

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

Pedro Martins Jardim

**PONTOS DE VISTA SOBRE DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE ENTRE  
FISIOTERAPEUTAS BRASILEIROS: um estudo Q**

Belo Horizonte

2024

Pedro Martins Jardim

**PONTOS DE VISTA SOBRE DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE ENTRE  
FISIOTERAPEUTAS BRASILEIROS: 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, na área de concentração de Estudos do Desempenho Motor e Funcional Humano, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

**Orientador:** Prof<sup>ª</sup> Daniela Virgínia Vaz, PhD

**Coorientador:** Prof<sup>ª</sup> Ilka Afonso Reis, PhD

Belo Horizonte

2024

J37p Jardim, Pedro Martins  
2024 Pontos de vista sobre deficiência e incapacidade entre fisioterapeutas brasileiros:  
um estudo Q. [manuscrito] / Pedro Martins Jardim – 2024.  
105 f.: il.

Orientadora: Daniela Virgínia Vaz

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

Bibliografia: f. 61- 69

1. Fisioterapeutas – Teses. 2. Deficientes – Teses. 3. – Teses. I. Vaz, Daniela  
Virgínia. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física,  
Fisioterapia e Terapia Ocupacional. III. Título.

CDU: 615.8-056.26

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecário Antônio Afonso Pereira Júnior, CRB 6: nº 2637, da  
Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG.



## ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO **PEDRO MARTINS JARDIM**

Realizou-se, no dia 11 de julho de 2024, às 14:00 horas, Miniauditório da EEFFTO, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *PONTOS DE VISTA SOBRE DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE ENTRE FISIOTERAPEUTAS BRASILEIROS: Um estudo Q*, apresentada por PEDRO MARTINS JARDIM, número de registro 2020723233, graduado no curso de MEDICINA, 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). Ilka Afonso Reis (Universidade Federal de Minas Gerais), Prof(a). Adriana Maria Valladão Novais Van Petten (UFMG), Prof(a). Marcella Guimarães Assis (UFMG).

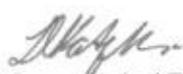
A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.  
Belo Horizonte, 11 de julho de 2024.

  
Prof(a). Daniela Virginia Vaz (Doutor)

  
Prof(a). Ilka Afonso Reis (Doutor)

  
Prof(a). Adriana Maria Valladão Novais Van Petten (Doutora)

  
Prof(a). Marcella Guimarães Assis (Doutora)



## FOLHA DE APROVAÇÃO

### PONTOS DE VISTA SOBRE DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE ENTRE FISIOTERAPEUTAS BRASILEIROS: Um estudo Q

#### PEDRO MARTINS JARDIM

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 11 de julho de 2024, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Daniela Virginia Vaz - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Ilka Afonso Reis  
UFMG

  
Prof(a). Adriana Maria Valladão Novais Van Petten  
UFMG

  
Prof(a). Marcella Guimarães Assis  
UFMG

Belo Horizonte, 11 de julho de 2024.

Dedico este trabalho a Deus, que nos criou à sua imagem, dotados de dignidade inalienável; à minha família, minha alegria e motivação para meus maiores esforços; às minhas orientadoras, exemplos de excelência científica, ética e humanidade; aos colegas do Grupo CIF Brasil e da ISEF, que trabalham com afinco pela mudança de paradigma em Funcionalidade, Incapacidade e Saúde humanas; e a todas as pessoas que têm sua participação social restringida por barreiras (especialmente, atitudinais) levantadas em razão de suas deficiências.

## AGRADECIMENTOS

Gratidão é, sem dúvida, a atitude que me sobressai diante de tudo o que experimentei desde a decisão por cursar um Mestrado e a escolha pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da EEEFTO da UFMG até o momento em que escrevo esta dissertação. É assombrosamente maravilhoso me enxergar tão pequeno diante da grandeza do que tenho experimentado neste percurso. De fato, o Universo é imenso, misterioso e encantador, e o seu Criador se tem mostrado inegavelmente amoroso a mim.

Ó Senhor, Senhor nosso, como é magnífico o teu nome em toda a terra!  
Pois puseste nos céus a tua majestade. [...] Quando contemplo os teus céus, obra dos teus dedos, e a lua e as estrelas que estabeleceste, que é o homem, para que dele te lembres? E o filho do homem, para que o visites?

Salmos 8:1, 3, 4

Quanto sentido há em louvar quem é maior do que eu! As dádivas do Criador se estendem até às situações mais ordinárias, como o dia a dia com minha família, os encontros com minhas orientadoras, colegas e professores, os contatos com cada participante desta pesquisa.

Sou imensamente grato a minha esposa Kelley, que tem sido uma rocha ao meu lado nas mais diversas intempéries desta vida. Sua doçura e amor abnegado vez após vez me impulsionaram ao que pensei estar além das minhas forças. Meus filhos, minha alegria e minha escola de vida, me trouxeram leveza e serenidade até nos dias mais sombrios e extenuantes. A eles dedico meus dias no caminho do amadurecimento – que eu lhes seja um bom exemplo de vida íntegra!

Faltam-me palavras para expressar gratidão à minha orientadora, professora Daniela Vaz. A cada encontro ela foi capaz de descer do alto de sua estatura acadêmica e acolher minhas ideias, dúvidas, e dificuldades. Olhar para ela me tem impelido na busca por me tornar um cientista comprometido com a coerência teórica, o rigor metodológico e com a valorização do ser humano em tudo o que produzir. Como estou distante de seu modelo! Contudo, a beleza das virtudes que nela pude contemplar, me deu um horizonte que, certamente, me impulsionará adiante por longos anos nesta jornada acadêmica.

Considero-me um privilegiado de poder conviver ainda com a professora Fabiane Ferreira e as colegas Mariana Veloso e Rafaela Arrais, além, é claro, da própria Professora Daniela. Como crescemos juntos nesse tempo! Cada uma de vocês contribuiu de forma singular para criar um ambiente de florescimento de ideias e de fomento da atitude científica de excelência. Porém, mais do que o crescimento mútuo, encontramos o rosto uns dos

outros, a beleza da humanidade na alteridade, o prazer da amizade. Sem me esquecer ainda de cada professor do departamento de Fisioterapia da UFMG que acolheu este “estrangeiro” com tanta hospitalidade!

Agradeço também à minha co-orientadora, professora Ilka Reis, que com admirável gentileza acolheu minhas dúvidas e com sua didática brilhante é capaz de fazer parecer simples os conceitos mais complexos da estatística; e à professora Regiane Lucas de Oliveira Garcêz, pelos valiosos insights e ensinamentos sobre as metodologias qualitativas e por sua graciosa apreciação e revisão deste trabalho final.

Um elemento importantíssimo neste mestrado é a parceria do Grupo CIF Brasil. Desde 2019, quando conheci o Professor Eduardo Santana Cordeiro num curso de imersão sobre a CIF ministrado por ele, tenho sido não apenas encorajado, mas de fato suportado por ele, que também se tornou um amigo. A partir de seu convite para fazer parte do Grupo CIF Brasil, pude conhecer também pessoas maravilhosas que fizeram parte desta jornada, desde a concepção deste projeto de mestrado. Não poderia deixar de citar nominalmente, André Rocha, Mauro Felix, Estênifer Balco, Daniele Perez, Scheila Paiva, Cássia Buchalla, dentre outros colegas que contribuíram de diversas formas, muitas vezes, dedicando seu tempo e energia para ler meus escritos e me orientar nos primeiros passos na vida acadêmica. Este projeto jamais seria concebido, muito menos, concluído, sem vocês!

Não poderia deixar de mencionar meus pais, Helder e Claudia, minha irmã, Ana, meus avós, Marcio e Luzia, meus sogros, Carlos e Dione, meus tios, Sérgio e Cris, que com tanto amor e de tantas maneiras me sustentaram e incentivaram a seguir nesta caminhada. Vocês são sinal constante do cuidado e do favor de Deus na minha vida!

Aos queridos irmãos da Igreja Esperança, cujas orações e amizade me têm sustentado nas peregrinações desta vida: minha eterna gratidão!

Agradeço também a cada colega com quem tive a oportunidade de compartilhar ideias e dificuldades, e ainda aos que com tanta gentileza se dispuseram a participar desta pesquisa. A cada um de vocês, meu forte abraço!

*Deficiência é uma questão de direitos humanos! Eu repito: deficiência é uma questão de direitos humanos<sup>1</sup>.  
(Bengt Lindqvist<sup>2</sup>)*

---

<sup>1</sup> Trecho do discurso de Bengt Lindqvist no 19th Congress of Rehabilitation International, Rio de Janeiro, em 25-30 de Agosto de 2000. Tradução livre.

<sup>2</sup> Relator Especial para Deficiência, da Comissão para o Desenvolvimento Social da ONU (1994-2002).

## RESUMO

### Introdução

Os discursos de deficiência dos profissionais de saúde em geral, e dos fisioterapeutas em particular, podem ter um impacto social profundo, especialmente na vida de seus pacientes com deficiência. Entretanto, essa questão raramente tem sido estudada empiricamente. Além disso, os métodos qualitativos e quantitativos tradicionais geralmente são insuficientes para apreciar a complexidade de significados ou para identificar objetivamente a diversidade de pontos de vista.

### Objetivo

Distinguir, de forma concisa, os discursos correntes sobre deficiência e incapacidade dentre um grupo diverso de fisioterapeutas brasileiros.

### Métodos

Conduziu-se um estudo transversal Q com uma amostra proposital diversificada de fisioterapeutas brasileiros. O *q-set* continha 59 afirmativas representando diversas perspectivas sobre aspectos variados da deficiência e incapacidade, derivadas de um *q-concourse* de 182 frases extraídas, adaptadas ou elaboradas a partir da apreciação da literatura sobre modelos de deficiência e de outros dois trabalhos sobre o tema: um estudo Q, conduzido por [McKenzie et al. \(2011\)](#), e uma pesquisa qualitativa conduzida por [Vaz et al. \(2023\)](#).

### Resultados

Cinquenta e três participantes de contextos diversos completaram sua participação. A análise fatorial produziu três fatores ortogonais, assim denominados: 1) Visão biomédica contextualizada; 2) Visão sociopsicobiológica; 3) Visão realista-anticapacitista. As ideias biopsicossociais estavam presentes em todos os pontos de vista; o ponto de vista 1 tem uma forte ênfase biomédica; o ponto de vista 2 favorece ligeiramente as ideias sociais; o ponto de vista 3 valoriza as ideias anticapacitistas. Todos tentam rejeitar o preconceito, mas o ponto de vista 1 não consegue ser consistente nesse esforço.

### Conclusão

As concepções de deficiência geralmente aparecem na literatura ligadas a modelos teóricos herméticos ou descritas a partir de opiniões subjetivas diversas, porém, muitas vezes, mal delimitadas. O método Q permitiu caracterizar as concepções dos fisioterapeutas dentro

de três pontos de vista claramente distinguíveis, refletindo graus variados de ênfase nas perspectivas biopsicossocial, biomédica, social e anticapacitista/afirmativa na compreensão e resposta à deficiência e incapacidade.

#### Palavras-chave

Definições de Deficiência. Incapacidade. Reabilitação. Profissionais da saúde. Metodologia mista. Capacitismo.

## ABSTRACT

### Introduction

The discourses of health professionals, particularly physiotherapists, on disability have the potential to exert a significant social influence, particularly on the lives of their disabled patients. However, this topic has rarely been empirically investigated. Furthermore, traditional qualitative and quantitative methods may be inadequate for fully appreciating the complexity of meanings or for objectively identifying the diversity of viewpoints.

### Objective

To concisely distinguish current discourses on disability among a diverse group of Brazilian physiotherapists.

### Methods

A cross-sectional Q-study was conducted with a diverse purposive sample of Brazilian physiotherapists. The Q-set comprised 59 statements representing diverse perspectives on various aspects of disability. These statements were derived from a Q-concourse of 182 sentences, which had been extracted, adapted, or elaborated from a comprehensive literature review on models of disability and from two other studies on the subject: a Q-study conducted by [McKenzie et al. \(2011\)](#) and a qualitative survey conducted by [Vaz et al. \(2023\)](#).

### Results

Fifty-three participants from many diverse contexts completed their participation. Factor analysis produced three orthogonal factors, so named: 1) Context-accounting Biomedical View; 2) Socio-psycho-biological View; 3) Realist-Anti-ableist View. Biopsychosocial ideas were present in all points of view; point of view 1 has a strong biomedical emphasis; point of view 2 slightly favors social ideas; point of view 3 values anti-capacitist ideas. They all try to reject prejudice, but point of view 1 fails to be consistent in this effort.

### Conclusion

The existing literature on conceptions of disability is typically associated with either hermetic theoretical models or subjective opinions, which are frequently inadequately delineated. The Q method allowed for characterizing PTs' conceptions within three clearly

distinguishable points of view, reflecting varying degrees of emphasis on biopsychosocial, biomedical, social and anti-ableist/affirmative perspectives in understanding and responding to disability.

### **Keywords**

Disability definitions. Rehabilitation professional. Health professional. Mixed method. Ableism.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Columns and respective number of slots of the fixed distribution . . . .	42
Figura 2 – Composite Q-sort for Factor 1 . . . . .	43
Figura 3 – Composite Q-sort for Factor 2 . . . . .	44
Figura 4 – Composite Q-sort for Factor 3 . . . . .	45

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – Comparação entre métodos quantitativos tradicionais e a Metodologia Q 25
- Quadro 2 – Comparação entre métodos qualitativos tradicionais e a Metodologia Q 26

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Factor Characteristics . . . . .	46
Tabela 2 – Factor loadings and sociodemographic characteristics of participants loading in Factor 1 . . . . .	47
Tabela 3 – Factor loadings and sociodemographic characteristics of participants loading in Factor 2 . . . . .	49
Tabela 4 – Factor loadings and sociodemographic characteristics of participants loading in Factor 3 . . . . .	51
Tabela 5 – Factor loadings and sociodemographic characteristics of unflagged par- ticipants . . . . .	53
Tabela 6 – Q sample statements, statement z-scores and Q sort value for each factor.	54

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EEFFTO	Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG
FAE	Faculdade de Educação
FAFICH	Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ISEF	International Society of Experts and Reseearchers on Funtioning and the ICF / Associação Internacional de Especialistas e Pesquisadores em Funcionalidade
MBM	Modelo biomédico
MBPS	Modelo biopsicossocial
MS	Modelo social
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PPGCR	Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação
PT	Physical Therapist, same as Physiotherapist. Pl. Physical Therapists or Physiotherapists (PTs)
RMD	Relatório Mundial sobre Deficiência
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UN	United Nations
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

1	<b>PREFÁCIO</b> . . . . .	19
2	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	20
2.1	<b>O estudo da deficiência e incapacidade</b> . . . . .	20
2.1.1	<b>A importância histórica e social da deficiência e incapacidade</b> . . . . .	20
2.1.2	<b>Modelos de deficiência e incapacidade</b> . . . . .	20
2.1.3	<b>Terminologia relacionada a deficiência e incapacidade</b> . . . . .	22
2.1.4	<b>O papel da sociedade na vida das pessoas com deficiência / incapacidade</b> . . . . .	22
2.1.5	<b>A importância do fisioterapeuta e dos profissionais da saúde e reabilitação</b> . . . . .	23
2.2	<b>Questões metodológicas</b> . . . . .	24
2.2.1	<b>A importância da pesquisa empírica</b> . . . . .	24
2.2.2	<b>As limitações das metodologias quantitativas e qualitativas tradicionais</b> . . . . .	24
2.2.3	<b>A Metodologia Q</b> . . . . .	26
2.3	<b>Sobre o autor e seu envolvimento com este estudo</b> . . . . .	27
3	<b>ARTIGO: POINTS OF VIEW ON DISABILITY OF BRAZILIAN PHYSIOTHERAPISTS: A Q STUDY</b> . . . . .	29
3.1	<b>Abstract</b> . . . . .	29
3.2	<b>Introduction</b> . . . . .	30
3.3	<b>Methods</b> . . . . .	32
3.3.1	<b>Ethical issues</b> . . . . .	32
3.3.2	<b>Study design</b> . . . . .	32
3.3.3	<b>Participants</b> . . . . .	32
3.3.4	<b>Q-set development</b> . . . . .	33
3.3.5	<b>Q sorting</b> . . . . .	33
3.3.6	<b>Factor analysis</b> . . . . .	34
3.3.7	<b>Qualitative analysis</b> . . . . .	35
3.4	<b>Results</b> . . . . .	35
3.4.1	<b>Participants</b> . . . . .	35
3.4.2	<b>Factor Analysis</b> . . . . .	35
3.4.3	<b>Qualitative analysis</b> . . . . .	36
3.4.3.1	<b>Factor 1: “Context-accounting Biomedical View”</b> . . . . .	36
3.4.3.2	<b>Factor 2: “Socio-psycho-biological View”</b> . . . . .	37
3.4.3.3	<b>Factor 3: “Realist-Antiabileist View”</b> . . . . .	37

3.4.3.4	Consensus statements . . . . .	38
3.5	Discussion . . . . .	38
3.6	Acknowledgments . . . . .	40
3.7	Funding details . . . . .	41
3.8	Disclosure statement . . . . .	41
3.9	Figures . . . . .	42
3.10	Tables . . . . .	46
4	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS . . . . .</b>	<b>59</b>
4.1	Avanços e limitações deste trabalho . . . . .	59
4.2	Conclusão . . . . .	59
	<b>REFERÊNCIAS . . . . .</b>	<b>61</b>
	<b>APÊNDICES . . . . .</b>	<b>70</b>
	<b>APÊNDICE A – Q-CONCOURSE . . . . .</b>	<b>71</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ES- CLARECIDO . . . . .</b>	<b>81</b>
	<b>ANEXOS . . . . .</b>	<b>83</b>
	<b>ANEXO A – APROVAÇÃO NO CONSELHO DE ÉTICA . . . . .</b>	<b>84</b>
	<b>ANEXO B – MINICURRÍCULO DO AUTOR . . . . .</b>	<b>90</b>
	<b>ANEXO C – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA PHYSIOTHERAPY THEORY AND PRACTICE . . . . .</b>	<b>94</b>

## 1 PREFÁCIO

Esta dissertação foi elaborada no formato “opcional”, conforme 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 está organizada em três capítulos, constando, o primeiro, de uma introdução geral à dissertação; o segundo, da reprodução do artigo a ser submetido para publicação, com a descrição de todo o processo de concepção e condução desta pesquisa e seus resultados; e, o terceiro, das considerações finais.

No primeiro capítulo, introduz-se o contexto em que este trabalho foi produzido a partir de três eixos: i) a importância social da deficiência, como uma questão de direitos humanos; ii) a importância de se explorar concepções de deficiência e incapacidade e a abordagem metodológica escolhida; e iii) a relação do autor com o tema e seu envolvimento neste trabalho.

O artigo apresentado no segundo capítulo está em conformidade com os padrões da revista internacional *Physiotherapy Theory and Practice* e será submetido para publicação oportunamente. Este trabalho está organizado nas seções Introdução, que traz uma breve revisão bibliográfica, problematização do tema e das questões metodológicas envolvidas e objetivos da pesquisa; Metodologia, com descrição detalhada dos processos envolvidos em um estudo Q e as escolhas específicas realizadas na condução desta pesquisa; Resultados; e Discussão dos resultados, incluindo considerações sobre suas possíveis implicações para o campo da Reabilitação e a profissão da Fisioterapia, forças e limitações do estudo e algumas possibilidades futuras de novos estudos.

No último capítulo, o autor pondera sobre os avanços e limitações deste trabalho e sobre seu lugar nos contextos acadêmico e social de nosso país, encerrando com uma reflexão sobre o labor na produção científica.

Por fim, esta dissertação traz as referências bibliográficas, apêndices e três anexos: 1) a cópia do documento de aprovação do trabalho no Conselho de Ética; 2) um mini currículo do autor; e 3) normas de publicação da *Physiotherapy Theory and Practice*.

## 2 INTRODUÇÃO

### 2.1 O estudo da deficiência e incapacidade

#### 2.1.1 A importância histórica e social da deficiência e incapacidade

[...] o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo (UNIDAS, 1948, Preâmbulo).

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade (UNIDAS, 1948, I. 1).

Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição (UNIDAS, 1948, I. 2)

Os Direitos Humanos são fundados no reconhecimento do valor e da dignidade inerentes a todo ser humano e se desdobram a partir dos princípios da universalidade, da fraternidade e da igualdade, rejeitando-se qualquer tipo de discriminação, no intento de produzir a justiça, a paz e a liberdade. Contudo, desde a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) em 1948, no ocaso das duas grandes guerras do século XX, ainda temos visto falhas sistemáticas na aplicação desses direitos a pessoas em situações específicas. Um grupo em que este processo acontece histórica e sistematicamente é o das pessoas com deficiência.

Pessoas com deficiência têm menos acesso a saúde, educação e oportunidades de emprego, e experimentam mais frequentemente situações de vulnerabilidade social, pobreza e piores condições de saúde e funcionalidade levando-as, inclusive, a morrerem mais cedo e a serem mais afetadas por emergências em saúde (como ocorreu no caso da pandemia de COVID-19) do que a população geral (LEONARDI et al., 2020; ORGANIZATION; BANK, 2011; ORGANIZATION, 2022; SHAKESPEARE; OFFICER, 2014).

