its aim to overcome the biomedical interpretation of functioning and disability.

Positions critical of the ICF were also inexpressive. Notably, observations that the ICF retains medical (33, 50, 39) or reductionist (39) concepts rooted in normality (43) ranked as mostly neutral. The statements expressing criticism or proposing alterations to the ICF (15, 18, 31, 38, 49, 54, 11, 37, 32, 41) elicited neither agreement nor disagreement. Collectively, these findings suggest a relatively uncontentious assimilation of the ICF and its philosophical underpinnings among experts, that does not reflect the in-depth critical discussion that has taken place in the international literature<sup>38-46</sup> For instance, it is noteworthy that there was no definite stance on the criticisms about the concept of participation (54, 49)— its intricate integration of social, interpersonal, and subjective dimensions<sup>47-50</sup>. These results might suggest a necessity for intensifying theoretical discussions among Brazilian experts.

While critical perspectives were relatively unexpressive, some viewpoint stances did offer valuable insights. Notably, it's intriguing that the Conceptual viewpoint, in particular, contested the notion that the ICF model is inherently normative (42). This observation holds significance as the ICF manual itself defines terms such as 'disability', 'activity limitations', and 'participation restrictions' in reference to losses, abnormalities, or deviations from established statistical norms, thus necessitating a comparison with anticipated standards applicable to typical individuals. The normative essence of the ICF is evident within these definitions. Interestingly, a study investigating conceptions of disability suggests that physical therapists might grapple with the moral implications of the concept of abnormality<sup>51</sup>. This moral discomfort could be connected with the identified rejection of the normative aspect within the ICF.

Another noteworthy aspect from the Conceptual viewpoint is the disapproval of translating impairments as "deficiências" in the Brazilian Portuguese version of the ICF (56). It aligns with robust criticisms of the Brazilian translation of the ICF<sup>52,53</sup> and is consistent with

evidence pointing to its detrimental influence on students' and clinicians' comprehension of functioning and disability<sup>51</sup>. This may indicate that the experts recognize the need to conceive of 'disability' from a broader perspective that goes beyond the body. The term 'impedimento' should be used to translate 'impairment', in line with all other Brazilian official documents based on the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

Lastly, an interesting observation emerges from the view that the ICF's interpretation of 'disability' markedly diverges from the colloquial understanding of 'deficiência' (59) in Brazil. 'Deficiência' is the direct translation of 'disability', as the expressions 'person with disability' or 'disabled person' are translated as 'pessoa com deficiência' in Portuguese. In Brazil, 'deficiência' is usually understood as a bodily or mental attribute. However, the ICF's theoretical framework strives to expand the concept of disability beyond an individual attribute confined to biological factors. As a key objective, the ICF aims to foster a comprehensive understanding of disability. This underscores the significant role that expert physical therapists engaged in ICF-related research, knowledge production, and dissemination can potentially play in shaping the national discourse on 'deficiência' and its implications.

This study has some limitations. We did not attain the maximum allowable sample size (59 participants) stipulated by the Q method. The inherent constraint on the quantity of sentences permitted for ranking within each category, inherent to the methodology, may have introduced some distortion in individual classifications. Furthermore, future research is warranted to explore the correlation between experts' collective viewpoints and the training and practice of physical therapists.

## **CONCLUSION**

The collective viewpoints underscore both the pragmatic and conceptual significance of the ICF, further reaffirming its biopsychosocial perspective on functioning. These viewpoints provoke essential reflections concerning functioning in the national context and highlight the necessity to deepen discussions about some themes among expert physical therapists engaged in research, knowledge production, and dissemination of ICF-related knowledge in Brazil.

## REFERENCES

1. Stucki G, Reinhardt J, Grimby G, Melvin J. Developing “human functioning and rehabilitation research” from the comprehensive perspective. *J Rehabil Med*. 2007;39(9):665-671. doi:10.2340/16501977-0136
2. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla. *CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Edusp; 2008. Acesso em 8 de agosto de 2023. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840\\_por.pdf?sequence=11](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf?sequence=11)
3. Organization WH. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. World Health Organization; 2001.
4. Gray DB, Hendershot GE. The ICDH-2: developments for a new era of outcomes research. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000;81:S10—S14. doi:10.1053/apmr.2000.20616
5. Escorpizo R, Stucki G, Cieza A, Davis K, Stumbo T, Riddle DL. Creating an interface between the international classification of functioning, disability and health and physical therapist practice. *Phys Ther*. 2010;90(7):1053-1063. doi:10.2522/ptj.20090326
6. Ferreira LT, Castro SS, Buchalla CM. The international classification of functioning, disability and health: progress and opportunities. *Cienc Amp Saude Coletiva*. 2014;19(2):469-474. doi:10.1590/1413-81232014192.04062012
7. Pernambuco AP, Lana RD, Polese JC. Knowledge and use of the ICF in clinical practice by physical therapists and occupational therapists of Minas Gerais. *Fisioter Pesqui*. 2018;25(2):134-142. doi:10.1590/1809-2950/16765225022018
8. COFFITO. Dispõe sobre a adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde por Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais., Resolução n.º 370, 6 de novembro de 2023 (Brasil). Acesso em 8 de agosto de 2023. <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3133>.
9. BRASIL. Resolve que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar., Resolução n.º 452, 10 de maio de 2012 (Brasil). Acesso em 8 de agosto de 2023. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452\\_10\\_05\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452_10_05_2012.html)
10. Escorpizo R, Glassel A. The role of the ICF in physical therapy and vocational rehabilitation: contributing to developments in occupational health. *Phys Ther Rev*. 2013;18(5):368-372. doi:10.1179/1743288x13y.0000000086
11. Atkinson HL, Nixon-Cave K. A tool for clinical reasoning and reflection using the international classification of functioning, disability and health (ICF) framework and patient management model. *Phys Ther*. 2011;91(3):416-430. doi:10.2522/ptj.20090226
12. Allet L, Bürge E, Monnin D. ICF: Clinical relevance for physiotherapy? a critical review. *Adv Physiother*. 2008;10(3):127-137. doi:10.1080/14038190802315941
13. Jette AM. Toward a common language for function, disability, and health. *Phys Ther*. 2006;86(5):726-734. doi:10.1093/ptj/86.5.726
14. Ruaro JA, Ruaro MB, Souza DE, Fréz AR, Guerra RO. An overview and profile of the ICF's use in Brazil - a decade of history. *Braz J Phys Ther*. 2012;16(6):454-462. doi:10.1590/s1413-35552012005000063
15. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saude Publica*. 2009;25(3):475-483. doi:10.1590/s0102-311x2009000300002
16. Whiteneck G, Dijkers MP. Difficult to measure constructs: conceptual and methodological issues concerning participation and environmental factors. *Arch Phys Med Rehabil*.

- 2009;90(11):S22—S35. doi:10.1016/j.apmr.2009.06.009
17. Nordenfelt L. Action theory, disability and ICF. *Disabil Rehabil.* 2003;25(18):1075-1079. doi:10.1080/0963828031000137748
  18. Jelsma J. Use of the international classification of functioning, disability and health: a literature survey. *J Rehabil Med.* 2009;41(1):1-12. doi:10.2340/16501977-0300
  19. Badley EM. Enhancing the conceptual clarity of the activity and participation components of the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Soc Sci Amp Med.* 2008;66(11):2335-2345. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.026
  20. Jette AM, Tao W, Haley SM, Jette AM, Tao W, Haley SM. Blending activity and participation sub-domains of the ICF. *Disabil Rehabil.* 2007;29(22):1742-1750. doi:10.1080/09638280601164790
  21. Imrie R. Demystifying disability: a review of the international classification of functioning, disability and health. *Sociol Health Illn.* 2004;26(3):287-305. doi:10.1111/j.1467-9566.2004.00391.x
  22. Brown SR. A primer on Q methodology. *Operant Subj.* 1993;16(3/4). doi:10.22488/okstate.93.100504
  23. Banasick, S. Ken-Q Analysis (Version 1.0.8): Software. Disponível em: <https://shawnbanasick.github.io/ken-q-analysis/#section1>
  24. Sheridan JC, Lyndall S, Clara O. Analysis without anguish: SPSS version 17.0 for windows. Australia: Wiley; 2010.
  25. Stevens J. Applied multivariate statistics for the social sciences. 4th ed. Mahwah,NJ: Erlbaum; 2002.
  26. Garbellini S, Randall M, Steele M, Elliott C, Imms C. Unpacking the application of Q methodology for use in occupational therapy research. *Scand J Occup Ther.* 2020:1-6. doi:10.1080/11038128.2019.1709542
  27. Van Exel J, De Graaf G. Q methodology: a sneak preview. Acesso em 08 de agosto de 2023. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/228574836\\_Q\\_Methodology\\_A\\_Sneak\\_Preview;2005](https://www.researchgate.net/publication/228574836_Q_Methodology_A_Sneak_Preview;2005).
  28. Atchley WR. Introduction to principal components analysis online. Acesso em 08 de agosto 2023. Disponível em: <ftp://statgen.ncsu.edu/pub/thorne/molevoclass/AtchleyOct19.pdf>
  29. Wagman P, Håkansson C, Jacobsson C, Falkmer T, Björklund A. What is considered important for life balance? similarities and differences among some working adults. *Scand J Occup Ther.* 2012;19(4):377-384. doi:10.3109/11038128.2011.645552
  30. Newman I, Ramlo S. SAGE handbook of mixed methods in social & behavioral research. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.; 2010.
  31. Donner JC. Using Q-sorts in participatory processes: an introduction to the methodology. Social Development Papers; Washington, DC: Social Development Department; 2001.
  32. McKeown B, Thomas D. Q Methodology. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Inc.; 2013.
  33. Brown SR. Political subjectivity: applications of Q methodology in political science. New Haven, CT: Yale University Press; 1980.
  34. Dziopa F, Ahern K. A systematic literature review of the applications of q-technique and its methodology. *Methodology.* 2011;7(2):39-55. doi:10.1027/1614-2241/a000021
  35. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2008;44(3):329-342.
  36. Fougeyrollas P, Beauregard L. Disability: An Interactive Person Environment Social Creation. In: Albrecht GL, Seelman KD, Burry M, eds. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001:171. 194.

37. Hammell KW. *Perspectives on Disability and Rehabilitation: Contesting Assumptions, Challenging Practice*. Churchill Livingstone; 2006.
38. Wade DT, Halligan P. New wine in old bottles: the WHO ICF as an explanatory model of human behaviour. *Clin Rehabil*. 2003;17(4):349-354. doi:10.1191/0269215503cr619ed
39. Heerkens YF, de Weerd M, Huber M et al. Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives from the Netherlands for a global debate. *Disabil Rehabil*. 2017;40(5):603-611. doi:10.1080/09638288.2016.1277404
40. Farrell J, Anderson S, Hewitt K, Livingston MH, Stewart D. A survey of occupational therapists in Canada about their knowledge and use of the ICF. *Can J Occup Ther*. 2007;74(5\_suppl):221-232. doi:10.1177/000841740707405s01
41. Hemmingsson H, Jonsson H. An occupational perspective on the concept of participation in the international classification of functioning, disability and health--some critical remarks. *Am J Occup Ther*. 2005;59(5):569-576. doi:10.5014/ajot.59.5.569
42. Mitra S, Shakespeare T. Remodeling the ICF. *Disabil Health J*. 2019;12(3):337-339. doi:10.1016/j.dhjo.2019.01.008
43. Sverker A, Thyberg I, Valtersson E, Björk M, Hjalmarsson S, Östlund G. Time to update the ICF by including socioemotional qualities of participation? The development of a "patient ladder of participation" based on interview data of people with early rheumatoid arthritis (the Swedish TIRA study). *Disabil Rehabil*. 2019;42(9):1212-1219. doi:10.1080/09638288.2018.1518494
44. Biz MC, Chun RY. Operacionalização da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde, CIF, em um centro especializado em reabilitação. *CoDAS*. 2020;32(2). doi:10.1590/2317-1782/20192019046
45. Velde D, Coussens M, Baets S et al. Application of participation in clinical practice: key issues. *J Rehabil Med*. 2018;50(8):679-695. doi:10.2340/16501977-2363
46. Silva AC, Oliver FC. Participação social em terapia ocupacional: sobre o que estamos falando? *Cad Bras Ter Ocupacional*. 2019;27(4):858-872. doi:10.4322/2526-8910.ctoar1883
47. Imms C. Review of the children's assessment of participation and enjoyment and the preferences for activity of children. *Phys Amp Occup Ther Pediatr*. 2008;28(4):389-404. doi:10.1080/01942630802307135
48. Hammel J, Magasi S, Heinemann A, Whiteneck G, Bogner J, Rodriguez E. What does participation mean? an insider perspective from people with disabilities. *Disabil Rehabil*. 2008;30(19):1445-1460. doi:10.1080/09638280701625534
49. Imms C, Adair B, Keen D, Ullenhag A, Rosenbaum P, Granlund M. 'Participation': a systematic review of language, definitions, and constructs used in intervention research with children with disabilities. *Dev Med Amp Child Neurol*. 2015;58(1):29-38. doi:10.1111/dmcn.12932
50. Imms C, Granlund M, Wilson PH, Steenbergen B, Rosenbaum PL, Gordon AM. Participation, both a means and an end: a conceptual analysis of processes and outcomes in childhood disability. *Dev Med Amp Child Neurol*. 2016;59(1):16-25. doi:10.1111/dmcn.13237
51. Dalboni GL. *Concepções e atitudes de graduandos e profissionais de fisioterapia em relação à deficiência*. Dissertação Mestrado. UFMG; 2021. Acessado em 20 de abril de 2023. <http://hdl.handle.net/1843/49433>
52. Diniz D, Medeiros M, Squinca F. Reflexões sobre a versão em português da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. *Cad Saude Publica*. 2007;23(10):2507-2510. doi:10.1590/s0102-311x2007001000025
53. Barreto MC, Andrade FG, Castaneda L, Castro SS. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) como dicionário unificador de termos. *Acta Fisiatr*. 2021;28(3):207-213. doi:10.11606/issn.2317-0190.v28i3a188487

## FIGURES/TABLES/SUPPLEMENTARY MATERIAL - ARTICLE

### FIGURE 1: Ranking from point of view 01

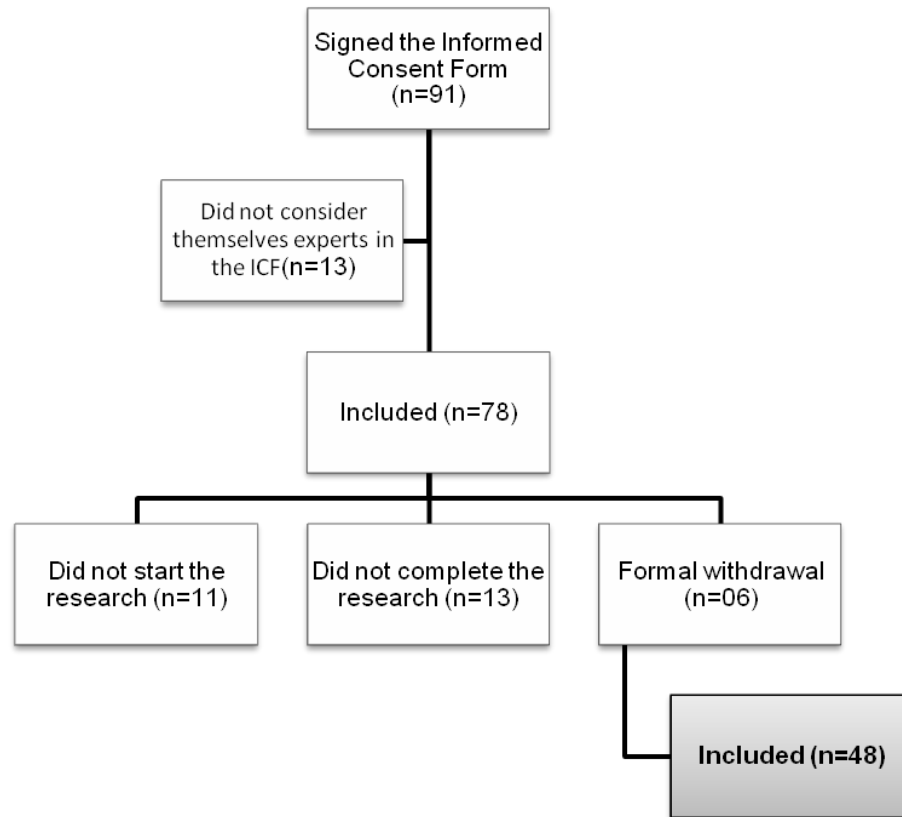
-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
05*-The universal nature of the ICF may undermine social protection policies...	27- ...More applicability in some physical therapy specialties	19**-.The ICF lacks enough specificity to identify priority problems...	11**-.Additional domain in the ICF referring to quality of life.	31- ...qualifiers related to the patient's desire/choice to perform the activity and participation items...	25**-.it is possible to define a functional prognosis...	30*-... disability is a complex experience ...	03**-.participation restrictions may not be caused directly by impairments in body structures and functions or activities limitations.	02- ...dynamic and changeable situations experienced by the person.
28*-The use of the ICF model as a reference to guide physical therapy assessments and interventions can limit and restrict clinical practice.	04-The main use of the ICF in the practice of physical therapy is conceptual...	13**-.include positive terminology with regards to impairments and disease...	42**-.The ICF model of functioning is normative...	18-There should be qualifiers related to opportunities...	29**-.From a theoretical point of view, the ICF is neutral...	12*-...participation restrictions can cause changes in body functions and structures, thus creating a two-way causal relationship.	21**-.The ICF is a classification and should not be used as a clinical assessment system...	01**-.ICF does not presume any causal relationship between having a particular health condition and experiencing disability...
06**-.The ICF is not a tool aimed at client-centered practice...	35-The ICF's usefulness is more relevant in research than in direct clinical application.	20-...the concept of activity is only intuitively introduced and is not theoretically grounded.	34**-.The model of functioning presented in the ICF is insufficient to explain how personal characteristics and environmental factors interact...	41**-.Decision-making autonomy...	57**-.The ICF is not appropriate to assess, classify and codify the discriminatory dimensions of societies...	44-The ICF implies the need for inter- or transdisciplinary work.	55-The model of functioning presented in the ICF is an essential tool for structuring assessments and for the clinical follow-up of functioning.	40**-.Clinical practice based on the ICF strengthens the value of physical therapy...
	09-The ICF objectifies people, classifying them according to their differences...	14-Although the ICF was based on the Biopsychosocial Model, its theoretical foundations are poorly developed.	50-The ICF retains medical and individualized notions of disability and its causes.	56**-.The use of the word deficiência ("deficiency") as the translation of 'impairments' in the ICF in Portuguese ...	49- It is therefore unreasonable to measure participation as individual performance as recommended by the ICF.	47-...the presence of an impairment is neither necessary nor sufficient for disability.	26-Attempting to use the ICF codes without understanding its conceptual model can undermine its purpose.	
	10-Using the ICF to support the clinical practice of physical therapy can make it difficult to define boundaries with other professions ...	07**-.The ICF model of functioning cannot favor person-centered practice if these subjective elements are missing.	53**-.The ICF is a descriptive tool.	39-The ICF addresses impairment in body functions and structures as "a fact"...	36**-.The ICF is not compatible with dichotomies...	52-The object of classification by the ICF is not the person per se, but her or his situation.	58**-....interventions in environmental factors are as important as interventions at the individual level.	
		45**-.The concept of impairment of body functions and structures should be excluded from the ICF...	23**-.The layout of the ICF framework reflects an implied hierarchy of importance...	38-It is good that there is no classification of personal factors in the ICF, as it could be misused as a 'classification' of the person...	54-Participation should not be assessed as the objective performance in a set of preestablished or normative activities...	59- The ICF concept of "disability" is very different from that which our culture denominates deficiency in the common sense.		
		46-The ICF model can somewhat restrict clinical practice...	22**-.The recognition by the ICF of the influence of the social and physical environment on health, functioning and disability is only theoretical...	16*-."Capacity" and "performance" should not be used to differentiate activities from participation.	15-There should be definite criteria to differentiate activity and participation in the classification.	48-The ICF marks a shift in focus - from disability to ability or capacity.		
			51*-The use of ICF qualifiers will be of little use if physical therapists...	33-Using disease-based Core sets is a forced adaptation of the ICF for practice which is insistently biomedical.	24-The ICF encourages physical therapy to work in domains of functioning that have traditionally been a priority for other professions.			
			08*-The assessment of contextual factors and aspects of participation...enriches the assessment...	17**-.The ICF should include ways to assess the impact of environments on the social disadvantage...	37**-.The ICF should include a domain related to spirituality.			
				32*-There should be personal satisfaction qualifiers ...				
				43-The ICF enables experts to identify normality...				

Source: Banasick, S. (2019). Ken-Q Analysis (Version 1.0.8) [Software]

FIGURE 2: Ranking from point of view 02

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
09-The ICF objectifies people, classifying them according to their differences...	46-The ICF model can somewhat restrict clinical practice...	29**-From a theoretical point of view, the ICF is neutral...	33-Using disease-based Core sets is a forced adaptation of the ICF for practice which is insistently biomedical.	25**...it is possible to define a functional prognosis...	37**The ICF should include a domain related to spirituality.	44-The ICF implies the need for inter- or transdisciplinary work.	30*-... disability is a complex experience ...	58**...interventions in environmental factors are as important as interventions at the individual level.
28*-The use of the ICF model as a reference to guide physical therapy assessments and interventions can limit and restrict clinical practice.	10-Using the ICF to support the clinical practice of physical therapy can make it difficult to define boundaries with other professions ...	34**-The model of functioning presented in the ICF is insufficient to explain how personal characteristics and environmental factors interact...	50-The ICF retains medical and individualized notions of disability and its causes.	24-The ICF encourages physical therapy to work in domains of functioning that have traditionally been a priority for other professions.	36**-The ICF is not compatible with dichotomies...	56**-The use of the word deficiência ("deficiency") as the translation of 'impairments' in the ICF in Portuguese ...	12*-...participation restrictions can cause changes in body functions and structures, thus creating a two-way causal relationship.	02- ...dynamic and changeable situations experienced by the person.
45**-The concept of impairment of body functions and structures should be excluded from the ICF...	35-The ICF's usefulness is more relevant in research than in direct clinical application.	53**-The ICF is a descriptive tool.	57**-The ICF is not appropriate to assess, classify and codify the discriminatory dimensions of societies...	23**-The layout of the ICF framework reflects an implied hierarchy of importance...	41**-Decision-making autonomy...	47...the presence of an impairment is neither necessary nor sufficient for disability.	55-The model of functioning presented in the ICF is an essential tool for structuring assessments and for the clinical follow-up of functioning.	26-Attempting to use the ICF codes without understanding its conceptual model can undermine its purpose.
	22**-The recognition by the ICF of the influence of the social and physical environment on health, functioning and disability is only theoretical...	42**-The ICF model of functioning is normative...	43-The ICF enables experts to identify normality...	16*-"Capacity" and "performance" should not be used to differentiate activities from participation.	49- It is therefore unreasonable to measure participation as individual performance as recommended by the ICF.	07**-The ICF model of functioning cannot favor person-centered practice if these subjective elements are missing.	17**-The ICF should include ways to assess the impact of environments on the social disadvantage...	
	05**-The universal nature of the ICF may undermine social protection policies	06**-The ICF is not a tool aimed at client-centered practice...	01**-ICF does not presume any causal relationship between having a particular health condition and experiencing disability...	32*-There should be personal satisfaction qualifiers ...	31- ...qualifiers related to the patient's desire/choice to perform the activity and participation items...	48-The ICF marks a shift in focus - from disability to ability or capacity.	03**...participation restrictions may not be caused directly by impairments in body structures and functions or activities limitations.	
		27- More applicability in some physical therapy specialties	20...the concept of activity is only intuitively introduced and is not theoretically grounded.	15-There should be definite criteria to differentiate activity and participation in the classification.	13**...include positive terminology with regards to impairments and disease...	52-The object of classification by the ICF is not the person per se, but her or his situation.		
		04-The main use of the ICF in the practice of physical therapy is conceptual...	14-Although the ICF was based on the Biopsychosocial Model, its theoretical foundations are poorly developed.	40**-Clinical practice based on the ICF strengthens the value of physical therapy...	21**-The ICF is a classification and should not be used as a clinical assessment system...	59- The ICF concept of "disability" is very different from that which our culture denominates deficiency in the common sense.		
			51*-The use of ICF qualifiers will be of little use if physical therapists...	38-It is good that there is no classification of personal factors in the ICF, as it could be misused as a 'classification' of the person...	18-There should be qualifiers related to opportunities...			
			08*-The assessment of contextual factors and aspects of participation...enriches the assessment...	54-Participation should not be assessed as the objective performance in a set of preestablished or normative activities...	11**-additional domain in the ICF referring to quality of life.			
				19**-The ICF lacks enough specificity to identify priority problems...				
				39-The ICF addresses impairment in body functions and structures as "a fact"...				

Source: Banasick, S. (2019). Ken-Q Analysis (Version 1.0.8) [Software]

**FIGURE 3** - Flowchart diagram of subject's selection.

**Source:** prepared by the authors, 2023.



TABLE 1- Participant characteristics

Qsort	Gender	Degree	Specialty	Teaching experience (years)	Teaching/Clinic	Experience with the ICF (years)
01	F	M	Neurofunctional	30	Teaching and Clinic	15
02	F	D	Neurofunctional	10	Teaching	7
03	M	D	Work	17	Teaching and Clinic	14
04	F	D	Neurofunctional	18	Teaching and Clinic	8
05	F	D	Traumato-orthopaedic	3	Teaching and Clinic	8
06	F	D	Gerontology and Women's Health	7	Teaching	6
07	F	D	Neurofunctional	25	Teaching and Clinic	20
08	F	M	Women's Health	15	Teaching and Clinic	7
09	F	D	Traumato-orthopaedic	17	Teaching and Clinic	12
10	F	D	Traumato-orthopaedic	11	Teaching	11
11	F	D	Neurofunctional	14	Teaching	14
12	M	M	Traumato-orthopaedic and Intensive Care	8	Teaching and Clinic	7
13	F	D	Neurofunctional	10	Teaching and Clinic	5
14	F	M	Gerontology	7	Teaching and Clinic	3
15	F	M	Work	19,5	Teaching	15
16	M	D	Neurofunctional	18	Teaching	19
17	F	D	Neurofunctional	9	Teaching and Clinic	15
18	F	D	Neurofunctional	11	Teaching and Clinic	5
19	F	D	Neurofunctional	20	Teaching	17
20	M	D	Health Technologies	21	Teaching	16
21	F	D	Neurofunctional	10	Teaching	8
22	F	D	Cardiovascular and Respiratory	12	Teaching	12
23	F	D	Neurofunctional	9	Teaching	3
24	F	D	Cardiovascular and Respiratory	7	Teaching	7
25	F	E	Traumato-orthopaedic	8	Teaching and Clinic	13
26	F	D	Neurofunctional	21	Teaching	20
27	F	D	Cardiorespiratory	19	Teaching and Clinic	20
28	F	D	Cardiorespiratory	5	Teaching and Clinic	5
29	M	D	Women's Health and Oncology	11	Teaching	10
30	F	M	Neurofunctional and Intensive Care	27	Teaching	13
31	F	E	Intensive Care	4	Teaching and Clinic	4
32	F	D	Cardiovascular	23	Teaching	14
33	M	D	Neurofunctional, Gerontology and Respiratory	6	Teaching and Clinic	12
34	F	D	Neurofunctional	4	Teaching and Clinic	4
35	F	D	Neurofunctional	18	Teaching and Clinic	12
36	F	D	Public health	23	Teaching	5
37	F	D	Public health	3	Teaching and Clinic	10
38	M	D	Public health	12	Teaching	18
39	M	D	Gerontology	10	Teaching	10
40	F	D	Neurofunctional	6	Teaching and Clinic	5
41	F	D	Neurofunctional	19	Teaching	16
42	M	E	Traumato-orthopaedic	6	Teaching and Clinic	6
43	F	D	Public health	20	Teaching	12
44	F	M	Neurofunctional	20	Teaching and Clinic	10
45	F	D	Cardiovascular and Respiratory	20	Teaching	10
46	F	M	Public health	20	Teaching and Clinic	20
47	F	D	Neurofunctional, Cardiovascular and Respiratory	22	Teaching	15
48	F	D	Neurofunctional	5	Teaching	15

Source: prepared by the authors, 2023.

TABLE 2 - Distinguishing and consensus statements between the Pragmatic (P) and Conceptual (C) viewpoints

DISTINGUISHING STATEMENTS	DISAGREE			NEUTRAL			AGREE		
	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
01-The model of functioning of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) does not presume any causal relationship between having a particular health condition and experiencing disability.				C					P
03-According to the ICF model of functioning, participation restrictions may not be caused directly by impairments in body structures and functions or activities limitations.								P/C	
05-The universal nature of the ICF may undermine social protection policies because it blurs the distinction between people with disabilities and other people.	P	C							
06- The ICF is not a tool aimed at client-centered practice, but rather for practitioners to code, categorize, and gather statistical data.	P		C						
07-A conceptual model of the experience of disability needs to reflect how people perceive themselves, their lives, their context and the resources they need, as well as how they define disability and how it affects their lives. The ICF model of functioning cannot favor person-centered practice if these subjective elements are missing.			P				C		
08-The assessment of contextual factors and aspects of participation, encouraged by the ICF, enriches the assessment, but the main source of information about the causes of functional problems in physical therapy patients is the physical exam				P/C					
11- There should be an additional domain in the ICF referring to quality of life.				P		C			
12-According to the ICF, participation restrictions can cause changes in body functions and structures, thus creating a two-way causal relationship.							P	C	
13-The ICF should also include positive terminology with regards to impairments and disease, as only negative terminology is currently used.			P			C			
16-“Capacity” and “performance” should not be used to differentiate activities from participation.					P/C				
17- The ICF should include ways to assess the impact of environments on the social disadvantage, oppression and marginalization experienced by people with disabilities.					P			C	
19-The ICF lacks enough specificity to identify priority problems, define therapeutic goals and document intervention outcomes.			P		C				
21-The ICF is a classification and should not be used as a clinical assessment system or as a substitute for standardized measurement instruments in clinical practice.						C		P	
22-The recognition by the ICF of the influence of the social and physical environment on health, functioning and disability is only theoretical, because, in practice, an individual is assessed separately from the environment.		C		P					
23-The layout of the ICF framework reflects an implied hierarchy of importance and causal precedence between the components; for instance, putting 'health condition' at the top of the layout makes it seem that the medical perspective is dominant.				P	C				
25-With knowledge of the characteristics of the individual and the characteristics of the environment through the ICF, it is possible to define a functional prognosis.					C	P			

28-The use of the ICF model as a reference to guide physical therapy assessments and interventions can limit and restrict clinical practice.	P/C			
29- From a theoretical point of view, the ICF is neutral; it is, therefore, compatible with whatever explanation of disability the evidence supports.	C		P	
30- For the ICF, disability is a complex experience and, therefore, can never be either exclusively biological or exclusively social.				P C
32-There should be personal satisfaction qualifiers for all body structures and functions, and activity and participation items.			P/C	
34-The model of functioning presented in the ICF is insufficient to explain how personal characteristics and environmental factors interact to facilitate or hinder the integration of people with disabilities into society.	C	P		
36-The ICF is not compatible with dichotomies: it is not appropriate to establish rigid boundaries between functioning and disability; between biological, psychological and social; between individual and collective; between subjective and objective.			P/C	
37-The ICF should include a domain related to spirituality.			P/C	
40-Clinical practice based on the ICF strengthens the value of physical therapy as a profession focused on the promotion and recovery of functioning in general, keeping human movement as its central focus.			C	P
41-Decision-making autonomy (the opportunity to actively participate in decision-making) may be more important than the capacity to independently perform activities and should be classified in the ICF			P	C
42- The ICF model of functioning is normative: It requires assessment of deviation from "normal" functioning or assumed norms in all areas of human life.	C	P		
45-The concept of impairment of body functions and structures should be excluded from the ICF and left for the International Classification of Diseases.	C	P		
51-The use of ICF qualifiers will be of little use if physical therapists don't use a valid and reliable standardized instrument to assess function.			P/C	
53-The ICF is a descriptive tool. It is not a theoretical tool; it was not developed with this intention and cannot be used as such.	C	P		
56-The use of the word deficiência ("deficiency") as the translation of 'impairments' in the ICF in Portuguese implies that the disability is in the body, reinforcing a biomedical perspective.			P	C
57-The ICF is not appropriate to assess, classify and codify the discriminatory dimensions of societies, the performance of governments or the effects of their policies.		C	P	
58-The ICF model of functioning implies that, in order to reduce disability, interventions in environmental factors are as important as interventions at the individual level.				P C
<b>CONSENSUS STATEMENTS</b>				
02- For the ICF, functioning or disability are not definitive or static attributes of the individual, but dynamic and changeable situations experienced by the person.				P/C
04-The main use of the ICF in the practice of physical therapy is conceptual: knowing the model helps organize clinical reasoning. The use of classification itself is impractical.	P	C		
09-The ICF objectifies people, classifying them according to their differences.	C	P		
10-Using the ICF to support the clinical practice of physical therapy can make it difficult to define boundaries with other professions and undermine the sense of professional identity.		P/C		

14-Although the ICF was based on the Biopsychosocial Model, its theoretical foundations are poorly developed; the classification could, therefore, end up being used from any other perspectives, including the Biomedical Model.	P	C	
15-There should be definite criteria to differentiate activity and participation in the classification.			C P
18- There should be qualifiers related to opportunities to perform activity and participation items.			P C
20- In the ICF, the concept of activity is only intuitively introduced and is not theoretically grounded.	P	C	
24-The ICF encourages physical therapy to work in domains of functioning that have traditionally been a priority for other professions.			C P
26-Attempting to use the ICF codes without understanding its conceptual model can undermine its purpose.			P C
27-The ICF has more applicability in some physical therapy specialties (e.g. outpatient neurological rehabilitation) than others (e.g. hospital respiratory physiotherapy).	P	C	
31-There should be qualifiers related to the patient's desire/choice to perform the activity and participation items.			P C
33- Using disease-based Core sets is a forced adaptation of the ICF for practice which is insistently biomedical.			C P
35-The ICF's usefulness is more relevant in research than in direct clinical application.	P/C		
38-It is good that there is no classification of personal factors in the ICF, as it could be misused as a 'classification' of the person.			P/C
39-The ICF addresses impairment in body functions and structures as "a fact", a biological, body-related difference that is independent of socially constructed interpretations.			P/C
43-The ICF enables experts to identify normality, draw a distinction between normal and abnormal, and thus assess the adequacy of a given level or form of performance.			C P
44- The ICF implies the need for inter- or transdisciplinary work.			P/C
46-The ICF model can somewhat restrict clinical practice because physical therapy has its own concepts and theoretical principles that cannot be covered by the ICF.	C	P	
47- According to the ICF model of functioning, the presence of an impairment is neither necessary nor sufficient for disability.			P/C
48-The ICF marks a shift in focus - from disability to ability or capacity.			P/C
49-Participation occurs at the intersection of what the person can do, wants to do, has the opportunity to do, and is not prevented from doing, and, furthermore, must have a social or interpersonal dimension. It is therefore unreasonable to measure participation as individual performance as recommended by the ICF.			P/C
50-The ICF retains medical and individualized notions of disability and its causes because its analysis still focuses on the individual and assigns greater importance (and a greater level of classification detail) to the components of body functions and structures.			P/C
52-The object of classification by the ICF is not the person per se, but her or his situation.			P/C
54-Participation should not be assessed as the objective performance in a set of preestablished or normative activities, but rather as the subjective sense of involvement reported by the person.			C P
55- The model of functioning presented in the ICF is an essential tool for structuring assessments and for the clinical follow-up of functioning.			P/C
59- The ICF concept of "disability" is very different from that which our culture denominates deficiency in the common sense.			P/C

Source: prepared by the authors, 2023.

## SUPPLEMENTARY MATERIAL A

**Table 3** - List of references used to build the Q-concourse in alphabetical order. Most cited works are in bold.

1. **Allan CM, Campbell WN, Guptill CA, Stephenson FF, Campbell KE. A conceptual model for interprofessional education: The international classification of functioning, disability and health (ICF). *J Interprofessional Care*. 2006;20(3):235-245. doi:10.1080/13561820600718139**
2. Araujo ES, Buchalla CM. The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health in health surveys: a reflexion on its limits and possibilities. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(3):720-724. doi:10.1590/1980-5497201500030017
3. **Atkinson HL, Nixon-Cave K. A tool for clinical reasoning and reflection using the international classification of functioning, disability and health (ICF) framework and patient management model. *Phys Ther*. 2011;91(3):416-430. doi:10.2522/ptj.20090226**
4. **Badley EM. Enhancing the conceptual clarity of the activity and participation components of the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Soc Sci Amp Med*. 2008;66(11):2335-2345. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.026**
5. Barrow FH. The international classification of functioning, disability, and health (ICF), A new tool for social workers. *J Soc Work Disabil Amp Rehabil*. 2006;5(1):65-73. doi:10.1300/j198v05n01\_04
6. Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Üstün TB. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Soc Sci Amp Med*. 1999;48(9):1173-1187. doi:10.1016/s0277-9536(98)00441-9
7. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2009;16(3):655-668. doi:10.1590/s0104-59702009000300005
8. Biz MCP, Chun RYS. Operationalization of the International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, in a Specialized Rehabilitation Center [published correction appears in *Codas*. 2019 Dec 13;32(2):e20190085].
9. Bornbaum CC, Day AM, Izaryk K, et al. Exploring use of the ICF in health education. *Disabil Rehabil*. 2015;37(2):179-186. doi:10.3109/09638288.2014.910558
10. Castaneda L, Bergmann A, Bahia L. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a systematic review of observational studies. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(2):437-451. doi:10.1590/1809-4503201400020012eng
11. **Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C et al. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. *Disabil Rehabil*. 2010;33(4):281-309. doi:10.3109/09638288.2010.529235**
12. Cieza A, Bickenbach J, Chatterji S. The ICF as a conceptual platform to specify and discuss health and health-related concepts. *Gesundheitswesen*. 2008;70(10):e47-e56. doi:10.1055/s-2008-1080933
13. **Cieza A, Stucki G. The International Classification of Functioning Disability and Health: its development process and content validity. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2008;44(3):303-313.**
14. **Cieza A, Brockow T, Ewert T et al. Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *J Rehabil Med*. 2002;34(5):205-210. doi:10.1080/165019702760279189**
15. **Cieza A, Fayed N, Bickenbach J, Prodinger B. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disabil Rehabil*. 2016;41(5):574-583. doi:10.3109/09638288.2016.1145258**
16. **Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Üstün B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med*. 2005;37(4):212-218. doi:10.1080/16501970510040263**
17. **Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Üstün BT, Stucki G. Identification of candidate categories of the international classification of functioning disability and health (ICF) for a generic ICF core set based on regression modelling. *BMC Med Res Methodol*. 2006;6(1). doi:10.1186/1471-2288-6-36**
18. Cieza A, Hilfiker R, Chatterji S, Kostanjsek N, Üstün BT, Stucki G. The international classification of functioning, disability, and health could be used to measure functioning. *J Clin Epidemiology*. 2009;62(9):899-911. doi:10.1016/j.jclinepi.2009.01.019
19. Constand MK, MacDermid JC. Applications of the International Classification of Functioning, Disability and Health in goal-setting practices in healthcare. *Disabil Rehabil*. 2014;36(15):1305-1314. doi:10.3109/09638288.2013.845256
20. Conti-Becker A. Between the ideal and the real: reconsidering the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil*. 2009;31(25):2125-2129. doi:10.3109/09638280902912509

21. Dahl TH. **International classification of functioning, disability and health: an introduction and discussion of its potential impact on rehabilitation services and research.** *J Rehabil Med.* 2002;34(5):201-204. doi:10.1080/165019702760279170
22. de Kleijn-de Vrankrijker MW. On health, ability and activity: Comments on some basic notions in the ICF. Response on some issues raised by Nordenfelt. *Disabil Rehabil.* 2006;28(23):1475-1476. doi:10.1080/09638280600925936
23. de Kleijn-de Vrankrijker MW. The long way from the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil.* 2003;25(11-12):561-564. doi:10.1080/09638280110110879
24. Di Nubila HB, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiologia.* 2008;11(2):324-335. doi:10.1590/s1415-790x2008000200014
25. Diniz D, Medeiros M, Squinca F. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Comments on the Portuguese translation of the International Classification of Functioning, Disability and Health]. *Cad Saude Publica.* 2007;23(10):2507-2510. doi:10.1590/s0102-311x2007001000025
26. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980;137(5):535-544. doi:10.1176/ajp.137.5.535
27. Escorpizo R, Bemis-Dougherty A. Introduction to Special Issue: A Review of the International Classification of Functioning, Disability and Health and Physical Therapy over the Years. *Physiother Res Int.* 2015;20(4):200-209. doi:10.1002/pri.1578
28. Escorpizo R, Finger ME, Glässel A, Gradinger F, Lückenkemper M, Cieza A. A systematic review of functioning in vocational rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Occup Rehabil.* 2011;21(2):134-146. doi:10.1007/s10926-011-9290-8
29. Escorpizo R, Reneman MF, Ekholm J, et al. A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model. *J Occup Rehabil.* 2011;21(2):126-133. doi:10.1007/s10926-011-9292-6
30. Escorpizo R, Stucki G, Cieza A, Davis K, Stumbo T, Riddle DL. Creating an interface between the International Classification of Functioning, Disability and Health and physical therapist practice. *Phys Ther.* 2010;90(7):1053-1063. doi:10.2522/ptj.20090326
31. Escorpizo R. Summary and Way Forward: Doing more of ICF in physical therapy. *Physiother Res Int.* 2015;20(4):251-253. doi:10.1002/pri.1656
32. **Escorpizo R, Reneman MF, Ekholm J et al. A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model.** *J Occup Rehabil.* 2011;21(2):126-133. doi:10.1007/s10926-011-9292-6
33. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiologia.* 2005;8(2):187-193. doi:10.1590/s1415-790x2005000200011
34. Farrell J, Anderson S, Hewitt K, Livingston MH, Stewart D. A survey of occupational therapists in Canada about their knowledge and use of the ICF. *Can J Occup Ther.* 2007;74(5\_suppl):221-232. doi:10.1177/000841740707405s01
35. Fayed N, Cieza A, Bickenbach JE. Linking health and health-related information to the ICF: a systematic review of the literature from 2001 to 2008. *Disabil Rehabil.* 2011;33(21-22):1941-1951. doi:10.3109/09638288.2011.553704
36. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) [Quality of life, health and well-being conceptualizations from the perspective of the International Classification of Functioning, disability and health (ICF)]. *Rev Esp Salud Publica.* 2010;84(2):169-184. doi:10.1590/s1135-57272010000200005
37. Ferreira LT, Castro SS, Buchalla CM. The International Classification of Functioning, Disability and Health: progress and opportunities. *Cien Saude Colet.* 2014;19(2):469-474. doi:10.1590/1413-81232014192.04062012
38. Finger ME, Glässel A, Erhart P, et al. Identification of relevant ICF categories in vocational rehabilitation: a cross sectional study evaluating the clinical perspective. *J Occup Rehabil.* 2011;21(2):156-166. doi:10.1007/s10926-011-9308-2
39. Finger ME, Cieza A, Stoll J, Stucki G, Huber EO. Identification of intervention categories for physical therapy, based on the international classification of functioning, disability and health: a delphi exercise. *Phys Ther.* 2006;86(9):1203-1220. doi:10.2522/ptj.20050134
40. Fontes AP, Fernandes AA, Botelho MA. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev Port Saude Publica.* 2010;28(2):171-178. doi:10.1016/s0870-9025(10)70008-0

41. Geyh S, Peter C, Müller R et al. **The personal factors of the international classification of functioning, disability and health in the literature – a systematic review and content analysis.** *Disabil Rehabil.* 2011;33(13-14):1089-1102. doi:10.3109/09638288.2010.523104
42. Hammell KW. Deviating from the norm: A sceptical interrogation of the classificatory practices of the ICF. *Br J Occup Ther.* 2004;67(9):408-411. doi:10.1177/030802260406700906
43. Heerkens YF, de Weerd M, Huber M, et al. Reconsideration ICF scheme. *Disabil Rehabil.* 2018;40(1):121-122. doi:10.1080/09638288.2017.1378390
44. Heerkens YF, de Weerd M, Huber M, et al. Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives from the Netherlands for a global debate. *Disabil Rehabil.* 2018;40(5):603-611. doi:10.1080/09638288.2016.1277404
45. Heerkens Y, Engels J, Kuiper C, Van Der Gulden J, Oostendorp R. **The use of the ICF to describe work related factors influencing the health of employees.** *Disabil Rehabil.* 2004;26(17):1060-1066. doi:10.1080/09638280410001703530
46. Hemmingsson H, Jonsson H. **An occupational perspective on the concept of participation in the international classification of functioning, disability and health--some critical remarks.** *Am J Occup Ther.* 2005;59(5):569-576. doi:10.5014/ajot.59.5.569
- Ueda S, Okawa Y. **The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for?** *Disabil Rehabil.* 2003;25(11-12):596-601. doi:10.1080/0963828031000137108
47. Homa DB. Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in job placement. *Work.* 2007;29(4):277-286.
48. Huber JG, Sillick J, Skarakis-Doyle E. Personal perception and personal factors: incorporating health-related quality of life into the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil.* 2010;32(23):1955-1965. doi:10.3109/09638281003797414
49. Hurst R. **The international disability rights movement and the ICF.** *Disabil Rehabil.* 2003;25(11-12):572-576. doi:10.1080/0963828031000137072
50. Imrie R. **Demystifying disability: a review of the international classification of functioning, disability and health.** *Sociol Health Illn.* 2004;26(3):287-305. doi:10.1111/j.1467-9566.2004.00391.x
51. Jelsma J. **Use of the international classification of functioning, disability and health: a literature survey.** *J Rehabil Med.* 2009;41(1):1-12. doi:10.2340/16501977-0300
52. Jette AM, Haley SM, Kooyoomjian JT. **Are the icf activity and participation dimensions distinct?** *J Rehabil Med.* 2003;35(3):145-149. doi:10.1080/16501970310010501
53. Jette AM. **Toward a common language for function, disability, and health.** *Phys Ther.* 2006;86(5):726-734. doi:10.1093/ptj/86.5.726
54. Kostanjsek N, Rubinelli S, Escorpizo R, et al. Assessing the impact of health conditions using the ICF. *Disabil Rehabil.* 2011;33(15-16):1475-1482. doi:10.3109/09638288.2010.527032
55. Kostanjsek N. **Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems.** *BMC Public Health.* 2011;11(Suppl 4):S3. doi:10.1186/1471-2458-11-s4-s3
56. Levack W. **The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): application to physiotherapy.** *NZ J Physiother.* 2004;32(1):1-2.
57. Magasi S, Wong A, Gray DB, et al. Theoretical foundations for the measurement of environmental factors and their impact on participation among people with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015;96(4):569-577. doi:10.1016/j.apmr.2014.12.002
58. Maini M, Nocentini U, Prevedini A, Giardini A, Muscolo E. **An Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation: preliminary theoretical and practical considerations.** *Disabil Rehabil.* 2008;30(15):1146-1152. doi:10.1080/09638280701478397
59. Mallinson T, Hammel J. **Measurement of participation: intersecting person, task, and environment.** *Arch Phys Med Rehabil.* 2010;91(9 Suppl):S29-S33. doi:10.1016/j.apmr.2010.04.027
60. Mângia EF, Muramoto MT, Lancman S. **Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade.** *Rev Ter Ocupacional Univ Sao Paulo.* 2008;19(2). doi:10.11606/issn.2238-6149.v19i2p121-130
61. Maritz R, Aronsky D, Prodinger B. **The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Electronic Health Records. A Systematic Literature Review.** *Appl Clin Inform.* 2017;8(3):964-980. Published 2017 Dec 20. doi:10.4338/ACI-2017050078
62. McDougall J, Wright V, Rosenbaum P. **The ICF model of functioning and disability: incorporating quality of life and human development.** *Dev Neurorehabil.* 2010;13(3):204-211. doi:10.3109/17518421003620525
63. Mitra S, Shakespeare T. **Remodeling the ICF.** *Disabil Health J.* 2019;12(3):337-339. doi:10.1016/j.dhjo.2019.01.008