#### 2.1.2 Modelos de deficiência e incapacidade

De acordo com o Relatório Mundial sobre Deficiência (RMD), a deficiência/incapacidade é um conceito complexo, dinâmico, multidimensional e questionado (MUNDIAL, 2012). Apesar da publicação do RMD há mais de 10 anos e da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) há mais de 20 anos, ambos com contribuições fundamentais para a padronização da linguagem e da compreensão da deficiência e

incapacidade, persistem ideias divergentes sobre esse tópico. Diferentes percepções de sua definição, causas, significados e comportamentos adequados em relação a ela são descritos na literatura, configurando vários modelos de deficiência/incapacidade (BICKENBACH et al., 1999; IMRIE, 2004; SOFFER; CHEW, 2015).

Estudiosos tem categorizado os modelos de deficiência/incapacidade usando vários esquemas: modelos baseados na teoria da tragédia pessoal *versus* da opressão social (OLIVER, 1990), modelos universalistas *versus* de discriminação de grupos minoritários (BICKENBACH et al., 1999), modelos individualistas *versus* contextuais, modelos reducionistas *versus* multifatoriais (SHAKESPEARE, 2014), entre outros. Shakespeare (Ibid) também faz uma distinção perspicaz entre abordagens ideológicas e realistas críticas. As ideologias podem estar comprometidas com agendas específicas, correndo o risco de se desconectar dos problemas reais das pessoas com deficiência, enquanto as abordagens realistas críticas buscam considerar as experiências reais das pessoas com deficiência.

As denominações mais difundidas, entretanto, são as utilizadas pela própria CIF: Modelo Biomédico (MBM), Modelo Social (MS) e Modelo Biopsicossocial (MBPS) (SAÚDE, 2003). O MBM e o MS apresentam visões contrastantes sobre a deficiência. O MBM vê a incapacidade como uma consequência direta de alterações mentais ou corporais (*impairments*) individuais e, portanto, pode ser classificado como baseado na teoria da tragédia pessoal, focado em grupos minoritários, individualista, reducionista e ideológico (o MBM poderia ser classificado como ideológico no sentido de que se encaixa nas estruturas intelectuais daqueles comprometidos com uma descrição positivista e materialista da realidade). Por outro lado, a MS vê a deficiência/incapacidade como resultado principalmente de arranjos incapacitantes da sociedade e poderia ser classificada como baseada na teoria da opressão social, discriminação de grupos minoritários, contextual, reducionista e ideológica. A CIF tenta sintetizar as duas visões no MBPS, integrando as várias perspectivas de funcionamento em relações complexas e dinâmicas. Esse modelo aparentemente não se encaixa na dicotomia entre a teoria da tragédia pessoal e a teoria da opressão social e é considerado um modelo universalista, embora também seja caracterizado como contextual, multifatorial e mais propenso a uma descrição realista da deficiência.

Há ainda outros dois modelos merecem referência no escopo deste trabalho: o modelo espiritualista, também descrito na literatura como moral-religioso ou metafísico, que atribui significados espiritualizados à deficiência (relacionado à danação ou à providência divina) (PEREIRA, 2009; LEITE; CABRAL; LACERDA, 2023); e o modelo afirmativo, que se propõe como explícito contraponto à ideia de tragédia pessoal, em direção à celebração da deficiência como uma identidade social positiva (SWAIN; FRENCH, 2000; CAMERON, 2011).

### 2.1.3 Terminologia relacionada a deficiência e incapacidade

A complexidade que envolve a questão da deficiência/incapacidade se reflete claramente na terminologia utilizada para descrever o fenômeno e seus aspectos relacionados. Destarte, faz-se importante uma nota sobre a escolha de palavras nesta dissertação.

Em países anglófonos, há palavras e expressões distintas para descrever esses conceitos (muito embora isso não seja garantia de que os discursos estejam pacificados). Entretanto, ainda há no contexto brasileiro uma confusão no uso do termo Deficiência para designar três conceitos relacionados, porém, distintos, por descreverem um fenômeno nos âmbitos social, da funcionalidade humana, e da biologia:

1. O termo pessoas com deficiência tem sido utilizado historicamente no Brasil para distinguir um grupo social específico, com sua representatividade política e identificação pessoal;
2. O fenômeno da incapacidade, como a ponta negativa do espectro da funcionalidade humana, foi assim utilizado na tradução oficial do termo *disability* na versão em português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (SAÚDE, 2003). Contudo, outro documento importantíssimo da OMS e do Banco Mundial no campo dos estudos da funcionalidade humana, o Relatório Mundial sobre Deficiência (MUNDIAL, 2012) adotou o termo deficiência como tradução de *disability*;
3. As alterações em funções e estruturas do corpo, um fenômeno biológico, são denominadas deficiência na tradução oficial da palavra *impairments* na CIF, mas foram traduzidas como impedimentos no relatório do Banco Mundial. Dessa forma, optou-se por manter a denominação “pessoas com deficiência” ao se referir ao grupo social específico e por manter o binômio deficiência/incapacidade ao se referir indistintamente ao fator que distingue o referido grupo social e a *disability* como termo guarda-chuva (conforme proposto pela CIF).

### 2.1.4 O papel da sociedade na vida das pessoas com deficiência / incapacidade

[...] que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, tendo sempre em mente esta Declaração, se esforce, através do ensino e da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades, e, pela adoção de medidas progressivas de caráter nacional e internacional, por assegurar o seu reconhecimento e a sua observância universal e efetiva.  
(UNIDAS, 1948, Prefácio)

A DUDH postula que os direitos humanos devem não apenas ser reconhecidos, mas postos em prática, por meio de atitudes individuais e coletivas. Não se trata, portanto, apenas de um conjunto de diretrizes direcionado aos Estados e suas legislações, mas

também de princípios capazes de inspirar mudanças de comportamento no dia a dia das pessoas (SATHLER; FERREIRA, 2022).

Atitudes são geralmente consideradas como disposições pessoais que influenciam o comportamento (CROSS, 2004). A CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (SAÚDE, 2003) – define atitudes como “as consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores, normas, crenças fatuais e religiosas” e as categoriza em atitudes individuais e sociais, caracterizadas como “opiniões e crenças [...] que influenciam o comportamento e as ações do indivíduo ou grupo” (categorias e410 a e460). Além das mencionadas anteriormente, a classificação também inclui uma categoria de “Normas, práticas e ideologias sociais” (e465) como condicionantes das “práticas e comportamentos sociais e individuais”.

Entendendo a natureza multidimensional do fenômeno da incapacidade, a Organização Mundial da Saúde reconhece a importância das atitudes nesse processo. Neste sentido o Relatório Mundial Sobre a Deficiência destaca que, quando negativas, as atitudes individuais contra as pessoas com deficiência são uma afronta direta à sua dignidade e parecem estar na base de diversas outras barreiras sociais à sua plena participação:

O conhecimento e as atitudes são importantes fatores ambientais que afetam todas as áreas de fornecimento de serviços e vida social. Elevar a conscientização e desafiar as atitudes negativas costumam ser os primeiros passos para a criação de ambientes mais acessíveis para as pessoas com deficiência.

(MUNDIAL, 2012)

### 2.1.5 A importância do fisioterapeuta e dos profissionais da saúde e reabilitação

As concepções de deficiência/incapacidade de uma sociedade dependem de suas raízes históricas e dos discursos de atores sociais influentes nesse campo, com destaque para os profissionais da saúde e reabilitação (PEREIRA, 2009; BRASIL, 1965). Profissionais da saúde e da reabilitação, de forma geral, e fisioterapeutas, mais especificamente, exercem grande influência na vida das pessoas com deficiência, tanto direta como indiretamente. Ao trabalhar com essas pessoas como seus pacientes, suas atitudes podem impactar a auto percepção das pessoas com deficiência além das atitudes da própria pessoa com deficiência, de seus familiares e de seus cuidadores (HAMMELL, 2006; OLIVER, 1990; GIBSON; TEACHMAN, 2012; BAMB; ROSENBAUM, 2008; SHAKESPEARE; IEZZONI; GROCE, 2009; ORGANIZATION, 2022). Ainda, de forma indireta, os profissionais podem contribuir para moldar a forma como a sociedade as enxerga, interferindo na organização dos serviços de saúde e reabilitação, na concepção das políticas públicas e nos significados sociais e culturais da deficiência/incapacidade (ALBRECHT; SEELMAN; BURY, 2001; HAMMELL, 2006).

Fisioterapeutas, em específico, são profissionais chave nas equipes de reabilitação

– muitas vezes, inclusive, liderando essas equipes. Nesse sentido, seus pontos de vista podem ter impacto relevante na avaliação, plano de cuidados e condução do tratamento de seus pacientes. As narrativas pessoais de pacientes de reabilitação confirmam que a fisioterapia pode exercer efeitos profundos – e nem sempre positivos – em suas vidas, incluindo em sua auto percepção como pessoas com deficiência (GIANGRECO, 2004; GIBSON; TEACHMAN, 2012; GILL et al., 2016; HA et al., 2022; SOFFER; CHEW, 2015).

O conceito de concepções (neste caso, as concepções de deficiência) neste trabalho será operacionalizado como interpretações e significados subjetivos que podem ser expressos na forma de uma opinião pessoal (STEPHENSON, 1968; BROWN, 1980). Este é precisamente o objeto de estudo da metodologia Q, adotada neste projeto.

## 2.2 Questões metodológicas

### 2.2.1 A importância da pesquisa empírica

Embora muitos artigos tenham sido publicados abordando aspectos teóricos das concepções de deficiência, poucos estudos investigaram as atitudes dos profissionais de reabilitação em relação às pessoas com deficiência (AU; MAN, 2006; FELDNER; VANPUYMBROUCK; FRIEDMAN, 2022; GETHING, 1993; SATCHIDANAND et al., 2012; VANPUYMBROUCK; FRIEDMAN; FELDNER, 2020), e muito pouco trabalho empírico foi feito para explorar seus entendimentos, concepções, percepções etc. (CHIANG et al., 2024; DALBONI et al., 2022; IEZZONI et al., 2021; VAZ et al., 2023; BALEOTTI; OMOTE, 2014).

Muitos estudiosos têm denunciado o distanciamento entre teoria e prática (KIE-LHOFNER, 2005), entre debate acadêmico e vida real (SHAKESPEARE, 2014), entre conscientização e mudança de comportamento (KOMENDANTOVA; NEUMUELLER, 2020). Para encurtar esta distância, um passo fundamental é conhecer os valores, as crenças, os pontos de vista, as interpretações das pessoas reais, vivendo no mundo real, enfrentando problemas reais (JARDIM, 2021), o que justifica a opção pela pesquisa empírica na condução deste trabalho.

### 2.2.2 As limitações das metodologias quantitativas e qualitativas tradicionais

Pesquisadores interessados em construtos abstratos e complexos, como as concepções de deficiência, geralmente encontram desafios para encontrar metodologias adequadas. Do ponto de vista quantitativo, pode ser difícil desenvolver instrumentos capazes de operacionalizar a construto de forma válida e significativa. Por exemplo, os instrumentos que se baseiam em escalas Likert (que geram pontuações analisadas como distribuições de frequência) geralmente carecem de profundidade e não conseguem captar nuances e ambiguidades

(Quadro 1). Por outro lado, os métodos qualitativos, como entrevistas aprofundadas e grupos focais, estão mais bem equipados para se aprofundar nas complexidades, mas são limitados para discriminar sistematicamente os discursos distintos de forma concisa e, ao mesmo tempo, no sentido que os próprios participantes dão a eles. Em vez disso, eles geralmente identificam os temas e as ideias presentes em todo o fluxo de comunicação, que devem ser interpretados pelo pesquisador, que se esforça para fazer as conexões entre eles com base em sua própria estrutura teórica (Quadro 2). Uma solução promissora está no método Q, que oferece uma abordagem equilibrada ao combinar elementos de métodos quantitativos e qualitativos para distinguir discursos coerentes presentes no fluxo de comunicabilidade em torno de um determinado tópico (BROWN, 1980; STEPHENSON, 1986), do ponto de vista dos próprios participantes (AKHTAR-DANESH; BAUMANN; CORDINGLEY, 2008; ANTONAK; LIVNEH, 2000; CHURRUCA et al., 2021; CROSS, 2004; MCKENZIE et al., 2011; RAMLO; NEWMAN, 2011; VANDERKAAY et al., 2018).

Os quadros 1 e 2 a seguir foram elaboradas com base nas leituras de Minayo (2007), Portney (2020) e das referências sobre metodologia Q utilizadas neste trabalho, como McKeown e Thomas (1988).

Quadro 1 – Comparação entre métodos quantitativos tradicionais e a Metodologia Q

	Métodos quantitativos	Método Q
<b>Surveys</b>	Medem a frequência de determinada opinião na população estudada	Exploram a variedade de opiniões
<b>E. Likert</b>	Exploram o nível de concordância/discordância com cada declaração específica Estabelecem correlações entre os itens da pesquisa (análise fatorial r)	Exploram a opinião do participante diante do fluxo de comunicação representado ( <i>Q-sample</i> ) Estabelece correlações entre pessoas (análise fatorial q)

A metodologia Q é especialmente útil para investigar assuntos em que um único discurso normalmente ofusca pontos de vista alternativos, como é o caso da perspectiva médica da deficiência entre os profissionais de saúde (ANABY et al., 2022; DALBONI et al., 2022; FRANÇA et al., 2019; MESCOUTO et al., 2020; SAMPATH et al., 2021; SOFFER; CHEW, 2015; UNGER et al., 2020; WADE, 2015; WADE; HALLIGAN, 2017). Ele também permite a identificação eficaz do "conflito discursivo interno", pois pode revelar pontos de vista complexos caracterizados por uma tensão entre a pressão para se adequar às respostas socialmente desejáveis e a expressão de crenças e valores pessoais (EXEL; GRAAF, 2005; FLUCKINGER, 2014; MCKENZIE et al., 2011). O viés de desejabilidade social é uma questão bem reconhecida nas investigações sobre atitudes e concepções de deficiência (ANTONAK; LIVNEH, 2000; DALBONI et al., 2022; FEINBERG, 1967; PALAD et al., 2016; VANPUYMBROUCK; FRIEDMAN; FELDNER, 2020).

Quadro 2 – Comparação entre métodos qualitativos tradicionais e a Metodologia Q

	Métodos qualitativos	Método Q
<b>Análise te- mática</b>	Os significados são identificados pelo pesquisador	Os significados são atribuídos pelos participantes
<b>Entrevistas</b>	O entrevistador conduz a entrevista	O participante conduz a classificação dos ítems
<b>Questionários</b>	O participante é avaliado pelos critérios do pesquisador	Os ítems da pesquisa são avaliados pelo participante a partir de seus próprios critérios
<b>Técnica Delphi</b>	Busca o estabelecimento de consenso	Busca a exploração da diversidade de opiniões subjetivas
<b>Grupos fo- cais</b>	Observa-se a construção dos significados a partir das interações no grupo	O participante expressa suas opiniões a partir do seu <i>framework</i> próprio
<b>Metodologias qualitati- vas</b>	Exploram os significados dos discursos de cada participante	Exploram a diversidade de discursos existentes entre o grupo de participantes de forma estatisticamente coesa e concisa

### 2.2.3 A Metodologia Q

A Metodologia Q é um método misto, que utiliza uma técnica quantitativa para o processamento de dados (análise fatorial) e técnicas qualitativas de interpretação. Foi desenvolvida na década de 30 por William Stephenson (1902-1989), doutor em física que concluiu seu PhD em psicologia sob orientação de Charles Spearman. Seu objetivo era o estudo da subjetividade, entendida aqui como a comunicação de uma pessoa sobre seu próprio ponto de vista, o que inclui o conjunto de suas crenças, preferências, desejos, percepções, interpretações, opiniões e atitudes individuais (MCKEOWN; THOMAS, 1988; GOOD, 2010). Este conceito de subjetividade pressupõe sua comunicabilidade e seu caráter auto-referente. Por ser auto-referente, sua mensuração só pode ser conduzida pela própria pessoa. Isso é possibilitado pela forma particular de análise fatorial “invertida” (Q, em contraste com o método R), que “correlaciona pessoas ao invés de testes” (STEPHENSON, 1935a):

This analysis [R] is concerned with a selected population of  $n$  individuals each of whom has been measured in  $m$  tests. The  $(m)(m - 1)/2$  intercorrelations for these  $m$  variables are subjected to either a Spearman or other factor analysis. The technique, however, can also be inverted. We begin with a population of  $n$  different tests (or essays, pictures, traits or other measurable material), each of which is measured or scaled by  $m$  individuals. The  $(m)(m - 1)/2$  intercorrelations are then factorised in the usual way.  
(STEPHENSON, 1935b)

Essa exploração permite localizar cada subjetividade no fluxo de comunicação existente sobre determinado assunto.

Elemento central na filosofia do método Q, o *Q-concourse* compreende o fluxo de toda comunicação existente em torno de determinado tópico, ou seja, as respostas subjetivas de um grupo de pessoas àquele assunto. Na prática, o *Q-concourse* é um compilado da maior amplitude possível dos discursos correntes em torno de determinado tema. Sua apreciação constitui a primeira etapa de um estudo Q (BROWN, 1993; BROWN, 1980; CROSS, 2004; MCKENZIE et al., 2011; ZABALA; SANDBROOK; MUKHERJEE, 2018; MCKEOWN; THOMAS, 1988). Em nosso trabalho, para elaborar o *Q-concourse*, utilizamos três fontes de discursos:

1. a transcrição das entrevistas realizadas com profissionais e estudantes da área da saúde no contexto da pesquisa de Vaz et al. (2023) “Concepções de deficiência de profissionais de saúde em formação e em exercício: um estudo qualitativo”;
2. o *Q-set* sobre *disability* elaborado por McKenzie et al. (2011); e
3. frases elaboradas pelos autores a partir de suas experiências pregressas em suas interações com colegas e de seus estudos teóricos sobre os enquadramentos de deficiência.

O trabalho resultou em um *Q-concourse* de 182 frases e afirmativas sobre deficiência/incapacidade (ver Apêndice A). Durante o processo, observou-se que o termo “deficiência” era utilizado com significados distintos (ver seção 2.1.3), e optou-se por manter essa terminologia de forma indiscriminada. Esta decisão é justificada considerando-se a natureza da metodologia Q, a qual permite que cada participante expresse suas opiniões sobre cada afirmativa a partir de suas próprias interpretações dessas, configurando-se como uma expressão de sua subjetividade.

### 2.3 Sobre o autor e seu envolvimento com este estudo

Dito isso, podemos situar este trabalho em três contextos: o da situação real das pessoas com deficiência diante dos entendimentos e práticas sociais e individuais; o das questões metodológicas envolvendo o estudo das concepções subjetivas de fisioterapeutas a respeito da deficiência/incapacidade; e o da minha trajetória como pesquisador, profissional e ser humano, sobre a qual, finalmente, passarei a discorrer brevemente a seguir.

A valorização da dignidade humana, o encanto com complexidade de nossa condição e a indignação contra as injustiças sociais se constituíram na base da minha formação familiar no contexto de um lar evangélico piedoso. Paralelo a isso, um interesse por temas relacionados à Filosofia da Ciência vem sendo cultivado mesmo antes de meu ingresso na Faculdade de Medicina da UFMG, com minha aproximação das discussões da Antropologia Filosófica e da Epistemologia. Isso me levou a questionamentos sobre os fundamentos filosóficos das práticas em saúde e os pressupostos teóricos e pré-teóricos dos

profissionais. Já na graduação, a limitação das perguntas e a insuficiência das respostas que eu encontrava em nossa grade curricular me levaram a procurar ampliar minha formação no Departamento de Ciências Aplicadas à Educação da FAE e nos departamentos de Psicologia e de Filosofia da FAFICH.

As consequências, porém, da inconsistência em nossa formação no modelo biopsicossocial foram sendo mais percebidas na minha atuação profissional. Trabalhando a partir do modelo biomédico, nós profissionais de saúde nos deparamos com a baixa resolutividade clínica com consequente sobrecarga do sistema de saúde, insatisfação dos pacientes e frustração da equipe assistencial. Notava ainda, com certa frequência, a presença perniciosa de atitudes desumanizadoras de profissionais em relação a seus pacientes, como no caso de pacientes em delirium (HALLBERG, 1999).

Providencialmente, em um curso de imersão ministrado pelo Dr Eduardo Santana Cordeiro em 2019, acabei conhecendo a CIF e o modelo biopsicossocial, que vieram a se configurar como um *framework* capaz de dar sentido a muitas de minhas experiências no campo da saúde até então. Mais adiante, licenciado do Grupo CIF Brasil, fui inserido em muitas discussões frutíferas sobre a CIF, o Modelo Biopsicossocial e suas aplicações, além do privilégio do contato com professores ilustres como a Dra. Cassia Maria Buchalla e o próprio Dr. Eduardo Santana Cordeiro.

Já no PPGCR da EEEFTO, o contato com as professoras Daniela V. Vaz e Fabiane Ribeiro e as colegas Rafaela Arrais e Mariana Peixoto neste programa de mestrado me inseriu num ambiente extremamente fértil de discussões, debates e reflexões. Ainda, participar da disciplina de História da Deficiência e Processo de Inclusão no programa de iniciação à docência do PPGCR me permitiu abrir os olhos para as raízes históricas e as situações reais das pessoas com deficiências.