64. Morales LM, Luna G, Moreno-Montoya J. Aplicación mundial de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud en fisioterapia: revisión sistemática. *Rehabilitacion*. 2017;51(2):119-128. doi:10.1016/j.rh.2017.01.003
65. Moran M, Bickford J, Barradell S, Scholten I. Embedding the International Classification of Functioning, Disability and Health in Health Professions Curricula to Enable Interprofessional Education and Collaborative Practice. *J Med Educ Curric Dev*. 2020;7:2382120520933855. Published 2020 Aug 31. doi:10.1177/2382120520933855
66. Nieuwenhuijsen ER. On health, ability and activity: comments on some basic notions in the ICF commentary. *Disabil Rehabil*. 2006;28(23):1477-1489. doi:10.1080/09638280600925977
67. **Nordenfelt L. Action theory, disability and ICF. *Disabil Rehabil*. 2003;25(18):1075-1079. doi:10.1080/0963828031000137748**
68. Nordenfelt L. On health, ability and activity: Comments on some basic notions in the ICF. *Disabil Rehabil*. 2006;28(23):1461-1465. doi:10.1080/09638280600925886
69. Paschoal LN, Souza PN, Buchalla CM, Brito CMM, Battistella LR. Identification of relevant categories for inpatient physical therapy care using the International Classification of Functioning, Disability and Health: a Brazilian survey. *Braz J Phys Ther*. 2019;23(3):212-220. doi:10.1016/j.bjpt.2018.08.006
70. **Perenboom RJ, Chorus AM. Measuring participation according to the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Disabil Rehabil*. 2003;25(11-12):577-587. doi:10.1080/0963828031000137081**
71. Pernambuco AP, Lana RD, Polese JC. Knowledge and use of the ICF in clinical practice by physical therapists and occupational therapists of Minas Gerais. *Fisioter Pesqui*. 2018;25(2):134-142. doi:10.1590/1809-2950/16765225022018
72. **Piškur B, Daniëls R, Jongmans MJ et al. Participation and social participation: are they distinct concepts? *Clin Rehabil*. 2013;28(3):211-220. doi:10.1177/0269215513499029**
73. Prodinger B, Darzins S, Magasi S, Baptiste S. The international classification of functioning, disability and health (ICF): opportunities and challenges to the use of ICF for occupational therapy. *World Fed Occup Ther Bull*. 2015;71(2):108-114. doi:10.1179/2056607715y.0000000003
74. **Raghavendra P, Bornman J, Granlund M, Björck-Åkesson E. The World Health Organization's international classification of functioning, disability and health: implications for clinical and research practice in the field of augmentative and alternative communication. *Augment Altern Commun*. 2007;23(4):349-361. doi:10.1080/07434610701650928**
75. **Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2008;44(3):329-342.**
76. **Reed GM, Lux JB, Bufka LF et al. Operationalizing the international classification of functioning, disability and health in clinical settings. *Rehabil Psychol*. 2005;50(2):122-131. doi:10.1037/0090-5550.50.2.122**
77. Reinhardt JD, Cieza A, Stamm T, Stucki G. Commentary on Nordenfelt's 'On Health, ability and activity: Comments on some basic notions in the ICF'. *Disabil Rehabil*. 2006;28(23):1483-1489. doi:10.1080/09638280600926165
78. **Rimmer JH. Use of the ICF in identifying factors that impact participation in physical activity/rehabilitation among people with disabilities. *Disabil Rehabil*. 2006;28(17):1087-1095. doi:10.1080/09638280500493860**
79. **Rosenbaum P, Stewart D. The world health organization international classification of functioning, disability, and health: a model to guide clinical thinking, practice and research in the field of cerebral palsy. *Semin Pediatr Neurol*. 2004;11(1):5-10. doi:10.1016/j.spen.2004.01.002**
80. Ruaro JA, Ruaro MB, Souza DE, Fréz AR, Guerra RO. An overview and profile of the ICF's use in Brazil--a decade of history. *Rev Bras Fisioter*. 2012;16(6):454-462. doi:10.1590/s1413-35552012005000063
81. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca S. T. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev. Bras de Fisiot*. 2005;9(2): 129-136.
82. **Schneider M, Hurst R, Miller J, Üstün B. The role of environment in the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Disabil Rehabil*. 2003;25(11-12):588-595. doi:10.1080/0963828031000137090**
83. Scholten I, Ross K, Bickford J. "A way to think of the client holistically": Factors influencing students' ICF regard and uptake. *MedEdPublish*. 2019;8(1). doi:10.15694/mep.2019.000061.1
84. **Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, Stucki G, Üstün B, Cieza A. A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2015;51(1):105-117.**



85. Simeonsson RJ, Leonardi M, Lollar D, Bjorck-Akesson E, Hollenweger J, Martinuzzi A. Applying the international classification of functioning, disability and health (ICF) to measure childhood disability. *Disabil Rehabil.* 2003;25(11-12):602-610. doi:10.1080/0963828031000137117
86. Snyman S, Von Pressentin KB, Clarke M. International Classification of Functioning, Disability and Health: Catalyst for interprofessional education and collaborative practice. *J Interprof Care.* 2015;29(4):313-319. doi:10.3109/13561820.2015.1004041
87. Solli HM, da Silva AB. The holistic claims of the biopsychosocial conception of WHO's International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): a conceptual analysis on the basis of a pluralistic-holistic ontology and multidimensional view of the human being [published correction appears in *J Med Philos.* 2012 Oct;37(5):504]. *J Med Philos.* 2012;37(3):277-294. doi:10.1093/jmp/jhs014
88. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther.* 2002;82(11):1098-1107. doi:10.1093/ptj/82.11.1098
89. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther.* 2002;82(11):1098-1107. doi:10.1093/ptj/82.11.1098
90. Stucki G, Kostanjsek N, Ustün B, Cieza A. ICF-based classification and measurement of functioning. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2008;44(3):315-328.
91. Stucki G, Cieza A, Ewert T, Kostanjsek N, Chatterji S, Üstün TB. Application of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in clinical practice. *Disabil Rehabil.* 2002;24(5):281-282. doi:10.1080/09638280110105222
92. Stucki G, Cieza A, Melvin J. The international classification of functioning, disability and health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *J Rehabil Med.* 2007;39(4):279-285. doi:10.2340/16501977-0041
93. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil.* 2002;24(17):932-938. doi:10.1080/09638280210148594
94. Stucki G, Melvin J. The international classification of functioning, disability and health: a unifying model for the conceptual description of physical and rehabilitation medicine. *J Rehabil Med.* 2007;39(4):286-292. doi:10.2340/16501977-0044
95. Threats T, Worrall L. The ICF is all about the person, and more: A response to Duchan, Simmons-Mackie, Boles, and McLeod. *Adv Speech Lang Pathol.* 2004;6(1):83-87. doi:10.1080/14417040410001669435
96. Threats TT. Towards an international framework for communication disorders: Use of the ICF. *J Commun Disord.* 2006;39(4):251-265. doi:10.1016/j.jcomdis.2006.02.002
97. Ueda S, Okawa Y. The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for?. *Disabil Rehabil.* 2003;25(11-12):596-601. doi:10.1080/0963828031000137108
98. Ustün TB, Chatterji S, Kostansjek N, Bickenbach J. WHO's ICF and functional status information in health records. *Health Care Financ Rev.* 2003;24(3):77-88.
99. Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The international classification of functioning, disability and health: a new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil.* 2003;25(11-12):565-571. doi:10.1080/0963828031000137063
100. Vargus-Adams JN, Majnemer A. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a framework for change: revolutionizing rehabilitation. *J Child Neurol.* 2014;29(8):1030-1035. doi:10.1177/0883073814533595
101. Wade DT, Halligan P. New wine in old bottles: the WHO ICF as an explanatory model of human behaviour. *Clin Rehabil.* 2003;17(4):349-354. doi:10.1191/0269215503cr619ed
102. Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clin Rehabil.* 2017;31(8):995-1004. doi:10.1177/0269215517709890
103. Wang PP, Badley EM, Gignac M. Exploring the role of contextual factors in disability models. *Disabil Rehabil.* 2006;28(2):135-140. doi:10.1080/09638280500167761
104. Weigl M, Cieza A, Andersen C, Kollerits B, Amann E, Stucki G. Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a Delphi exercise. *J Rehabil Med.* 2004;36:12-21. doi:10.1080/16501960410015443
105. Whiteneck G, Dijkers MP. Difficult to measure constructs: conceptual and methodological issues concerning participation and environmental factors. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009;90(11):S22—S35. doi:10.1016/j.apmr.2009.06.009
106. Wiegand NM, Belting J, Fekete C, Gutenbrunner C, Reinhardt JD. All talk, no action?: the global diffusion and clinical implementation of the international classification of functioning, disability, and health. *Am J Phys Med Rehabil.* 2012;91(7):550-560. doi:10.1097/PHM.0b013e31825597e5
107. Wiegand NM, Belting J, Fekete C, Gutenbrunner C, Reinhardt JD. All talk, no action? *Am J Phys Med Amp Rehabil.* 2012;91(7):550-560. doi:10.1097/phm.0b013e31825597e5

## **Perspectivas de fisioterapeutas *experts* sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): um estudo Q**

Rafaela Cristina de Souza Arrais Albuquerque<sup>a</sup>, Fabiane Ribeiro Ferreira<sup>b</sup>, Daniela Virgínia Vaz<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Mestranda em Ciências da Reabilitação. E-mail: [rafaelaarrais01@gmail.com](mailto:rafaelaarrais01@gmail.com)

<sup>b</sup> Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Departamento de Fisioterapia e Programa de Pós-graduação em Ciências da Ocupação. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Professora Adjunta. E-mail: [fabianerf40@gmail.com](mailto:fabianerf40@gmail.com)

<sup>c</sup> Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Departamento de Fisioterapia e Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Professora Adjunta. E-mail: [danielavvaz@gmail.com](mailto:danielavvaz@gmail.com)

Declaração de interesse: ausência de qualquer tipo de conflito de interesse junto aos participantes ou a qualquer outro colaborador, direto ou indireto.

Endereço: Daniela Virgínia Vaz. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - Pampulha, Belo Horizonte - MG - Brasil. CEP: 31270-901  
E-mail: [danielavvaz@gmail.com](mailto:danielavvaz@gmail.com) / [rafaelaarrais01@gmail.com](mailto:rafaelaarrais01@gmail.com) / [ufmgcif@gmail.com](mailto:ufmgcif@gmail.com)

## RESUMO

**Introdução:** A possibilidade de diferentes interpretações da Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde (CIF) e do modelo biopsicossocial que a embasa, por fisioterapeutas docentes *experts* na CIF, pode influenciar a maneira como ela é divulgada, assimilada e aplicada no país.

**Objetivo:** identificar e analisar a variedade de discursos circulantes sobre a CIF entre fisioterapeutas docentes *experts* sobre o tema no Brasil.

**Métodos:** Estudo observacional descritivo transversal dos pontos de vista sobre a CIF utilizando a metodologia Q em seis etapas: elaboração de um *Q-concourse*, desenvolvimento da amostra Q (*Q-set*), seleção do conjunto de participantes (*P-set*), classificação (*Q-sort*), análise fatorial (software *Ken-Q Analysis*), interpretação e nomeação dos pontos de vista coletivos através de síntese qualitativa.

**Resultados:** *Q-set* foi composto por 59 afirmativas e *P-set* por 48 participantes de diferentes regiões do Brasil com atuação em diversas especialidades, com tempo médio de formação de  $19,1 \pm 6,6$  anos (52% em universidades públicas, 77% com doutorado ou pós-doutorado),  $13,62 \pm 6,93$  anos de docência e  $16,04 \pm 4,93$  anos de atuação com a CIF. Da análise fatorial emergiram dois fatores, com 32 afirmativas ranqueadas em posições médias significativamente diferentes ( $p < 0,05$ ) entre eles, indicando distinções entre dois pontos de vista. Ambos expressam uma perspectiva biopsicossocial da funcionalidade, porém valorizam a CIF de modo prioritariamente pragmático ou conceitual.

**Conclusão:** Os pontos de vista expressam visões complementares em relação ao valor da CIF e suscitam reflexões acerca do uso da palavra deficiência para traduzir *impairments* e conceito de *disability* entre fisioterapeutas docentes *experts*.

**Palavras-chave:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Fisioterapia. Metodologia Q.

## HIGHLIGHTS

- Dois pontos de vista distintos emergiram entre os *experts*
- Os dois pontos de vista valorizam aspectos pragmáticos e conceituais da CIF
- No ponto de vista conceitual, *impairment* e deficiência não devem ser equiparados
- Os fisioterapeutas experts reconhecem a perspectiva biopsicossocial da CIF

## INTRODUÇÃO

Funcionalidade é um conceito abrangente que aponta para uma inter-relação entre: estruturas e funções do corpo, atividades e participação. Englobando as dimensões biológica, individual e social, o conceito denota os aspectos positivos da interação dinâmica entre um indivíduo e os fatores contextuais<sup>1,2</sup>. O conceito de incapacidade (do inglês *disability*), por outro lado, denota aspectos negativos dessa interação. Tais conceitos são produto de substanciais modificações teóricas ao longo do tempo que refletem a ampliação de perspectivas relacionadas à saúde de um modelo biomédico para um modelo biopsicossocial, que é a base para a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aprovada em 2001<sup>3-6</sup>. A CIF é endossada para o uso internacional como estrutura conceitual e sistema de classificação para descrição da funcionalidade e incapacidade e para documentação, organização e análise dessas informações<sup>2,3,7</sup>.

Desde 2008 a Confederação Mundial de Fisioterapia e a Associação Americana de Fisioterapia endossam o uso da CIF<sup>5</sup>. O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Resolução 370/2009) e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional preconizam que os fisioterapeutas devem adotar a CIF na sua prática clínica, bem como recomenda às Instituições de Ensino Superior o ensino da CIF nos cursos de graduação, pós-graduação e extensão<sup>8</sup>. Por determinação do Conselho Nacional de Saúde<sup>9</sup> a CIF é utilizada no Sistema Único de Saúde Brasileiro como uma ferramenta clínica para avaliar as necessidades de saúde e orientar as escolhas de intervenção, e como uma ferramenta de ensino para aumentar o conhecimento sobre funcionalidade/incapacidade e promover mudanças sociais.

Como incapacidade e funcionalidade são conceitos centrais para a identidade profissional e desenvolvimento do conhecimento e da prática de fisioterapeutas<sup>10-13</sup>, estes profissionais estão em posição privilegiada para assimilar, produzir conhecimento e implementar a CIF e sua visão biopsicossocial<sup>10,14</sup>. A CIF, por sua vez, também pode levar ao reconhecimento e valorização da profissão, dado o seu status internacional e sua pretensão de universalidade. No entanto, parece haver considerável variação na interpretação dos componentes e conceitos da CIF e suas interrelações<sup>15,16</sup>. A CIF tem sido bastante criticada pela imprecisão das fronteiras entre os domínios de estruturas e funções do corpo, atividades e participação<sup>17-20</sup> e pela falta de detalhamento teórico, o que abre margem para que seja compreendida e utilizada

de maneiras muito diversas<sup>15,21</sup>. Tal diversidade de interpretações e usos pode, por um lado, abrir espaço para aprofundamento da discussão teórica na área. Por outro, pode acabar ameaçando a própria intenção de universalização dos termos e concepções, limitando a capacidade da CIF de educar e influenciar usuários sobre a natureza relacional e multidimensional da funcionalidade para a superação de uma perspectiva restrita biomédica<sup>21</sup>.

As diferentes interpretações conceituais da CIF e do modelo biopsicossocial que a embasa, por fisioterapeutas *experts* no estudo, ensino e pesquisa da CIF, podem influenciar a maneira como ela é divulgada e aplicada em atividades de ensino, pesquisa e atuação clínica. Portanto, é importante investigar estas interpretações em toda a sua riqueza e variedade. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi identificar e analisar, através da metodologia Q, que pontos de vista coletivos sobre a CIF emergem dos posicionamentos de fisioterapeutas *experts* envolvidos com a pesquisa, produção e disseminação de conhecimentos sobre a CIF no Brasil.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **Procedimentos**

A metodologia Q incorpora técnicas quantitativas para avaliação sistemática de dados qualitativos. O estudo envolveu as seis etapas preconizadas pelo método<sup>22</sup>: (1) Elaboração de um *Q-concourse* (conjunto afirmativas que representam toda a variedade de concepções sobre a CIF e seus construtos); (2) Desenvolvimento da amostra Q (*Q-set* formado por um subconjunto de afirmativas do *Q-concourse*); (3) Seleção amostral proposital (não aleatória) de participantes (*P-set*) escolhidos de acordo com sua relevância para os objetivos da pesquisa, com tamanho máximo igual ou inferior ao número de afirmativas no *Q-set*; (4) Classificação Q: apresentação do *Q-set* aos participantes para o ranqueamento das afirmativas em categorias por grau de concordância e discordância, produzindo *Q-sorts* (ranqueamentos feitos por cada participante com quantidade pré-determinada de frases em cada categoria, para produzir uma distribuição quase normal, com menor quantidade nos extremos e máxima quantidade na posição intermediária, por exigência da análise estatística); (5) Análise fatorial dos *Q-sorts*; (6) Síntese qualitativa para interpretação e nomeação dos fatores emergentes que representam os pontos de vista coletivos.

### **Q-concourse e Q-set**

A construção do Q-concourse foi realizada por cinco pesquisadores após a leitura de mais de 100 referências incluindo os 40 artigos mais citados sobre a CIF (Material Suplementar A) e a discussão com *experts*. Por meio da remoção de redundâncias e síntese de afirmativas próximas, foi definido um *Q-set* com 59 frases representativas das possibilidades de interpretações e perspectivas sobre a CIF.

### **Participantes (P-set)**

A amostra proposital, selecionada e recrutada ao longo de 12 meses (durante a pandemia da Covid-19) por método bola de neve, de fisioterapeutas docentes *experts* na pesquisa e no ensino da CIF no Brasil. Os docentes foram indicados por coordenadores de curso de fisioterapia e/ou outros *experts* que atuam em cursos de graduação/pós-graduação e em outras atividades de produção e divulgação de conhecimento. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), completaram o questionário sociodemográfico (Apêndice B) e receberam vídeos tutoriais sobre o passo a passo para participar da pesquisa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no CAAE 44526721.2.0000.5149 (Anexo B).

### **Q-sorts**

Inicialmente, os participantes classificaram as 59 afirmativas do Q-set, on-line através da plataforma Trello®, em três categorias: concordo, discordo e neutro. Em seguida, distribuíram-nas em 9 categorias: 'discordo fortemente' (-4) até 'concordo fortemente' (+4), com número pré-determinado de frases em cada categoria para configurar um *Q-sort* (Figura 1 e 2). Finalizada a classificação, os participantes forneceram justificativas das suas escolhas por escrito, para auxiliar na interpretação dos fatores.

### **Análise estatística**

Na análise estatística foi calculada a matriz de correlação entre todos os *Q-sorts*, a fim de identificar as correlações entre os ranqueamentos individuais. Em seguida, foi feita a análise

fatorial, utilizando software estatístico especializado - *Ken-Q Analysis* (versão 1.0.8)<sup>23</sup>, para encontrar o número de fatores que representam os diferentes *Q-sorts*. Foi utilizada a rotação Varimax para identificar como os *Q-sorts* se agruparam<sup>24</sup> e maximizar a diferença entre eles (variância)<sup>25</sup>. Para definir o número final de fatores, foram usados os critérios utilizados de Garbellini et al 2020<sup>26</sup>: número padrão de fatores iniciais software, fatores com autovalor > 1,0, pelo menos 2 cargas fatoriais significativas por fator, regra de Humphrey e fatores localizados antes do nivelamento do gráfico de autovalores (*scree plot*).

Cargas fatoriais maiores do que 2.58 vezes o erro padrão de cada *Q-sort* foram consideradas significativas ( $p < 0,01$ ) e usadas para definir quais *Q-sorts* carregaram significativamente em cada fator. O ranqueamento médio ponderado das frases dos *Q-sorts* carregados em cada fator foi calculado<sup>27</sup> e estandardizado para refletir um escore  $z$ <sup>28</sup>. A partir dos escores  $z$ , foram criados *Q-sorts* representativos de cada fator, listando para cada um as afirmativas na ordem do maior escore  $z$  positivo para o maior escore  $z$  negativo<sup>29-33</sup>. Afirmativas com diferenças significativas de ranqueamento médio entre os fatores ( $p < 0,05$ ) foram tratadas como afirmativas distintivas, enquanto as demais foram tratadas como afirmativas de consenso<sup>34</sup>.

### **Interpretação dos fatores**

A interpretação e a nomeação dos pontos de vista coletivos foram realizadas pela síntese qualitativa de três resultados principais gerados pelo software<sup>23</sup>: os *Q-sorts* representativos de cada fator; as frases distintivas nos extremos de discordância ou concordância (-/+4,3,2); e as frases de consenso.

## **RESULTADOS**

A amostra final (Figura 3) foi constituída por 48 participantes, sendo 81,25% do sexo feminino, com média de idade de  $40,8 \pm 10,6$  anos, de diferentes regiões do Brasil (46% sudeste, 18% sul, 16% centro-oeste, 16% nordeste e 4% norte). O tempo médio de formação em fisioterapia foi de  $19,1 \pm 6,6$  anos, com 52% dos participantes formados em universidades públicas do Brasil. A titulação, áreas de atuação, tempo de docência e atuação com a CIF estão apresentadas para cada participante na Tabela 1.



Dos participantes, 60,4% ficaram satisfeitos, 6,3% parcialmente satisfeitos e 33,3% insatisfeitos com seu *Q-sort* final. Dentre as justificativas para a insatisfação figuraram o número pré-determinado de espaços para as frases em cada categoria (93,75%) e a discordância com a existência da coluna neutra (6,25%).

Apenas quatro participantes apontaram afirmativas não contempladas no *Q-set*. Houve sugestões de inserir uma afirmativa sobre participação ser frequentemente interpretada equivocadamente como participação social, outra sobre a necessidade de maior detalhamento de informações no domínio de atividade e participação, outra sobre o instrumento *WHO Disability Assessment Schedule 2.0* e uma pergunta sobre a maneira correta de sinalizar fatores ambientais que não configuram barreiras nem facilitadores.

Da análise fatorial emergiram dois fatores. Ambos cumpriram os critérios de inclusão de autovalor  $> 1,0$ ; regra de Humphrey; mais de duas cargas fatoriais significativas e posição anterior ao platô do *scree plot*<sup>21</sup>. Todos os *Q-sorts* tiveram carregamento significativo ( $p < 0,01$ ) em um dos dois fatores.

Das 59 afirmativas do *Q-set*, 32 tiveram diferença significativa ( $p < 0,05$ ) e 27 não tiveram diferença significativa entre os diferentes fatores, conforme apresentado na Tabela 2. As frases sem diferenças significativas foram consideradas consensuais. A interpretação do significado de cada fator, qualificando-os como pontos de vista, seguiu os critérios pré-estabelecidos a priori. Primeiramente, analisou-se individualmente a forma de distribuição das afirmativas de cada fator e na sequência realizou-se uma comparação entre eles. Assim, identificou-se um ponto de vista que prioriza o valor pragmático e outro o conceitual da CIF. A seguir, na descrição dos pontos de vista, a indicação do número da frase e sua classificação média no ponto de vista 1 e no ponto de vista 2 está entre parênteses.

### **Valor Pragmático: Ponto de vista 1**

O primeiro ponto de vista correspondeu a 28% da variância explicada, com 32 dos 48 *Q-sorts* (66%) associados a esse fator. O *Q-sort* representativo é apresentado na Figura 1. Para este ponto de vista, a CIF fortalece o valor da fisioterapia sem descaracterizar o foco de atuação profissional (40, +4/0) e sem substituir suas avaliações e instrumentos próprios (21, +3/+1). Rejeita-se a ideia de que a CIF seja insuficiente para identificar problemas prioritários, definir objetivos terapêuticos e documentar resultados de intervenções fisioterapêuticas (19, -2/0).

Esta perspectiva interpreta que a CIF implica ausência de causalidade necessária entre ter uma condição de saúde e experimentar incapacidades (01, +4/-1) e rejeita a necessidade de inclusão de terminologia positiva no nível das estruturas e funções do corpo e condições de saúde, como já existe nos outros níveis (13, -2/1).

Este ponto de vista, relativamente ao segundo, rejeita com mais intensidade a ideia de que a CIF não seja uma ferramenta direcionada para a prática centrada no cliente, e sim para codificar, categorizar e compilar estatísticas (06, -4/-2) ou que seja necessário incluir fatores subjetivos na CIF como condição para a prática centrada na pessoa (07, -2/+2). Há também uma rejeição da ideia de que CIF possa prejudicar políticas de proteção social por desfazer distinção entre pessoas com deficiência e o restante das pessoas, dado seu caráter universal (05, -4/-3).

### **Valor Conceitual: Ponto de vista 2**

O ponto de vista 2, que correspondeu a 17% da variância explicada, teve 16 dos 48 *Q-sorts* associados a esse fator. O *Q-sort* representativo está na Figura 2. Segundo os posicionamentos deste ponto de vista, a CIF tem valor teórico, não apenas descritivo (53, -1/-2), com um modelo teórico sobre saúde, funcionalidade e incapacidade que não é neutro e pode ser incompatível, portanto, com algumas explicações da incapacidade (29, +1/-2). Porém, seu modelo não pressupõe um paradigma normativo de funcionalidade (42, -1/-2). Sua consideração do impacto dos ambientes na saúde e funcionalidade não é apenas retórica (22, -1/-3), e sua previsão de impacto da interação entre fatores pessoais e ambientais na integração social é reconhecida (34, -1/-2). Neste ponto de vista, a CIF deveria incluir também formas de avaliar o impacto dos ambientes no nível das populações (17, 0/+3). Além disso, para este ponto de vista, o uso da palavra deficiência para traduzir *impairments*, na CIF em português, dá a entender que a deficiência está no corpo, reforçando uma perspectiva biomédica (56, 0/+2).

Este ponto de vista, relativamente ao primeiro, endossa mais fortemente as ideias de que a incapacidade é uma experiência complexa, nunca exclusivamente biológica nem exclusivamente social (30, +2/+3), para a qual as intervenções nos fatores ambientais são tão importantes quanto no nível individual (58, +3/+4). O modelo da CIF prevê que as restrições da participação podem causar alterações em funções e estruturas do corpo, retroalimentando a incapacidade (12, +2/+3). Também rejeita mais fortemente a ideia de que

relegar o conceito de deficiência das funções e estruturas do corpo para a Classificação Internacional de Doenças (45, -2/-4).

### **Consenso**

Foram identificadas 27 frases de consenso, ranqueadas em posições que não foram significativamente diferentes nos dois pontos de vista. De maneira geral, houve neutralidade em relação às afirmativas que sugerem mudanças na CIF, como a adição de novos qualificadores (31, 0/+1; 18, 0/+1), definição de critérios fixos para distinguir atividade e participação (15, +1/0) e a abstenção de classificar fatores pessoais (38, 0/0). Afirmativas sobre a necessidade de avaliar a participação segundo seu sentido subjetivo invés de objetivo (54, +1, 0) e sua dimensão interpessoal invés de individual (49, +1/+1) também não geraram concordância nem discordância. Apontamentos de que a CIF retém noções médicas (33, 0/-1; 50, -1/-1) e reducionistas (39, 0/0) baseadas em critérios de normalidade (43, 0/-1) tampouco foram aceitas ou rejeitadas. Por último, a afirmação de que a CIF estimula expandir o trabalho para domínios usualmente priorizados por outras profissões (24, +1/0) também foi vista com neutralidade.

Em ambos houve discordância com afirmativas críticas à CIF por conta da superficialidade teórica (20, -2/-1; 14, -2/-1) ou seu efeito de objetificação das pessoas (09, -3/-4). Afirmativas críticas ao uso da CIF pelo risco de enrijecer a prática por não abarcar conceitos e princípios próprios da fisioterapia (46, -2/-3), prejudicar a identidade profissional e borrar fronteiras com outras profissões (10, -3/-3) também foram rejeitadas. Frases que limitam a utilidade da CIF a certas especialidades, à pesquisa em detrimento da clínica ou ao uso conceitual invés de prático também geraram discordância (04, -3/-2; 27, -3/-2; 35, -3/-3).

Houve em geral, nos dois pontos de vista, concordância com as ideias de que a CIF marca uma mudança de foco da incapacidade para a habilidade (48, +2/+2) e não classifica pessoas, mas sim a sua situação (52, +2/+2) dinâmica e mutável de funcionalidade e incapacidade (02, +4/+4). Houve concordância de que não há relação necessária ou suficiente entre alterações de estruturas e funções corporais e incapacidade (47, +2/+2) e, por conseguinte, que o conceito original de “*disability*” da CIF é significativamente distinto do que nosso senso comum denomina como deficiência (59, +2/+2). Por fim, houve aceitação geral de que a compreensão do modelo é um pressuposto para o uso dos códigos (26, +3/+4) e para a

avaliação clínica da funcionalidade (55, +3/+3), e implica a necessidade de trabalho inter ou transdisciplinar (44, +2/+2).

## DISCUSSÃO

Este estudo Q buscou identificar e analisar pontos de vista coletivos que emergem dos posicionamentos de fisioterapeutas *experts* envolvidos com a pesquisa, produção e disseminação de conhecimentos sobre a CIF no Brasil. Foram identificados dois pontos de vista distintos e também posicionamentos consensuais. A sua análise perante a história e crítica da CIF indica como ela tem sido assimilada e interpretada por agentes importantes da sua implementação.

Os dois pontos de vista não se caracterizaram como antagônicos mas sim complementares em relação ao valor da CIF. Foram observadas distinções de enfoque entre os posicionamentos fortemente endossados ou rejeitados por cada ponto de vista. No primeiro, que congregou a maior parte dos *experts* (66%) e foi nomeado ‘Pragmático’, assumiram destaque as afirmativas relacionadas à adequação, suficiência e valor da CIF para a prática da fisioterapia em uma perspectiva centrada no cliente (04, 40, 21, 06, 19). No segundo, formado por um terço dos *experts* e nomeado ‘Conceitual’, receberam ênfase as considerações sobre o valor teórico e posicionado da CIF sobre a funcionalidade como experiência complexa, portanto irreduzível a componentes isolados, vivida pelo indivíduo na sua interação com a sociedade (53, 29, 30, 58, 12, 34). A maior adesão a uma visão pragmática do valor da CIF reflete o enfoque prioritário da literatura sobre o tema na fisioterapia<sup>5,10-14,35</sup>.

Em nenhum ponto de vista houve expressão de interpretações biomédicas de funcionalidade. Este achado é surpreendente pois a CIF tem sido criticada por carecer de suficiente aprofundamento teórico de suas bases biopsicossociais. Alguns críticos apontam que, em virtude disso, ela permite reter perspectiva biomédica de seu cerne, porém com o acréscimo de elementos sociais que a emprestam algum prestígio das ciências sociais<sup>21,36,37</sup>. Dada a força histórica da concepção biomédica da funcionalidade como um atributo individual redutível a fatores biológicos, seria razoável encontrar interpretações inconsistentes com a natureza relacional e multidimensional da funcionalidade, mas este não foi o caso. Consensualmente, houve discordância com críticas à superficialidade teórica da CIF (14, 20) e concordância de

que não há relação necessária ou suficiente entre alterações de estruturas e funções corporais e incapacidade (47), sendo o foco da classificação não o indivíduo (52), mas sim a sua situação dinâmica e mutável de funcionalidade e incapacidade (02). É possível afirmar, portanto, que entre fisioterapeutas *experts*, a CIF tem alcançado sua pretensão de educar e influenciar para a superação de uma perspectiva restritivamente biomédica.

Também foram inexpressivos os posicionamentos críticos à CIF. Apontamentos de que a CIF retém noções médicas (33, 50, 39) ou reducionistas (39) baseadas em critérios de normalidade (43) foram ranqueados próximos da neutralidade. De maneira consensual, as afirmativas que expressam críticas ou sugerem mudanças na CIF (15, 18, 31, 38, 49, 54, 11, 37, 32, 41) não geraram concordância ou discordância. Juntos, estes achados indicam uma assimilação um tanto tranquila e pouco contestada da CIF e sua base filosófica entre os *experts*, ainda sem reflexos da aprofundada discussão crítica que tem se dado na literatura internacional<sup>38-46</sup>. Merece destaque o fato de que não houve posicionamento claro sobre problematizações do conceito de participação (54, 49) por sua natureza social, interpessoal e subjetiva<sup>47-50</sup>. Estes achados podem indicar a necessidade de abrir espaço para aprofundamento dessas discussões teóricas entre *experts* no país.

Apesar da infreqüência de posicionamentos críticos, alguns posicionamentos suscitam reflexões importantes. Primeiramente, surpreende o fato de que no ponto de vista Conceitual, especialmente, tenha sido rejeitada a posição de que o modelo da CIF é normativo (42). Na própria definição de 'deficiência', 'limitações de atividade' e 'restrições de participação' o manual da CIF indica que estes conceitos se referem a *perdas, anormalidades* ou *desvios das normas* estatísticas estabelecidas, requerendo comparação com padrões esperados para pessoas típicas. Estas definições, deixam claro, portanto, o caráter normativo da CIF. Um estudo sobre concepções de deficiência indica que fisioterapeutas podem experimentar desconforto com as implicações morais da ideia de anormalidade<sup>51</sup>, o que pode estar ligado a este achado. Em segundo lugar, também pelo ponto de vista Conceitual, o uso da palavra deficiência para traduzir *impairments*, na CIF em português, é inadequado (56). Este julgamento é consonante com críticas contundentes à tradução brasileira da CIF<sup>52,53</sup> e evidências de seu impacto negativo na compreensão da funcionalidade e incapacidade entre estudantes e clínicos<sup>51</sup>, e pode indicar o reconhecimento dos *experts* da necessidade de conceber 'deficiência' de uma perspectiva ampliada, que ultrapasse o corpo. O termo impedimento, utilizado para traduzir 'impairment' em toda a documentação oficial brasileira

baseada na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, poderia ser também utilizado na tradução da CIF.

É interessante notar, por fim, que a expressão usada para se referir a 'pessoa com deficiência' no inglês, idioma original da CIF é 'person with disability' ou 'disabled person'. Porém, foi consensual a avaliação de que a concepção de 'disability' da CIF é muito diferente da concepção de senso comum de deficiência (59). O modelo teórico da CIF tem como um de seus objetivos principais justamente promover uma ampliação do conceito de *disability* para além de um atributo do indivíduo redutível a fatores biológicos. Fisioterapeutas *experts* envolvidos com a pesquisa, produção e disseminação de conhecimentos sobre a CIF poderão, portanto, ter um papel significativo no debate nacional sobre a deficiência e suas implicações.

Este estudo teve como limitações o fato de não ter alcançado o tamanho amostral máximo (59 participantes) permitido pelo método Q. A restrição do número de frases que poderiam ser ranqueadas em cada categoria, inerente ao método, também pode ter gerado alguma distorção nas classificações individuais. Novas pesquisas são necessárias para investigar como os pontos de vista coletivos de *experts* se relacionam com a formação e prática de profissionais fisioterapeutas.

## CONCLUSÃO

Os pontos de vista coletivos enfatizam o valor pragmático e conceitual da CIF e reforçam a perspectiva biopsicossocial da funcionalidade. Eles trazem à tona reflexões importantes no cenário nacional sobre funcionalidade, bem como a necessidade de aprofundamento acerca de alguns temas entre os fisioterapeutas *experts* envolvidos com a pesquisa, produção e disseminação de conhecimentos sobre a CIF no Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Stucki G, Reinhardt J, Grimby G, Melvin J. Developing “human functioning and rehabilitation research” from the comprehensive perspective. *J Rehabil Med*. 2007;39(9):665-671. doi:10.2340/16501977-0136
2. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla. *CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Edusp; 2008. Acesso em 8 de agosto de 2023. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840\\_por.pdf?sequence=111](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf?sequence=111)
3. Organization WH. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. World Health Organization; 2001.
4. Gray DB, Hendershot GE. The ICIDH-2: developments for a new era of outcomes research. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000;81:S10—S14. doi:10.1053/apmr.2000.20616
5. Escorpizo R, Stucki G, Cieza A, Davis K, Stumbo T, Riddle DL. Creating an interface between the international classification of functioning, disability and health and physical therapist practice. *Phys Ther*. 2010;90(7):1053-1063. doi:10.2522/ptj.20090326
6. Ferreira LT, Castro SS, Buchalla CM. The international classification of functioning, disability and health: progress and opportunities. *Cienc Amp Saude Coletiva*. 2014;19(2):469-474. doi:10.1590/1413-81232014192.04062012
7. Pernambuco AP, Lana RD, Polese JC. Knowledge and use of the ICF in clinical practice by physical therapists and occupational therapists of Minas Gerais. *Fisioter Pesqui*. 2018;25(2):134-142. doi:10.1590/1809-2950/16765225022018
8. COFFITO. Dispõe sobre a adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde por Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais., Resolução n.º 370, 6 de novembro de 2023 (Brasil). Acesso em 8 de agosto de 2023. <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3133>.
9. BRASIL. Resolve que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar., Resolução n.º 452, 10 de maio de 2012 (Brasil). Acesso em 8 de agosto de 2023. [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452\\_10\\_05\\_2012.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452_10_05_2012.html)
10. Escorpizo R, Glässer A. The role of the ICF in physical therapy and vocational rehabilitation: contributing to developments in occupational health. *Phys Ther Rev*. 2013;18(5):368-372. doi:10.1179/1743288x13y.0000000086
11. Atkinson HL, Nixon-Cave K. A tool for clinical reasoning and reflection using the international classification of functioning, disability and health (ICF) framework and patient management model. *Phys Ther*. 2011;91(3):416-430. doi:10.2522/ptj.20090226
12. Allet L, Bürge E, Monnin D. ICF: Clinical relevance for physiotherapy? a critical review. *Adv Physiother*. 2008;10(3):127-137. doi:10.1080/14038190802315941
13. Jette AM. Toward a common language for function, disability, and health. *Phys Ther*. 2006;86(5):726-734. doi:10.1093/ptj/86.5.726
14. Ruaro JA, Ruaro MB, Souza DE, Fréz AR, Guerra RO. An overview and profile of the ICF's use in Brazil - a decade of history. *Braz J Phys Ther*. 2012;16(6):454-462. doi:10.1590/s1413-35552012005000063
15. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saude Publica*. 2009;25(3):475-483. doi:10.1590/s0102-311x2009000300002
16. Whiteneck G, Dijkers MP. Difficult to measure constructs: conceptual and methodological issues concerning participation and environmental factors. *Arch Phys Med Rehabil*.

- 2009;90(11):S22—S35. doi:10.1016/j.apmr.2009.06.009
17. Nordenfelt L. Action theory, disability and ICF. *Disabil Rehabil.* 2003;25(18):1075-1079. doi:10.1080/0963828031000137748
  18. Jelsma J. Use of the international classification of functioning, disability and health: a literature survey. *J Rehabil Med.* 2009;41(1):1-12. doi:10.2340/16501977-0300
  19. Badley EM. Enhancing the conceptual clarity of the activity and participation components of the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Soc Sci Amp Med.* 2008;66(11):2335-2345. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.026
  20. Jette AM, Tao W, Haley SM, Jette AM, Tao W, Haley SM. Blending activity and participation sub-domains of the ICF. *Disabil Rehabil.* 2007;29(22):1742-1750. doi:10.1080/09638280601164790
  21. Imrie R. Demystifying disability: a review of the international classification of functioning, disability and health. *Sociol Health Illn.* 2004;26(3):287-305. doi:10.1111/j.1467-9566.2004.00391.x
  22. Brown SR. A primer on Q methodology. *Operant Subj.* 1993;16(3/4). doi:10.22488/okstate.93.100504
  23. Banasick, S. Ken-Q Analysis (Version 1.0.8): Software. Disponível em: <https://shawnbanasick.github.io/ken-q-analysis/#section1>
  24. Sheridan JC, Lyndall S, Clara O. Analysis without anguish: SPSS version 17.0 for windows. Australia: Wiley; 2010.
  25. Stevens J. Applied multivariate statistics for the social sciences. 4th ed. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2002.
  26. Garbellini S, Randall M, Steele M, Elliott C, Imms C. Unpacking the application of Q methodology for use in occupational therapy research. *Scand J Occup Ther.* 2020:1-6. doi:10.1080/11038128.2019.1709542
  27. Van Exel J, De Graaf G. Q methodology: a sneak preview. Acesso em 08 de agosto de 2023. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/228574836\\_Q\\_Methodology\\_A\\_Sneak\\_Preview;2005](https://www.researchgate.net/publication/228574836_Q_Methodology_A_Sneak_Preview;2005).
  28. Atchley WR. Introduction to principal components analysis online. Acesso em 08 de agosto 2023. Disponível em: <ftp://statgen.ncsu.edu/pub/thorne/molevoclass/AtchleyOct19.pdf>
  29. Wagman P, Håkansson C, Jacobsson C, Falkmer T, Björklund A. What is considered important for life balance? similarities and differences among some working adults. *Scand J Occup Ther.* 2012;19(4):377-384. doi:10.3109/11038128.2011.645552
  30. Newman I, Ramlo S. SAGE handbook of mixed methods in social & behavioral research. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.; 2010.
  31. Donner JC. Using Q-sorts in participatory processes: an introduction to the methodology. Social Development Papers; Washington, DC: Social Development Department; 2001.
  32. McKeown B, Thomas D. Q Methodology. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Inc.; 2013.
  33. Brown SR. Political subjectivity: applications of Q methodology in political science. New Haven, CT: Yale University Press; 1980.
  34. Dziopa F, Ahern K. A systematic literature review of the applications of q-technique and its methodology. *Methodology.* 2011;7(2):39-55. doi:10.1027/1614-2241/a000021
  35. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2008;44(3):329-342.
  36. Fougeyrollas P, Beauregard L. Disability: An Interactive Person Environment Social Creation. In: Albrecht GL, Seelman KD, Burry M, eds. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001:171-194.



37. Hammell KW. *Perspectives on Disability and Rehabilitation: Contesting Assumptions, Challenging Practice*. Churchill Livingstone; 2006.
38. Wade DT, Halligan P. New wine in old bottles: the WHO ICF as an explanatory model of human behaviour. *Clin Rehabil*. 2003;17(4):349-354. doi:10.1191/0269215503cr619ed
39. Heerkens YF, de Weerd M, Huber M et al. Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives from the Netherlands for a global debate. *Disabil Rehabil*. 2017;40(5):603-611. doi:10.1080/09638288.2016.1277404
40. Farrell J, Anderson S, Hewitt K, Livingston MH, Stewart D. A survey of occupational therapists in Canada about their knowledge and use of the ICF. *Can J Occup Ther*. 2007;74(5\_suppl):221-232. doi:10.1177/000841740707405s01
41. Hemmingsson H, Jonsson H. An occupational perspective on the concept of participation in the international classification of functioning, disability and health--some critical remarks. *Am J Occup Ther*. 2005;59(5):569-576. doi:10.5014/ajot.59.5.569
42. Mitra S, Shakespeare T. Remodeling the ICF. *Disabil Health J*. 2019;12(3):337-339. doi:10.1016/j.dhjo.2019.01.008
43. Sverker A, Thyberg I, Valtersson E, Björk M, Hjalmarsson S, Östlund G. Time to update the ICF by including socioemotional qualities of participation? The development of a "patient ladder of participation" based on interview data of people with early rheumatoid arthritis (the Swedish TIRA study). *Disabil Rehabil*. 2019;42(9):1212-1219. doi:10.1080/09638288.2018.1518494
44. Biz MC, Chun RY. Operacionalização da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde, CIF, em um centro especializado em reabilitação. *CoDAS*. 2020;32(2). doi:10.1590/2317-1782/20192019046
45. Velde D, Coussens M, Baets S et al. Application of participation in clinical practice: key issues. *J Rehabil Med*. 2018;50(8):679-695. doi:10.2340/16501977-2363
46. Silva AC, Oliver FC. Participação social em terapia ocupacional: sobre o que estamos falando? *Cad Bras Ter Ocupacional*. 2019;27(4):858-872. doi:10.4322/2526-8910.ctoar1883
47. Imms C. Review of the children's assessment of participation and enjoyment and the preferences for activity of children. *Phys Amp Occup Ther Pediatr*. 2008;28(4):389-404. doi:10.1080/01942630802307135
48. Hammel J, Magasi S, Heinemann A, Whiteneck G, Bogner J, Rodriguez E. What does participation mean? an insider perspective from people with disabilities. *Disabil Rehabil*. 2008;30(19):1445-1460. doi:10.1080/09638280701625534
49. Imms C, Adair B, Keen D, Ullenhag A, Rosenbaum P, Granlund M. 'Participation': a systematic review of language, definitions, and constructs used in intervention research with children with disabilities. *Dev Med Amp Child Neurol*. 2015;58(1):29-38. doi:10.1111/dmcn.12932
50. Imms C, Granlund M, Wilson PH, Steenbergen B, Rosenbaum PL, Gordon AM. Participation, both a means and an end: a conceptual analysis of processes and outcomes in childhood disability. *Dev Med Amp Child Neurol*. 2016;59(1):16-25. doi:10.1111/dmcn.13237
51. Dalboni GL. *Concepções e atitudes de graduandos e profissionais de fisioterapia em relação à deficiência*. Dissertação Mestrado. UFMG; 2021. Acessado em 20 de abril de 2023. <http://hdl.handle.net/1843/49433>
52. Diniz D, Medeiros M, Squinca F. Reflexões sobre a versão em português da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. *Cad Saude Publica*. 2007;23(10):2507-2510. doi:10.1590/s0102-311x2007001000025
53. Barreto MC, Andrade FG, Castaneda L, Castro SS. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) como dicionário unificador de termos. *Acta Fisiatr*. 2021;28(3):207-213. doi:10.11606/issn.2317-0190.v28i3a188487

## FIGURAS/TABELAS/MATERIAL SUPLEMENTAR - ARTIGO

### FIGURA 1: Ranqueamento do ponto de vista 01

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
05*-Caráter universal prejud. polí. de proteção social.	27-Mais aplicabilidade algumas especial. da fisio.	19**-Não tem especificidade p/ identificar probl. prioritários.	11**-domínio adicional = QV	31-qualificadores relativos ao desejo/escolha do paciente.	25**-É possível definir prognóstico funcional.	30*-Incapacidade é uma experiência complexa.	03**-Restrições de partic. podem ã ser causadas por deficiências	02-Func./Incapac. ã são atributos definitivos ou estáticos.
28*-O uso p/guiar av./interv. pode engessar/restringir prática.	04-A principal utilidade é conceitual.	13**-Incluir terminologia + em relação a deficiência/doença	42**-O modelo da CIF é normativo.	18-qualificadores relativos oportunidades	29**-A CIF assume uma neutralidade teórica.	12*-Restrições da partic. causa alterações em funções/estruturas.	21**-Ñ deve ser usada como sistema de av./subst.instr. padronizados.	01**-Não presume nenhum nexo de causalidade.
06**-Não é uma ferramenta direcionada para a prática centrada.	35-É mais relevante na pesquisa do que na aplicação clínica	20-Conceito de ativ. apenas de forma intuitiva (s/teórico)	34**-É insuficiente p/ explicar características pessoais/FA.	41**-A autonomia decisória.	57**-Ñ é adequada p/av./classif./codif. dimensões discrimi.socied/gov.	44-Implica a necessidade de trabalho inter ou transdisciplinar	55-Ferramenta fundamental p/ estruturar a av./followup	40**-A prática baseada na CIF fortalece o valor da fisioterapia.
	09-A CIF objetiva as pessoas.	14-Fundamentos teóricos pouco desenvolvidos.	50-Retém noções médicas e individualizadas da incapacidade	56**-Uso deficiência traduzir impairments	49-Não é razoável medir a partic como desemp.indiv.	47-Deficiência ã é nem necessária/suficiente p/ a incapac.	26-Tentar utilizar os códigos s/compreender =derrotar propósito.	
	10-CIF p/embarasar prática fisio dificultar fronteiras profissões.	07**-Não pode favorecer a PCPessoa sem elementos subjetivos.	53**-CIF é uma ferramenta descritiva. Não é teórica.	39-Aborda a deficiência em funções/estruturas como "um fato"	36**-A CIF não é compatível com dicotomias.	52-O objeto de classificação não é a pessoa em si	58**-Intervenções nos FA são tão importantes qto nível individual.	
		45**-O conceito de deficiência das funções e estruturas do corpo deveria ser excluído da CIF	23**-O layout do modelo da CIF reflete uma hierarquia implícita.	38-É bom que não haja classificação de fatores pessoais na CIF.	54-A partic. ã deve ser avaliada como o desempenho objetivo.	59-Concepção de "disability" é dif da cultura = deficiência.		
		46-CIF pode engessar a prática clínica.	22**-influência do ambiente social e físico/pessoa é aval. separado do ambiente.	16*-“Capacidade” e “desempenho” ã devem ser usados ativ./partic.	15-Ter critérios fixos para dif. ativ. e partic.	48-Mudança de foco-incapacidade p/ a habilidade ou capacidade.		
			51*-Uso dos qualific. terá pouca utilidade.	33-Core sets doença=adaptação forçada da CIF.	24-Estimula a fisio a atuar em domínios de funcional.			
			08*-Fat.context /partic. enriquece-princ. av.física minuciosa.	17**-Incluir av. impacto dos ambientes na desvanta social.	37**-A CIF deveria incluir um domínio relativo à espiritualidade.			
				32*-Qualificador satisf. pessoal				
				43-Especialistas identifiquem a normalidade.				