Por fim, fui apresentado à metodologia Q por minha orientadora, a Dra Daniela Vaz, tive o privilégio de discutir seus aspectos quantitativos com minha co-orientadora, a Dra Ilka Reis, e aspectos qualitativos com a Dra Regiane Garcêz e a Dra Fabiane Ribeiro, e a oportunidade ímpar de participar de reuniões com a Dra Judith McKenzie, que nos forneceu orientações preciosas sobre a condução de um estudo Q.

### 3 ARTIGO: POINTS OF VIEW ON DISABILITY OF BRAZILIAN PHYSIOTHERAPISTS: A Q STUDY

#### 3.1 Abstract

**Introduction** The discourses of health professionals, particularly physiotherapists, on disability have the potential to exert a significant social influence, particularly on the lives of their disabled patients. However, this topic has rarely been empirically investigated. Furthermore, traditional qualitative and quantitative methods may be inadequate for fully appreciating the complexity of meanings or for objectively identifying the diversity of viewpoints.

**Objective** To concisely distinguish current discourses on disability among a diverse group of Brazilian physiotherapists.

**Methods** A cross-sectional Q-study was conducted with a diverse purposive sample of Brazilian physiotherapists. The Q-set comprised 59 statements representing diverse perspectives on various aspects of disability. These statements were derived from a Q-concourse of 182 sentences, which had been extracted, adapted, or elaborated from a comprehensive literature review on models of disability and from two other studies on the subject: a Q-study conducted by [McKenzie et al. \(2011\)](#) and a qualitative survey conducted by [Vaz et al. \(2023\)](#).

**Results** Fifty-three participants from many diverse contexts completed their participation. Factor analysis produced three orthogonal factors, so named: 1) Context-accounting Biomedical View; 2) Socio-psycho-biological View; 3) Realist-Anti-ableist View. Biopsychosocial ideas were present in all points of view; point of view 1 has a strong biomedical emphasis; point of view 2 slightly favors social ideas; point of view 3 values anti-capacitist ideas. They all try to reject prejudice, but point of view 1 fails to be consistent in this effort.

**Conclusion** The existing literature on conceptions of disability is typically associated with either hermetic theoretical models or subjective opinions, which are frequently inadequately delineated. The Q method allowed for characterizing PTs' conceptions within three clearly distinguishable points of view, reflecting varying degrees of emphasis on biopsychosocial, biomedical, social and anti-ableist/affirmative perspectives in understanding and responding to disability.

## Keywords

Disability definitions. Rehabilitation professional. Health professional. Mixed method. Ableism.

## 3.2 Introduction

The conceptions (points of view) of disability held by healthcare professionals, who serve as significant gatekeepers for people with disabilities accessing various services and benefits, can have a profound social impact. Healthcare professionals possess substantial power to influence not only the organization and policy making within the healthcare system but also to shape the language, knowledge, and public institutional responses to disability (ALBRECHT; SEELMAN; BURY, 2001; HAMMELL, 2006). Furthermore, the assumptions held by rehabilitation professionals can yield specific and tangible effects on the lives of individuals with disabilities, especially those who rely on rehabilitation services over the long term (BARNES, 2003; GIBSON; TEACHMAN, 2012; ORGANIZATION, 2022; HAMMELL, 2006; OLIVER, 1990; PELLEBOER-GUNNINK et al., 2017; BAMB; ROSENBAUM, 2008; SHAKESPEARE; IEZZONI; GROCE, 2009; SHAKESPEARE; OFFICER, 2014; SOFFER; CHEW, 2015; UPIAS; ALLIANCE, 1975; WANG et al., 2021; ORGANIZATION; BANK, 2011).

As key figures in the field of rehabilitation, physiotherapists' assumptions can profoundly shape the assessment conclusions, goal-setting decisions, and treatment choices they make for patients with disabilities. Personal narratives from rehabilitation patients confirm that physiotherapy can exert profound, and not always positive, effects on their lives, including their self-perception as disabled individuals (GIANGRECO, 2004; GIBSON; TEACHMAN, 2012; GILL et al., 2016; HA et al., 2022; SOFFER; CHEW, 2015).

It is thus ethically imperative to examine interpretations of disability among physiotherapists (PTs), as they may impact the lives of individuals receiving physiotherapy services. However, despite the longstanding history of theoretical criticism by disability scholars and activists against several rehabilitation implicit assumptions about disability (BARNES, 2003; HAMMELL, 2006; LONGMORE, 1995; MOSLEH, 2019; OLIVER, 1990; ROUSH; SHARBY, 2011; SHAKESPEARE; OFFICER, 2014; SHAKESPEARE; WATSON; ALGHAIB, 2017), the conceptions of healthcare professionals in general, and physiotherapists in particular, have seldom been empirically studied (CHIANG et al., 2024; DALBONI et al., 2022; GILL et al., 2016; SHARP; HERRMAN, 2021).

Although many papers have been published on theoretical accounts of disability conceptions, few studies have investigated attitudes of rehabilitation professionals towards people with disabilities (AU; MAN, 2006; FELDNER; VANPUYMBROUCK; FRIEDMAN, 2022; GETHING, 1993; SATCHIDANAND et al., 2012; VANPUYMBROUCK; FRIED-

MAN; FELDNER, 2020), and very little empirical work has been made on exploring their understandings, conceptions, perceptions, etc (CHIANG et al., 2024; DALBONI et al., 2022; IEZZONI et al., 2021; VAZ et al., 2023). Other studies have been conducted with other health professionals, but often focused on undergraduate students (HOLLER; WERNER, 2018; SAURABH; RANJAN; PATEL, 2024; SCULLION, 1999; VANPUYMBROUCK; FRIEDMAN, 2020).

Researchers interested in abstract and complex constructs such as conceptions of disability often encounter challenges in finding suitable methods. From a quantitative standpoint, it can be difficult to develop instruments to operationalize the construct in a valid and meaningful manner. For instance, instruments relying on Likert scales (that yield scores analyzed as frequency distributions) often lack depth and fail to capture nuance and ambiguity. In contrast, qualitative methods such as in-depth interviews and focus groups are better equipped to delve into the complexities, but are limited in systematically distinguishing the distinct discourses in a coherent manner and, at the same time, as the participants themselves make sense of them. Instead, they typically report the themes and ideas present throughout the entire communication flow, what has to be further interpreted by the researcher, who strives to make the connections between them on the basis of his or her own theoretical framework. A promising solution lies in the Q method, which offers a balanced approach by combining elements of both quantitative and qualitative methods to distinguish coherent discourses present within the flow of communicability around a given topic (BROWN, 1980; STEPHENSON, 1986), from the standpoint of participants themselves (AKHTAR-DANESH; BAUMANN; CORDINGLEY, 2008; ANTONAK; LIVNEH, 2000; CHURRUCA et al., 2021; CROSS, 2004; MCKENZIE et al., 2011; RAMLO; NEWMAN, 2011; VANDERKAAY et al., 2018).

The Q method serves as a pattern analytical tool for exploring discourses on complex issues within a purposive sample of participants. It involves creating a diverse set of statements representative of the breadth of perspectives on a topic and collecting data from participants who interpret these statements and then rank order them based on their subjective views. Through factor analysis, distinct patterns of content are identified, allowing the data set to ‘talk for itself’ and reveal new and rich constellations of viewpoints held in common by clusters of participants. Thus, while allowing participants to express their subjectivity, the Q method objectively identifies viewpoint patterns. This approach reduces potential bias stemming from the researcher’s preconceptions, resulting in a more balanced and rigorous method of analysis (AKHTAR-DANESH; BAUMANN; CORDINGLEY, 2008; BROWN, 1993; CHURRUCA et al., 2021; CROSS, 2004; EXEL; GRAAF, 2005; GARBELLINI et al., 2021; MCKENZIE et al., 2011; MCKEOWN; THOMAS, 1988).

Q methodology is especially well-suited for investigating subjects where a single discourse has typically overshadowed alternative viewpoints, as is the case of the medical

perspective of disability among healthcare professionals (ANABY et al., 2022; DALBONI et al., 2022; FRANÇA et al., 2019; MESCOUTO et al., 2020; SAMPATH et al., 2021; SOFFER; CHEW, 2015; UNGER et al., 2020; WADE, 2015; WADE; HALLIGAN, 2017). It also allows for effective identification of ‘inner discursive conflict’ as it can reveal complex viewpoints characterized by a tension between the pressure to conform to socially desirable responses and the expression of personal beliefs and values (EXEL; GRAAF, 2005; FLUCKINGER, 2014; MCKENZIE et al., 2011). Social desirability bias is a well-recognized issue in investigations of disability attitudes and conceptions (ANTONAK; LIVNEH, 2000; DALBONI et al., 2022; FEINBERG, 1967; PALAD et al., 2016; VANPUYMBROUCK; FRIEDMAN; FELDNER, 2020). In this regard, it serves as a more sensitive research tool compared to survey and interview methods.

This study aimed to concisely distinguish current discourses on disability among a diverse group of Brazilian physiotherapists. Therefore, we employ Q-methodology as a pattern analytical tool to explore their discourses on the topic.

### 3.3 Methods

#### 3.3.1 Ethical issues

This study was approved by the Research Ethics Committee. Participants provided written consent to participate (available as supplementary material B) and were identified by codes to ensure anonymity.

#### 3.3.2 Study design

A cross-sectional study was performed using Q Methodology, which combines qualitative and quantitative techniques, to investigate conceptions of disability. Broadly, the Q study encompassed three key stages: the development of the research instrument (Q-set); data collection (Q-sorting); data analysis, involving Q factor analysis and qualitative interpretation of the resulting factors. No pilot study was conducted.

#### 3.3.3 Participants

The study included a diverse sample of Brazilian physical therapy clinicians. Recruitment took place over the span of one year through social media and direct personal invitations. Current participants were asked to recommend colleagues whose views they thought would differ the most from their own. The aim was to reach approximately sixty complete participations, which would approximate the number of affirmatives included in the q-set. The sample was characterized using a socio-demographic questionnaire.

### 3.3.4 Q-set development

A total of 182 statements addressing multiple aspects of disability were generated or compiled from three primary sources: a comprehensive literature review on disability models; the disability-focused Q-set devised by McKenzie et al. (2011); and transcripts of 30 interviews with participants from another related study on conceptions of disability among university students and clinicians of 14 different health professions by Vaz et al. (2023). The final collection of statements, the Q-concourse (supplementary material A), aimed to comprehensively represent the diverse range of opinions on disability.

Thematic analysis of the Q-concourse identified that the sentences covered five distinct topics - identification of people with disability, definition of disability, causes and origins of disability, moral aspects of disability, solutions and coping - within five disability perspectives – Biomedical, Social, Personal Experience-Affirmative, Biopsychosocial-Interactionist, and diverse. The 182 statements were charted on a 5x5 grid (five topics within five perspectives) to ensure selection of the most emblematic statements within each grid cell, while also avoiding redundancy. After elimination of redundancies, a total of 59 statements were left. They were chosen to constitute the Q-set to be presented to each participant.

### 3.3.5 Q sorting

Each participant was granted access to a Trello<sup>1</sup> board with predefined columns and 59 cards containing the Q-set statements. Q-sorting involved ordering the statement according to personal level of agreement/disagreement. Researchers provided video-recorded instructions on how to complete the Q-sort, while assistance via e-mail and text messaging was also offered. This included only practical instructions on how to work with the Trello board, with no suggestions on how to interpret the statements.

Participants first sorted the statements into three columns: “Agree,” “Disagree,” and “Neutral”. They subsequently moved the statements to 9 columns ranging from -4 (strongly disagree) to +4 (strongly agree). The number of slots in each column was predetermined (fixed) to follow a forced quasi-normal distribution (an inverted bell shape shape), as usual in Q methodology (Figure 1).

<Figure 1 around here>

Each participant produced one personal Q-sort that best represented his or her subjective views on disability. Participants then answered three open-ended questions aimed at providing further clarification on their views to facilitate the qualitative interpretation of the results: 1) “Do you have any other opinions that weren’t covered in the cards? If so,

<sup>1</sup> According to Wikipedia, Trello is a web-based, kanban-style, list-making application developed by Atlassian.

please describe them.” 2) “Were you satisfied with your final ranking?” 3) “Can you please explain the reasons that led you to choose the sentences under the ‘Strongly Disagree’ and ‘Strongly Agree’ categories? Please give a specific justification for each sentence.”

### 3.3.6 Factor analysis

Factor analysis explores the intercorrelations between a set of variables and summarizes data so that relationships and patterns can be easily interpreted (YONG; PEARCE, 2013). Factor analysis was used to reduce the substantial number of Q sorts to the smallest appropriate group of factors, representing distinct collective viewpoints (BROWN, 1980; BROWN, 1993; EXEL; GRAAF, 2005; MCKEOWN; THOMAS, 1988; STEPHENSON, 1935a; STEPHENSON, 1977). All Q-sorts were imported into the statistical software Ken-Q (BANASIC, 2023), designed specifically for Q analysis. Only complete Q-sorts with the appropriate number of statements per column (fixed distribution) were included.

Upon data import, the software generates a correlation matrix (with Pearson correlation coefficients) between the Q-sorts of each participant. By default, seven factors are initially extracted using the Principal Component Analysis method (AKHTAR-DANESH, 2017a; AKHTAR-DANESH, 2017b).

The subsequent step involves factor rotation, a process aimed at minimizing ambiguities and enhancing the interpretability of the resulting factors (BROWN, 1980; COMREY; LEE, 1992). Varimax rotation was employed to discern clustering patterns in Q-sorts and maximize their differentiation by enhancing variance (AKHTAR-DANESH, 2017a; COMREY; LEE, 1992). The final number of factors was determined using the criteria summarized by Garbellini et al. (2021): start with the standard number factors defined by the software, keep factors with eigenvalues greater than 1.0, and with a minimum of two significant loadings, adhere to Humphrey’s rule, and choose factors located before the levelling off the eigenvalues in the scree plot.

The final stage entails examining the factor loadings of each participant for each of the generated factors and deciding which Q-sorts will be included in the analysis (flagging). Q-sorts are included in the factor for which the factor loading is significantly higher than the others with a significance threshold of  $p < 0.05$  (ZABALA; SANDBROOK; MUKHERJEE, 2018).

The outcome of this analysis produces representative Q-sorts for each factor based on Z-scores of each statement. Z-scores consist of the weighted average (weighted by the factor loading of each Q-sort) of the ranking received by a particular statement in each of the participants’ Q-sorts associated (flagged) with the factor. The Z-scores of each statement are listed in order of largest negative to largest positive for each factor, determining where each statement is to be placed on the sorting grid (-4 to +4) of the representative Q sort. Statements placed in statistically different locations between any pair

of factors ( $p < 0.05$ ) were identified as distinguishing statements, while those that did not distinguish between any pair of factors were identified as consensus statements (BROWN, 1980; BROWN, 1993; ZABALA; SANDBROOK; MUKHERJEE, 2018; MCKEOWN; THOMAS, 1988).

### 3.3.7 Qualitative analysis

Each factor was interpreted to describe its represented viewpoints in a process that involves understanding a) the internal consistency of the factors, b) the inter-factor correlations, and c) the significance of the factors within the theoretical framework adopted in the research. A careful analysis was conducted based on 1) consensus statements across all factors; 2) distinguishing statements between all factors; 3) distinguishing statements categorized in the extremes of agreement/ disagreement of each factor; and 4) qualitative answers provided by each participant about their q-sort (BAKER; THOMPSON; MANNION, 2006; EXEL; GRAAF, 2005; GARBELLINI et al., 2021; MCKENZIE et al., 2011; WATTS; STENNER, 2005; MCKEOWN; THOMAS, 1988).

## 3.4 Results

### 3.4.1 Participants

Of the physical therapists who initially expressed interest in the research, 108 completed the Informed Consent Form along with the initial socio-demographic questionnaire. However, only 53 (49%) saw their participation through to the end. The age range of participants was from 25 to 84 years, with both mean and median falling at 38.2 and 38 years, respectively. Their professional experience varied between 2 and 60 years, with mean and median values of 14.9 and 15 years, respectively. There was a total of 22 different primary specializations, with six collectively accounting for 73% of the respondents: Neurofunctional (27%), Gerontology (15%), Orthopedics (15%), Cardiorespiratory (8%), Sports (4%) and Pediatrics (4%).

### 3.4.2 Factor Analysis

The factor analysis produced three orthogonal factors with relevant representativeness of defining Q-sorts and satisfactory internal cohesion. Factor characteristics are available in *Tabela 1*. *Tables 2, 3, 4 and 5* (available as supplementary material) display the factor loadings for each Q-sort and the factors to which they were associated followed by the demographic characteristics of the participants related to each Q-sort. Q-sorts with no significant loading in any of the factors or with significant loadings in more than one factor (eight q-sorts) were excluded from further analysis. Finally, *Table 6* provides the list of all 59 statements with their z-scores and q-sort values (rank on the grid) in each factor. Statement 32 was the only consensus statement.

<Table 1 around here>

<Table 6 around here>

### 3.4.3 Qualitative analysis

The factor solution selected in this study yielded three distinct qualitative viewpoints, each named as follows: 1) Context-accounting Biomedical View; 2) Socio-psychobiological View; 3) Realist-Anti-ableist View. The three viewpoints are described below. The numbers in brackets indicate the corresponding statement (listed in table 3) and its average rank within the factor; asterisks indicate statements whose average rank was statistically different between factors). A view of the typical Q-Sort of each factor is provided in Figures 2, 3, and 4.

#### 3.4.3.1 Factor 1: “Context-accounting Biomedical View”

<Figure 2 around here>

This viewpoint acknowledges a marked distinction between people with and people without disability (37\*, -3; 14\*, -2; 06, +2; 13, -4): people with disabilities are individuals who have physical or mental impairments (09\*, +2) and difficulties in everyday life (08, -4), though disability’s manifestations are recognizably context-dependent (15, +3; 45, -3). It rejects the idea that disability is only a facet of human diversity in the same way as race, sexuality, or culture (14\*, -2; 37\*, -3). The idea of disability as resulting from a world designed solely for those without impairments is also rejected (17\*, -2), as is the interpretation of disability as a form of social oppression (11, -2). Rehabilitation is seen as crucial for enhancing independence and improving quality of life (44\*, +4), and medical advancements for disabilities are seen as valuable (47\*, +3). This viewpoint is contrary to the ideas that medical interventions oppress people with disabilities (30\*, -3) and that the search for interventions that target the individual would hinder the pursuit of universal solutions such as inclusive design (55\*, -2). In this viewpoint, many individuals with disabilities grapple with self-acceptance and feelings of frustration (25\*, +2), and their socially vulnerable position is acknowledged (12\*, +2). Individuals with disabilities should advocate for their rights (49\*, +4; 51\*, +2; 54, +2), have access to equal resources (49\*, +4), state protection (50\*, +3), accessibility and inclusion policies (53, +4; 58, +3; 57, -4; 56, -2) to ensure their well-being.

In this factor, interactive ideas are present in the definition of disability (15, +3). It endorses both biomedical (e.g. 44\*, +4; 47\*, +3) and social (e.g. 49\*, +4; 50\*, +3) responses to disability. Many anti-ableist opinions (e.g. 2, -3; 26, -2; 57, -4; 58, +3) – although not distinguishing this factor from the others – contrast with markedly ableist views (e.g. 14\*, -2; 23\*, +1; 25\*, +2).

### 3.4.3.2 Factor 2: “Socio-psycho-biological View”

<Figure 3 around here>

This viewpoint affirms that the cause of disability is in the interaction between individuals and society, rather than within the individual or society alone (15, +4; 22\*, +4), and asserts that having changes in the body or mind doesn't determine the presence of disability (18\*, +4, 16\*, -2). It gives emphasis to social factors over biomedical factors, as it endorses the idea that a world designed primarily for those without physical, sensory, or intellectual differences produces disability (17\*, +3) and that the quality of life of people with disabilities depends more on the way they treated by society than on their impairments (19\*, +2). Accordingly, it endorses the idea that without barriers and prejudices, individuals with bodily and mental changes wouldn't be labeled as "people with disabilities" (10\*, +2), as this labeling is furthermore considered culturally defined (03, +3). It rejects the idea that health professionals should be the ones to define disability (01\*, -3) and emphasizes that disability is a natural aspect of human diversity (14\*, +3). This viewpoint refutes the notion that not having a disability is inherently superior (23\*, -3) or that disability is somehow a burden (26\*, -4), while also opposing the idea of preventing disabilities through scientific advancement (27\*, -3, 43\*, -2). Disability is accounted to make the human experience richer (34, +3), as in the case of having children with disabilities in regular schools (58, +3). The idea that inclusion of people with disabilities in companies may reduce productivity is strongly rejected (57\*, -4).

This viewpoint also endorses rehabilitation to enhance independence and quality of life (44\*, +2), the access of people with disabilities to equal resources and opportunities as any other citizens (49\*, +2), and accessibility and inclusion initiatives (53\*, +2), but less strongly than factor 1 (all ranked +4). It rejects the ideas that the difficulties faced by a person with disability are no different from those faced by someone without disabilities (13\*, -2) and that disabled persons are those who have some dependency on others (7\*, -2) but less strongly than the other viewpoints (ranked, respectively, -4 and -3, in both factors 1 and 3).

### 3.4.3.3 Factor 3: “Realist-Anti-ableist View”

<Figure 4 around here>

This viewpoint strongly rejects the opinion that people with disabilities have a special mission (38\*, -4); the idea that disability is merely a challenge to be overcome with courage and determination (59\*, -4); and the idea that disability is only negative if one gives up without a fight (40\*, -3) or underestimates their potential (20\*, -3).

This perspective is the only that supports the understanding that situations and experiences of disability are inherent aspects of every human life (41\*, +2). However, it

recognizes that it is not a difficulty like any other (28\*, -2), since people with disabilities often face greater social vulnerability (12\*, +3). It therefore attaches great importance to ensuring accessibility and inclusion (53, +4), while recognizing the importance of including children and young people with disabilities in regular schools (58, +4). At the same time, this viewpoint endorses the importance of disability prevention (43\*, +3) with a more moderate view on validity of therapeutic advances (47\*, +2) than factor 1 (ranked +3), along with access to assistive technologies (52, +2), if the person so desires (48, +3). Finally, it recognizes the importance of personal identification with disability for the formation of group identity (04\*, +4).

#### 3.4.3.4 Consensus statements

Only one statement (32) was considered consensus, with neutral ratings (around 0) across all viewpoints: “People with disabilities ought to be celebrated.” This statement may represent a more affirmative view of disability but appears to have found limited relevance within the opinions represented by the three viewpoints.

### 3.5 Discussion

Our Q-methodology study investigated personal conceptions of disability among Brazilian PTs, revealing three distinct collective viewpoints: 1) “Context-accounting Biomedical View,” 2) “Socio-psycho-biological View,” and 3) “Realist-Anti-ableist View.” These viewpoints reflect varying degrees of emphasis on biomedical, social, and anti-ableist/affirmative perspectives in understanding and responding to disability.

We found biopsychosocial conceptions to be present to some extent in all viewpoints, as demonstrated by a similar emphasis on biomedical and social aspects in dealing with disability (Viewpoints 1 and 3), a universalist view of disability (Viewpoint 3), or an explicit biopsychosocial definition of disability (Viewpoints 1 and 2). However, viewpoints 1 and 2 span a spectrum of ideas, with viewpoint 1 strongly leaning toward the biomedical emphasis and viewpoint 2 emphasizing social perspectives more prominently. A biomedical emphasis (Viewpoint 1) is evident in the identification of disability as an individual problem originating from a health condition, the need for a cure or some adjustment in behavior ([World Health Organization, 2001](#)), and the centrality of the concept of normality and deviance ([HAMMELL, 2006](#)). Social perspectives were present in every viewpoint to some extent. However, only Viewpoint 2 had a slight emphasis on social elements as the basis of a definition for disability and the primary focus of intervention, whereas Viewpoints 1 and 3 attributed similar weight to biomedical and social interventions. Lastly, ideas opposing prejudice and discrimination were present to some degree in all three viewpoints. Yet, they were more important in Viewpoint 3, while in Viewpoint 1 biomedical notions, in many cases, contradicted anti-ableist positions. The literature is rich with discussion

of theoretical models of disability, but there is little empirical work with health and rehabilitation professionals. Dalboni et al. (2022) conducted three focus groups with PTs at the beginning of their training, at the end of their training, and after years in clinical practice, and found a strong predominance of biomedical ideas in defining disability and identifying its causes. At the same time, most of the possible solutions offered to disability issues were social, interactive, and attitudinal in character (including vigilance against ableism). Chiang et al. (2024) found similar results, when they examined the development of PTs' conceptions of disability over their professional careers. The authors conducted semi-structured interviews with six internationally trained PTs attending a bridging education program at a Canadian university. They described conceptions of disability as something complex that evolves as people gain knowledge and experience within a given social and cultural environment. Their findings show that the concept of disability has evolved over time. It initially focused on the biomedical perspective but later incorporated interventions targeting the environment. However, disability was still mostly seen as an individual problem that needed intervention from health care professionals. In our study, viewpoint 1, with the largest number of loading q-sorts, has great resonance with both findings, although the issue of how disability conceptions are formed was not touched.

Vaz et al. (2023) conducted interviews with 30 students and professionals from 14 health related professions to explore their conceptions of disability through their appreciation of 34 statements derived from four different theoretical perspectives on disability. Their results revealed strong agreement with social and medical conceptions, slight agreement with moral-religious ideas and inconsistent positioning with respect to affirmative ideas. In our study, biomedical ideas found greater significance in the definitions of disability within viewpoint 1, while social ideas were valued as adequate responses toward disability across all factors. Religious-moral ideas could not be identified. However, affirmative ideas were paramount in the constitution of viewpoint 3, while the inconsistent positioning towards them found by Vaz et al. could also be verified in viewpoint 1.

Iezzoni et al. (2021) studied US physicians' perceptions of people with disability on a survey with 714 practicing professionals, revealing a mainly negative view of disabled people's quality of life and the perception of an inadequacy of health professionals and of the healthcare system to deal with people with disabilities. In our study, an endorsement of the idea of disability as negative personal experience was only found in Viewpoint 1, what can be related to the historical biomedical account of disability as a personal tragedy (OLIVER, 1978; OLIVER, 1990; SULLIVAN, 1991; SWAIN; FRENCH, 2000).

The research findings have significant implications across multiple domains. For PTs in clinical practice, understanding the diverse viewpoints on disability can enhance patient-centered care by tailoring interventions to individual needs while considering

both biomedical and social factors. In terms of healthcare and rehabilitation policies, policymakers should recognize the multifaceted nature of disability and prioritize anti-ableist principles to address systemic barriers and improve access to services. Continued education programs for PTs can integrate insights from this study to broaden their understanding of disability, while undergraduate physiotherapy curricula can be revised to emphasize biopsychosocial perspectives and foster critical thinking about disability. Overall, incorporating these insights can lead to more holistic approaches to disability management and improve the quality of care provided by PTs.

Conceptions of disability often appear in the literature either as hermetic theoretical models or as entangled subjective opinions. This research, however, was able to characterize PTs' conceptions within three clearly distinguishable points of view. This was possible because of the unique position of Q methodology within the mixed methods continuum. Although a significant proportion of our participants did not complete their participation, our final sample was representative of a rich and diverse range of opinions among PTs. The sampling method allowed for the recruitment of professionals from different regions of Brazil and within a diverse range of ages and professional backgrounds. Q methodology takes advantage of this range of opinions and captures subjective perspectives as they occur within a given group, without being subjected to the researcher's a priori theoretical framework (RAMLO; NEWMAN, 2011). In future studies, a smaller Q-set and an in-person application of the method may avoid substantial sample loss.

Future investigations could explore the correlations between PTs' conceptions of disability and their personal attitudes, examining potential impacts on patient interactions, individuals' self-perceptions and participation outcomes could provide valuable insights for improving patient-centered care. Exploring the sources of subjective perceptions of disability, including professional training, personal experiences, and cultural influences, through mixed methodologies like Q-methodology offers a promising avenue for deeper understanding. This research underscores the importance of ongoing inquiry into the complex relations between people with disabilities, healthcare professionals and rehabilitation services to inform evidence-based practices and promote inclusive healthcare systems.

### 3.6 Acknowledgments

We would like to thank Judith McKenzie PhD, who kindly introduced the Q-methodology to the authors and helped with a timely revision of the Q-set.

### 3.7 Funding details

This work was supported in part by the *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil - CAPES* [Finance Code 001]

### 3.8 Disclosure statement

*The authors report no competing interests to declare.*

### 3.9 Figures

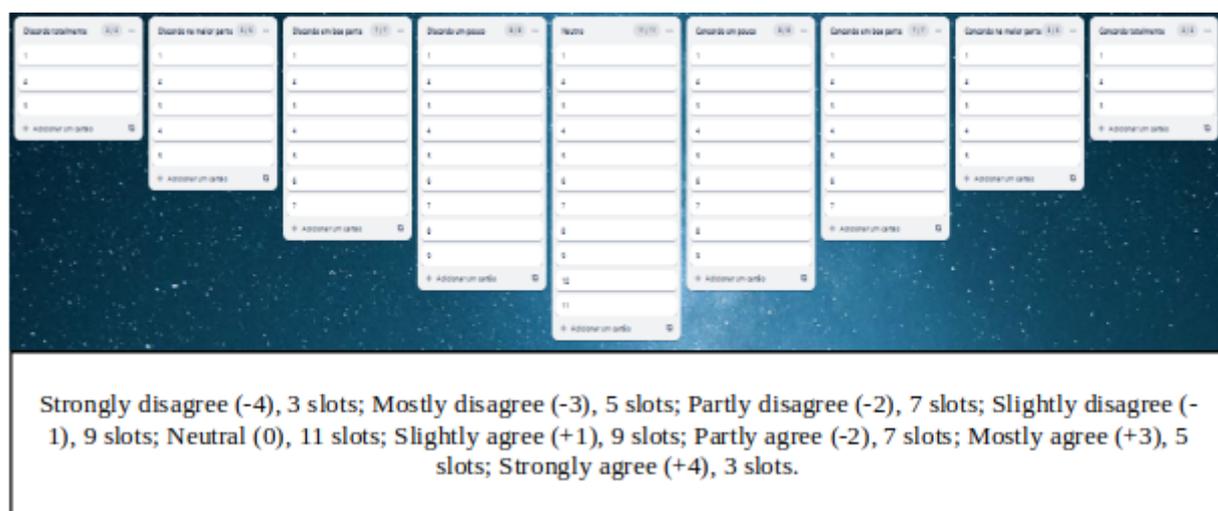


Figura 1 – Columns and respective number of slots of the fixed distribution

**Figure 2. Composite Q-sort for Factor 1**

	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
13. There is no difference between the difficulties faced by a disabled person and a non-disabled person	45. It is more appropriate for a disabled person to adapt to society than for society as a whole to adapt to them.	17*. Disability exists because the world was designed only for people without physical, sensory or intellectual differences.	19*. The quality of life of people with disabilities does not depend on their bodily or mental alterations, but on the way they are treated by society.	21*. Disability is a significant cause of suffering	34*. The existence of disability makes humanity richer	12*. People with disabilities live in situations of greater social vulnerability than people without disabilities	58. Including children and young people with disabilities in regular schools is good for all students.	44*. People with disabilities need rehabilitation to become more independent and have a better quality of life	
57. Including people with disabilities in companies can reduce the company's productivity.	37*. Having bodily or mental alterations is like being black, or gay, or from a different culture: it's just a kind of difference.	56. Disability quotas are a kind of privilege.	10*. If there were no barriers and prejudices against people with bodily and mental alterations, they wouldn't be seen as 'people with disabilities'.	43*. Disabilities need to be prevented	22. The cause of disability lies not in the body, nor in the relationship between them	51*. People with disabilities must engage in the fight for their rights.	52. Society must ensure that people with disabilities have access to new assistive technologies	49*. People with disabilities must be guaranteed the same resources as any other citizen	
08. If a person has no difficulties in their daily life, then we can't say that they have a disability.	30*. The pursuit of medical correction of bodily or mental alterations in people with disabilities is a form of oppression.	11. Disability is a form of oppression and social exclusion imposed on people with certain bodily or mental differences. This is what causes their difficulties.	35*. Seeking the prevention or correction of all forms of disability would be eugenics	23*. Not having a disability is better and more natural than having a disability	38. People with disabilities came into the world with a special mission	04. Personal identification with disability can be important for the formation of a group's identity	15. Disability is a situation of altered functioning experienced by a person with a certain health condition in interaction with their context	53. The priority in addressing disability must be to guarantee accessibility and inclusion	
	07. A person with a disability is someone who is somewhat dependent on others.	14*. Disability does not mean deficit or incapacity, it is just a difference inherent in human diversity.	59. People with disabilities can overcome difficulties if they have courage, determination and willpower; they just have to want to	36. People with disabilities are an example of overcoming	39*. Disability makes us more grateful and satisfied with what we have	25*. Many disabled people do not accept themselves as they are and can become frustrated or angry	47*. Every therapeutic advance for disabilities is valid		
	02. It makes no sense to be proud of being a disabled person.	55*. Investment in expensive, individually-based disability interventions hinders the fight for collective solutions, such as universal design.	05*. Separating people into "disabled" and "non-disabled" categories perpetuates prejudice.	48*. Disabled people should only undergo rehabilitation if they want to	01. It is the health professional who has to determine who has a disability and who doesn't	54. Receiving social benefits is a right of people with disabilities	50*. Support for people with disabilities is a duty of the state		
		26. Having a disability is a burden, whether for the person, their family or society.	31. People can be happy not in spite of disability, but precisely 'because of disability'	29. The quality of life of people with disabilities depends on the degree of dependence they experience	33*. Being a disabled person is not necessarily good or bad.	09*. People with disabilities are those who have some loss or injury to their body or mind.			
	40. Disability is only negative if you give in and don't fight.		<b>32. People with disabilities must be celebrated</b>	41. Situations and experiences of disability are a natural part of life for all human beings	28. Disability is a difficulty that, like any other, needs to be overcome	06. Distinguishing who is and who is not a person with a disability is important for directing public policies			
			20*. What causes difficulties is that people with disabilities underestimate their potential.	27*. It would be good if scientific progress could make all disabilities cease to exist	18. Having alterations in the body or mind does not determine that a person will have a disability				
			16*. The difficulties faced by people with disabilities are a consequence of their bodily or mental alterations.	42. Having bodily or mental alterations makes life more challenging	03*. The same person can be considered disabled in one culture, but not in another				
				24*. No one would have a child with a disability by choice					
				46*. People with disabilities need someone to look after them, whether it's someone close to them, the community or the government					

Figure 2 – Composite Q-sort for Factor 1

Figure 3. Composite Q-sort for Factor 2									
-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	
26*. Having a disability is a burden, whether for the person, their family or society.	08. If a person has no difficulties in their daily life, then we can't say that they have a disability.	13*. There is no difference between the difficulties faced by a disabled person and a non-disabled person	20*. What causes difficulties is that people with disabilities underestimate their potential.	38. People with disabilities came into the world with a special mission	25. Many disabled people do not accept themselves as they are and can become frustrated or angry	50. Support for people with disabilities is a duty of the state	58. Including children and young people with disabilities in regular schools is good for all students.	22*. The cause of disability lies not in the body, nor in society, but in the relationship between them	
57*. Including people with disabilities in companies can reduce the company's productivity.	01*. It is the health professional who has to determine who has a disability and who doesn't	16*. The difficulties faced by people with disabilities are a consequence of their bodily or mental alterations.	02*. It makes no sense to be proud of being a disabled person.	55. Investment in expensive, individually-based disability interventions hinders the fight for collective solutions, such as universal design.	06*. Distinguishing who is and who is not a person with a disability is important for directing public policies	44*. People with disabilities need rehabilitation to become more independent and have a better quality of life	34. The existence of disability makes humanity richer	15. Disability is a situation of altered functioning experienced by a person with a certain health condition in interaction with their context	
45. It is more appropriate for a disabled person to adapt to society than for society as a whole to adapt to them.	56. Disability quotas are a kind of privilege.	40. Disability is only negative if you give in and don't fight.	24*. No one would have a child with a disability by choice	11*. Disability is a form of oppression and social exclusion imposed on people with certain bodily or mental differences. This is what causes their difficulties.	47*. Every therapeutic advance for disabilities is valid	19*. The quality of life of people with disabilities does not depend on their bodily or mental alterations, but on the way they are treated by society.	17*. Disability exists because the world was designed only for people without physical, sensory or intellectual differences.	18*. Having alterations in the body or mind does not determine that a person will have a disability	
	23*. Not having a disability is better and more natural than having a disability	21. Disability is a significant cause of suffering	39. Disability makes us more grateful and satisfied with what we have	<b>32. People with disabilities must be celebrated</b>	41. Situations and experiences of disability are a natural part of life for all human beings	04. Personal identification with disability can be important for the formation of a group's identity	03. The same person can be considered disabled in one culture, but not in another		
	27*. It would be good if scientific progress could make all disabilities cease to exist	07*. A person with a disability is someone who is somewhat dependent on others.	09*. People with disabilities are those who have some loss or injury to their body or mind.	31. People can be happy not in spite of disability, but precisely because of disability	54. Receiving social benefits is a right of people with disabilities	49*. People with disabilities must be guaranteed the same resources as any other citizen	14*. Disability does not mean deficit or incapacity, it is just a difference inherent in human diversity.		
		43*. Disabilities need to be prevented	37. Having bodily or mental alterations is like being black, or gay, or from a different culture: it's just a kind of difference.	36. People with disabilities are an example of overcoming	33. Being a disabled person is not necessarily good or bad.	53*. The priority in addressing disability must be to guarantee accessibility and inclusion			
		59. People with disabilities can overcome difficulties if they have courage, determination and willpower: they just have to want to	30*. The pursuit of medical correction of bodily or mental alterations in people with disabilities is a form of oppression.	29*. The quality of life of people with disabilities depends on the degree of dependence they experience	05*. Separating people into "disabled" and "non-disabled" categories perpetuates prejudice.	10*. If there were no barriers and prejudices against people with bodily and mental alterations, they wouldn't be seen as 'people with disabilities'.			
			46. People with disabilities need someone to look after them, whether it's someone close to them, the community or the government	12*. People with disabilities live in situations of greater social vulnerability than people without disabilities	52. Society must ensure that people with disabilities have access to new assistive technologies				
			28. Disability is a difficulty that, like any other, needs to be overcome	35. Seeking the prevention or correction of all forms of disability would be eugenic	48. Disabled people should only undergo rehabilitation if they want to				
				51. People with disabilities must engage in the fight for their rights.					
				42*. Having bodily or mental alterations makes life more challenging					

Figura 3 – Composite Q-sort for Factor 2

**Figure 4. Composite Q-sort for Factor 3**

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
59*. People with disabilities can overcome difficulties if they have courage, determination and willpower; they just have to want to	40*. Disability is only negative if you give in and don't fight.	45. It is more appropriate for a disabled person to adapt to society than for society as a whole to adapt to them.	23*. Not having a disability is better and more natural than having a disability	27*. It would be good if scientific progress could make all disabilities cease to exist	29. The quality of life of people with disabilities depends on the degree of dependence they experience	33. Being a disabled person is not necessarily good or bad.	50. Support for people with disabilities is a duty of the state	04*. Personal identification with disabilities can be important for the formation of a group's identity
38*. People with disabilities came into the world with a special mission	56. Disability quotas are a kind of privilege.	02. It makes no sense to be proud of being a disabled person.	16*. The difficulties faced by people with disabilities are a consequence of their bodily or mental alterations.	18. Having alterations in the body or mind does not determine that a person will have a disability	14*. Disability does not mean deficit or incapacity. It is just a difference inherent in human diversity.	54. Receiving social benefits is a right of people with disabilities	48. Disabled people should only undergo rehabilitation if they want to	53. The priority in addressing disability must be to guarantee accessibility and inclusion
13. There is no difference between the difficulties faced by a disabled person and a non-disabled person	20*. What causes difficulties is that people with disabilities underestimate their potential.	26. Having a disability is a burden, whether for the person, their family or society.	36*. People with disabilities are an example of overcoming	06*. Separating people into "disabled" and "non-disabled" categories perpetuates prejudice.	19*. The quality of life of people with disabilities does not depend on their bodily or mental alterations, but on the way they are treated by society.	41*. Situations and experiences of disability are a natural part of life for all human beings	12*. People with disabilities live in situations of greater social vulnerability than people without disabilities	58. Including children and young people with disabilities in regular schools is good for all students.
	07. A person with a disability is someone who is somewhat dependent on others.	28*. Disability is a difficulty that, like any other, needs to be overcome	46. People with disabilities need someone to look after them, whether it's someone close to them, the community or the government	09*. People with disabilities are those who have some loss or injury to their body or mind.	15*. Disability is a situation of altered functioning experienced by a person with a certain health condition in interaction with their context	34. The existence of disability makes humanity richer	43*. Disabilities need to be prevented	
	57. Including people with disabilities in companies can reduce the company's productivity.	11. Disability is a form of oppression and social exclusion imposed on people with certain bodily or mental differences. This is what causes their difficulties.	21. Disability is a significant cause of suffering	49*. People with disabilities must be guaranteed the same resources as any other citizen	24*. No one would have a child with a disability by choice	03. The same person can be considered disabled in one culture, but not in another	06. Distinguishing who is and who is not a person with a disability is important for directing public policies	
	39. Disability makes us more grateful and satisfied with what we have	37. Having bodily or mental alterations is like being black, or gay, or from a different culture: it's just a kind of difference.	<b>32. People with disabilities must be celebrated</b>	55. Investment in expensive, individually-based disability interventions hinders the fight for collective solutions, such as universal design.	30*. The pursuit of medical correction of bodily or mental alterations in people with disabilities is a form of oppression.	47*. Every therapeutic advance for disabilities is valid		
			08*. If a person has no difficulties in their daily life, then we can't say that they have a disability.	51. People with disabilities must engage in the fight for their rights.	31*. People can be happy not in spite of disability, but precisely because of disability	52. Society must ensure that people with disabilities have access to new assistive technologies		
			01. It is the health professional who has to determine who has a disability and who doesn't	25. Many disabled people do not accept themselves as they are and can become frustrated or angry	42. Having bodily or mental alterations makes life more challenging			
			22. The cause of disability lies not in the body, nor in society, but in the relationship between them	10*. If there were no barriers and prejudices against people with bodily and mental alterations, they wouldn't be seen as 'people with disabilities'.	17*. Disability exists because the world was designed only for people without physical, sensory or intellectual differences.			
				35. Seeking the prevention or correction of all forms of disability would be eugenics				
				44*. People with disabilities need rehabilitation to become more independent and have a better quality of life				