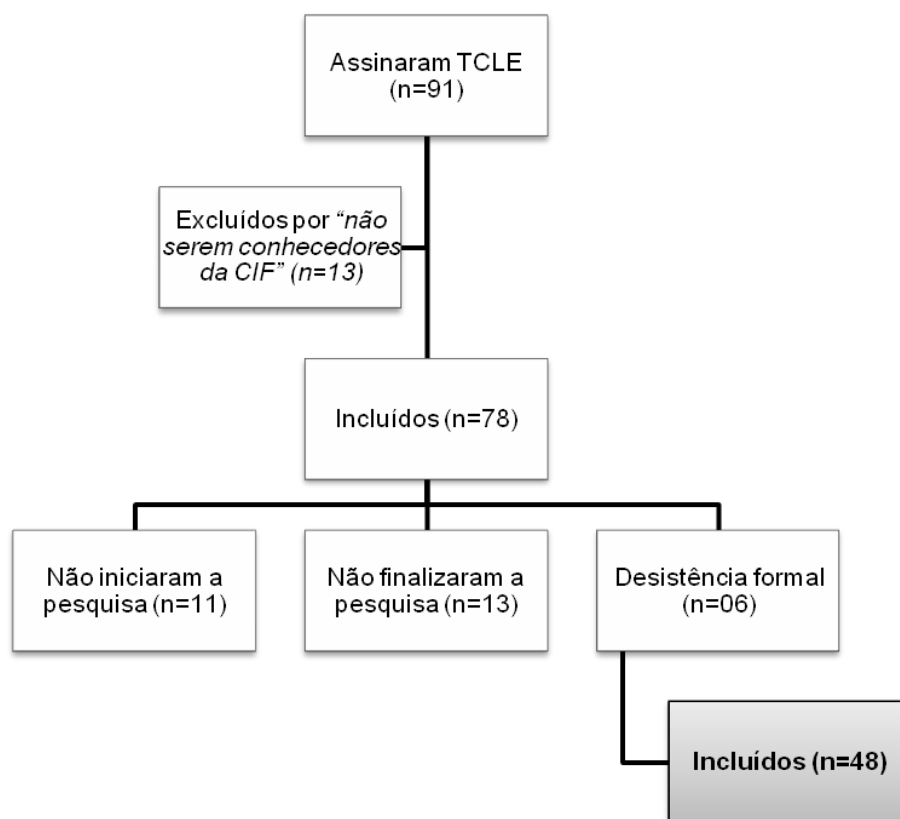
Fonte: Banasick, S. (2019). Ken-Q Analysis (Version 1.0.8) [Software]

### FIGURA 2: Ranqueamento do ponto de vista 02

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
09-A CIF objetifica as pessoas.	46-CIF pode engessar a prática clínica.	29**-A CIF assume uma neutralidade teórica.	33-Core sets doença=adaptação forçada da CIF.	25**-É possível definir prognóstico funcional.	37**-A CIF deveria incluir um domínio relativo à espiritualidade.	44-Implica a necessidade de trabalho inter ou transdisciplinar	30*-Incapacidade e é uma experiência complexa.	58**-Intervenções nos FA são tão importantes quanto nível individual.
28*-O uso p/guiar av./interv. pode engessar/restringir prática.	10-CIF p/embarasar prática fisio dificultar fronteiras profis.	34**-insuficiente p/ explicar características pessoais/FA.	50-Retém noções médicas e individualizadas da incapacidade	24-Estimula a fisio a atuar em domínios de funcionalidade.	36**-A CIF não é compatível com dicotomias.	56**-Uso deficiência p/ traduzir impairments	12*-Restrições da partic. causa alterações em funções/estrutur	02-Func./Incapac. não são atributos definitivos ou estáticos
45**-Conceito de deficiência das funções/estrutura deveria ser excluído da CIF	35-É mais relevante na pesquisa do que na aplicação clínica	53**-CIF é uma ferramenta descritiva. Não é teórica.	57**-Ñ é adequada p/av./classif./codif. dimensões discrim. social./ governos	23**-O layout do modelo da CIF reflete uma hierarquia implícita.	41**-A autonomia decisória.	47-Deficiência não é nem neces.a/sufici. p/incapac.	55-Ferramenta fundamental p/ estruturar a av./followup	26-Tentar utilizar os códigos s/compreender=deixar de erratar propósito.
	22**-Influência do ambiente social e físico/pessoa é avaliada separ.. ambiente.	42**-O modelo da CIF é normativo.	43-Permite que os especialistas identifiquem a normalidade.	16**-"Capacidade" e "desempenho" não devem ser usados ativ./partic.	49-Não é razoável medir a partic como desempenho individual	07**-Não pode favorecer a PCP sem elementos subjetivos.	17**-Incluir av. impacto dos ambientes na desvantagem social.	
	05*-Caráter universal prejudicar políticas de proteção social.	06**-Não é uma ferramenta direcionada para a prática centrada	01**-Não presume nenhum nexo de causalidade.	32*-Ter qualificadores de satisfação pessoal	31-Ter qualificadores relativos ao desejo/escolha do paciente.	48-Mudança de foco-incapacidade e p/ a habilidade ou capacidade.	03**-Restrições de partic. podem não ser causadas por deficiências	
		27-Mais aplicabilidade em especialidades da fisio.	20-Conceito de ativ. apenas de forma intuitiva (s/teórico)	15-Ter critérios fixos para dif. ativ. e partic.	13**-Incluir terminologia + em relação a defic./doença.	52-O objeto de classificação não é a pessoa em si		
	04-A principal utilidade é conceitual.	14-Fundamentos teóricos são pouco desenvolvidos.	14-Fundamentos teóricos são pouco desenvolvidos.	40**-A prática baseada na CIF fortalece o valor da fisioterapia.	21**-Ñ deve ser usada como sist. de av./subst. instrum.padron.	59-Concepção de "disability" é dif da cultura = deficiência.		
			51*-O uso dos qualificadores terá pouca utilidade.	38-É bom que não haja classificação de fatores pessoais na CIF	18- Deveria haver qualificadores relativos à oportunidades			
			08*-Fat.contex./partic. enriquece-princ. av.fisica minuciosa.	54-Partic. não deve ser avaliada como o desempenho objetivo.	11**-Domínio adicional = qualidade de vida.			
				19**-Não tem especificidade p/ identificar probl. prioritários.				
				39-Aborda a deficiência em funções/estruturas como "um fato"				

Fonte: Banasick, S. (2019). Ken-Q Analysis (Version 1.0.8) [Software]

FIGURA 3 - Fluxograma de seleção dos participantes.



Fonte: elaborado pelas autoras, 2023.

TABELA 1- Dados demográficos dos participantes

Qsort	Sexo	Titulação	Especialidade	Docência(anos)	Docência/Clínica	Atuação CIF (anos)
01	F	M	Neurofuncional	30	Docência e clínica	15
02	F	D	Neurofuncional	10	Docência	7
03	M	D	Do Trabalho	17	Docência e clínica	14
04	F	D	Neurofuncional	18	Docência e clínica	8
05	F	D	Traumato-ortopédica	3	Docência e clínica	8
06	F	D	Gerontologia e Saúde da Mulher	7	Docência	6
07	F	D	Neurofuncional	25	Docência e clínica	20
08	F	M	Saúde da Mulher	15	Docência e clínica	7
09	F	D	Traumato-ortopédica	17	Docência e clínica	12
10	F	D	Traumato-ortopédica	11	Docência	11
11	F	D	Neurofuncional	14	Docência	14
12	M	M	Traumato-ortopédica e Terapia Intensiva	8	Docência e clínica	7
13	F	D	Neurofuncional	10	Docência e clínica	5
14	F	M	Gerontologia	7	Docência e clínica	3
15	F	M	Do Trabalho	19,5	Docência	15
16	M	D	Neurofuncional	18	Docência	19
17	F	D	Neurofuncional	9	Docência e clínica	15
18	F	D	Neurofuncional	11	Docência e clínica	5
19	F	D	Neurofuncional	20	Docência	17
20	M	D	Tecnologias em Saúde	21	Docência	16
21	F	D	Neurofuncional	10	Docência	8
22	F	D	Cardiovascular e Respiratória	12	Docência	12
23	F	D	Neurofuncional	9	Docência	3
24	F	D	Cardiovascular e Respiratória	7	Docência	7
25	F	E	Traumato Ortopédica	8	Docência e clínica	13
26	F	D	Neurofuncional	21	Docência	20
27	F	D	Cardiorrespiratória	19	Docência e clínica	20
28	F	D	Cardiorrespiratória	5	Docência e clínica	5
29	M	D	Saúde da mulher e Oncologia	11	Docência	10
30	F	M	Neurofuncional e Terapia Intensiva	27	Docência	13
31	F	E	Terapia Intensiva	4	Docência e clínica	4
32	F	D	Cardiovascular	23	Docência	14
33	M	D	Neurofuncional, Gerontologia e Respiratória	6	Docência e clínica	12
34	F	D	Neurofuncional	4	Docência e clínica	4
35	F	D	Neurofuncional	18	Docência e clínica	12
36	F	D	Saúde Coletiva	23	Docência	5
37	F	D	Saúde Coletiva	3	Docência e clínica	10
38	M	D	Saúde Coletiva	12	Docência	18
39	M	D	Gerontologia	10	Docência	10
40	F	D	Neurofuncional	6	Docência e clínica	5
41	F	D	Neurofuncional	19	Docência	16
42	M	E	Traumato-ortopédica	6	Docência e clínica	6
43	F	D	Saúde Coletiva	20	Docência	12
44	F	M	Neurofuncional	20	Docência e clínica	10
45	F	D	Cardiovascular e Respiratória	20	Docência	10
46	F	M	Saúde Coletiva	20	Docência e clínica	20
47	F	D	Neurofuncional, Cardiovascular e Respiratória	22	Docência	15
48	F	D	Neurofuncional	5	Docência	15

Fonte: elaborado pelas autoras, 2023.



29-A CIF assume uma neutralidade teórica; portanto, ela é compatível com qualquer explicação da incapacidade que as evidências venham a confirmar.	C		P	
30-Para a CIF, incapacidade é uma experiência complexa e, portanto, nunca poderá ser exclusivamente biológica nem exclusivamente social.				P C
32-Deveria haver qualificadores de satisfação pessoal para todos os itens de estruturas e funções do corpo, atividade e participação.			P/C	
34-O modelo da CIF é insuficiente para explicar como as características pessoais e os fatores ambientais interagem para facilitar ou dificultar a integração das pessoas com incapacidade na sociedade.	C	P		
36-A CIF não é compatível com dicotomias: não é adequado estabelecer limites estanques entre funcionalidade e incapacidade, entre biológico, psicológico e social, entre individual e coletivo, entre subjetivo e objetivo.			P/C	
37-A CIF deveria incluir um domínio relativo à espiritualidade.			P/C	
40-A prática clínica baseada na CIF fortalece o valor da fisioterapia como profissão voltada à promoção e recuperação da funcionalidade de maneira global, mantendo o movimento humano como seu foco central			C	P
41-A autonomia decisória (a oportunidade de participar ativamente da tomada de decisão) pode ser mais importante do que a capacidade de realizar atividades de forma independente e deveria ser classificada na CIF			P C	
42-O modelo da CIF é normativo: requer uma avaliação do desvio do funcionamento “normal” ou das normas assumidas em todas as áreas da vida humana.	C	P		
45-O conceito de deficiência das funções e estruturas do corpo deveria ser excluído da CIF e deixado para a Classificação Internacional de Doenças.	C	P		
51-O uso dos qualificadores da CIF terá pouca utilidade se o fisioterapeuta usar um instrumento padronizado válido e confiável para avaliar a funcionalidade.			P/C	
53-CIF é uma ferramenta descritiva. Não é uma ferramenta teórica, não foi desenvolvida com esta pretensão e não pode ser usada como tal.	C	P		
56-O uso da palavra deficiência para traduzir <i>impairments</i> , na CIF em português, dá a entender que a deficiência está no corpo, reforçando uma perspectiva biomédica.			P	C
57-A CIF não é adequada para avaliar, classificar e codificar as dimensões discriminatórias das sociedades, o desempenho dos governos ou os efeitos de suas políticas.		C	P	
58-O modelo da CIF implica que, para reduzir a incapacidade, as intervenções nos fatores ambientais são tão importantes quanto as intervenções no nível individual.				P C
<b>CONSENSUAIS</b>				
02- Para a CIF, funcionalidade ou incapacidade não são atributos definitivos ou estáticos do indivíduo, mas situações dinâmicas e mutáveis vividas pela pessoa.				P/C
04-A principal utilidade da CIF na prática da fisioterapia é conceitual: conhecer o modelo favorece a organização do raciocínio clínico. O uso da classificação em si é impraticável.	P	C		
09-A CIF objetifica as pessoas, classificando-as de acordo com suas diferenças.	C	P		
10- Usar a CIF para embasar a prática clínica da fisioterapia pode dificultar a delimitação de fronteiras com as outras profissões e prejudicar o seu senso de identidade profissional.		P/C		

14-Embora a CIF tenha sido baseada no Modelo Biopsicossocial, seus fundamentos teóricos são pouco desenvolvidos; portanto a classificação pode acabar sendo utilizada em qualquer outra perspectiva, inclusive no Modelo Biomédico.	P	C		
15-Deveria haver critérios fixos para diferenciar atividade e participação na classificação.			C	P
18- Deveria haver qualificadores relativos à oportunidades para realizar itens de atividade e participação.			P	C
20-Na CIF o conceito de atividade é introduzido apenas de forma intuitiva e não fundamentado teoricamente.	P	C		
24-A CIF estimula a fisioterapia a atuar em domínios de funcionalidade que tradicionalmente têm sido prioridade de outras profissões.			C	P
26-Tentar utilizar os códigos da CIF sem compreender seu modelo conceitual pode derrotar seu propósito.				P C
27-A CIF tem mais aplicabilidade em algumas especialidades da fisioterapia (por exemplo reabilitação neurológica ambulatorial) do que outras (por exemplo fisioterapia respiratória hospitalar).	P	C		
31-Deveria haver qualificadores relativos ao desejo/escolha do paciente para realizar itens de atividade e participação.			P	C
33-A utilização de Core sets baseados em doenças é uma adaptação forçada da CIF para uma prática insistentemente biomédica.			C	P
35-A utilidade da CIF é mais relevante na pesquisa do que na aplicação clínica direta.	P/C			
38-É bom que não haja classificação de fatores pessoais na CIF, pois ela poderia ser mal utilizada como uma ‘classificação’ da pessoa.			P/C	
39-A CIF aborda a deficiência em funções e estruturas do corpo como “um fato”, uma diferença biológica, corporal, que independe de interpretações socialmente construídas.			P/C	
43-A CIF permite que os especialistas identifiquem a normalidade, façam uma distinção entre o normal e o anormal e, assim, avaliem a adequação de um determinado nível ou forma de desempenho.			C	P
44-A CIF implica a necessidade de trabalho inter ou transdisciplinar.				P/C
46-O modelo da CIF pode engessar um pouco a prática clínica porque a fisioterapia possui conceitos e princípios teóricos próprios que não podem ser abarcados pela CIF.	C	P		
47-Segundo o modelo da CIF, a presença de uma deficiência não é nem necessária nem suficiente para a incapacidade.				P/C
48-A CIF marca uma mudança de foco - da incapacidade para a habilidade ou capacidade.				P/C
49-A participação ocorre na intersecção do que a pessoa pode fazer, deseja fazer, tem a oportunidade de fazer e não está impedida de fazer, devendo ter uma dimensão social ou interpessoal. Portanto, não é razoável medir a participação como desempenho individual, conforme recomendado pela CIF.				P/C
50-A CIF retém noções médicas e individualizadas da incapacidade e suas causas porque sua análise ainda focaliza o indivíduo e atribui maior importância (com maior nível de detalhamento da classificação, inclusive) aos componentes de funções e estruturas do corpo.			P/C	
52-O objeto de classificação pela CIF não é a pessoa em si, mas a sua situação.				P/C
54-A participação não deve ser avaliada como o desempenho objetivo em um conjunto de atividades preestabelecidas ou normativas, mas sim como o sentido subjetivo de envolvimento relatado pela pessoa.			C	P
55-O modelo da CIF é uma ferramenta fundamental para estruturar a avaliação e para o acompanhamento clínico da funcionalidade.				P/C
59-A concepção de “disability” da CIF é muito diferente da concepção de senso comum do que nossa cultura denomina deficiência.				P/C

**Fonte:** elaborado pelas autoras, 2023



## MATERIAL SUPLEMENTAR A

**Tabela 3** - Lista dos artigos utilizados para o Q concourse em ordem alfabética, em negrito os mais citados.

1. **Allan CM, Campbell WN, Guptill CA, Stephenson FF, Campbell KE. A conceptual model for interprofessional education: The international classification of functioning, disability and health (ICF). *J Interprofessional Care*. 2006;20(3):235-245. doi:10.1080/13561820600718139**
2. Araujo ES, Buchalla CM. The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health in health surveys: a reflexion on its limits and possibilities. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(3):720-724. doi:10.1590/1980-5497201500030017
3. **Atkinson HL, Nixon-Cave K. A tool for clinical reasoning and reflection using the international classification of functioning, disability and health (ICF) framework and patient management model. *Phys Ther*. 2011;91(3):416-430. doi:10.2522/ptj.20090226**
4. **Badley EM. Enhancing the conceptual clarity of the activity and participation components of the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Soc Sci Amp Med*. 2008;66(11):2335-2345. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.026**
5. Barrow FH. The international classification of functioning, disability, and health (ICF), A new tool for social workers. *J Soc Work Disabil Amp Rehabil*. 2006;5(1):65-73. doi:10.1300/j198v05n01\_04
6. Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Üstün TB. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Soc Sci Amp Med*. 1999;48(9):1173-1187. doi:10.1016/s0277-9536(98)00441-9
7. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2009;16(3):655-668. doi:10.1590/s0104-59702009000300005
8. Biz MCP, Chun RYS. Operationalization of the International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, in a Specialized Rehabilitation Center [published correction appears in *Codas*. 2019 Dec 13;32(2):e20190085].
9. Bornbaum CC, Day AM, Izaryk K, et al. Exploring use of the ICF in health education. *Disabil Rehabil*. 2015;37(2):179-186. doi:10.3109/09638288.2014.910558
10. Castaneda L, Bergmann A, Bahia L. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a systematic review of observational studies. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(2):437-451. doi:10.1590/1809-4503201400020012eng
11. **Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C et al. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. *Disabil Rehabil*. 2010;33(4):281-309. doi:10.3109/09638288.2010.529235**
12. Cieza A, Bickenbach J, Chatterji S. The ICF as a conceptual platform to specify and discuss health and health-related concepts. *Gesundheitswesen*. 2008;70(10):e47-e56. doi:10.1055/s-2008-1080933
13. **Cieza A, Stucki G. The International Classification of Functioning Disability and Health: its development process and content validity. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2008;44(3):303-313.**
14. **Cieza A, Brockow T, Ewert T et al. Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *J Rehabil Med*. 2002;34(5):205-210. doi:10.1080/165019702760279189**
15. **Cieza A, Fayed N, Bickenbach J, Prodinger B. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disabil Rehabil*. 2016;41(5):574-583. doi:10.3109/09638288.2016.1145258**
16. **Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Üstün B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med*. 2005;37(4):212-218. doi:10.1080/16501970510040263**
17. **Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Üstün BT, Stucki G. Identification of candidate categories of the international classification of functioning disability and health (ICF) for a generic ICF core set based on regression modelling. *BMC Med Res Methodol*. 2006;6(1). doi:10.1186/1471-2288-6-36**
18. Cieza A, Hilfiker R, Chatterji S, Kostanjsek N, Üstün BT, Stucki G. The international classification of functioning, disability, and health could be used to measure functioning. *J Clin Epidemiology*. 2009;62(9):899-911. doi:10.1016/j.jclinepi.2009.01.019
19. Constand MK, MacDermid JC. Applications of the International Classification of Functioning, Disability and Health in goal-setting practices in healthcare. *Disabil Rehabil*. 2014;36(15):1305-1314. doi:10.3109/09638288.2013.845256
20. Conti-Becker A. Between the ideal and the real: reconsidering the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil*. 2009;31(25):2125-2129. doi:10.3109/09638280902912509

21. Dahl TH. **International classification of functioning, disability and health: an introduction and discussion of its potential impact on rehabilitation services and research.** *J Rehabil Med.* 2002;34(5):201-204. doi:10.1080/165019702760279170
22. de Kleijn-de Vrankrijker MW. On health, ability and activity: Comments on some basic notions in the ICF. Response on some issues raised by Nordenfelt. *Disabil Rehabil.* 2006;28(23):1475-1476. doi:10.1080/09638280600925936
23. de Kleijn-de Vrankrijker MW. The long way from the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil.* 2003;25(11-12):561-564. doi:10.1080/09638280110110879
24. Di Nubila HB, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiologia.* 2008;11(2):324-335. doi:10.1590/s1415-790x2008000200014
25. Diniz D, Medeiros M, Squinca F. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Comments on the Portuguese translation of the International Classification of Functioning, Disability and Health]. *Cad Saude Publica.* 2007;23(10):2507-2510. doi:10.1590/s0102-311x2007001000025
26. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980;137(5):535-544. doi:10.1176/ajp.137.5.535
27. Escorpizo R, Bemis-Dougherty A. Introduction to Special Issue: A Review of the International Classification of Functioning, Disability and Health and Physical Therapy over the Years. *Physiother Res Int.* 2015;20(4):200-209. doi:10.1002/pri.1578
28. Escorpizo R, Finger ME, Glässel A, Gradinger F, Lückenkemper M, Cieza A. A systematic review of functioning in vocational rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Occup Rehabil.* 2011;21(2):134-146. doi:10.1007/s10926-011-9290-8
29. Escorpizo R, Reneman MF, Ekholm J, et al. A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model. *J Occup Rehabil.* 2011;21(2):126-133. doi:10.1007/s10926-011-9292-6
30. Escorpizo R, Stucki G, Cieza A, Davis K, Stumbo T, Riddle DL. Creating an interface between the International Classification of Functioning, Disability and Health and physical therapist practice. *Phys Ther.* 2010;90(7):1053-1063. doi:10.2522/ptj.20090326
31. Escorpizo R. Summary and Way Forward: Doing more of ICF in physical therapy. *Physiother Res Int.* 2015;20(4):251-253. doi:10.1002/pri.1656
32. **Escorpizo R, Reneman MF, Ekholm J et al. A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model.** *J Occup Rehabil.* 2011;21(2):126-133. doi:10.1007/s10926-011-9292-6
33. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiologia.* 2005;8(2):187-193. doi:10.1590/s1415-790x2005000200011
34. Farrell J, Anderson S, Hewitt K, Livingston MH, Stewart D. A survey of occupational therapists in Canada about their knowledge and use of the ICF. *Can J Occup Ther.* 2007;74(5\_suppl):221-232. doi:10.1177/000841740707405s01
35. Fayed N, Cieza A, Bickenbach JE. Linking health and health-related information to the ICF: a systematic review of the literature from 2001 to 2008. *Disabil Rehabil.* 2011;33(21-22):1941-1951. doi:10.3109/09638288.2011.553704
36. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) [Quality of life, health and well-being conceptualizations from the perspective of the International Classification of Functioning, disability and health (ICF)]. *Rev Esp Salud Publica.* 2010;84(2):169-184. doi:10.1590/s1135-57272010000200005
37. Ferreira LT, Castro SS, Buchalla CM. The International Classification of Functioning, Disability and Health: progress and opportunities. *Cien Saude Colet.* 2014;19(2):469-474. doi:10.1590/1413-81232014192.04062012
38. Finger ME, Glässel A, Erhart P, et al. Identification of relevant ICF categories in vocational rehabilitation: a cross sectional study evaluating the clinical perspective. *J Occup Rehabil.* 2011;21(2):156-166. doi:10.1007/s10926-011-9308-2
39. Finger ME, Cieza A, Stoll J, Stucki G, Huber EO. Identification of intervention categories for physical therapy, based on the international classification of functioning, disability and health: a delphi exercise. *Phys Ther.* 2006;86(9):1203-1220. doi:10.2522/ptj.20050134
40. Fontes AP, Fernandes AA, Botelho MA. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev Port Saude Publica.* 2010;28(2):171-178. doi:10.1016/s0870-9025(10)70008-0