Figura 4 – Composite Q-sort for Factor 3

## 3.10 Tables

Tabela 1 – Factor Characteristics

	factor 1	factor 2	factor 3
No. of Defining Variables	21	13	11
% Explained Variance	20	15	14
Eigenvalues	10,71	7,7	7,55
Avg. Rel. Coef.	0,8	0,8	0,8
Composite Reliability	0,988	0,981	0,978
S.E. of Factor Z-scores	0,11	0,138	0,148

Tabela 2 – Factor loadings and sociodemographic characteristics of participants loading in Factor 1

Q sort	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Age	YITP	Expertise	Education	PWD?	CCDP?	KOICF
mdf311	<b>0,8362</b>	0,1586	0,0786	39	16	Women's Health	Master's degree	No	Yes	Substantial
lei735	<b>0,7759</b>	0,0209	0,1296	41	20	Cardiorespiratory	Master's degree	No	Yes	Basic
cel1450	<b>0,7582</b>	0,1319	0,1739	28	4	Gerontology	Master's degree	No	No	Basic
FAS354	<b>0,7498</b>	0,1962	0,3368	29	6	Oncology	Master's degree	No	Yes	Substantial
mar259	<b>0,7044</b>	0,0659	0,1479	37	13	Neurology	Specialization	No	Yes	Basic
wsf36	<b>0,6699</b>	0,1536	0,2869	34	12	Gerontology	Master's degree	No	No	Basic
jan2170	<b>0,6533</b>	0,2234	0,2408	29	7	Osteopathy	Master's degree	No	No	Substantial
ama1128	<b>0,6476</b>	0,3066	0,2694	41	16	Orthopedics	Specialization	No	Yes	Basic
sil63	<b>0,6097</b>	0,3409	-0,0137	31	6	Neurology	Specialization	No	No	Substantial
len72	<b>0,6056</b>	0,1135	0,138	54	30	Women's Health	Doctorate	No	No	Basic
mar2530	<b>0,586</b>	0,2336	0,1402	38	15	Intensive Care	Specialization	No	No	Basic
dai81	<b>0,5848</b>	0,4472	0,2105	40	16	Women's Health	Doctorate	No	Yes	Basic
mar590	<b>0,5734</b>	0,3395	0,1943	37	14	Cardiorespiratory	Doctorate	No	No	Substantial
mar33	<b>0,555</b>	-0,168	0,1086	51	30	Neurology	Master's degree	No	Yes	Substantial
eli186	<b>0,5531</b>	0,0217	0,4813	25	3	Neurology	Specialization	No	No	Substantial
vir1863	<b>0,5438</b>	0,1859	0,314	31	6	Neurology	Master's degree	No	No	Basic
ira221	<b>0,5136</b>	0,414	0,2686	40	17	Neurology	Master's degree	No	Yes	Basic
mar385	<b>0,5071</b>	0,4285	0,2654	39	9	Orthopedics	Master's degree	No	Yes	Basic
hel359	<b>0,4641</b>	0,1713	0,3606	41	18	Primary Care	Specialization	No*	No	Basic
Est	<b>0,4059</b>	0,0857	0,3604	84	60	Cardiorespiratory	Master's degree	Yes	Yes	Basic
eli	<b>0,4</b>	-0,0034	-0,2297	34	11	Gerontology	Master's degree	No	Yes	Basic

Table 2 continued from previous page

Q sort	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Age	YITP	Expertise	Education	PWD?	CCDP?	KOICF
				Md: 38	Md: 14		Post-doctorate: 0%; Doctorate: 14%; Master's degree: 57%; Specialization: 29%; Without a postgraduate degree: 0%	0.05	0.52	Subst.: 33%; Basic: 67%; None: 0%

**YITP:** Years in the profession

**PWD:** Are you a person with disabilities?

**CCDP:** Do you have close contact with disabled people?

**KOICF:** Knowledge of the ICF

**Md:** Median

Tabela 3 – Factor loadings and sociodemographic characteristics of participants loading in Factor 2

<b>Q sort</b>	<b>Factor 1</b>	<b>Factor 2</b>	<b>Factor 3</b>	<b>Age</b>	<b>YITP</b>	<b>Expertise</b>	<b>Education</b>	<b>PWD?</b>	<b>CCDP?</b>	<b>KOICF</b>
ros488	0,1251	0,7473	-0,0399	28	5	Public Health	Master's degree	No	Yes	Substantial
ico408	0,0741	0,7304	0,2653	39	17	Sports	Master's degree	No	Yes	Basic
mra181	0,0208	0,6723	0,4663	35	13	Neurology	Master's degree	No	Yes	Basic
ilm60	0,0594	0,6631	0,4594	50	26	Orthopedics	Master's degree	No	Yes	Basic
mar290	-0,0578	0,6412	0,4878	43	18	Orthopedics	Doctorate	No	No	Substantial
ros79	0,1435	0,6197	0,4459	29	7	Gerontology	Specialization	No	Yes	Basic
mar13	0,2795	0,6088	-0,0166	30	7	Oncology	Master's degree	No	Yes	Basic
cla533	0,2678	0,5939	0,3431	36	13	Orthopedics	Master's degree	No	Yes	Basic
ana140	0,1391	0,586	-0,0466	33	7	Cardiorespiratory	Master's degree	No	Yes	Basic
isa394	0,3039	0,5125	0,3196	33	9	Orthotics and Prosthetics	Specialization	No	Yes	Substantial
rit2267	0,2137	0,5101	0,3907	27	3	Neurology	Specialization	No	Yes	Basic
mbfo736	0,0251	0,5039	0,2153	47	21	Judicial Examination	Master's degree	No	No	Substantial
Cil	0,3826	0,4471	0,0748	28	5	Gerontology	Master's degree	No	Yes	Basic

Table 3 continued from previous page

Q sort	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Age	YITP	Expertise	Education	PWD?	CCDP?	KOICF
				Md: 33	Md: 9		Post-doctorate: 0%; Doctorate: 8%; Master's degree: 69%; Specialization: 23%; Without a postgraduate degree: 0%	0,00%	85,00%	Substantial: 31%; Basic: 69%; None: 0%

**YITP:** Years in the profession

**PWD:** Are you a person with disabilities?

**CCDP:** Do you have close contact with disabled people?

**KOICF:** Knowledge of the ICF

**Md:** Median

Tabela 4 – Factor loadings and sociodemographic characteristics of participants loading in Factor 3

<b>Q sort</b>	<b>Factor 1</b>	<b>Factor 2</b>	<b>Factor 3</b>	<b>Age</b>	<b>YITP</b>	<b>Expertise</b>	<b>Education</b>	<b>PWD?</b>	<b>CCDP?</b>	<b>KOICF</b>
glo816	0,0601	0,0959	<b>0,7044</b>	42	18	Public Health	Doctorate	No	Yes	Substantial
gill1	0,105	0,2397	<b>0,6839</b>	25	2	Neurology	Specialization	No	Yes	Substantial
cel347	0,0763	0,4618	<b>0,6546</b>	32	8	Orthopedics	Master's degree	No	Yes	Basic
Lou6	0,2256	0,1868	<b>0,5888</b>	58	34	Gerontology	Specialization	No	Yes	None
ald1470	0,2147	0,3151	<b>0,5838</b>	25	3	Neurology	Specialization	No	No	Basic
sol533	0,4735	0,0503	<b>0,5793</b>	45	21	Neurology	Master's degree	Yes	Yes	Substantial
mar801	0,2487	0,3108	<b>0,578</b>	46	23	Gerontology	Doctorate	No	Yes	Substantial
mar15	0,0225	0,469	<b>0,5348</b>	46	22	Gerontology	Master's degree	No	Yes	Substantial
mar69	0,3917	0,0408	<b>0,5122</b>	26	3	Neurology	Without a post-graduate degree	No	Yes	Basic
kim	0,4199	0,2072	<b>0,5031</b>	42	20	Cardiorespiratory	Master's degree	No	No	Basic
eli47	0,3099	-0,0342	<b>0,3941</b>	40	19	Neurology	Without a post-graduate degree	No	Yes	Substantial
				Md: 42	Md: 19		Post-doctorate: 0%; Doctorate: 18%; Master's degree: 36%; Specialization: 27%; Without a postgraduate degree: 18%	9,00%	90,00%	Substantial: 55%; Basic: 36%; None: 9%

Table 4 continued from previous page

Q sort	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Age	YITP	Expertise	Education	PWD?	CCDP?	KOICF	
	YITP: Years in the profession										
	PWD: Are you a person with disabilities?										
	CCDP: Do you have close contact with disabled people?										
	KOICF: Knowledge of the ICF										
	Md: Median										

Tabela 5 – Factor loadings and sociodemographic characteristics of unflagged participants

Q sort	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Age	YITP	Expertise	Education	PWD?	CCDP?	KOICF
ICS168	0,3884	0,31	0,3952	25	3	Neurology	Master's degree	No	Yes	Substantial
art703	0,5026	0,3096	0,559	32	9	Pediatrics	Master's degree	No	No	Basic
ana603	0,2864	0,223	0,2773	38	15	Women's Health	Doctorate	No	Yes	Basic
lud230	0,476	0,4314	0,3562	41	17	Neurology	Master's degree	No	Yes	Basic
nil76	0,4091	0,2055	0,3546	40	17	Neurology	Master's degree	No	Yes	Basic
JNS234	0,4658	0,4575	0,4215	38	18	Pediatrics	Post-doctorate	No	Yes	Substantial
Eli395	0,3452	0,3394	0,0675	51	28	Neurology	Master's degree	No	Yes	Substantial
ter2440	0,4438	0,3283	0,42	55	31	Neurology	Specialization	No	Yes	Basic
				Md:	Md:		Post-doctorate:	0.00	88.00	Subst.: 38%;
				39	17		13%; Doctorate:			Basic: 63%;
							13%; Master's			None: 0%
							degree: 63%;			
							Specialization:			
							13%; Without			
							a postgraduate			
							degree: 0%			

**YITP:** Years in the profession

**PWD:** Are you a person with disabilities?

**CCDP:** Do you have close contact with disabled people?

**KOICF:** Knowledge of the ICF

**Md:** Median

Tabela 6 – Q sample statements, statement z-scores and Q sort value for each factor.

Statements	Factor 1		Factor 2		Factor 3	
	Z-score	Q sort value	Z-score	Q sort value	Z-score	Q sort value
01. It is the health professional who has to determine who has a disability and who doesn't	-0.09	0	-1.595*	-3	-0.187	-1
02. It makes no sense to be proud of being a disabled person.	-1.331	-3	-0.630*	-1	-1.159	-2
03. The same person can be considered disabled in one culture, but not in another	-0.028*	0	1.266	3	1.015	2
04. Personal identification with disability can be important for the formation of a group's identity	0.965	2	0.993	2	1.411*	4
05. Separating people into "disabled" and "non-disabled" categories perpetuates prejudice.	-0.323*	-1	0.773*	1	0.115*	0
06. Distinguishing who is and who is not a person with a disability is important for directing public policies	1.174	2	0.408*	1	1.235	3
07. A person with a disability is someone who is somewhat dependent on others.	-1.388	-3	-0.826*	-2	-1.462	-3
08. If a person has no difficulties in their daily life, then we can't say that they have a disability.	-1.54	-4	-1.642	-3	-0.344*	-1
09. People with disabilities are those who have some loss or injury to their body or mind.	1.163*	2	-0.531*	-1	0.160*	0
10. If there were no barriers and prejudices against people with bodily and mental alterations, they wouldn't be seen as 'people with disabilities'.	-0.514*	-1	1.115*	2	0.336*	0

11. Disability is a form of oppression and social exclusion imposed on people with certain bodily or mental differences. This is what causes their difficulties.	-1.231	-2	-	0	-1.049	-2
			0.165*			
12. People with disabilities live in situations of greater social vulnerability than people without disabilities	0.749*	2	0.245*	0	1.116*	3
13. There is no difference between the difficulties faced by a disabled person and a non-disabled person	-1.946	-4	-	-2	-1.795	-4
			1.044*			
14. Disability does not mean deficit or incapacity, it is just a difference inherent in human diversity.	-	-2	1.353*	3	0.513*	1
	1.142*					
15. Disability is a situation of altered functioning experienced by a person with a certain health condition in interaction with their context	1.447	3	1.631	4	0.596*	1
16. The difficulties faced by people with disabilities are a consequence of their bodily or mental alterations.	-	-1	-	-2	-	-1
	0.118*		1.043*		0.610*	
17. Disability exists because the world was designed only for people without physical, sensory or intellectual differences.	-	-2	1.238*	3	0.761*	1
	1.303*					
18. Having alterations in the body or mind does not determine that a person will have a disability	-0.037	0	1.810*	4	-0.024	0
19. The quality of life of people with disabilities does not depend on their bodily or mental alterations, but on the way they are treated by society.	-	-1	0.958*	2	0.560*	1
	0.658*					
20. What causes difficulties is that people with disabilities underestimate their potential.	-	-1	-	-1	-	-3
	0.155*		0.731*		1.698*	
21. Disability is a significant cause of suffering	0.079*	1	-0.851	-2	-0.547	-1

22. The cause of disability lies not in the body, nor in society, but in the relationship between them	-0.107	0	1.530*	4	-0.08	-1
23. Not having a disability is better and more natural than having a disability	0.265*	1	- 1.577*	-3	- 0.689*	-1
24. No one would have a child with a disability by choice	0.019*	0	- 0.607*	-1	0.620*	1
25. Many disabled people do not accept themselves as they are and can become frustrated or angry	0.996*	2	0.353	1	0.268	0
26. Having a disability is a burden, whether for the person, their family or society.	-0.746	-2	- 2.012*	-4	-1.075	-2
27. It would be good if scientific progress could make all disabilities cease to exist	0.592*	1	- 1.051*	-3	- 0.057*	0
28. Disability is a difficulty that, like any other, needs to be overcome	-0.041	0	-0.274	-1	- 1.053*	-2
29. The quality of life of people with disabilities depends on the degree of dependence they experience	0.511	1	0.015*	0	0.423	1
30. The pursuit of medical correction of bodily or mental alterations in people with disabilities is a form of oppression.	- 1.422*	-3	- 0.394*	-1	0.659*	1
31. People can be happy not 'in spite of disability', but precisely 'because of disability'	-0.231	-1	-0.105	0	0.694*	1
<b>32. People with disabilities must be celebrated</b>	<b>-0.23</b>	<b>-1</b>	<b>- 0.117</b>	<b>0</b>	<b>- 0.352</b>	<b>-1</b>
33. Being a disabled person is not necessarily good or bad.	- 0.050*	0	0.656	1	0.888	2
34. The existence of disability makes humanity richer	- 0.109*	0	1.234	3	0.995	2
35. Seeking the prevention or correction of all forms of disability would be eugenics	- 0.435*	-1	0.249	0	0.352	0

36. People with disabilities are an example of overcoming	0.285	1	-0.022	0	-	0.593*	-1
37. Having bodily or mental alterations is like being black, or gay, or from a different culture: it's just a kind of difference.	-	-3	-0.42	-1	-	-0.765	-2
38. People with disabilities came into the world with a special mission	-0.107	0	-0.193	0	-	1.957*	-4
39. Disability makes us more grateful and satisfied with what we have	-	0	-0.532	-1	-	-0.774	-2
40. Disability is only negative if you give in and don't fight.	-0.697	-2	-0.994	-2	-	1.759*	-3
41. Situations and experiences of disability are a natural part of life for all human beings	0.56	1	0.574	1	-	0.991*	2
42. Having bodily or mental alterations makes life more challenging	0.742†	1	0.310†	0	-	0.708	1
43. Disabilities need to be prevented	0.212*	1	-	-2	-	1.214*	3
44. People with disabilities need rehabilitation to become more independent and have a better quality of life	1.779*	4	0.917*	2	-	0.355*	0
45. It is more appropriate for a disabled person to adapt to society than for society as a whole to adapt to them.	-1.526	-3	-	-4	-	1.227†	-2
46. People with disabilities need someone to look after them, whether it's someone close to them, the community or the government	0.021*	0	-0.389	-1	-	-0.559	-1
47. Every therapeutic advance for disabilities is valid	1.486*	3	0.506*	1	-	1.050*	2
48. Disabled people should only undergo rehabilitation if they want to	0.430*	1	0.821	1	-	1.068	3
49. People with disabilities must be guaranteed the same resources as any other citizen	1.806*	4	1.059*	2	-	0.174*	0

50. Support for people with disabilities is a duty of the state	1.633*	3	0.883	2	1.064	3
51. People with disabilities must engage in the fight for their rights.	0.798*	2	0.259	0	0.237	0
52. Society must ensure that people with disabilities have access to new assistive technologies	1.399†	3	0.775†	1	1.061	2
53. The priority in addressing disability must be to guarantee accessibility and inclusion	1.847	4	1.085*	2	1.529	4
54. Receiving social benefits is a right of people with disabilities	1.143†	2	0.630†	1	0.916	2
55. Investment in expensive, individually-based disability interventions hinders the fight for collective solutions, such as universal design.	- 1.060*	-2	-0.188	0	0.187	0
56. Disability quotas are a kind of privilege.	- 1.242*	-2	-1.585	-3	-1.731	-3
57. Including people with disabilities in companies can reduce the company's productivity.	-1.596	-4	- 1.957*	-4	-1.277	-3
58. Including children and young people with disabilities in regular schools is good for all students.	1.301	3	1.184†	3	1.621†	4
59. People with disabilities can overcome difficulties if they have courage, determination and willpower; they just have to want to	-0.434	-1	-0.732	-2	- 2.071*	-4

(\*) statement that statistically distinguishes a factor from all others

(†) statement that statistically distinguishes between a pair of factors

(**bold**) indicates a statement that that did not distinguish between any pair of factors (consensus statement)

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 4.1 Avanços e limitações deste trabalho

As concepções de deficiência geralmente aparecem na literatura como modelos teóricos herméticos ou como opiniões subjetivas discretas ou emaranhadas. Esta pesquisa, no entanto, foi capaz de caracterizar as concepções dos fisioterapeutas dentro de três pontos de vista inesperados, consistentes e claramente distinguíveis. Isso foi possível devido à posição única da metodologia Q no *continuum* das metodologias mistas e contribuiu para o caráter inovador desta pesquisa.

O recrutamento de participantes foi considerado satisfatório por ter conseguido abranger uma população de fisioterapeutas com as mais diversas experiências profissionais. A grande rede de contatos dos pesquisadores e as indicações fornecidas pelos participantes foram particularmente importantes para esse fim. Merece destaque especial o apoio do Grupo CIF Brasil na participação e divulgação da pesquisa entre pares. A metodologia Q se beneficia dessa variedade de opiniões e capta perspectivas subjetivas à medida em que elas ocorrem em um determinado grupo, sem estar sujeita aos enquadramentos teóricos *a priori* do pesquisador (RAMLO; NEWMAN, 2011). A participação, contudo, foi prejudicada por um alto percentual de perdas. Acreditamos que isso se deva ao tamanho da classificação e a quantidade de tempo gasto para tal. Temos visto outros trabalhos na literatura utilizando números geralmente não superiores a 30 frases no Q-set. Soma-se a isso o fato de a participação ter ocorrido de forma remota, portanto, com contato limitado entre os pesquisadores e os participantes. Acreditamos que um contato mais próximo favoreceria um maior engajamento com a pesquisa. Outro ponto que possa ter contribuído é o uso da plataforma *online* para realização das classificações. Supomos que a necessidade de se criar uma conta em uma plataforma online como o Trello tenha sido uma barreira, visto que muitos participantes que assentiram ao TCLE não chegaram a realizar esta etapa, mesmo após tentativas de contato dos pesquisadores para auxiliá-los nesse processo.

Associado a isso, há também risco de o baixo engajamento se relacionar também a uma menor qualidade das respostas dos participantes; esse risco, contudo, tem potencial de se diluir na análise fatorial de um número substancial de participantes.

### 4.2 Conclusão

Este trabalho abordou uma questão delicada e de suma importância no panorama nacional. A deficiência / incapacidade é uma questão de direitos humanos, o que por si só já é uma questão “da mais alta importância” (UNIDAS, 1948). Ainda, se considerarmos a situação de vulnerabilidade em que as pessoas com deficiência se encontram, com históricas

e recorrentes violações de seus direitos, a urgência dessa questão fica patente. Soma-se a esse contexto o rico debate teórico sobre os modelos de funcionalidade, incapacidade e saúde e a instigante busca por abordagens metodológicas capazes de explorar subjetividades, temos a perfeita confluência urgência humanitária e o renovado vigor acadêmico.

Diante disso, o interesse deste autor no presente trabalho deve parecer evidente. Contudo, além do apreço pelo resultado deste trabalho, o autor se viu envolvido numa deslumbrante jornada de formação científica e humana, exposto de modo singular ao rigor e às riquezas do pensamento científico, habilidade pouco desenvolvida e, provavelmente, negligenciada no currículo escolar tradicional, quiçá na minha formação acadêmica e profissional até aqui – que envolveu um bacharelado, uma pós-graduação e diversos cursos livres. O domínio do método científico ou, pelo menos, um mínimo conhecimento teórico e operacional de sua lógica e linguagem são fundamentais para uma apreciação crítica do conhecimento, de maneira geral. De maneira exemplar, vimos recentemente, no contexto da pandemia da COVID-19, as barbaridades proferidas e conduzidas – inclusive, por gestores públicos, profissionais da saúde e população geral – em razão do completo analfabetismo científico, levando, inclusive, à morte de milhares de pessoas – ignorância mata!