41. Geyh S, Peter C, Müller R et al. **The personal factors of the international classification of functioning, disability and health in the literature – a systematic review and content analysis.** *Disabil Rehabil.* 2011;33(13-14):1089-1102. doi:10.3109/09638288.2010.523104
42. Hammell KW. Deviating from the norm: A sceptical interrogation of the classificatory practices of the ICF. *Br J Occup Ther.* 2004;67(9):408-411. doi:10.1177/030802260406700906
43. Heerkens YF, de Weerd M, Huber M, et al. Reconsideration ICF scheme. *Disabil Rehabil.* 2018;40(1):121-122. doi:10.1080/09638288.2017.1378390
44. Heerkens YF, de Weerd M, Huber M, et al. Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives from the Netherlands for a global debate. *Disabil Rehabil.* 2018;40(5):603-611. doi:10.1080/09638288.2016.1277404
45. Heerkens Y, Engels J, Kuiper C, Van Der Gulden J, Oostendorp R. **The use of the ICF to describe work related factors influencing the health of employees.** *Disabil Rehabil.* 2004;26(17):1060-1066. doi:10.1080/09638280410001703530
46. Hemmingsson H, Jonsson H. **An occupational perspective on the concept of participation in the international classification of functioning, disability and health--some critical remarks.** *Am J Occup Ther.* 2005;59(5):569-576. doi:10.5014/ajot.59.5.569
- Ueda S, Okawa Y. **The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for?** *Disabil Rehabil.* 2003;25(11-12):596-601. doi:10.1080/0963828031000137108
47. Homa DB. Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in job placement. *Work.* 2007;29(4):277-286.
48. Huber JG, Sillick J, Skarakis-Doyle E. Personal perception and personal factors: incorporating health-related quality of life into the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil.* 2010;32(23):1955-1965. doi:10.3109/09638281003797414
49. Hurst R. **The international disability rights movement and the ICF.** *Disabil Rehabil.* 2003;25(11-12):572-576. doi:10.1080/0963828031000137072
50. Imrie R. **Demystifying disability: a review of the international classification of functioning, disability and health.** *Sociol Health Illn.* 2004;26(3):287-305. doi:10.1111/j.1467-9566.2004.00391.x
51. Jelsma J. **Use of the international classification of functioning, disability and health: a literature survey.** *J Rehabil Med.* 2009;41(1):1-12. doi:10.2340/16501977-0300
52. Jette AM, Haley SM, Kooyoomjian JT. **Are the icf activity and participation dimensions distinct?** *J Rehabil Med.* 2003;35(3):145-149. doi:10.1080/16501970310010501
53. Jette AM. **Toward a common language for function, disability, and health.** *Phys Ther.* 2006;86(5):726-734. doi:10.1093/ptj/86.5.726
54. Kostanjsek N, Rubinelli S, Escorpizo R, et al. Assessing the impact of health conditions using the ICF. *Disabil Rehabil.* 2011;33(15-16):1475-1482. doi:10.3109/09638288.2010.527032
55. Kostanjsek N. **Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems.** *BMC Public Health.* 2011;11(Suppl 4):S3. doi:10.1186/1471-2458-11-s4-s3
56. Levack W. **The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): application to physiotherapy.** *NZ J Physiother.* 2004;32(1):1-2.
57. Magasi S, Wong A, Gray DB, et al. Theoretical foundations for the measurement of environmental factors and their impact on participation among people with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015;96(4):569-577. doi:10.1016/j.apmr.2014.12.002
58. Maini M, Nocentini U, Prevedini A, Giardini A, Muscolo E. **An Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation: preliminary theoretical and practical considerations.** *Disabil Rehabil.* 2008;30(15):1146-1152. doi:10.1080/09638280701478397
59. Mallinson T, Hammel J. **Measurement of participation: intersecting person, task, and environment.** *Arch Phys Med Rehabil.* 2010;91(9 Suppl):S29-S33. doi:10.1016/j.apmr.2010.04.027
60. Mângia EF, Muramoto MT, Lancman S. **Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade.** *Rev Ter Ocupacional Univ Sao Paulo.* 2008;19(2). doi:10.11606/issn.2238-6149.v19i2p121-130
61. Maritz R, Aronsky D, Prodinger B. **The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Electronic Health Records. A Systematic Literature Review.** *Appl Clin Inform.* 2017;8(3):964-980. Published 2017 Dec 20. doi:10.4338/ACI-2017050078
62. McDougall J, Wright V, Rosenbaum P. **The ICF model of functioning and disability: incorporating quality of life and human development.** *Dev Neurorehabil.* 2010;13(3):204-211. doi:10.3109/17518421003620525
63. Mitra S, Shakespeare T. **Remodeling the ICF.** *Disabil Health J.* 2019;12(3):337-339. doi:10.1016/j.dhjo.2019.01.008

64. Morales LM, Luna G, Moreno-Montoya J. Aplicación mundial de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud en fisioterapia: revisión sistemática. *Rehabilitacion*. 2017;51(2):119-128. doi:10.1016/j.rh.2017.01.003
65. Moran M, Bickford J, Barradell S, Scholten I. Embedding the International Classification of Functioning, Disability and Health in Health Professions Curricula to Enable Interprofessional Education and Collaborative Practice. *J Med Educ Curric Dev*. 2020;7:2382120520933855. Published 2020 Aug 31. doi:10.1177/2382120520933855
66. Nieuwenhuijsen ER. On health, ability and activity: comments on some basic notions in the ICF commentary. *Disabil Rehabil*. 2006;28(23):1477-1489. doi:10.1080/09638280600925977
67. **Nordenfelt L. Action theory, disability and ICF. *Disabil Rehabil*. 2003;25(18):1075-1079. doi:10.1080/0963828031000137748**
68. Nordenfelt L. On health, ability and activity: Comments on some basic notions in the ICF. *Disabil Rehabil*. 2006;28(23):1461-1465. doi:10.1080/09638280600925886
69. Paschoal LN, Souza PN, Buchalla CM, Brito CMM, Battistella LR. Identification of relevant categories for inpatient physical therapy care using the International Classification of Functioning, Disability and Health: a Brazilian survey. *Braz J Phys Ther*. 2019;23(3):212-220. doi:10.1016/j.bjpt.2018.08.006
70. **Perenboom RJ, Chorus AM. Measuring participation according to the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Disabil Rehabil*. 2003;25(11-12):577-587. doi:10.1080/0963828031000137081**
71. Pernambuco AP, Lana RD, Polese JC. Knowledge and use of the ICF in clinical practice by physical therapists and occupational therapists of Minas Gerais. *Fisioter Pesqui*. 2018;25(2):134-142. doi:10.1590/1809-2950/16765225022018
72. **Piškur B, Daniëls R, Jongmans MJ et al. Participation and social participation: are they distinct concepts? *Clin Rehabil*. 2013;28(3):211-220. doi:10.1177/0269215513499029**
73. Prodinge B, Darzins S, Magasi S, Baptiste S. The international classification of functioning, disability and health (ICF): opportunities and challenges to the use of ICF for occupational therapy. *World Fed Occup Ther Bull*. 2015;71(2):108-114. doi:10.1179/2056607715y.0000000003
74. **Raghavendra P, Bornman J, Granlund M, Björck-Åkesson E. The World Health Organization's international classification of functioning, disability and health: implications for clinical and research practice in the field of augmentative and alternative communication. *Augment Altern Commun*. 2007;23(4):349-361. doi:10.1080/07434610701650928**
75. **Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2008;44(3):329-342.**
76. **Reed GM, Lux JB, Bufka LF et al. Operationalizing the international classification of functioning, disability and health in clinical settings. *Rehabil Psychol*. 2005;50(2):122-131. doi:10.1037/0090-5550.50.2.122**
77. Reinhardt JD, Cieza A, Stamm T, Stucki G. Commentary on Nordenfelt's 'On Health, ability and activity: Comments on some basic notions in the ICF'. *Disabil Rehabil*. 2006;28(23):1483-1489. doi:10.1080/09638280600926165
78. **Rimmer JH. Use of the ICF in identifying factors that impact participation in physical activity/rehabilitation among people with disabilities. *Disabil Rehabil*. 2006;28(17):1087-1095. doi:10.1080/09638280500493860**
79. **Rosenbaum P, Stewart D. The world health organization international classification of functioning, disability, and health: a model to guide clinical thinking, practice and research in the field of cerebral palsy. *Semin Pediatr Neurol*. 2004;11(1):5-10. doi:10.1016/j.spen.2004.01.002**
80. Ruaro JA, Ruaro MB, Souza DE, Fréz AR, Guerra RO. An overview and profile of the ICF's use in Brazil--a decade of history. *Rev Bras Fisioter*. 2012;16(6):454-462. doi:10.1590/s1413-35552012005000063
81. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca S. T. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev. Bras de Fisiot*. 2005;9(2): 129-136.
82. **Schneider M, Hurst R, Miller J, Üstün B. The role of environment in the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Disabil Rehabil*. 2003;25(11-12):588-595. doi:10.1080/0963828031000137090**
83. Scholten I, Ross K, Bickford J. "A way to think of the client holistically": Factors influencing students' ICF regard and uptake. *MedEdPublish*. 2019;8(1). doi:10.15694/mep.2019.000061.1
84. **Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, Stucki G, Üstün B, Cieza A. A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2015;51(1):105-117.**

85. Simeonsson RJ, Leonardi M, Lollar D, Bjorck-Akesson E, Hollenweger J, Martinuzzi A. Applying the international classification of functioning, disability and health (ICF) to measure childhood disability. *Disabil Rehabil.* 2003;25(11-12):602-610. doi:10.1080/0963828031000137117
86. Snyman S, Von Pressentin KB, Clarke M. International Classification of Functioning, Disability and Health: Catalyst for interprofessional education and collaborative practice. *J Interprof Care.* 2015;29(4):313-319. doi:10.3109/13561820.2015.1004041
87. Solli HM, da Silva AB. The holistic claims of the biopsychosocial conception of WHO's International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): a conceptual analysis on the basis of a pluralistic-holistic ontology and multidimensional view of the human being [published correction appears in *J Med Philos.* 2012 Oct;37(5):504]. *J Med Philos.* 2012;37(3):277-294. doi:10.1093/jmp/jhs014
88. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther.* 2002;82(11):1098-1107. doi:10.1093/ptj/82.11.1098
89. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther.* 2002;82(11):1098-1107. doi:10.1093/ptj/82.11.1098
90. Stucki G, Kostanjsek N, Ustün B, Cieza A. ICF-based classification and measurement of functioning. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2008;44(3):315-328.
91. Stucki G, Cieza A, Ewert T, Kostanjsek N, Chatterji S, Üstün TB. Application of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in clinical practice. *Disabil Rehabil.* 2002;24(5):281-282. doi:10.1080/09638280110105222
92. Stucki G, Cieza A, Melvin J. The international classification of functioning, disability and health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *J Rehabil Med.* 2007;39(4):279-285. doi:10.2340/16501977-0041
93. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil.* 2002;24(17):932-938. doi:10.1080/09638280210148594
94. Stucki G, Melvin J. The international classification of functioning, disability and health: a unifying model for the conceptual description of physical and rehabilitation medicine. *J Rehabil Med.* 2007;39(4):286-292. doi:10.2340/16501977-0044
95. Threats T, Worrall L. The ICF is all about the person, and more: A response to Duchan, Simmons-Mackie, Boles, and McLeod. *Adv Speech Lang Pathol.* 2004;6(1):83-87. doi:10.1080/14417040410001669435
96. Threats TT. Towards an international framework for communication disorders: Use of the ICF. *J Commun Disord.* 2006;39(4):251-265. doi:10.1016/j.jcomdis.2006.02.002
97. Ueda S, Okawa Y. The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for?. *Disabil Rehabil.* 2003;25(11-12):596-601. doi:10.1080/0963828031000137108
98. Ustün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Bickenbach J. WHO's ICF and functional status information in health records. *Health Care Financ Rev.* 2003;24(3):77-88.
99. Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The international classification of functioning, disability and health: a new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil.* 2003;25(11-12):565-571. doi:10.1080/0963828031000137063
100. Vargus-Adams JN, Majnemer A. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a framework for change: revolutionizing rehabilitation. *J Child Neurol.* 2014;29(8):1030-1035. doi:10.1177/0883073814533595
101. Wade DT, Halligan P. New wine in old bottles: the WHO ICF as an explanatory model of human behaviour. *Clin Rehabil.* 2003;17(4):349-354. doi:10.1191/0269215503cr619ed
102. Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clin Rehabil.* 2017;31(8):995-1004. doi:10.1177/0269215517709890
103. Wang PP, Badley EM, Gignac M. Exploring the role of contextual factors in disability models. *Disabil Rehabil.* 2006;28(2):135-140. doi:10.1080/09638280500167761
104. Weigl M, Cieza A, Andersen C, Kollerits B, Amann E, Stucki G. Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a Delphi exercise. *J Rehabil Med.* 2004;36:12-21. doi:10.1080/16501960410015443
105. Whiteneck G, Dijkers MP. Difficult to measure constructs: conceptual and methodological issues concerning participation and environmental factors. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009;90(11):S22—S35. doi:10.1016/j.apmr.2009.06.009
106. Wiegand NM, Belting J, Fekete C, Gutenbrunner C, Reinhardt JD. All talk, no action?: the global diffusion and clinical implementation of the international classification of functioning, disability, and health. *Am J Phys Med Rehabil.* 2012;91(7):550-560. doi:10.1097/PHM.0b013e31825597e5
107. Wiegand NM, Belting J, Fekete C, Gutenbrunner C, Reinhardt JD. All talk, no action? *Am J Phys Med Amp Rehabil.* 2012;91(7):550-560. doi:10.1097/phm.0b013e31825597e5

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de investigar as interpretações conceituais da CIF e do modelo biopsicossocial que a embasa, após mais de 20 anos da sua publicação e mais de 15 anos da recomendação do seu uso por fisioterapeutas, possibilitou conhecer de forma pioneira os discursos circulantes entre uma amostra rica e diversa de fisioterapeutas *experts* brasileiros. Os docentes participantes foram selecionados de forma proposital, o que permitiu diante da maturidade profissional reflexões importantes no intuito de avançar na conceituação e na ampliação da discussão acerca da tradução de ‘impairments’ na CIF brasileira, bem como na necessidade de ampliação da concepção de ‘disability’ no Brasil. Esperamos que este estudo possa abrir fomento discussões e reflexões aprofundadas entre os principais agentes envolvidos com a pesquisa, produção e disseminação de conhecimentos sobre a CIF no Brasil. Estudos futuros poderão investigar em que medida as concepções de *experts* influenciam a assimilação e uso da CIF por clínicos no dia-a-dia dos serviços de saúde.

Em 2007, no final da minha graduação, tive a oportunidade de iniciar os meus conhecimentos sobre a CIF. Após alguns anos na atuação da fisioterapia tive um contato mais aprofundado em um curso sobre a CIF na Saúde da Mulher, que é a minha área de especialização/atuação, e só após essa experiência meus horizontes começaram a se abrir. Entender o modelo biopsicossocial e os domínios da CIF na prática clínica foram grandes diferenciais na assistência clínica. Ainda que de forma intuitiva já realizasse meus atendimentos nessa perspectiva, nada era planejado de forma intencional e organizada. A abordagem mais holística e abrangente da CIF, considerando todos os aspectos da funcionalidade, permitiram compreender melhor as inter relações para desenvolver um raciocínio clínico e planos de tratamento mais resolutivos e ter um olhar mais delicado e humano e menos automático ao considerar a individualidade e as necessidades de cada pessoa. Certamente essa foi a grande motivação para aprofundar meus conhecimentos sobre a CIF, seu potencial transformador que consegue enxergar o ser humano além das suas potencialidades, contemplando o bio-psico-social.

A imersão nesse projeto, de conhecer mais sobre a CIF, permitiu a consolidação de conhecimentos anteriores, refinamento e posição crítica diante dos conceitos relacionados à CIF. Analisando o início e hoje é impressionante o quanto aprendi sobre a CIF ao longo desse período, e o quanto ainda tenho que aprender, é o início da minha caminhada na pesquisa

sobre a CIF. Vale ressaltar não apenas o conhecimento acerca do tema desenvolvido em todo esse processo, mas também realizar um projeto de pesquisa tão rico, desafiador e motivador.

O processo de mestrado oportunizou a experiência em fazer pesquisa de forma completa, vivenciando todos os desafios e avanços do processo. Cada etapa, com sua particularidade e peculiaridade veio com desafios singulares que foram superados através da competência e cuidado da minha orientadora e dedicação e suporte da nossa equipe de pesquisa “Multifuncional” para crescer, superar e entregar o melhor nesse processo. Em cada superação encontramos a motivação para continuar, avançar, conhecer e concluir esse projeto tão valioso, não somente para a fisioterapia, mas para todos aqueles que assim como nós entendem o real valor da CIF. A expectativa é que outros estudos de discursos circulantes sobre a CIF e o modelo biopsicossocial sejam realizados em outras profissões com o intuito de trazer reflexões e discussões em todas as áreas contempladas pela CIF, não apenas para enriquecer a pesquisa acadêmica, mas também influenciar políticas públicas de saúde, práticas clínicas e a maneira como a sociedade percebe a saúde e a funcionalidade.

Por último, no contexto de pandemia COVID-19 em que se iniciou a pesquisa, destaca-se a limitação da realização de entrevistas presenciais com os participantes reduzindo o aprofundamento das justificativas. Em contrapartida, diante da restrição dos encontros presenciais, abriu-se a possibilidade do on-line que permitiu a ampliação da expansão da pesquisa no âmbito nacional.

## REFERÊNCIAS

- ALLAN, C.M.; CAMPBELL, W.N.; GUPTILL, C.A.; STEPHENSON, F.F.; CAMPBELL, K.E. A conceptual model for interprofessional education: the international classification of functioning, disability and health (ICF). **J Interprof Care**. v. 20, n. 3, p.235-45, 2006
- ALLET L, BÜRGE E, MONNIN D. ICF: Clinical relevance for physiotherapy? A critical review. **Advances in Physiotherapy**. v.10, n.3, p.127-37, 2008.
- ATKINSON HL, NIXON-CAVE K. A tool for clinical reasoning and reflection using the international classification of functioning, disability and health (ICF) framework and patient management model. **Phys Ther**. v.91, n.3, p.416-30, 2011.
- BADLEY EM. Enhancing the conceptual clarity of the activity and participation components of the International Classification of Functioning, Disability, and Health. **Social Science & Medicine**. v.66, n.11, p.2335-45, 2008.
- BRASIL. Resolução nº 452, de 10 de Maio de 2012. **Conselho Nacional de Saúde**. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde, 2012.
- BROWN SR. A Primer on Q methodology. **Operant Subjectivity**, v. 16, n.3-4, p.91-138, 1993.
- CERNIAUSKAITE M, QUINTAS R, BOLDT C, RAGGI A, CIEZA A, BICKENBACH JE, LEONARDI M. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. **Disabil Rehabil**. v.33, n.4, p.281-309, 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - COFFITO. **Resolução nº 370, de 6 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde por Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais. Brasília, DF; 2009.
- DANTAS D, CORREA A, BUCHALLA C, DE CASTRO S, CASTANEDA L. Biopsychosocial model in health care: reflections in the production of functioning and disability data. **Fisioterapia em Movimento (Physical Therapy in Movement)**. v.33, n.1, p.1-9, 2020.
- DARRAH J. Using the ICF as a framework for clinical decision making in pediatric physical therapy. **Advances in Physiotherapy**. v.10, n.3, p.146-151, 2008.
- DI NUBILA HBV, BUCHALLA CM. O papel das Classificações da OMS-CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n., p. 324-35, 2008.



ESCORPIZO R, BEMIS-DOUGHERTY A. Introduction to Special Issue: A Review of the International Classification of Functioning, Disability and Health and Physical Therapy over the Years. **Physiother Res Int.** v.20, n.4, p.200-9, 2015.

ESCORPIZO R, GLÄSSEL A. The role of the ICF in physical therapy and vocational rehabilitation: contributing to developments in occupational health. **Physical Therapy Reviews.** v.18, n.5, p.368–372, 2013.

ESCORPIZO R, STUCKI G, CIEZA A, DAVIS K, STUMBO T, RIDDLE DL. Creating an interface between the International Classification of Functioning, Disability and Health and physical therapist practice. **Phys Ther.** v.90, n.7, p.1053-63, 2010.

FERREIRA LTD, CASTRO SS, BUCHALLA CM. The International Classification of Functioning, Disability and Health: progress and opportunities. **Ciência & Saúde Coletiva** 2014;19(2):469-74.

FINGER ME, CIEZA A, STOLL J, STUCKI G, HUBER EO. Identification of intervention categories for physical therapy, based on the international classification of functioning, disability and health: a Delphi exercise. **Phys Ther.** v.86, n.9, p.1203-20, 2006.

GRAY DB, HENDERSHOT GE. The ICIDH-2: developments for a new era of outcomes research. **Arch Phys Med Rehabil.** v.81, n.12 Suppl 2, p.S10-4, 2000.

HEERKENS YF, DE WEERD M, HUBER M, DE BROUWER CPM, VAN DER VEEN S, PERENBOOM RJM, VAN MEETEREN NLU. Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives from the Netherlands for a global debate. **Disability and Rehabilitation.** v.40, n.5, p.603–611, 2017.

IMRIE R. Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Sociol Health Illn.** v.26, n.3, p.287-305, 2004.

JACOB T. The implementation of the ICF among Israeli rehabilitation centers: the case of physical therapy. **Physiother Theory Pract.** v.29, n.7, p.536-46, 2013.

JELSMA J. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: a literature survey. **J Rehabil Med.** v.41, n.1, p.1-12, 2009.

JETTE AM, TAO W, HALEY SM. Blending activity and participation sub-domains of the ICF. **Disabil Rehabil.** v.29, n.22, p.1742-50, 2007.

JETTE AM. Toward a common language for function, disability, and health. **Phys Ther.;** v.86, n.5, p.726-34, 2006.

LEVACK K. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): applications to physiotherapy. New Zealand **Journal of Physiotherapy.** v.32, n. ,p.1-2, 2004.

NORDENFELT L. Action theory, disability and ICF. **Disabil Rehabil.** v.25, n.18, p.1075-9, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).** Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS.

PERNAMBUCO AP, LANA RC, POLESE JC. Knowledge and use of the ICF in clinical practice by physical therapists and occupational therapists of Minas Gerais. **Fisioter Pesqui.** v.25, n.2, p.134-142, 2018.

RUARO JA, RUARO MB, SOUZA DE, FREZ AR, GUERRA RO. An overview and profile of the ICF's use in Brazil: a decade of history. **Braz J Phys Ther.** v.16, n.6, p.454-62, 2012.

SAMPAIO RF, LUZ MT . Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cad. Saúde Pública.** v.25, n.3, p.475-483, 2009.

SCHOLTEN I, ROSS K, BICKFORD J. 'A way to think of the client holistically': factors influencing students' ICF regard and uptake. **MedEdPublish.** v.8, n., p.1-11, 2019.

STEINER W, RYSER L, HUBER E, UEBELHART D, AESCHLIMANN A, STUCKI G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. **Phys Ther.** v.82, n.11, p.1098-107, 2002.

STUCKI G, EWERT T, CIEZA A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. **Disabil Rehabil.** v.24, n.17, p.932-8, 2002.

STUCKI G, REINHARDT JD, GRIMBY G, MELVIN J. Developing "Human Functioning and Rehabilitation Research" from the comprehensive perspective. **J Rehabil Med.** v.39,n.9, p.665-71, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Towards a common language for Functioning, Disability and Health (ICF)** [Online]. 2002; Available: <http://www.who.int/entity/classifications/icf/training/>

## ANEXO A - Normas de formatação da Revista



## BRAZILIAN JOURNAL OF PHYSICAL THERAPY

## AUTHOR INFORMATION PACK

## TABLE OF CONTENTS

●	<b>Description</b>	<b>p.1</b>
●	<b>Impact Factor</b>	<b>p.1</b>
●	<b>Abstracting and Indexing</b>	<b>p.1</b>
●	<b>Editorial Board</b>	<b>p.1</b>
●	<b>Guide for Authors</b>	<b>p.4</b>



## DESCRIPTION

The *Brazilian Journal of Physical Therapy* (BJPT) is the official publication of the Brazilian Society of Physical Therapy Research and Graduate Studies (ABRAPG-Ft). It publishes original research articles on topics related to the areas of physical therapy and rehabilitation sciences, including clinical, basic or applied studies on the assessment, prevention, and treatment of movement disorders.

## IMPACT FACTOR

2021: 4.762 © Clarivate Analytics Journal Citation Reports 2022

## ABSTRACTING AND INDEXING

PubMed/Medline  
Scopus  
Web of Science  
Cambridge Scientific Abstracts  
CINAHL

## EDITORIAL BOARD

**Editors-in-Chief**

**Guy Simoneau**, Marquette University, Milwaukee, United States of America  
**Paula Rezende Camargo**, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brazil  
**Rafael Zambelli Pinto**, Universidade Federal de Minas Gerais, BELO HORIZONTE, MG, Brazil  
**Sérgio Teixeira Fonseca**, Universidade Federal de Minas Gerais, BELO HORIZONTE, MG, Brazil

**Administrative Editor**

**Aparecida Maria Catai**, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brazil

**Editors' Council**

**Débora Bevilaqua Grossi**, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brazil  
**Helenice Jane Cote Gil Coury**, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brazil  
**Leonardo Oliveira Pena Costa**, Universidade Cidade de São Paulo, SAO PAULO, SP, Brazil  
**Marisa Cotta Mancini**, Universidade Federal de Minas Gerais, BELO HORIZONTE, MG, Brazil  
**Tania de Fátima Salvini**, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brazil

**Specialist Assessor**

**Henrique Pott Júnior**, Universidade Federal de São Paulo, SAO PAULO, SP, Brazil

**Technical and Administrative Support**

**Ana Paula de Luca**, FAI/Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brazil

**Dormélia Pereira Cazella**, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brazil

**Leonor A. Saidel Aizza**, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brazil

**Associate Editors**

**Francisco Alburquerque Sendin**, Universidad de Cordoba, Cordoba, Spain

**Isabel Camargo Neves Sacco**, Universidade de São Paulo, SAO PAULO, SP, Brazil

**Ana Carolina de Campos**, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brazil

**Adriana Claudia Lunardi**, Universidade Cidade de Sao Paulo, SAO PAULO, Brazil

**Daniel Cury Ribeiro**, University of Otago, Dunedin, New Zealand

**Rodrigo De Araújo**, Universidade de Pernambuco, RECIFE, Brazil

**José Eduardo Pompeu**, Universidade de Sao Paulo, SAO PAULO, Brazil

**Giovanni Esteves Ferreira**, The University of Sydney, Sydney, New South Wales, Australia

**Cristine Homs Jorge Ferreira**, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brazil

**Lidiane Lima Florêncio**, Universidad Rey Juan Carlos - Campus de Mostoles, Mostoles, Spain

**Christina Danielli Coelho de Moraes Faria**, Universidade Federal de Minas Gerais, BELO HORIZONTE, Minas Gerais, MG, Brazil

**Adriana Neves dos Santos**, Universidade Federal de Santa Catarina, FLORIANOPOLIS, Brazil

**João Luiz Quagliotti Durigan**, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brazil

**Thales Rezende de Souza**, Universidade Federal de Minas Gerais, BELO HORIZONTE, MG, Brazil

**Antonio Roberto Zamunér**, Universidad Catolica del Maule, Talca, Chile

**Rodrigo Scattono da Silva**, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, RN, Brazil

**Aline de Souza Pagnussat**, Universidade Federal de Ciências da Saude de Porto Alegre, PORTO ALEGRE, Brazil

**Bruno Tirotti Saragiotto**, Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil

**Joshua Zadro**, The University of Sydney, Institute for Musculoskeletal Health, Sydney School of Public Health, Sydney, New South Wales, Australia

**International Editorial Board**

**Nicolas Babault**, Centre d'Expertise de la Performance G. Université de Bourgogne, Dijon, France

**Paula Lanna Pereira da Silva**, University of Cincinnati, Cincinnati, United States of America

**Marina de Barros Pinheiro**, The University of Sydney, Sydney, Australia

**Bruno Mazuquin**, Manchester Metropolitan University, Manchester, United Kingdom

**Pascal Madeleine**, Aalborg University, Aalborg, Denmark

**Renata Noce Kirkwood**, Wilfrid Laurier University, Waterloo, Canada

**Rob Herbert**, The George Institute for International Health, Newtown, Australia

**National Editorial Board**

**Armêle Dornelas de Andrade**, Universidade Federal do Pernambuco, RECIFE, PE, Brazil

**José Angelo Barela**, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Rio Claro, SP, Brazil

**Daniela Cristina Carvalho de Abreu**, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brazil

**Ercy Mara Cipulo Ramos**, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Presidente Prudente, SP, Brazil

**Luciôla da Cunha Menezes Costa**, Universidade Cidade de São Paulo, SAO PAULO, SP, Brazil

**Simone Dal Corso**, Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil

**Patricia Driusso**, Universidade Federal de Sao Carlos, SAO CARLOS, Brazil

**Hugo Celso Dutra de Souza**, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brazil

**Celso Ricardo Fernandes de Carvalho**, Universidade de São Paulo, SAO PAULO, SP, Brazil

**Elyonara Mello de Figueiredo**, Universidade Federal de Minas Gerais, BELO HORIZONTE, MG, Brazil

**Verônica Franco Parreira**, Universidade Federal de Minas Gerais, BELO HORIZONTE, MG, Brazil

**Ada Clarice Gastaldi**, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brazil

**Mariana Nascimento Leite**, Universidade Cidade de Sao Paulo, SAO PAULO, SP, Brazil

**Ítalo Ribeiro Lemes**, Universidade de Sao Paulo, SAO PAULO, SP, Brazil

**Thiago Luiz de Russo**, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brazil

**Bruno Manfredini Baroni**, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, PORTO ALEGRE, RS, Brazil

**Stela Márcia Mattiello**, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brazil

**Luiz Carlos Marques Vanderlei**, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, SAO PAULO, SP, Brazil

**Ana Cláudia Mattiello-Sverzut**, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brazil

**Juliana de Melo Ocarino**, Universidade Federal de Minas Gerais, BELO HORIZONTE, MG, Brazil

**Josimari Melo de Santana**, Universidade Federal de Sergipe, Aracajú, SE, Brazil

**Tatiana de Oliveira Sato**, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brazil

**Amélia Pasqual Marques**, Universidade de São Paulo, SAO PAULO, SP, Brazil

**Carlos Marcelo Pastre**, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, SAO PAULO, SP, Brazil

**Ernesto Cesar Pinto Leal Junior**, Universidade Nove de Julho, São Paulo, SP, Brazil

**André Luiz Felix Rodacki**, Universidade Federal do Paraná, CURITIBA, PR, Brazil  
**Raquel Rodrigues Britto**, Universidade Federal de Minas Gerais, BELO HORIZONTE, MG, Brazil  
**Jefferson Rosa Cardoso**, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brazil  
**Cristiane Shinohara Moriguchi**, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brazil  
**Tiago da Silva Alexandre**, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brazil  
**Rosimeire Simprini Padula**, Universidade Cidade de Sao Paulo, SAO PAULO, Brazil  
**Anamaria Siriani de Oliveira**, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brazil  
**Daniele Sirineu Pereira**, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brazil  
**Fábio Viadanna Serrão**, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brazil

## GUIDE FOR AUTHORS

---

### INTRODUCTION

#### *Types of article*

The **Brazilian Journal of Physical Therapy (BJPT)** publishes original research articles, reviews, and brief communications on topics related to physical therapy and rehabilitation, including clinical, basic or applied studies on the assessment, prevention and treatment of movement disorders. Our Editorial Board is committed to disseminate high-quality research in the field of physical therapy. The BJPT follows the principle of publication ethics included in the code of conduct of the Committee on Publication Ethics (COPE). The BJPT accepts the submission of manuscripts with up to 3,500 words (excluding title page, abstract, references, tables, figures and legends). A total of five (5) combined tables and figures is allowed. Any extra information that the authors would like to publish with the manuscript can be published as Appendices or Supplementary material. Appendices will be included in the total number of words allowed and published at the end of the PDF version of the article after the references. Supplementary material is hosted online and its content is not included in the manuscript word count.

The following types of study can be considered for publication, if directly related to the journal's scope:

**a) Intervention studies (clinical trials):** studies that investigate the effect(s) of one or more interventions on outcomes directly related to the BJPT's scope. The World Health Organization defines a clinical trial as "any research study that prospectively allocates human participants or groups of humans to one or more health-related interventions to evaluate the effect(s) on health outcome(s)". Clinical trials include single-case experimental studies, case series, non-randomized controlled trials, and randomized controlled trials. Randomized controlled trials (RCTs) must follow the CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) recommendations, which are available at: <http://www.consort-statement.org/consort-statement/overview0/>. The CONSORT checklist and Statement Flow Diagram, available at <http://www.consort-statement.org/consort-statement/flow-diagram>, must be completed and submitted with the manuscript. Clinical trials must provide prospective registration (i.e. registration of the trial in a public trial registry at or before the time of first patient enrollment) that satisfies the requirements of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), e.g. <http://clinicaltrials.gov/> and/or <http://www.anzctr.org.au>. The complete list of all clinical trial registries can be found at: <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html>. We suggest that all authors register clinical trials prospectively via the website <http://www.clinicaltrials.gov>. Note: We do not accept single case studies and series of cases (i.e. clinical trials without a comparison group).

**b) Observational studies:** studies that investigate the relationship(s) between variables of interest related to the BJPT's scope. Observational studies include cross-sectional studies, cohort studies, and case-control studies. All observational studies must be reported following the recommendation from the STROBE statement (<http://strobe-statement.org/index.php?id=strobe-home>).

**c) Qualitative studies:** studies that focus on understanding needs, motivations, and human behavior. The object of a qualitative study is guided by in-depth analysis of a topic, including opinions, attitudes, motivations, and behavioral patterns without quantification. Qualitative studies include documentary and ethnographic analysis.

**d) Systematic reviews:** studies that analyze and/or synthesize the literature on a topic related to the scope of the BJPT. Systematic reviews that include meta-analysis will have priority over other systematic reviews. Those that have an insufficient number of articles or articles with low quality in the Methods section and do not include an assertive and valid conclusion about the topic will not be considered for peer-review analysis.

The authors must follow the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) checklist to format their systematic reviews. The checklist is available at <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/Default.aspx> and must be filled in and submitted with the manuscript.

Potential authors are encouraged to read the following tutorial, which contains the minimum requirements for publication of systematic reviews in the BJPT: Mancini MC, Cardoso JR, Sampaio RF, Costa LCM, Cabral CMN, Costa LOP. Tutorial for writing systematic reviews for the Brazilian Journal of Physical Therapy (BJPT). *Braz J Phys Ther.* 2014 Nov-Dec; 18(6):471-480.

**e) Studies on the translation and cross-cultural adaptation of questionnaires or assessment tools:** studies that aim to translate and/or cross-culturally adapt foreign questionnaires to a language other than that of the original version of existing assessment instruments. The authors must use [the checklist \(Appendix\)](#) to format this type of paper and adhere to the other recommendations of the BJPT. The answers to the checklist must be submitted with the manuscript. At the time of submission, the authors must also include written permission from the authors of the original instrument that was translated and/or cross-culturally adapted.

**f) Methodological studies:** studies centered on the development and/or evaluation of clinimetric properties and characteristics of assessment instruments. The authors are encouraged to use the Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) to format methodological papers, in addition to following BJPT instructions. Important: Studies that report electromyographic results must follow the Standards for Reporting EMG Data recommended by ISEK (International Society of Electrophysiology and Kinesiology), available at <http://www.isek.org/wp-content/uploads/2015/05/Standards-for-Reporting-EMG-Data.pdf>.

**g) Protocols:** the BJPT does not publish any research protocols, including clinical trial protocols, systematic review protocol, observational study protocols and statistical analysis plans (SAP).

**h) Short communications:** the BJPT will publish up to six short communications a year in a format similar to that of the original articles, containing 1,200 words and up to two figures, one table, and ten references.

**i) Masterclass articles:** This type of article presents the state of art of any topic that is important to the field of physical therapy. All masterclass articles are invited manuscripts and the authors must be recognized experts in the field. However, authors can send e-mails to the editor-in-chief with an expression of interest to submit a masterclass article to the BJPT.

### Submission checklist

You can use this list to carry out a final check of your submission before you send it to the journal for review. Please check the relevant section in this Guide for Authors for more details.

#### Ensure that the following items are present:

One author has been designated as the corresponding author with contact details:

- E-mail address
- Full postal address

All necessary files have been uploaded:

*Manuscript:*

- Include keywords
- All figures (include relevant captions)
- All tables (including titles, description, footnotes)
- Ensure all figure and table citations in the text match the files provided
- Indicate clearly if color should be used for any figures in print

*Graphical Abstracts / Highlights files* (where applicable)

*Supplemental files* (where applicable)

Further considerations

- Manuscript has been 'spell checked' and 'grammar checked'
- All references mentioned in the Reference List are cited in the text, and vice versa
- Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources (including the Internet)
- A competing interests statement is provided, even if the authors have no competing interests to declare

- Journal policies detailed in this guide have been reviewed
- Referee suggestions and contact details provided, based on journal requirements

For further information, visit our [Support Center](#).

## **BEFORE YOU BEGIN**

### **Ethics in publishing**

Please see our information on [Ethics in publishing](#) and [Ethical guidelines for journal publication](#).

### **Studies in humans and animals**

If the work involves the use of human subjects, the author should ensure that the work described has been carried out in accordance with [The Code of Ethics of the World Medical Association \(Declaration of Helsinki\)](#) for experiments involving humans. The manuscript should be in line with the [Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals](#) and aim for the inclusion of representative human populations (sex, age and ethnicity) as per those recommendations. The terms [sex](#) and [gender](#) should be used correctly.

Authors should include a statement in the manuscript that informed consent was obtained for experimentation with human subjects. The privacy rights of human subjects must always be observed.

All animal experiments should comply with the [ARRIVE guidelines](#) and should be carried out in accordance with the U.K. Animals (Scientific Procedures) Act, 1986 and associated guidelines, [EU Directive 2010/63/EU for animal experiments](#), or the National Institutes of Health [Guide for the Care and Use of Laboratory Animals](#) (NIH Publications No. 8023, revised 1978) and the authors should clearly indicate in the manuscript that such guidelines have been followed. The sex of animals must be indicated, and where appropriate, the influence (or association) of sex on the results of the study.

### **Conflict of Interest**

All authors must disclose any financial and personal relationships with other people or organizations that could inappropriately influence (bias) their work. Examples of potential competing interests include employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patent applications/registrations, and grants or other funding. Authors must disclose any interests in two places: 1. A summary declaration of interest statement in the title page file (if double-blind) or the manuscript file (if single-blind). If there are no interests to declare then please state this: 'Declarations of interest: none'. This summary statement will be ultimately published if the article is accepted. 2. Detailed disclosures as part of a separate Conflict of Interest form, which forms part of the journal's official records. It is important for potential interests to be declared in both places and that the information matches. [More information](#). We recommend the authors to use the Disclosure of Interest form from the ICMJE available at <http://www.icmje.org/disclosure-of-interest/>

### **Submission declaration and verification**

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract, a published lecture or academic thesis, see '[Multiple, redundant or concurrent publication](#)' for more information), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere in the same form, in English or in any other language, including electronically without the written consent of the copyright-holder. To verify compliance, your article may be checked by [Crossref Similarity Check](#) and other originality or duplicate checking software.

### **Use of inclusive language**

Inclusive language acknowledges diversity, conveys respect to all people, is sensitive to differences, and promotes equal opportunities. Content should make no assumptions about the beliefs or commitments of any reader; contain nothing which might imply that one individual is superior to another on the grounds of age, gender, race, ethnicity, culture, sexual orientation, disability or health condition; and use inclusive language throughout. Authors should ensure that writing is free from bias, stereotypes, slang, reference to dominant culture and/or cultural assumptions. We advise to seek gender neutrality by using plural nouns ("clinicians, patients/clients") as default/wherever possible to avoid using "he, she," or "he/she." We recommend avoiding the use of descriptors that refer to personal attributes such as age, gender, race, ethnicity, culture, sexual orientation, disability or health condition unless they are relevant and valid. These guidelines are meant as a point of reference to help identify appropriate language but are by no means exhaustive or definitive.



## Reporting sex- and gender-based analyses

### Reporting guidance

For research involving or pertaining to humans, animals or eukaryotic cells, investigators should integrate sex and gender-based analyses (SGBA) into their research design according to funder/ sponsor requirements and best practices within a field. Authors should address the sex and/or gender dimensions of their research in their article. In cases where they cannot, they should discuss this as a limitation to their research's generalizability. Importantly, authors should explicitly state what definitions of sex and/or gender they are applying to enhance the precision, rigor and reproducibility of their research and to avoid ambiguity or conflation of terms and the constructs to which they refer (see Definitions section below). Authors can refer to the [Sex and Gender Equity in Research \(SAGER\) guidelines](#) and the [SAGER guidelines checklist](#). These offer systematic approaches to the use and editorial review of sex and gender information in study design, data analysis, outcome reporting and research interpretation - however, please note there is no single, universally agreed-upon set of guidelines for defining sex and gender.

### Definitions

Sex generally refers to a set of biological attributes that are associated with physical and physiological features (e.g., chromosomal genotype, hormonal levels, internal and external anatomy). A binary sex categorization (male/female) is usually designated at birth ("sex assigned at birth"), most often based solely on the visible external anatomy of a newborn. Gender generally refers to socially constructed roles, behaviors, and identities of women, men and gender-diverse people that occur in a historical and cultural context and may vary across societies and over time. Gender influences how people view themselves and each other, how they behave and interact and how power is distributed in society. Sex and gender are often incorrectly portrayed as binary (female/male or woman/man) and unchanging whereas these constructs actually exist along a spectrum and include additional sex categorizations and gender identities such as people who are intersex/have differences of sex development (DSD) or identify as non-binary. Moreover, the terms "sex" and "gender" can be ambiguous—thus it is important for authors to define the manner in which they are used. In addition to this definition guidance and the SAGER guidelines, the [resources on this page](#) offer further insight around sex and gender in research studies.

### Authorship

All authors should have made substantial contributions to all of the following: (1) the conception and design of the study, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data, (2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content, (3) final approval of the version to be submitted.

### Changes to authorship

Authors are expected to consider carefully the list and order of authors **before** submitting their manuscript and provide the definitive list of authors at the time of the original submission. Any addition, deletion or rearrangement of author names in the authorship list should be made only **before** the manuscript has been accepted and only if approved by the journal Editor. To request such a change, the Editor must receive the following from the **corresponding author**: (a) the reason for the change in author list and (b) written confirmation (e-mail, letter) from all authors that they agree with the addition, removal or rearrangement. In the case of addition or removal of authors, this includes confirmation from the author being added or removed.

Only in exceptional circumstances will the Editor consider the addition, deletion or rearrangement of authors **after** the manuscript has been accepted. While the Editor considers the request, publication of the manuscript will be suspended. If the manuscript has already been published in an online issue, any requests approved by the Editor will result in a corrigendum.

### Clinical trial results

In line with the position of the International Committee of Medical Journal Editors, the BJPT will not consider manuscripts that have published the clinical trial results prior to publication. The only exception is when the results are posted in the clinical trial registry in the form of a brief structured (less than 500 words) abstract or table. However, divulging results in other circumstances (e.g., investors' meetings) is discouraged and may jeopardize consideration of the manuscript. Authors should fully disclose all posting in registries of results of the same or closely related work.

**Reporting clinical trials**

Randomized controlled trials should be presented according to the CONSORT guidelines. At manuscript submission, authors must provide the CONSORT checklist accompanied by a flow diagram that illustrates the progress of patients through the trial, including recruitment, enrollment, randomization, withdrawal and completion, and a detailed description of the randomization procedure. The [CONSORT checklist and template flow diagram](#) are available online.

**Registration of clinical trials**

Registration in a public trials registry is a condition for publication of clinical trials in this journal in accordance with [International Committee of Medical Journal Editors](#) recommendations. Trials must be registered at or before the onset of patient enrollment. The clinical trial registration number should be included at the end of the abstract of the article. The editors will check consistency between the registration and the manuscript but reviewers will remain blinded. A clinical trial is defined as any research study that prospectively assigns human participants or groups of humans to one or more health-related interventions to evaluate the effects of health outcomes. Health-related interventions include any intervention used to modify a biomedical or health-related outcome (for example drugs, surgical procedures, devices, behavioural treatments, dietary interventions, and process-of-care changes). Health outcomes include any biomedical or health-related measures obtained in patients or participants, including pharmacokinetic measures and adverse events. Purely observational studies (those in which the assignment of the medical intervention is not at the discretion of the investigator) will not require registration.

**Copyright**

Upon submission of an article, authors will be asked to add a "Copyright Transfer Form" (please use the "Authors' Copyright Form" available [here](#) here) to assign to the Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em

**Elsevier supports responsible sharing**

Find out how you can [share your research](#) published in this journal.

**Role of the funding source**

You are requested to identify who provided financial support for the conduct of the research and/or preparation of the article and to briefly describe the role of the sponsor(s), if any, in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the article for publication. If the funding source(s) had no such involvement, it is recommended to state this.

**Open access**

Please visit our Open Access page from the Journal Homepage for more information.

**Elsevier Researcher Academy**

[Researcher Academy](#) is a free e-learning platform designed to support early and mid-career researchers throughout their research journey. The "Learn" environment at Researcher Academy offers several interactive modules, webinars, downloadable guides and resources to guide you through the process of writing for research and going through peer review. Feel free to use these free resources to improve your submission and navigate the publication process with ease.

**Language (usage and editing services)**

Please write your text in good English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Authors who feel their English language manuscript may require editing to eliminate possible grammatical or spelling errors and to conform to correct scientific English may wish to use the [English Language Editing service](#) available from Elsevier's Author Services.

**Informed consent and patient details**

Studies on patients or volunteers require ethics committee approval and informed consent, which should be documented in the paper. Appropriate consents, permissions and releases must be obtained where an author wishes to include case details or other personal information or images of patients and any other individuals in an Elsevier publication. Written consents must be retained by the author but copies should not be provided to the journal. Only if specifically requested by the journal in exceptional circumstances (for example if a legal issue arises) the author must provide copies of the consents or evidence that such consents have been obtained. For more information, please review the [Elsevier Policy on the Use of Images or Personal Information of Patients or other Individuals](#). Unless

you have written permission from the patient (or, where applicable, the next of kin), the personal details of any patient included in any part of the article and in any supplementary materials (including all illustrations and videos) must be removed before submission.

### **Submission**

Our online submission system guides you stepwise through the process of entering your article details and uploading your files. The system converts your article files to a single PDF file used in the peer-review process. Editable files (e.g., Word, LaTeX) are required to typeset your article for final publication. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, is sent by e-mail.

#### *Submit your article*

Please submit your article via <https://www.editorialmanager.com/bjpt/default.aspx>.

## **PREPARATION**

### **Double anonymized review**

This journal uses double anonymized review, which means the identities of the authors are concealed from the reviewers, and vice versa. [More information](#) is available on our website. To facilitate this, please include the following separately:

*Title page (with author details):* This should include the title, authors' names, affiliations, acknowledgements and any Declaration of Interest statement, and a complete address for the corresponding author including an e-mail address.

*Blinded manuscript (no author details):* The main body of the paper (including the references, figures, tables and any acknowledgements) should not include any identifying information, such as the authors' names or affiliations.

#### *Use of word processing software*

It is important that the file be saved in the native format of the word processor used. The text should be in single-column format. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. In particular, do not use the word processor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts, superscripts etc. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns. The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the [Guide to Publishing with Elsevier](#)). Note that source files of figures, tables and text graphics will be required whether or not you embed your figures in the text. See also the section on Electronic artwork.

To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the 'spell-check' and 'grammar-check' functions of your word processor.

### **Article structure**

#### *Article structure*

All manuscript submitted to the journal must include continuous line numbering on all the manuscript pages; and the pages should be sequentially numbered.

#### *Subdivision - unnumbered sections*

Divide your article into clearly defined sections. Each subsection is given a brief heading. Each heading should appear on its own separate line. Subsections should be used as much as possible when cross-referencing text: refer to the subsection by heading as opposed to simply 'the text'.

#### *Introduction*

State the objectives of the work and provide an adequate background, avoiding a detailed literature survey or a summary of the results.

#### *Material and methods*

Provide sufficient detail to allow the work to be reproduced.

#### *Results*

Results should be clear and concise.

#### *Discussion*

This should explore the significance of the results of the work, not repeat them. A combined Results and Discussion section is often appropriate. Avoid extensive citations and discussion of published literature.

### Conclusions

The main conclusions of the study may be presented in a short Conclusions section, which may stand alone or form a subsection of a Discussion or Results and Discussion section.

### Appendices

If there is more than one appendix, they should be identified as A, B, etc. Formulae and equations in appendices should be given separate numbering: Eq. (A.1), Eq. (A.2), etc.; in a subsequent appendix, Eq. (B.1) and so on. Similarly for tables and figures: Table A.1; Fig. A.1, etc.

### Supplementary material

Supplementary material contains supporting information that cannot be included in the printed version for reasons of space, and that is not essential for inclusion in the full text of the manuscript, but would nevertheless benefit the reader. When possible, the authors are encouraged to include all supporting information in a single PDF file but other formats are also accepted, including Excel and PowerPoint files. Although the contents of these files do not count in the document word count, we encourage authors to present it in a concise, clear, and well-organized fashion. Supplementary material is not formatted or edited by our production team and will be published exactly as received. Authors should make explicit references to these items in appropriate locations in the text of the manuscript as "Supplementary material".