Não só o estar imerso num ambiente em que a Ciência é o idioma oficial me permitiu conhecer os contornos do conhecimento científico, mas vivenciar isso ao lado de profissionais e acadêmicos notáveis me expôs a debates extremamente enriquecedores. O caminho foi árduo, pois, para acompanhar os passos de gigantes, precisei sentir as dores do crescimento e levar meu corpo quase à exaustão. Um esforço justo e, ao final, feliz, pelos resultados que produziu!

Ao final, restam-me a gratidão, a inspiração e o desafio de não me acomodar, mas prosseguir nessa direção e ainda convidar as novas gerações a participar desta maravilhosa jornada ética e científica.

## REFERÊNCIAS

- AKHTAR-DANESH, N. A comparison between major factor extraction and factor rotation techniques in q-methodology. *Open Journal of Applied Sciences*, v. 07, n. 04, 2017. ISSN 2165-3917. Citado na página 34.
- AKHTAR-DANESH, N. An overview of the statistical techniques in q methodology: Is there a better way of doing q analysis? *Operant Subjectivity*, v. 38, n. 3/4, 2017. ISSN 01932713. Citado na página 34.
- AKHTAR-DANESH, N.; BAUMANN, A.; CORDINGLEY, L. Q-methodology in nursing research: A promising method for the study of subjectivity. *Western Journal of Nursing Research*, v. 30, n. 6, p. 759–773, out. 2008. ISSN 01939459. Citado 2 vezes nas páginas 25 e 31.
- ALBRECHT, G. L.; SEELMAN, K. D.; BURY, M. *Handbook of disability studies*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications, 2001. ISBN 978-0-7619-1652-9. Citado 2 vezes nas páginas 23 e 30.
- ANABY, D. et al. Towards a paradigm shift in pediatric rehabilitation: accelerating the uptake of evidence on participation into routine clinical practice. *Disability and Rehabilitation*, v. 44, n. 9, p. 1746–1757, abr. 2022. ISSN 0963-8288. Publisher: Taylor & Francis. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2021.1903102>>. Citado 2 vezes nas páginas 25 e 32.
- ANTONAK, R. F.; LIVNEH, H. Measurement of attitudes towards persons with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, v. 22, n. 5, 2000. ISSN 09638288. Citado 3 vezes nas páginas 25, 31 e 32.
- AU, K. W.; MAN, D. W. K. Attitudes toward people with disabilities: a comparison between health care professionals and students. *International Journal of Rehabilitation Research*, v. 29, n. 2, p. 155, jun. 2006. ISSN 0342-5282. Disponível em: <<https://journals.lww.com/intjrehabilres/abstract/2006/06000/attitudestowardpeoplewithdisabilities.11.aspx>>. Citado 3 vezes nas páginas 24, 30 e 31.
- BAKER, R.; THOMPSON, C.; MANNION, R. Q methodology in health economics. *Journal of health services research & policy*, v. 11, n. 1, p. 38–45, 2006. ISSN 1355-8196. Publisher: J Health Serv Res Policy. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16378531/>>. Citado na página 35.
- BALEOTTI, L. R.; OMOTE, S. A concepção de deficiência em discussão: ponto de vista de docentes de terapia ocupacional. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v. 22, p. 71–78, 2014. Citado na página 24.
- BAMM, E. L.; ROSENBAUM, P. Family-centered theory: Origins, development, barriers, and supports to implementation in rehabilitation medicine. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 89, n. 8, 2008. ISSN 00039993. Citado 2 vezes nas páginas 23 e 30.
- BANASIC, S. *Ken-Q Analysis (Version 2.0.1) [Computer software]*. 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.5281/zenodo.8310377>>. Citado na página 34.

BARNES, C. Rehabilitation for disabled people: A 'sick' joke? *Scandinavian Journal of Disability Research*, v. 5, n. 1, p. 7–23, jan. 2003. ISSN 1745-3011. Publisher: Stockholm University Press. Disponível em: <<https://sjdr.se/articles/10.1080/15017410309512609>>. Citado na página 30.

BICKENBACH, J. E. et al. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science and Medicine*, v. 48, n. 9, 1999. ISSN 02779536. Citado na página 21.

BRASIL, M. d. S. D. N. d. S. D. d. O. H. *História e evolução dos hospitais*. 1965. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd0408.pdf>>. Citado na página 23.

BROWN, S. R. *Political Subjectivity*. Yale University Press, 1980. ISBN 0-300-02579-3. Disponível em: <<https://qmethod.org/1980/01/08/brown-1980-political-subjectivity/>>. Citado 6 vezes nas páginas 24, 25, 27, 31, 34 e 35.

BROWN, S. R. A primer on q methodology. *Operant subjectivity*, v. 16, n. 3/4, p. 91–138, 1993. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Steven-R-Brown/publication/244998835\\_A\\_Primer\\_on\\_Q\\_Methodology/links/54749d440cf2778985abeb8e/A-Primer-on-Q-Methodology.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Steven-R-Brown/publication/244998835_A_Primer_on_Q_Methodology/links/54749d440cf2778985abeb8e/A-Primer-on-Q-Methodology.pdf)>. Citado 4 vezes nas páginas 27, 31, 34 e 35.

CAMERON, C. *Disability Arts: From the Social Model to the Affirmative Model*. 2011. Cameron, C. (2011). Disability Arts: from the social model to the affirmative model. *Parallel Lines*, 1(1). <http://www.parallellinesjournal.com/article-from-social-model.html>. Disponível em: <<https://abladeofgrass.org/articles/disability-arts-social-model-affirmative-model/>>. Citado na página 21.

CHIANG, J. L. et al. What is 'disability'? exploring the conceptions of internationally educated learners in a canadian physical therapy bridging program. *Physiotherapy Theory and Practice*, v. 40, n. 2, p. 276–287, fev. 2024. ISSN 1532-5040. Citado 4 vezes nas páginas 24, 30, 31 e 39.

CHURRUCA, K. et al. A scoping review of q-methodology in healthcare research. *BMC Medical Research Methodology*, v. 21, n. 1, dez. 2021. ISSN 14712288. Publisher: BioMed Central Ltd. Citado 2 vezes nas páginas 25 e 31.

COMREY, A. L.; LEE, H. B. *A First Course in Factor Analysis*. [S.l.]: L. Erlbaum Associates, 1992. Publication Title: A First Course in Factor Analysis. Citado na página 34.

CROSS, R. M. Exploring attitudes: the case for q methodology. *Health Education Research*, v. 20, n. 2, p. 206–213, jul. 2004. ISSN 1465-3648. Disponível em: <<https://academic.oup.com/her/article-lookup/doi/10.1093/her/cyg121>>. Citado 4 vezes nas páginas 23, 25, 27 e 31.

DALBONI, G. L. et al. Conceptions of disability among physiotherapists: an exploratory qualitative study. *Physiotherapy Theory and Practice*, v. 00, n. 00, p. 1–10, 2022. ISSN 15325040. Publisher: Taylor & Francis. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2042757>>. Citado 6 vezes nas páginas 24, 25, 30, 31, 32 e 39.

EXEL, N. V.; GRAAF, G. D. *Q methodology - A sneak preview*. Vrije Universiteit, 2005. Disponível em: <[www.jobvanexel.nlhttp://reserves.library.kent.edu/courseindex.asp](http://www.jobvanexel.nlhttp://reserves.library.kent.edu/courseindex.asp)>. Citado 5 vezes nas páginas 25, 31, 32, 34 e 35.

FEINBERG, L. B. Social desirability and attitudes toward the disabled. *The Personnel and Guidance Journal*, v. 46, n. 4, p. 375–381, 1967. ISSN 2164-4918. Citado 2 vezes nas páginas 25 e 32.

FELDNER, H. A.; VANPUYMBROUCK, L.; FRIEDMAN, C. Explicit and implicit disability attitudes of occupational and physical therapy assistants. *Disability and Health Journal*, v. 15, n. 1, p. 101217, jan. 2022. ISSN 1876-7583. Citado 3 vezes nas páginas 24, 30 e 31.

FLUCKINGER, C. D. Big five measurement via q-sort: An alternative method for constraining socially desirable responding. *SAGE Open*, v. 4, n. 3, p. 215824401454719, jul. 2014. ISSN 2158-2440, 2158-2440. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2158244014547196>>. Citado 2 vezes nas páginas 25 e 32.

FRANÇA, A. A. et al. ‘It’s very complicated’: Perspectives and beliefs of newly graduated physiotherapists about the biopsychosocial model for treating people experiencing non-specific low back pain in brazil. *Musculoskeletal Science and Practice*, v. 42, p. 84–89, jul. 2019. Publisher: Elsevier Ltd. Citado 2 vezes nas páginas 25 e 32.

GARBELLINI, S. et al. Unpacking the application of q methodology for use in occupational therapy research. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, v. 28, n. 4, p. 323–328, maio 2021. ISSN 1103-8128. Citado 3 vezes nas páginas 31, 34 e 35.

GETHING, L. Attitudes toward people with disabilities of physiotherapists and members of the general population. *The Australian Journal of Physiotherapy*, v. 39, n. 4, p. 291–296, 1993. ISSN 0004-9514. Citado 3 vezes nas páginas 24, 30 e 31.

GIANGRECO, M. F. The stairs didn’t go anywhere!: A self-advocate’s reflections on specialized services and their impact on people with disabilities. In: *Inclusive education: diverse perspectives*. London: David Fulton Publishers, 2004. p. 32–44. ISBN 978-1-84312-065-0. OCLC: 605733735. Citado 2 vezes nas páginas 24 e 30.

GIBSON, B. E.; TEACHMAN, G. Critical approaches in physical therapy research: Investigating the symbolic value of walking. <http://dx.doi.org/10.3109/09593985.2012.676936>, v. 28, n. 6, p. 474–484, ago. 2012. ISSN 09593985. Publisher: Taylor & Francis. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09593985.2012.676936>>. Citado 3 vezes nas páginas 23, 24 e 30.

GILL, C. J. et al. Disability stigma in rehabilitation. *PM&R*, v. 8, n. 10, p. 997–1003, out. 2016. ISSN 1934-1482, 1934-1563. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.pmrj.2016.08.028>>. Citado 2 vezes nas páginas 24 e 30.

GOOD, J. M. M. Introduction to william stephenson’s quest for a science of subjectivity. *Psychoanalysis and history*, v. 12, n. 2, p. 211–241, 2010. Citado na página 26.

HA, F. et al. Infusing disability equity within rehabilitation education and practice: A qualitative study of lived experiences of ableism, allyship, and healthcare partnership. *Frontiers in rehabilitation sciences*, v. 3, fev. 2022. ISSN 2673-6861. Publisher: Front

Rehabil Sci. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36188899/>>. Citado 2 vezes nas páginas 24 e 30.

HALLBERG, I. R. Impact of delirium on professionals. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, v. 10, n. 5, p. 420–425, ago. 1999. ISSN 1420-8008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1159/000017182>>. Citado na página 28.

HAMMELL, K. W. *Perspectives on disability and rehabilitation: contesting assumptions; challenging practice*. 1. ed. [S.l.]: Churchill Livingstone, 2006. ISBN 0-443-10059-4. Citado 3 vezes nas páginas 23, 30 e 38.

HOLLER, R.; WERNER, S. Perceptions towards disability among social work students in israel: Development and validation of a new scale. *Health & Social Care in the Community*, v. 26, n. 3, p. 423–432, maio 2018. ISSN 1365-2524. Citado na página 31.

IEZZONI, L. I. et al. Physicians' perceptions of people with disability and their health care. *Health Affairs (Project Hope)*, v. 40, n. 2, p. 297–306, fev. 2021. ISSN 1544-5208. Citado 3 vezes nas páginas 24, 31 e 39.

IMRIE, R. Demystifying disability: a review of the international classification of functioning, disability and health. *Sociology of Health and Illness*, v. 26, n. 3, abr. 2004. ISSN 0141-9889. Citado na página 21.

JARDIM, P. *Teaching ICF to medical students (Or Using ICF to teach Medicine)*. [S.l.]: Conference: 7th International ICF Education Symposium, 2021. Citado na página 24.

KIELHOFNER, G. Scholarship and practice: Bridging the divide. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 59, n. 2, p. 231–239, 2005. ISSN 0272-9490. Citado na página 24.

KOMENDANTOVA, N.; NEUMUELLER, S. Discourses about energy transition in austrian climate and energy model regions: Turning awareness into action. <https://doi.org/10.1177/0958305X20907086>, v. 31, n. 8, p. 1473–1497, mar. 2020. ISSN 20484070. Publisher: SAGE Publications Sage UK: London, England. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0958305X20907086>>. Citado na página 24.

LEITE, L. P.; CABRAL, L. S. A.; LACERDA, C. B. F. D. Concepções sobre deficiência em instituições públicas e privadas da educação superior. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, v. 31, n. 118, p. e0233127, jan. 2023. ISSN 1809-4465, 0104-4036. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0104-40362023000100206&tlng=pt>>. Citado na página 21.

LEONARDI, M. et al. Avoiding the banality of evil in times of covid-19: Thinking differently with a biopsychosocial perspective for future health and social policies development. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, v. 2, n. 10, p. 1758–1760, out. 2020. Publisher: Springer Science and Business Media LLC. Citado na página 20.

LONGMORE, P. K. Medical decision making and people with disabilities: A clash of cultures. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, v. 23, n. 1, p. 82–87, 1995. ISSN 1073-1105, 1748-720X. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/product/identifer/S1073110500001431/type/journalarticle>>. Citado na página 30.

- MCKENZIE, J. et al. A case for the use of q-methodology in disability research: lessons learned from a training workshop. *Disability and Rehabilitation*, v. 33, n. 21-22, p. 2134–2141, 2011. ISSN 1464-5165. Publisher: Disabil Rehabil. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21401331/>>. Citado 9 vezes nas páginas 9, 11, 25, 27, 29, 31, 32, 33 e 35.
- MCKEOWN, B.; THOMAS, D. B. *Q methodology*. Newbury Park, Calif: Sage Publications, 1988. (Sage university papers series, no. 07-066). ISBN 978-0-8039-2753-7. Citado 6 vezes nas páginas 25, 26, 27, 31, 34 e 35.
- MESCOUTO, K. et al. A critical review of the biopsychosocial model of low back pain care: time for a new approach? *Disability and Rehabilitation*, 2020. Publisher: Taylor and Francis Ltd. Citado 2 vezes nas páginas 25 e 32.
- MINAYO, M. C. d. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. Tex.adress: São Paulo. Citado na página 25.
- MOSLEH, D. Critical disability studies with rehabilitation: Re-thinking the human in rehabilitation research and practice. *CRITICAL RESEARCH AND PERSPECTIVES*, nov. 2019. Citado na página 30.
- MUNDIAL, B. *Relatório mundial sobre a deficiência*. [S.l.]: SEDPcD, 2012. ISBN 978-85-64047-02-0. Citado 3 vezes nas páginas 20, 22 e 23.
- OLIVER, M. Medicine and disability: Some steps in the wrong direction. *Journal of Medical Engineering & Technology*, v. 2, n. 3, p. 136–138, jan. 1978. ISSN 0309-1902, 1464-522X. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/03091907809161779>>. Citado na página 39.
- OLIVER, M. *The politics of disablement*. London: McMillan, 1990. (Critical texts in social work and the welfare state). ISBN 978-0-333-43293-8. Citado 4 vezes nas páginas 21, 23, 30 e 39.
- ORGANIZATION, W. H. *Global report on health equity for persons with disabilities*. Geneva: World Health Organization, 2022. OCLC: 1410743033. ISBN 978-92-4-006360-0. Citado 3 vezes nas páginas 20, 23 e 30.
- ORGANIZATION, W. H.; BANK, W. *World report on disability*. World Health Organization, 2011. ISSN 9789241564182. Disponível em: <<https://iris.who.int/handle/10665/44575>>. Citado 2 vezes nas páginas 20 e 30.
- PALAD, Y. Y. et al. Scoping review of instruments measuring attitudes toward disability. *Disability and Health Journal*, v. 9, n. 3, p. 354–374, jul. 2016. ISSN 19366574. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1936657416300012>>. Citado 2 vezes nas páginas 25 e 32.
- PELLEBOER-GUNNINK, H. A. et al. Mainstream health professionals' stigmatising attitudes towards people with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, v. 61, n. 5, 2017. ISSN 13652788. Citado na página 30.
- PEREIRA, R. Diversidade funcional: a diferença e o histórico modelo de homem-padrão. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 16, n. 3, p. 715–728, set. 2009. ISSN 0104-5970. Citado 2 vezes nas páginas 21 e 23.

- PORTNEY, L. G. *Foundations of clinical research: applications to evidence-based practice*. Fourth edition. Philadelphia: F.A. Davis, 2020. ISBN 978-0-8036-6113-4. Citado na página 25.
- RAMLO, S. E.; NEWMAN, I. Q methodology and its position in the mixed methods continuum. *Operant Subjectivity*, v. 34, n. 3, p. 172–191, 2011. Citado 4 vezes nas páginas 25, 31, 40 e 59.
- ROUSH, S. E.; SHARBY, N. Disability reconsidered: The paradox of physical therapy. *Physical Therapy*, v. 91, n. 12, p. 1715–1727, dez. 2011. ISSN 0031-9023, 1538-6724. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ptj/article-lookup/doi/10.2522/ptj.20100389>>. Citado na página 30.
- SAMPATH, K. K. et al. Barriers and facilitators experienced by osteopaths in implementing a biopsychosocial (BPS) framework of care when managing people with musculoskeletal pain – a mixed methods systematic review. *BMC Health Services Research*, v. 21, n. 1, dez. 2021. Publisher: BioMed Central Ltd. Citado 2 vezes nas páginas 25 e 32.
- SATCHIDANAND, N. et al. Attitudes of healthcare students and professionals toward patients with physical disability: a systematic review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, v. 91, n. 6, p. 533–545, jun. 2012. ISSN 1537-7385. Citado 3 vezes nas páginas 24, 30 e 31.
- SATHLER, A. R.; FERREIRA, R. S. P. *Declaração Universal Dos Direitos Humanos Comentada*. 1ª. ed. [S.l.]: Edições Câmara, 2022. ISBN 978-65-87317-40-3. Citado na página 23.
- SAURABH, M. K.; RANJAN, A.; PATEL, T. K. An evaluation of medical students' perceptions, knowledge, and attitudes about people with disability after attending the learning session on disability competency: A cross-sectional study. *Cureus*, v. 16, n. 2, p. e53878, fev. 2024. ISSN 2168-8184. Citado na página 31.
- SAÚDE, O. M. da. *CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. 1. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003. OCLC: 57018587. ISBN 978-85-314-0784-0. Citado 3 vezes nas páginas 21, 22 e 23.
- SCULLION, P. A. Conceptualizing disability in nursing: some evidence from students and their teachers. *Journal of Advanced Nursing*, v. 29, n. 3, p. 648–657, mar. 1999. ISSN 0309-2402. Citado na página 31.
- SHAKESPEARE, T. *Disability rights and wrongs revisited*. 2. edition. ed. London New York: Routledge, 2014. Publication Title: Disability Rights and Wrongs Revisited, Second Edition. ISBN 978-1-315-88745-6 978-0-415-52761-3 978-0-415-52760-6. Citado 2 vezes nas páginas 21 e 24.
- SHAKESPEARE, T.; IEZZONI, L. I.; GROCE, N. E. Disability and the training of health professionals. *The Lancet*, v. 374, n. 9704, p. 1815–1816, nov. 2009. ISSN 01406736. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067360962050X>>. Citado 2 vezes nas páginas 23 e 30.
- SHAKESPEARE, T.; OFFICER, A. Breaking the barriers, filling the gaps. *Disability and Rehabilitation*, v. 36, n. 18, p. 1487–1488, ago. 2014. ISSN 0963-8288. Publisher: Taylor &

Francis. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638288.2013.878552>>. Citado 2 vezes nas páginas 20 e 30.

SHAKESPEARE, T.; WATSON, N.; ALGHAIB, O. A. Blaming the victim, all over again: Waddell and aylward's biopsychosocial (bps) model of disability. *Critical Social Policy*, v. 37, n. 1, p. 22–41, fev. 2017. ISSN 0261-0183. Publisher: SAGE Publications Ltd. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0261018316649120>>. Citado na página 30.

SHARP, A.; HERRMAN, D. Disability and physical therapy: A complicated relationship, an uncertain path forward. *Physical Therapy*, v. 101, n. 7, p. pzab085, jul. 2021. ISSN 1538-6724. Citado na página 30.

SOFFER, M.; CHEW, F. Framing disability among young adults with disabilities and non-disabled young adults: an exploratory study. *Disability and Rehabilitation*, v. 37, n. 2, p. 171–178, jan. 2015. ISSN 0963-8288, 1464-5165. Publisher: Informa Healthcare. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638288.2014.913701>>. Citado 5 vezes nas páginas 21, 24, 25, 30 e 32.

STEPHENSON, W. Correlating persons instead of tests. *Journal of Personality*, v. 4, n. 1, p. 17–24, set. 1935. ISSN 1467-6494. Publisher: John Wiley & Sons, Ltd. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-6494.1935.tb02022>.xhttps://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-6494.1935.tb02022.xhttps://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-6494.1935.tb02022.x>. Citado 2 vezes nas páginas 26 e 34.

STEPHENSON, W. Technique of factor analysis. *Nature*, v. 136, n. 3434, 1935. ISSN 0028-0836. Citado na página 26.

STEPHENSON, W. Perspectives in psychology: Xxvi consciousness out—subjectivity in. *The Psychological Record*, v. 18, n. 4, p. 499–501, out. 1968. ISSN 0033-2933. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/BF03393799>>. Citado na página 24.

STEPHENSON, W. Factors as operant subjectivity. *Operant Subjectivity*, v. 1, n. 1, p. 3–16, out. 1977. ISSN 0193-2713. Disponível em: <<http://www.operantsubjectivity.org/pub/534>>. Citado na página 34.

STEPHENSON, W. Protoconcurus: The concourse theory of communication. *Operant Subjectivity*, v. 9, n. 2, 1986. ISSN 01932713, 01932713. Disponível em: <<https://ojs.library.okstate.edu/osu/index.php/osub/article/view/9159/8221>>. Citado 2 vezes nas páginas 25 e 31.

SULLIVAN, M. From personal tragedy to social oppression: the medical model and social theories of disability. *New Zealand Journal of Industrial Relations*, v. 16, n. 3, dez. 1991. ISSN 0110-0637. Number: 3. Disponível em: <<https://ojs.victoria.ac.nz/nzjir/article/view/3118>>. Citado na página 39.

SWAIN, J.; FRENCH, S. Towards an affirmation model of disability. *Disability & Society*, v. 15, n. 4, p. 569–582, jun. 2000. ISSN 0968-7599, 1360-0508. Publisher: Taylor & Francis Group. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09687590050058189>>. Citado 2 vezes nas páginas 21 e 39.

UNGER, J. P. et al. Integrating clinical and public health knowledge in support of joint medical practice. *BMC Health Services Research*, v. 20, dez. 2020. Publisher: BioMed Central Ltd. Citado 2 vezes nas páginas 25 e 32.

UNIDAS, O. da N. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. 1948. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/91601-declara%C3%A7%C3%A3o-universal-dos-direitos-humanos>> <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Citado 3 vezes nas páginas 20, 22 e 59.

UPIAS; ALLIANCE, D. *Fundamental Principles of Disability*. 1975. Disponível em: <<https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/UPIAS-fundamental-principles.pdf>>. Citado na página 30.

VANDERKAAY, S. et al. Qualitative research in rehabilitation science: opportunities, challenges, and future directions. *Disability and Rehabilitation*, v. 40, n. 6, p. 705–713, mar. 2018. ISSN 0963-8288. Publisher: Taylor & Francis. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2016.1261414>>. Citado 2 vezes nas páginas 25 e 31.

VANPUYMBROUCK, L.; FRIEDMAN, C. Relationships between occupational therapy students' understandings of disability and disability attitudes. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, v. 27, n. 2, p. 122–132, fev. 2020. ISSN 1651-2014. Citado na página 31.

VANPUYMBROUCK, L.; FRIEDMAN, C.; FELDNER, H. Explicit and implicit disability attitudes of healthcare providers. *Rehabilitation Psychology*, v. 65, n. 2, p. 101–112, maio 2020. ISSN 1939-1544. Citado 5 vezes nas páginas 24, 25, 30, 31 e 32.

VAZ, D. V. et al. Conceptions of disability among health professionals in training and in practice: a qualitative study. *Ciência & Saúde Coletiva*, dez. 2023. ISSN 1678-4561. Vaz, D. V., Garcês, R. L. de O., Silva, H. A., Almeida, L. A. D.. Conceptions of disability among health professionals in training and in practice: a qualitative study. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2023/Dec). [Citado em 28/03/2024]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/en/articles/conceptions-of-disability-among-health-professionals-in-training-and-in-practice-a-qualitative-study/19041>. Disponível em: <<http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/concepcoes-de-deficiencia-de-profissionais-de-saude-em-formacao-e-em-exercicio-um-estudo-qualitativo-19041?id=19041>>. Citado 8 vezes nas páginas 9, 11, 24, 27, 29, 31, 33 e 39.

WADE, D. Rehabilitation – a new approach. part two: the underlying theories. *Clinical Rehabilitation*, v. 29, n. 12, p. 1145–1154, dez. 2015. ISSN 0269-2155. Publisher: SAGE Publications Ltd STM. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0269215515601175>>. Citado 2 vezes nas páginas 25 e 32.

WADE, D. T.; HALLIGAN, P. W. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, v. 31, n. 8, p. 995–1004, ago. 2017. ISSN 0269-2155. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269215517709890>>. Citado 2 vezes nas páginas 25 e 32.

WANG, Z. et al. Factors associated with public attitudes towards persons with disabilities: a systematic review. *BMC Public Health*, v. 21, n. 1, 2021. ISSN 14712458. Citado na página 30.

WATTS, S.; STENNER, P. Doing q methodology: theory, method and interpretation. *Qualitative Research in Psychology*, v. 2, n. 1, p. 67–91, jan. 2005. ISSN 14780895. Publisher: Taylor & Francis Group. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088705qp022oa>>. Citado na página 35.

World Health Organization (Ed.). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Geneva: World Health Organization, 2001. OCLC: ocm48250012. ISBN 978-92-4-154542-6. Citado na página 38.

YONG, A. G.; PEARCE, S. A beginner's guide to factor analysis: Focusing on exploratory factor analysis. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, v. 9, n. 2, p. 79–94, 2013. Citado na página 34.

ZABALA, A.; SANDBROOK, C.; MUKHERJEE, N. When and how to use q methodology to understand perspectives in conservation research. *Conservation Biology*, v. 32, n. 5, p. 1185–1194, out. 2018. ISSN 15231739. Publisher: Blackwell Publishing Inc. Citado 3 vezes nas páginas 27, 34 e 35.

## **Apêndices**

## APÊNDICE A – Q-CONCOURSE

1. A person with a disability makes a valuable contribution within relationships of care
2. A person's disability should never be used as a reason for restricting their access to health care
3. The medical profession paints an overly gloomy picture of what it is like to have a disability.
4. It is not the disability of the person that makes their lives difficult but rather the unfair treatment that they receive from society
5. We should use the term 'people with disabilities' rather than 'disabled people'
6. I feel so sorry for people who have a baby with a disability.
7. It must be an ongoing struggle to have a disability
8. The more we understand about the causes and nature and epidemiology of disability, the better we will be able to tackle the issue
9. People with disabilities can have as good a quality of life as anybody else.
10. Looking after a child with disabilities needs certain qualities that I don't think I've got.
11. Having a disability is just one of the ways that people are different from each other like race or gender or culture.
12. People with disabilities need their own community spaces to some degree
13. It is important to gain a professional diagnosis of disability
14. Saying that having a child with a disability is the same as having a normal child is just denying reality
15. A disabled child brings a family together
16. Disabled people are capable of caring for themselves and others .
17. Disability has serious financial implications for families
18. Nobody would choose to have a child with disabilities
19. Disability is a punishment for parents

20. Sentidos ou significados pessoais/sociais, julgamentos morais/valor, avaliações morais e apontamentos de responsabilidade
21. People with disabilities are a financial burden on the state
22. A person with disabilities will always be dependent on others
23. Knowing someone with a disability enriches our understanding of what it means to be human
24. Every effort should be made to try and prevent disability from occurring
25. People with disabilities make me/others feel uncomfortable
26. A child with disabilities is a burden on the family
27. A classificação da deficiência é necessária para a proteção social, preservação dos direitos e inclusão dessas pessoas
28. A classificação da deficiência é uma maneira de excluir o diferente
29. A correção de uma deficiência pode reforçar concepções preconceituosas, mesmo que este seja um desejo expresso pela pessoa
30. A correção de uma deficiência, quando viável, pode contribuir para expandir as possibilidades de uma pessoa
31. A deficiência é algo negativo apenas se a pessoa que tem essa característica a considerar assim
32. A deficiência é algo negativo ou positivo a depender de como a pessoa se sente
33. A deficiência é algo negativo ou positivo a depender do papel social desempenhado pela pessoa nessa condição
34. A deficiência é algo negativo ou positivo a depender do que a pessoa é ou não capaz de fazer
35. A deficiência é causada por um déficit no corpo ou na mente de uma pessoa
36. A deficiência é consequência de processos de exclusão econômica, cultural e política
37. A deficiência é sempre algo negativo
38. A deficiência é uma condição do corpo e não diz absolutamente nada sobre a identidade de uma pessoa
39. A deficiência é uma dificuldade que, como qualquer outra, precisa ser superada

40. A deficiência é uma importante causa de sofrimento para a pessoa
41. A deficiência é uma parte natural da vida de todas as pessoas
42. A deficiência em si é um fardo, seja para a família, para a sociedade ou para a própria pessoa
43. A deficiência existe para nos tornar pessoas mais gratas e satisfeitas com o que temos
44. A deficiência existe porque o mundo foi planejado apenas para as pessoas sem diferenças físicas, sensoriais e intelectuais.
45. A deficiência não define uma pessoa, mas é parte de sua identidade
46. A deficiência não deve fazer parte da identidade de uma pessoa
47. A deficiência não significa déficit nem incapacidade, é apenas uma diferença.
48. A deficiência oferece uma oportunidade para termos mais compaixão e caridade
49. A deficiência pode ser agravada por processos de exclusão econômica, cultural e política
50. A deficiência pode ser fonte de felicidade, orgulho e realização pessoal.
51. A deficiência reflete a sabedoria do criador
52. A diferença entre pessoas com deficiência e pessoas sem deficiência é que as primeiras têm alguma limitação para a realização de alguma atividade e/ou restrição para a participação social
53. A diferença entre pessoas com deficiência e pessoas sem deficiência é que as primeiras têm alguma alteração corporal ou mental.
54. A existência da deficiência no mundo torna a humanidade melhor
55. A existência de deficiências ressalta nossa fragilidade e nos lembra de que ninguém é autossuficiente
56. A experiência de deficiência é um fato da natureza
57. A identidade da pessoa com deficiência deve ser afirmada com orgulho.
58. A identificação de alguém como pessoa com deficiência depende da percepção de sua família e de pessoas da comunidade.
59. A identificação de alguém como pessoa com deficiência depende das definições legais e dos critérios da saúde

60. A identificação pessoal com a deficiência pode ser importante para a formação da identidade de um grupo.
61. A non-disabling society potentially benefits all people, not just the minority perceived as needing the intervention (Patston 2007)
62. A pessoa com deficiência deve se engajar na luta por direitos
63. A pessoa com deficiência não deveria precisar lutar para garantir sua plena participação social - isso é responsabilidade da sociedade
64. A pessoa com deficiência precisa buscar os melhores tratamentos para se tornar mais próximo do normal
65. A pessoa com deficiência precisa lutar para conquistar sua independência
66. A pessoa com deficiência precisa lutar para superar o preconceito, se aceitar e ser aceita como ela é
67. A pessoa com deficiência precisa querer mudar para se inserir na sociedade
68. A principal diferença entre pessoas com deficiência e pessoas sem deficiência está na forma como são vistas pela sociedade
69. A principal diferença entre pessoas com deficiência e pessoas sem deficiência está no acesso e garantia dos direitos fundamentais
70. A prioridade das políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência a deve ser a assistência à saúde
71. A prioridade de políticas públicas para pessoas com deficiência deve ser a garantia dos direitos humanos
72. A prioridade de políticas públicas para pessoas com deficiência deve ser a acessibilidade
73. A prioridade de políticas públicas para pessoas com deficiência deve ser a garantia de inclusão
74. A qualidade de vida das pessoas com deficiência depende mais de como são tratadas em sociedade do que das suas alterações biológicas
75. A qualidade de vida das pessoas com deficiência depende principalmente da natureza e do grau da alteração corporal ou mental
76. A qualidade de vida das pessoas com deficiência resulta da relação entre os fatores pessoais, as alterações corporais ou mentais, o ambiente e as atitudes da sociedade

77. A qualidade de vida de uma pessoa com deficiência depende de seu empenho na busca pela felicidade pessoal.
78. A qualidade de vida de uma pessoa com deficiência depende do grau de dependência que ela experimenta
79. A qualidade de vida de uma pessoa com deficiência depende, principalmente, de como ela se sente
80. A qualidade de vida de uma pessoa com deficiência depende, principalmente, das suas limitações e restrições às experiências da vida comum
81. A qualidade de vida de uma pessoa com deficiência não depende das suas alterações corporais, mas da atitude da sociedade com relação a ela
82. A sociedade deve garantir o acesso das pessoas com deficiência à vida comunitária
83. A sociedade deve garantir o acesso das pessoas com deficiência às novas tecnologias assistivas
84. A sociedade pode prejudicar uma pessoa com deficiência quando a induz a não acreditar em si mesma, no seu próprio potencial
85. A sociedade precisa facilitar o acesso das pessoas com deficiência à saúde, educação e trabalho
86. A sociedade precisa oferecer serviços de saúde, educação e assistência social planejados especialmente para pessoas com deficiência
87. A sociedade precisa se adequar às necessidades das pessoas com deficiência.
88. A solução para a deficiência está na política e na garantia de direitos humanos
89. Algumas pessoas vivenciam processos de exclusão econômica, cultural e política por terem deficiência
90. As alterações corporais e mentais das pessoas com deficiência lhe impedem uma boa qualidade de vida
91. As anormalidades físicas, sensoriais ou intelectuais das pessoas com deficiência causam revolta, solidão, tristeza, frustração
92. As deficiências físicas ou mentais são causadas por acidentes, doenças, alterações genéticas ou anormalidades biológicas
93. As deficiências precisam de tratamento ou, quando possível, tentativa de cura

94. As dificuldades enfrentadas por pessoas com deficiência são consequências das alterações corporais ou mentais
95. As dificuldades enfrentadas por pessoas com deficiência são consequência das restrições impostas a elas pela sociedade
96. As dificuldades enfrentadas por pessoas com deficiência são consequência da interação complexa entre fatores sociais, ambientais, pessoais e biológicos
97. As limitações vividas pela pessoa com deficiência são uma escolha da sociedade
98. As pessoas com deficiência devem ter garantidos os mesmos recursos de qualquer cidadão
99. As pessoas com deficiência inspiram admiração
100. As pessoas com deficiência inspiram compaixão
101. As pessoas com deficiência inspiram pena
102. As pessoas com deficiência inspiram respeito
103. As pessoas com deficiência podem superar as suas dificuldades se tiverem coragem, determinação e força de vontade; basta querer .
104. As pessoas com deficiência precisam de acesso a recursos financeiros e médico-assistenciais para se inserirem na sociedade
105. As pessoas com deficiência precisam de garantia de acesso a recursos e oportunidades para se inserirem na sociedade
106. As pessoas com deficiência precisam de reabilitação para se tornarem mais independentes e terem uma melhor qualidade de vida
107. As pessoas com deficiência precisam de tratamento para se ajustarem fisicamente e psicologicamente às demandas da sociedade
108. As pessoas com deficiência precisam se adaptar à sociedade onde vivem
109. As pessoas com deficiência precisam ser vistas com mais atenção e respeito que as pessoas sem essas condições.
110. As pessoas com deficiência são mais vulneráveis por causa de suas necessidades especiais
111. As pessoas com deficiência são um exemplo de superação
112. As pessoas com deficiência são uma lição de vida

113. As pessoas com deficiência vieram ao mundo com uma missão especial
114. As pessoas podem ser felizes não 'apesar da deficiência', mas precisamente 'por causa da deficiência'
115. Barriers, discriminatory attitudes, and lack of support are the things that really disable people
116. Being non-disabled is better or more natural than being disabled (Patston 2007)
117. Cabe somente ao próprio indivíduo declarar se ele tem ou não alterações físicas ou mentais
118. Cabe somente ao próprio indivíduo definir se ele é pessoa com deficiência ou não
119. Cabe somente ao próprio indivíduo definir se ele precisa ou não de amparo legal, inclusão social, e tratamentos de saúde
120. Deficiência é uma perda da capacidade para o desempenho das atividades rotineiras experimentada por uma determinada pessoa.
121. Deficiência deve ser encarada com naturalidade
122. Deficiência é a situação de impedimento do desempenho de atividades da vida cotidiana
123. Deficiência é um fato da natureza; não é nem bom, nem ruim
124. Deficiência é uma experiência subjetiva vivenciada num contexto comunitário
125. Deficiência é uma forma de opressão social à qual pessoas com determinadas diferenças corporais ou mentais são submetidos
126. Deficiência é uma provação
127. Deficiência é uma questão de saúde
128. Deficiência é uma questão multidimensional que não pode ser localizada somente no indivíduo ou na sociedade
129. Deficiência é uma questão social e política
130. Deficiência é uma situação objetiva, que pode ser observada e atestada
131. Deficiência é uma situação trágica
132. Deficiência é uma situação triste

133. Deficiência não define a identidade de ninguém, mas identifica pessoas que tem direitos específicos
134. Deficiência não é algo negativo ou positivo por si só. É a interação com o meio que vai determinar o papel da deficiência na vida da pessoa
135. Dificilmente as pessoas com deficiência podem ter filhos
136. Disability is a blessing as the person brings an income into the family
137. É impossível classificar as pessoas entre "pessoas com deficiência" e "pessoas sem deficiência"
138. É mais adequado uma pessoa com deficiência se adaptar à sociedade do que toda a sociedade se adaptar a ela
139. É o profissional de saúde que deve definir quem tem e quem não tem deficiência
140. It is wrong to treat people with disabilities as a group. They are all individuals, because we need to consider the person first, before the disability
141. It takes professional rehabilitation and specialized skills to get the best out of people with disabilities
142. Mais do que oferecer recursos acessíveis, a sociedade precisa mudar sua atitude com relação às pessoas com deficiência
143. Muitas pessoas são consideradas com deficiência e estão em situação de dificuldade ou incapacidade porque o mundo foi planejado apenas para as pessoas sem diferenças corporais ou mentais
144. Não é a deficiência que precisa ser superada: são as barreiras ambientais, o preconceito, o medo e a insegurança
145. Não existe diferença entre as dificuldades enfrentadas por uma pessoa com deficiência e uma pessoa sem deficiência
146. Não há pessoas com deficiência. Há pessoas com diferenças corporais (que não podem ser caracterizadas como positivas ou negativas) que podem estar ou não em situação de deficiência
147. O amparo às pessoas com deficiência é um dever do estado
148. O amparo às pessoas com deficiência, é um dever de cada cidadão
149. O diagnóstico médico é fundamental para que uma pessoa com deficiência saiba como lidar com sua condição

150. O fato de ter uma deficiência não faz de uma pessoa alguém mais ou menos admirável.
151. O que gera deficiência é a opressão sofrida por pessoas com alterações físicas, sensoriais ou intelectuais
152. Os desafios que uma pessoa com deficiência enfrenta servem para torná-la uma pessoa melhor
153. People with disabilities have a right to be heard within society, especially when it comes to decisions that affect them.
154. Pessoas com deficiência em geral são nervosas
155. Pessoas com deficiência não diferem de nenhum outro ser humano em seu potencial para serem autônomos e independentes
156. Pessoas com deficiência não diferem de nenhum outro ser humano em ter necessidades e vulnerabilidades
157. Pessoas com deficiência não tem necessidades especiais, e sim capacidades especiais
158. Pessoas com deficiência nos mostram que somos todos capazes de realizar nossos sonhos - basta ter coragem, força de vontade e determinação
159. Pessoas com deficiência precisam de alguém que cuide delas, seja uma pessoa próxima, a comunidade ou o governo
160. Pessoas com deficiência provavelmente sentem dor e aflição na maior parte do tempo
161. Pessoas com deficiência são aquelas cujas alterações corporais ou mentais lhe causam alguma incapacidade ou dificuldade
162. Pessoas com deficiência são aquelas que possuem alterações físicas ou mentais e dificuldades para desempenhar atividades rotineiras
163. Pessoas com deficiência são aquelas que tem algum tipo de dependência devido a limitações de suas habilidades
164. Pessoas com deficiência são de alguma maneira diferentes da maioria da população
165. Pessoas com deficiências são aquelas que tem alterações físicas ou mentais, independente terem ou não dificuldades para desempenhar atividades rotineiras
166. Pessoas podem encontrar satisfação, realização, felicidade e orgulho na superação de suas deficiências
167. Receber benefícios sociais é um direito das pessoas com deficiência e um dever do estado

168. Se determinada alteração do corpo é vantajosa para uma pessoa, isso não é considerado deficiência
169. Se não houvesse barreiras à participação social e ao desempenho de suas atividades, as pessoas com deficiência não teriam suas diferenças corporais classificadas nesses termos
170. Se todas as barreiras sociais que impedem a participação de pessoas com deficiência fossem removidas, a deficiência deixaria de existir
171. Seria bom se o avanço científico fizesse com que todas as deficiências deixassem de existir
172. Seria uma perda para o mundo se todas as diferenças corporais ou mentais das pessoas com deficiências deixassem de existir
173. Somente a pessoa com deficiência pode definir se precisa ou não de reabilitação
174. Tanto a sociedade quanto a pessoa com deficiência precisam se esforçar para superar limitações
175. The belief that being non-disabled is better or more natural than being disabled is similar to the belief that one race is better than the other or that heterosexuality is better than homosexuality
176. The normal siblings of children with disabilities suffer as well
177. Todo avanço terapêutico para as deficiências é válido
178. Tudo no mundo tem uma razão de ser, a deficiência não acontece por acaso
179. Uma pessoa com alterações físicas ou mentais não pode ser considerada com deficiência se tiver capacidade para desempenhar atividades rotineiras
180. Uma pessoa com deficiência não é um exemplo de vida porque consegue desempenhar suas atividades. Isso só faz dela uma pessoa como qualquer outra.
181. pessoa não deve definir sua identidade a partir de sua deficiência
182. pessoa pode ser considerada com deficiência dependendo da cultura onde está inserida

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da Pesquisa:** Concepções sobre Deficiência — Estudo Q

**Pesquisador:** Professora Daniela Vaz, Departamento de Fisioterapia da UFMG

Você está sendo convidado(a) para participar de um projeto de pesquisa que tem como objetivo analisar as opiniões mais comuns sobre deficiência. 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 seus dados sócio-demográficos. Em seguida você receberá por e-mail um conjunto de 59 afirmativas que descrevem diferentes pontos de vista sobre as causas, definições, significados e enfrentamentos da deficiência. Você deverá classificar as frases de acordo com o grau de sua concordância com elas, com base na sua opinião pessoal. Você pode escolher categorias que variam de 'Discordo totalmente' até 'Concordo totalmente'. Ao finalizar a classificação de todas as frases, você deverá e enviar um aviso para [danielavvaz@gmail.com](mailto:danielavvaz@gmail.com). O seu anonimato será garantido, usaremos senhas numéricas para identificação. Em nenhum momento o seu nome será divulgado. Todos os dados coletados serão usados, exclusivamente, para gerar informações para a nossa pesquisa e outras publicações dela decorrentes. O tempo gasto para completar a classificação das frases será de aproximadamente 60 minutos. Você poderá interromper a classificação a qualquer momento, de acordo com a sua necessidade. Você poderá desistir de participar do estudo, sem qualquer custo ou prejuízo para você.