### Essential title page information

**Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible. **Author names and affiliations.** Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author and check that all names are accurately spelled. You can add your name between parentheses in your own script behind the English transliteration. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lowercase superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author. **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. This responsibility includes answering any future queries about Methodology and Materials. Ensure that the e-mail address is given and that contact details are kept up to date by the corresponding author. **Present/permanent address.** If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes

### Highlights

Highlights are mandatory for this journal as they help increase the discoverability of your article via search engines. They consist of a short collection of bullet points that capture the novel results of your research as well as new methods that were used during the study (if any). Please have a look at the examples here: [example Highlights](#).

Highlights should be submitted in a separate editable file in the online submission system. Please use 'Highlights' in the file name and include 3 to 5 bullet points (maximum 85 characters, including spaces, per bullet point).

### Abstract

A concise and factual structured abstract is required (background, objective, methods, results, conclusion) with a maximum of 250 words. The abstract should briefly state the purpose of the research, the principal results and major conclusions. An abstract is often presented separately from the article, so it must be able to stand alone. For this reason, References should be avoided, but if essential, then cite the author(s) and year(s).

### Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords, using American spelling and avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, 'and', 'of'). Be sparing with abbreviations: only abbreviations firmly established in the field may be eligible. These keywords will be used for indexing purposes.

### *Acknowledgements*

Collate acknowledgements (without identifying information) in a separate section at the end of the article before the references. List here those individuals who provided help during the research (e.g., providing language help, writing assistance or proof reading the article, etc.).

### *Formatting of funding sources*

List funding sources in this standard way to facilitate compliance to funder's requirements:

Funding: This work was supported by the National Institutes of Health [grant numbers xxxx, yyyy]; the Bill & Melinda Gates Foundation, Seattle, WA [grant number zzzz]; and the United States Institutes of Peace [grant number aaaa].

It is not necessary to include detailed descriptions on the program or type of grants and awards. When funding is from a block grant or other resources available to a university, college, or other research institution, submit the name of the institute or organization that provided the funding.

If no funding has been provided for the research, it is recommended to include the following sentence:

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

### *Units*

Follow internationally accepted rules and conventions: use the international system of units (SI). If other units are mentioned, please give their equivalent in SI.

### *Math formulae*

Please submit math equations as editable text and not as images. Present simple formulae in line with normal text where possible and use the solidus (/) instead of a horizontal line for small fractional terms, e.g., X/Y. In principle, variables are to be presented in italics. Powers of e are often more conveniently denoted by exp. Number consecutively any equations that have to be displayed separately from the text (if referred to explicitly in the text).

### *Footnotes*

Footnotes should be used sparingly. Number them consecutively throughout the article. Many word processors can build footnotes into the text, and this feature may be used. Otherwise, please indicate the position of footnotes in the text and list the footnotes themselves separately at the end of the article. Do not include footnotes in the Reference list.

### **Artwork**

#### *Image manipulation*

Whilst it is accepted that authors sometimes need to manipulate images for clarity, manipulation for purposes of deception or fraud will be seen as scientific ethical abuse and will be dealt with accordingly. For graphical images, this journal is applying the following policy: no specific feature within an image may be enhanced, obscured, moved, removed, or introduced. Adjustments of brightness, contrast, or color balance are acceptable if and as long as they do not obscure or eliminate any information present in the original. Nonlinear adjustments (e.g. changes to gamma settings) must be disclosed in the figure legend.

#### *Electronic artwork*

##### *General points*

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Embed the used fonts if the application provides that option.
- Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, or use fonts that look similar.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Size the illustrations close to the desired dimensions of the published version.
- Submit each illustration as a separate file.
- Ensure that color images are accessible to all, including those with impaired color vision.

A detailed [guide on electronic artwork](#) is available.

**You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.**

### Formats

If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word, PowerPoint, Excel) then please supply 'as is' in the native document format.

Regardless of the application used other than Microsoft Office, when your electronic artwork is finalized, please 'Save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS (or PDF): Vector drawings, embed all used fonts.

TIFF (or JPEG): Color or grayscale photographs (halftones), keep to a minimum of 300 dpi.

TIFF (or JPEG): Bitmapped (pure black & white pixels) line drawings, keep to a minimum of 1000 dpi.

TIFF (or JPEG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale), keep to a minimum of 500 dpi.

#### Please do not:

- Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); these typically have a low number of pixels and limited set of colors;
- Supply files that are too low in resolution;
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

### Color artwork

Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF (or JPEG), EPS (or PDF) or MS Office files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then the journal will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color online (e.g., ScienceDirect and other sites). [Further information on the preparation of electronic artwork.](#)

### Figure captions

Ensure that each illustration has a caption. Supply captions separately, not attached to the figure. A caption should comprise a brief title (**not** on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

### Tables

Please submit tables as editable text and not as images. Tables can be placed either next to the relevant text in the article, or on separate page(s) at the end. Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text and place any table notes below the table body. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in them do not duplicate results described elsewhere in the article. Please avoid using vertical rules and shading in table cells.

### References

#### Citation in text

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list, but may be mentioned in the text. If these references are included in the reference list they should follow the standard reference style of the journal and should include a substitution of the publication date with either 'Unpublished results' or 'Personal communication'. Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication.

#### Reference links

Increased discoverability of research and high quality peer review are ensured by online links to the sources cited. In order to allow us to create links to abstracting and indexing services, such as Scopus, Crossref and PubMed, please ensure that data provided in the references are correct. Please note that incorrect surnames, journal/book titles, publication year and pagination may prevent link creation. When copying references, please be careful as they may already contain errors. Use of the DOI is highly encouraged.

A DOI is guaranteed never to change, so you can use it as a permanent link to any electronic article. An example of a citation using DOI for an article not yet in an issue is: VanDecar J.C., Russo R.M., James D.E., Ambeh W.B., Franke M. (2003). Aseismic continuation of the Lesser Antilles slab beneath northeastern Venezuela. *Journal of Geophysical Research*, <https://doi.org/10.1029/2001JB000884>. Please note the format of such citations should be in the same style as all other references in the paper.

### Web references

As a minimum, the full URL should be given and the date when the reference was last accessed. Any further information, if known (DOI, author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

### Data references

This journal encourages you to cite underlying or relevant datasets in your manuscript by citing them in your text and including a data reference in your Reference List. Data references should include the following elements: author name(s), dataset title, data repository, version (where available), year, and global persistent identifier. Add [dataset] immediately before the reference so we can properly identify it as a data reference. The [dataset] identifier will not appear in your published article.

### Preprint references

Where a preprint has subsequently become available as a peer-reviewed publication, the formal publication should be used as the reference. If there are preprints that are central to your work or that cover crucial developments in the topic, but are not yet formally published, these may be referenced. Preprints should be clearly marked as such, for example by including the word preprint, or the name of the preprint server, as part of the reference. The preprint DOI should also be provided.

### References in a special issue

Please ensure that the words 'this issue' are added to any references in the list (and any citations in the text) to other articles in the same Special Issue.

### Reference style

**Text:** Indicate references by (consecutive) superscript arabic numerals in the order in which they appear in the text. The numerals are to be used *outside* periods and commas, *inside* colons and semicolons. For further detail and examples you are referred to the [AMA Manual of Style](#), A Guide for Authors and Editors, 11th Edition.

**List:** Number the references in the list in the order in which they appear in the text.

### Examples:

Reference to a journal publication:

1. Van der Geer J, Hanraads JAJ, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *J Sci Commun*. 2010;163:51–59. <https://doi.org/10.1016/j.Sc.2010.00372>

Reference to a journal publication with an article number:

2. Van der Geer J, Hanraads JAJ, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *Heliyon*. 2018;19:e00205. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00205>

Reference to a book:

3. Strunk W Jr, White EB. *The Elements of Style*. 4th ed. New York, NY: Longman; 2000.

Reference to a chapter in an edited book:

4. Mettam GR, Adams LB. How to prepare an electronic version of your article. In: Jones BS, Smith RZ, eds. *Introduction to the Electronic Age*. New York, NY: E-Publishing Inc; 2009:281–304.

Reference to a website:

5. Cancer Research UK. Cancer statistics reports for the UK. Accessed 13 March 2003. <http://www.cancerresearchuk.org/aboutcancer/statistics/cancerstatsreport/>; 2003. .

Reference to a dataset:

[dataset] 6. Oguro M, Imahiro S, Saito S, Nakashizuka T. Mortality data for Japanese oak wilt disease and surrounding forest compositions, Mendeley Data, v1; 2015. <https://doi.org/10.17632/xwj98nb39r.1>

### Journal abbreviations source

Journal names should be abbreviated according to the [List of Title Word Abbreviations](#).

### Video

Elsevier accepts video material and animation sequences to support and enhance your scientific research. Authors who have video or animation files that they wish to submit with their article are strongly encouraged to include links to these within the body of the article. This can be done in the same way as a figure or table by referring to the video or animation content and noting in the body text where it should be placed. All submitted files should be properly labeled so that they directly relate to the video file's content. In order to ensure that your video or animation material is directly usable, please provide the file in one of our recommended file formats with a preferred maximum size of 150 MB per file, 1 GB in total. Video and animation files supplied will be published online in the electronic version of your article in Elsevier Web products, including [ScienceDirect](#). Please supply

## ANEXO B - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa (COEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

**Pesquisador:** Daniela Virgínia Vaz

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 44526721.2.0000.5149

**Instituição Proponente:** Escola de Educação Física da Universidade Federal de Minas Gerais

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.743.966

**Apresentação do Projeto:**

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001 como uma proposta integrativa e biopsicossocial que busca descrever os componentes da saúde e da funcionalidade. Seus usos são diversos, abrangendo as áreas de atuação de diversos profissionais, e não apenas aquelas relacionadas diretamente à saúde. Com sua ampla gama de aplicações, a CIF se posiciona no centro de um diálogo com muitas vozes, o que a expõe às mais diferentes percepções e concepções e, portanto, interpretações, as quais podem ser mais favoráveis ou mais críticas a sua proposta e estrutura. O presente trabalho objetiva discernir os discursos em torno da CIF e das questões por ela endereçadas por meio de um estudo Q, aplicado a estudiosos, profissionais da saúde e áreas relacionadas, agentes públicos e ativistas de movimentos sociais, tanto no Brasil quanto no exterior. Este projeto prevê vários estudos exploratórios dos pontos de vista sobre a CIF, utilizando a metodologia Q, na qual os participantes expressam suas opiniões e perspectivas através da classificação de declarações relacionadas ao tema em questão. A metodologia Q permite a análise de pontos de vista subjetivos usando processos objetivos rigorosos. A metodologia Q envolve as seguintes fases (BROWN, 1993): (1) elaboração de um Q-concourse (conjunto de afirmativas sobre o tema) abrangente, contendo afirmações que representam a maior variedade de concepções sobre a CIF e seus construtos encontradas na literatura e em discussões dos autores com seus pares, (2) desenvolvimento da amostra Q (Q-set formado por um

**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: 4.743.966

subconjunto de frases do Q-concourse), contendo afirmativas como ampla representatividade de perspectivas, (3) seleção do conjunto de participantes (P-set) composto por uma amostra proposital (não aleatória) de entrevistados escolhidos de acordo com sua relevância para os objetivos da pesquisa; (4) Classificação Q: apresentação do Q-set aos participantes (P-set) para o ranqueamento das afirmativas de acordo com seu grau de discordância ou concordância (por exemplo de -4 (discordo fortemente) até +4 (concordo fortemente)). A quantidade de frases em cada nível do ranking deve seguir uma distribuição quase normal, para configurar um Q-sort; (5) análise fatorial (Análise de Componentes Principais com o software PQMethod) dos Q-sorts para identificar os “fatores” emergentes ou discursos representativos daquela população e (6) interpretação e nomeação dos pontos de vista coletivos através de síntese qualitativa. Uma breve entrevista é feita na sequência da Classificação Q para esclarecer alguns pontos críticos do pensamento de cada participante e auxiliar na interpretação dos fatores. Neste projeto, serão elaborados Q-sets sobre deficiência e sobre a CIF e escolhidos participantes cuja atuação profissional é relevante para a produção e disseminação de discursos e interpretações de saúde e funcionalidade segundo a CIF, incluindo professores dos cursos superiores de saúde, especialistas, estudiosos e pesquisadores da temática da funcionalidade, profissionais de saúde e áreas afins, além de atores de movimentos sociais e agentes públicos ligados a elaboração de políticas de saúde e deficiência, tanto no Brasil quanto no exterior (os Q-sets estarão disponíveis em português e inglês). O Q-set poderá ser apresentado a cada participante presencialmente, por correio ou por plataforma eletrônica específica. As entrevistas também poderão ser realizadas presencialmente ou por plataformas de comunicação virtual.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

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

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os autores:

Riscos: Há riscos mínimos para os participantes, como o possível cansaço mental durante a classificação das frases ou entrevista. Para contornar este risco, a tarefa de classificação poderá ser completada em múltiplas sessões com duração definida pelo próprio participante. A

**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: 4.743.966

anonimidade de todos os participantes será mantida pelo uso de códigos, invés de nomes, para sua identificação em todas as fases da pesquisa. Nenhum dado pessoal será divulgado em produções decorrentes da pesquisa.

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

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para a área de conhecimento e pode contribuir para ampliar o entendimento sobre o modelo biopsicossocial, aprimorando a abordagem de pessoas com deficiência. O projeto conta com financiamento próprio e não possui instituição co-participante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados e encontram-se adequados.

**Recomendações:**

- Se envolver coleta de dados institucionais para o recrutamento, deve-se anexar o TCUD (vide: <https://www.ufmg.br/bioetica/coep/tcud/>) assinado em próxima emenda.
- Se o recrutamento será por mídias sociais, recomenda-se consulta às orientações da Conep (<https://www.ufmg.br/bioetica/coep/wp-content/uploads/2021/02/ambiente-virtual.pdf>). Esclarecer no projeto e nos relatórios.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Somos favoráveis à aprovação do projeto.

**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:**

**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: 4.743.966

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1705792.pdf	15/03/2021 12:29:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs.docx	15/03/2021 12:28:08	Daniela Virgínia Vaz	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoAssinada.pdf	15/03/2021 12:15:51	Daniela Virgínia Vaz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Estudos_Q.docx	10/03/2021 15:07:35	Daniela Virgínia Vaz	Aceito
Outros	Aprovacao_camara.pdf	09/03/2021 15:19:31	Daniela Virgínia Vaz	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 29 de Maio de 2021

Assinado por:

Críssia Carem Paiva Fontainha  
(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 (TCLE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar de um projeto de pesquisa que tem como objetivo levantar as opiniões mais comuns sobre Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Este é um projeto de pesquisa desenvolvido pela 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 um formulário eletrônico com dados para sua identificação e em seguida receberá de forma *on-line* um conjunto de afirmativas (Q-set) para ranqueamento de acordo com o grau de concordância sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Na sequência teremos uma pequena entrevista, via plataforma virtual, sobre o seu processo de decisão e experiências pessoais com a temática. O seu anonimato será garantido, usaremos senhas numéricas para identificação. Em nenhum momento o seu nome será divulgado. O tempo gasto para preenchimento do questionário é de aproximadamente 60 minutos. Você poderá interromper o preenchimento a qualquer momento, de acordo com a sua necessidade.

**RISCOS:** Não há nenhum tipo de risco físico para participar dessa pesquisa. Há possibilidade de desconforto ou cansaço durante o preenchimento do questionário, que poderá ser interrompido a qualquer momento que desejar. Para controlar os riscos de exposição, o anonimato será garantido com identificação por códigos numéricos ao invés do seu nome e você terá um prazo ampliado para devolução do Q-set.

**BENEFÍCIOS:** Não há benefício direto para você ao preencher esse questionário, porém as informações colhidas nos possibilita um melhor entendimento acerca da multiplicidade de pontos de vista sobre a CIF de agentes produtores e multiplicadores de discursos sobre funcionalidade.

**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 aplicação da entrevista e os materiais utilizados na pesquisa não terão nenhum custo para você.

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

Declaro que li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos e procedimentos satisfatoriamente explicados. Tive tempo suficiente para considerar a

informação acima, tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou ciente de que tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter em relação à pesquisa com a pesquisadora Rafaela Cristina de Souza Arrais Albuquerque: (31) 984669579 ([rafaelaarrais01@gmail.com](mailto:rafaelaarrais01@gmail.com)) ou a orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Virgínia Vaz ([danielavvaz@gmail.com](mailto:danielavvaz@gmail.com)). 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](mailto:coep@prpq.ufmg.br) Comitê de Ética em Pesquisa /SMSA-BH: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar – Bairro Funcionários. CEP: 30130-007 – BH –MG Tel. (31) 3277-5309. Email: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br)

Concordo em participar da pesquisa

30/07/23, 15:56

PESQUISA: Concepções acerca da CIF por fisioterapeutas experts.

**Dados sócio-demográficos**

Seus dados serão sempre mantidos em anonimato.

7. Qual a sua idade? \*

---

8. Em qual Estado você atua? \*

---

9. Em qual universidade você formou?

---

10. Quantos anos de formado(a)? \*

---

11. Qual a sua especialidade/área de atuação? \*

---

---

---

---

12. Qual a sua titulação acadêmica? \*

---

13. Há quanto tempo (anos) atua na docência? \*

---

30/07/23, 15:56

PESQUISA: Concepções acerca da CIF por fisioterapeutas experts.

14. Você atua em docência na... \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Graduação
- Pós-graduação
- Graduação e Pós-graduação
- Outro: \_\_\_\_\_

15. Você atua na \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Apenas na docência
- Na docência e na clínica

16. Quanto tempo de atuação com a CIF? \*

\_\_\_\_\_

17. Você recorda o nome do(a) professor(a) que apresentou a CIF para você? Em qual ano? \*

\_\_\_\_\_

18. Você se considera conhecedor da CIF? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

Considerações Finais

30/07/23, 15:56

PESQUISA: Concepções acerca da CIF por fisioterapeutas experts.

19. Você conhece ou já usou a plataforma TRELLO? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Conheço e utilizo
- Conheço mas não utilizo
- Talvez

20. Qual o seu número para contato (com DDD)? \*

---

Por favor submeta suas respostas clicando no botão abaixo. Em seguida, você receberá no seu email um link para um painel eletrônico com várias frases sobre a CIF. Muito obrigada pela sua participação!

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários



## APÊNDICE C - Mini currículo

### 1 Formação Acadêmica

Graduada em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, PUC Minas (2009)

Especialização em Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP (2010)

Especialização em Sexualidade Humana. Child Behavior Institute of Miami, CBI, Brasil (2022)

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5998360436518403>

### 2 Experiência Profissional

#### Clínica Fisioterapia para Mulher Ltda

-Posição: Fisioterapeuta (sócio-proprietário)

-Duração: novembro/2016 até o presente

-Atividades: atendimento fisioterapêutico e administração.

#### Clínica Magda Rocha Espaço Corpo Ltda

-Posição: Fisioterapeuta (sócio-proprietário)

-Duração: fevereiro/2013 até novembro/2016

-Atividades: atendimento fisioterapêutico

#### Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - campus Betim

-Posição: Professor Assistente

-Duração: 2º semestre 2011 - 2º semestre 2020 - 1º semestre 2021

-Atividades: disciplinas teóricas (Fisioterapia na Saúde da Mulher e Dermatofuncional) e disciplina prática (estágio supervisionado em Fisioterapia na Saúde da Mulher)

### 3 Produção Intelectual

#### 3.1 Artigos Publicados

(2012) A utilização de FiO<sub>2</sub> inferior a 100% para hiperoxigenação de pacientes estáveis submetidos à aspiração endotraqueal. ASSOBRAFIR Ciência, v. 3, p. 45-56, 2012.

(2009) Educando para a saúde: uma atuação da fisioterapia na extensão universitária. Vivências (URI. Erechim), v. 05, p. 107-111, 2009.

#### 3.2 Textos de revistas/jornais

(2017) Vaginismo: quando o sexo vira um tormento. Revista MAIS Betim, 10 fev. 2017.

#### 3.3 Resumos publicados em anais de congressos

(2010) Ventilação mecânica não invasiva em gestantes internadas em uma unidade de terapia intensiva especializada. In: IV Encontro Nordestino de Fisioterapia na Saúde da Mulher, 2010, Fortaleza.

(2010) Ventilação mecânica não invasiva em gestantes internadas em uma unidade de terapia intensiva especializada. In: III Jornada de Fisioterapia CAISM/UNICAMP, 2010, Campinas.

(2010) Comparação da qualidade de vida em mulheres pós-linfonodectomia axilar por câncer de mama segundo reabilitação física: exercícios direcionados ou livres. In: V Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Cancerologia, 2010, São Paulo.

- (2009) Correlação entre SpO<sub>2</sub>, a PEEP e a FiO<sub>2</sub> durante a aspiração endotraqueal com hiperoxigenação prévia. In: XVIII Congresso Brasileiro de Fisioterapia, 2009, Rio de Janeiro.
- (2009) A utilização de uma FiO<sub>2</sub> 50% acima da FiO<sub>2</sub> basal na aspiração endotraqueal de pacientes estáveis é segura. In: V Jornada de Fisioterapia, 2009, Betim.
- (2009) Educando para a Saúde: uma experiência extensionista na atenção primária a saúde. In: V Jornada de Fisioterapia, 2009, Betim.
- (2009) Correlação entre SpO<sub>2</sub>, a PEEP e a FiO<sub>2</sub> durante a aspiração endotraqueal com hiperoxigenação prévia. In: II Congresso Mineiro de Fisioterapia Cardiorrespiratória e fisioterapia em terapia intensiva da Assobrafir, 2009, Belo Horizonte.

#### **4 Atividades complementares**

- Projeto de extensão com bolsa - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Educando para Saúde – Carga horária: 10h semanais - Período: 2007 a 2009
- Projeto de extensão com bolsa - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Antitabagismo – Carga horária: 10h semanais - Período: 2006

#### **5 Participação em Bancas**

- (2021) Participação em banca de Ana Beatriz de Alencar Silva Carneiro, Carolina Mafra Duarte. Caracterização Clínica e Epidemiológica dos Pacientes Atendidos na Clínica Escola do Centro Universitário Newton Paiva, no Estágio de Fisioterapia na Saúde da Mulher. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário Newton Paiva.
- (2018) Participação em banca de Barbara Aparecida Lopes Pereira, Isabelle Crystyana de F. K.. Câncer de Mama e atividade física: uma revisão sistemática. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
- (2017) Participação em banca de Dayane Isabelle Pereira Gonçalves, Márcia Lopes dos Santos,. Atividade física moderada no tratamento do Câncer de Mama: Relato de Caso. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
- (2016) Participação em banca de Sara Reinert Martins Medeiros e Ariane Christine Venancio. Atividade física no tratamento de mulheres pós câncer de mama. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
- (2016) Participação em banca de Kênia G. R. Pais, Mariana B. Saint'Yves, Maria Luiza M. Murta. Orientação e prática sobre a mamada na primeira meia hora de vida. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
- (2015) Participação em banca de Rafael dos Reis Rosa e Jéssika Gilvânia. Tratamento fisioterapêutico em pacientes com incontinência urinária pós prostatectomia radical. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
- (2013) 1ª JORNADA ACADÊMICA INTEGRADA DE FISIOLÓGIA E FISIOPATOLOGIA. 2013. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - Banca de comissão Julgadora

(2013) Participação em banca de Fernanda Gomes Amaro e Michele Jeremias Simão. Incidência de trauma mamilar no puerpério imediato. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

(2011) Participação em banca de Daniela Colombarolli. Efeitos da fisioterapia durante a gestação na saúde do neonato. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

(2011) Participação em banca de Maikon Millen da Costa. Impacto do Treinamento de Força de Membros Superiores no Grau de Linfedema em Pacientes Pós-Mastectomizadas devido ao Câncer de Mama. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

(2011) Fortalecimento do assoalho pélvico com uso do colar tailandês: um programa domiciliar. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

## **6 Distinções**

2º lugar: apresentação oral de tema livre, IV Encontro nordestino de fisioterapia na saúde da mulher.

3º lugar: apresentação oral de tema livre, III Jornada de fisioterapia CAISM/UNICAMP.

3º lugar: apresentação oral de tema livre, V Congresso Brasileiro de fisioterapia em cancerologia.

Destaque acadêmico do curso de fisioterapia turma 2º/2009, PUC Minas Betim.

1º lugar: apresentação de tema livre (banner), II Congresso mineiro de fisioterapia cardiorrespiratória e fisioterapia em terapia intensiva da Assobrafir

Destaque acadêmico do curso de fisioterapia - 7º período, PUC Minas Betim.