**Riscos:** A participação na pesquisa envolve risco de você sentir cansaço mental ou desconforto com algumas frases que podem lhe provocar sentimentos ruins. Se isso acontecer, você poderá fazer uma pausa ou não completar a tarefa e desistir da participação, sem qualquer penalidade. Para minimizar os riscos relacionados à transmissão dos seus dados por meio eletrônico, apenas você e os pesquisadores terão acesso à página online onde será feita a classificação das frases. Após a sua participação, a página online será apagada e as informações serão armazenadas em arquivos computador, guardados pela pesquisadora responsável na UFMG por cinco anos. Você poderá buscar indenização em caso de danos provenientes da pesquisa.

**Benefícios:** Não há benefício direto para você ao participar desta pesquisa, porém as informações colhidas nos possibilitarão um melhor entendimento sobre as concepções em relação às pessoas com deficiências. Ressaltamos ainda que não haverá nenhum tipo de remuneração relacionada à sua participação neste projeto.

**Natureza voluntária do estudo/ Liberdade para se retirar:** A sua participação é voluntária e você tem o direito de se recusar a participar por qualquer razão e a qualquer momento, sem que isso acarrete prejuízos pessoais.

**Gastos financeiros:** A sua participação não acarreta nenhum custo para você.

**Uso dos resultados da pesquisa:** Os dados obtidos no estudo serão para fins de pesquisa, podendo ser apresentados em congressos e seminários e publicados em artigos científicos; com sua identidade sempre mantida em absoluto sigilo.

Declaro que li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos e procedimentos satisfatoriamente explicados. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima, e tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou ciente de que tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter em que tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter em relação à pesquisa com a Profa. Daniela Vaz (0XX31) 3409-4783, danielavvaz@gmail.com.

Este documento será assinado em via eletrônica (marcando a opção 'concordo em participar da pesquisa', abaixo) e você receberá uma cópia deste termo no seu e-mail.

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 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

Concordo em participar da pesquisa

## **Anexos**

**ANEXO A – APROVAÇÃO NO CONSELHO DE ÉTICA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

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

**Pesquisador:** Daniela Virgínia Vaz

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**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:** 5.809.532

#### Apresentação do Projeto:

Justificativa de emenda segundo as pesquisadoras:

Diante das mudanças no perfil epidemiológico populacional torna-se necessária a exploração de diferentes aspectos da vida humana para a abordagem do processo saúde-doença, onde o contexto faz emergir aspectos multidimensionais que podem determinar a saúde. Um modelo para além da cura da doença e que relacione indivíduo e contexto torna-se necessário. A partir dessa visão, a OMS apresentou em 2001 a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), um modelo biopsicossocial para descrever os fenômenos de funcionalidade, incapacidade e saúde, com característica multidirecional e uma complexa interação entre seus componentes, com uma linguagem unificada e padronizada. Essa forma de compreender a saúde vai ao encontro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que se refere à integralidade. Como esperado, em 2012 foi publicada a RESOLUÇÃO Nº 452, DE 10 DE MAIO pelo Conselho Nacional de Saúde, que resolve que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar, em vários âmbitos inclusive "para dar visibilidade e avaliar os processos de trabalho com os respectivos impactos reais das ações dos profissionais de saúde, que atuam diretamente com a funcionalidade humana". Assim, o cuidado na Atenção Básica (AB) através das equipes de saúde da família (eSF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha  
**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: 5.809.532

(NASF-AB) buscam concretizar em seus processos de trabalho um modelo biopsicossocial de assistência ao usuário. Considerando que o processo de trabalho dentro da perspectiva da integralidade favorece os resultados em saúde das abordagens das equipes e que os princípios do modelo da OMS está presente na implementação das ações na AB, ainda é incipiente a avaliação desse processo com uma ferramenta que vai além do diagnóstico clínico dos usuários. Diante deste cenário, a PBH inicia um processo de informatização das ações em saúde com foco na Funcionalidade. Nesse sentido, conhecer as percepções e a compreensão sobre o modelo da CIF entre aqueles que atuam na clínica ampliada, o que inclui todos os atores das equipes da AB e não apenas o Terapeuta Ocupacional, pode ser de extrema importância para qualificar e otimizar o processo de ampliação de informações em saúde via Sistema na PBH. A partir do exposto esta emenda objetiva ampliar a amostra de profissionais participantes deste estudo já aprovado pelo COEP e NEP/PBH, ou seja, incluir o conjunto dos profissionais

atuantes no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB, ESF e Creab, não se restringindo aos Terapeutas Ocupacionais.

Uma aproximação foi iniciada entre as pesquisadoras e a Referência Técnica do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, com o entendimento de que a inclusão de outras categorias profissionais e outros pontos da rede de atenção poderia ser proficiente, uma vez que o novo sistema de informação da PBH utiliza e demanda conhecimento acerca da Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF).

Considerando que estes profissionais podem necessitar de um aprimoramento para a mudança do processo de trabalho, faz-se oportuno investigar o conhecimento destes acerca da CIF, verificando os pontos de maior dificuldade e potência favorecendo o planejamento de uma capacitação assertiva, voltada para os conteúdos mais deficitários.

Nesse sentido, solicitamos a inclusão como participantes elegíveis para esta pesquisa, profissionais das demais categorias do NASF – AB (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, profissionais de educação física, assistentes sociais), bem como inclusão dos profissionais dos Centros de Reabilitação (CREAB) (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos), profissionais do programa Academia da Cidade (profissionais de Educação Física) e médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família.

Considerando um maior número e variedade de profissionais como participantes deste estudo, compreendemos que o método de coleta qualitativo proposto anteriormente (entrevista) deva ser substituído pela técnica de grupo focal. Assim, incluímos um TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO atualizado para o grupo focal nesta solicitação, bem como o roteiro

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha  
**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: 5.809.532

semiestruturado.

**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 pesquisadores:

Riscos:

Há riscos mínimos para os participantes, como o possível cansaço mental durante a classificação das frases ou entrevista. Para contornar este risco,

a tarefa de classificação poderá ser completada em múltiplas sessões com duração definida pelo próprio participante. A anonimidade de todos os

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

Benefícios:

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

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de emenda para ampliação dos profissionais a serem recrutados e inclusão de procedimento de grupo focal com os participantes.

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

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados. TCLE para o grupo focal está anexado junto a proposta de emenda.

**Recomendações:**

Sou a favor, S.M.J., de aprovação da emenda

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha  
**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: 5.809.532

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

Emenda aprovada

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1937840_E2.pdf	28/10/2022 14:07:44		Aceito
Outros	PROPOSTA_DE_EMENDA.pdf	28/10/2022 14:07:03	Daniela Virgínia Vaz	Aceito
Outros	Justificativa_da_emenda.pdf	18/12/2021 13:08:41	MARIANA PEREIRA VELOSO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAI.pdf	19/11/2021 15:05:33	MARIANA PEREIRA VELOSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLs.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

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha  
**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: 5.809.532

BELO HORIZONTE, 12 de Dezembro de 2022

---

**Assinado por:**  
**Corinne Davis Rodrigues**  
**(Coordenador(a))**

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

**ANEXO B – MINICURRÍCULO DO AUTOR**

## Contato

[pmartinsjardim@gmail.com](mailto:pmartinsjardim@gmail.com)

[www.linkedin.com/in/jardimpm](https://www.linkedin.com/in/jardimpm)  
(LinkedIn)

[www.instagram.com/  
pedromjardim.md/](https://www.instagram.com/pedromjardim.md/) (Blog)

## Principais competências

Pesquisa qualitativa

Medicina

Docência

## Languages

Português (Native or Bilingual)

English (Full Professional)

Espanhol (Elementary)

## Certifications

Multiplicador licenciado Grupo CIF  
Brasil

cae

# Pedro Martins Jardim

Médico

Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

## Resumo

Médico pela UFMG (2014), MBA em Gestão de Saúde pela PUC Minas (2018), mestrando do Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da EEEFTO da UFMG, multiplicador licenciado do Grupo CIF Brasil (2019), membro fundador da ISEF (2022).

Experiência clínica em ambulatório de Medicina Geral (como médico do PSF e clínico de apoio), em CTI adulto (como médico horizontal e plantonista) e em unidade de urgência (como médico plantonista).

Experiência em gestão como Coordenador da Clínica Médica de PA hospitalar e como membro de Colegiado Gestor de UBS.

Experiência em docência em curso de graduação de Medicina e cursos livres. Experiência em assistência técnica em processos judiciais.

---

## Experiência

Hospital Publico Regional Prefeito Osvaldo Rezende Franco

Médico

novembro de 2019 - Present (4 anos 8 meses)

Betim, Minas Gerais, Brasil

Plantonista de CTI clínico adulto

Centro Universitário de Belo Horizonte

Professor

setembro de 2022 - janeiro de 2024 (1 ano 5 meses)

Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Professor do curso de graduação em Medicina

Agamenon Martins - Sociedade De Advogados

Assistente técnico

maio de 2022 - dezembro de 2022 (8 meses)

Brasil

Assistência técnica em processos judiciais

**Prefeitura de Belo Horizonte**

3 anos 4 meses

**Clínico**

novembro de 2019 - agosto de 2021 (1 ano 10 meses)

Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Clínico de Apoio no Centro de Saúde Itaipu-Jatobá

**Médico de família**

maio de 2018 - outubro de 2019 (1 ano 6 meses)

Belo Horizonte, Minas Gerais

Médico do PSF na Unidade Básica de Saúde do Bairro das Indústrias,  
regional Barreiro, Belo Horizonte/MG**Prefeitura Municipal de Belo Horizonte****Clínico**

abril de 2017 - maio de 2018 (1 ano 2 meses)

Belo Horizonte e Região, Brasil

Clínico de Apoio na Unidade Básica de Saúde Vila CEMIG, regional Barreiro,  
Belo Horizonte/MG**Hospital Alberto Cavalcanti**

11 meses

**Coordenador clínico**

dezembro de 2017 - março de 2018 (4 meses)

Belo Horizonte e Região, Brasil

Coordenador médico da equipe de Clínica Médica da Unidade de Urgência e  
Emergência do hospital**Clínico plantonista**

maio de 2017 - dezembro de 2017 (8 meses)

Belo Horizonte e Região, Brasil

Clínico plantonista da Unidade de Urgência e Emergência

**Hospital Público Regional de Betim**

10 meses

**Médico Horizontal do CTI**

julho de 2016 - fevereiro de 2017 (8 meses)

Betim/ MG

**Plantonista**

maio de 2016 - julho de 2016 (3 meses)

Betim e Região, Brasil

Plantonista "tranniee" do CTI adulto

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

Médico Generalista

setembro de 2014 - maio de 2016 (1 ano 9 meses)

Centro de Saúde Ribeiro de Abreu

Médico do Programa de Saúde da Família

---

## Formação acadêmica

Universidade Federal de Minas Gerais

Bacharelado, Medicina · (2008 - 2014)

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Master of Business Administration - MBA, Gestão de Serviços de Saúde · (2017 - 2018)

Universidade Federal de Minas Gerais

Mestrado, Ciências da Reabilitação · (outubro de 2020 - 2024)

**ANEXO C – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA PHYSIOTHERAPY THEORY  
AND PRACTICE**

## About the Journal

*Physiotherapy Theory and Practice* is an international, peer-reviewed journal publishing high-quality, original research. Please see the journal's [Aims & Scope](#) for information about its focus and peer-review policy.

Please note that this journal only publishes manuscripts in English.

*Physiotherapy Theory and Practice* accepts the following types of article: Research reports, Qualitative research reports, Descriptive reports, Single subject research reports, Clinical technical notes, Professional theoretical articles, Case reports, and Systematic reviews (Editorials are by invitation only).

## Open Access

You have the option to publish open access in this journal via our Open Select publishing program. Publishing open access means that your article will be free to access online immediately on publication, increasing the visibility, readership and impact of your research. Articles published Open Select with Taylor & Francis typically receive 45% more citations\* and over 6 times as many downloads\*\* compared to those that are not published Open Select.

Your research funder or your institution may require you to publish your article open access. Visit our [Author Services](#) website to find out more about open access policies and how you can comply with these.

You will be asked to pay an article publishing charge (APC) to make your article open access and this cost can often be covered by your institution or funder. Use our [APC finder](#) to view the APC for this journal.

Please visit our [Author Services website](#) if you would like more information about our

Open Select Program.

\*Citations received up to 9th June 2021 for articles published in 2018-2022. Data obtained on 23rd August 2023, from Digital Science's Dimensions platform, available at <https://app.dimensions.ai> \*\*Usage in 2020-2022 for articles published in 2018-2022.

## Peer Review and Ethics

Taylor & Francis is committed to peer-review integrity and upholding the highest standards of review. Once your paper has been assessed for suitability by the editor, it will then be single anonymous peer reviewed by two independent, anonymous expert. If you have shared an earlier version of your Author's Original Manuscript on a preprint server, please be aware that anonymity cannot be guaranteed. Further information on our preprints policy and citation requirements can be found on our [Preprints Author Services page](#). Find out more about [what to expect during peer review](#) and read our guidance on [publishing ethics](#).

## Preparing Your Paper

All authors submitting to medicine, biomedicine, health sciences, allied and public health journals should conform to the [Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals](#), prepared by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

### Structure

Your paper should be compiled in the following order: title page; abstract; keywords; main text introduction, materials and methods, results, discussion; acknowledgments; declaration of interest statement; references; appendices (as appropriate); table(s) with caption(s) (on individual pages); figures; figure captions (as a list).

### Word Limits

Please include a word count for your paper. There are no word limits for papers in this journal.

### Style Guidelines

Please refer to these [quick style guidelines](#) when preparing your paper, rather than any published articles or a sample copy.

Please use American spelling style consistently throughout your manuscript.

Please use double quotation marks, except where “a quotation is ‘within’ a quotation”.

Please note that long quotations should be indented without quotation marks.

### **Formatting and Templates**

Papers may be submitted in Word or LaTeX formats. Please do not submit your paper as a PDF. Figures should be saved separately from the text. To assist you in preparing your paper, we provide formatting template(s).

[Word templates](#) are available for this journal. Please save the template to your hard drive, ready for use.

If you are not able to use the template via the links (or if you have any other template queries) please contact us [here](#).

Figures should be saved separately from the text. The main document should be double-spaced, with one-inch margins on all sides, and all pages should be numbered consecutively. Text should appear in 12-point Times New Roman or other common 12-point font.

**Normally, only two categories of heading should be used. Major ones should be typed in capital letters in the middle of the page and underlined; sub-headings should be typed in lowercase and also underlined. Headings should not be numbered.**

Authors may give the names and e-mail addresses of up to four persons whom they judge would have appropriate knowledge and expertise to review their manuscript during the submission process.

### **References**

Please use this [reference guide](#) when preparing your paper.

### **Taylor & Francis Editing Services**

To help you improve your manuscript and prepare it for submission, Taylor & Francis provides a range of editing services. Choose from options such as English Language Editing, which will ensure that your article is free of spelling and grammar errors, Translation, and Artwork Preparation. For more information, including pricing, [visit this website](#).

### Checklist: What to Include

1. **Author details.** Please ensure everyone meeting the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) [requirements for authorship](#) is included as an author of your paper. Please ensure all listed authors meet the [Taylor & Francis authorship criteria](#). All authors of a manuscript should include their full name and affiliation on the cover page of the manuscript. Where available, please also include ORCIDiDs and social media handles (Facebook, Twitter or LinkedIn). One author will need to be identified as the corresponding author, with their email address normally displayed in the article PDF (depending on the journal) and the online article. Authors' affiliations are the affiliations where the research was conducted. If any of the named co-authors moves affiliation during the peer-review process, the new affiliation can be given as a footnote. Please note that no changes to affiliation can be made after your paper is accepted. [Read more on authorship](#).
2. Should contain a structured abstract of 250 words.

You may structure your abstract with the following headings: (a) Background or Introduction, (b) Objective or Purpose, (c) Methods, (d) Results, and (e) Conclusion.

Read tips on [writing your abstract](#).

3. You can opt to include a **video abstract** with your article. [Find out how these can help your work reach a wider audience, and what to think about when filming](#).
4. Between 3 and 5 **keywords**. Read [making your article more discoverable](#), including information on choosing a title and search engine optimization.
5. **Funding details.** Please supply all details required by your funding and grant-awarding bodies as follows:  
*For single agency grants*  
This work was supported by the [Funding Agency] under Grant [number xxxx].  
*For multiple agency grants*  
This work was supported by the [Funding Agency #1] under Grant [number xxxx]; [Funding Agency #2] under Grant [number xxxx]; and [Funding Agency #3] under Grant [number xxxx].
6. **Disclosure statement.** This is to acknowledge any financial or non-financial interest

that has arisen from the direct applications of your research. If there are no relevant competing interests to declare please state this within the article, for example: *The authors report there are no competing interests to declare*. [Further guidance on what is a conflict of interest and how to disclose it](#).

7. **Data availability statement.** If there is a data set associated with the paper, please provide information about where the data supporting the results or analyses presented in the paper can be found. Where applicable, this should include the hyperlink, DOI or other persistent identifier associated with the data set(s). [Templates](#) are also available to support authors.
8. **Data deposition.** If you choose to share or make the data underlying the study open, please deposit your data in a [recognized data repository](#) prior to or at the time of submission. You will be asked to provide the DOI, pre-reserved DOI, or other persistent identifier for the data set.
9. **Supplemental online material.** Supplemental material can be a video, dataset, fileset, sound file or anything which supports (and is pertinent to) your paper. We publish supplemental material online via Figshare. Find out more about [supplemental material and how to submit it with your article](#).
10. **Figures.** Figures should be high quality (1200 dpi for line art, 600 dpi for grayscale and 300 dpi for color, at the correct size). Figures should be supplied in one of our preferred file formats: EPS, PS, JPEG, TIFF, or Microsoft Word (DOC or DOCX) files are acceptable for figures that have been drawn in Word. For information relating to other file types, please consult our [Submission of electronic artwork](#) document.
11. **Tables.** Tables should present new information rather than duplicating what is in the text. Readers should be able to interpret the table without reference to the text. Please supply editable files.
12. **Equations.** If you are submitting your manuscript as a Word document, please ensure that equations are editable. More information about [mathematical symbols and equations](#).
13. **Units.** Please use [SI units](#) (non-italicized).

## Using Third-Party Material

You must obtain the necessary permission to reuse third-party material in your article. The use of short extracts of text and some other types of material is usually permitted, on a limited basis, for the purposes of criticism and review without securing formal permission. If you wish to include any material in your paper for which you do not hold copyright, and which is not covered by this informal

agreement, you will need to obtain written permission from the copyright owner prior to submission. More information on [requesting permission to reproduce work\(s\) under copyright](#).

## Disclosure Statement

Please include a disclosure statement, using the subheading "Disclosure of interest." If you have no interests to declare, please state this (suggested wording: *The authors report there are no competing interests to declare*). For all NIH/Wellcome-funded papers, the grant number(s) must be included in the declaration of interest statement. [Read more on declaring conflicts of interest](#).

## Clinical Trials Registry

In order to be published in a Taylor & Francis journal, all clinical trials must have been registered in a public repository, ideally at the beginning of the research process (prior to participant recruitment). Trial registration numbers should be included in the abstract, with full details in the methods section. Clinical trials should be registered prospectively – i.e. before participant recruitment. However, for clinical trials that have not been registered prospectively, Taylor & Francis journals requires retrospective registration to ensure the transparent and complete dissemination of all clinical trial results which ultimately impact human health. Authors of retrospectively registered trials must be prepared to provide further information to the journal editorial office if requested. The clinical trial registry should be publicly accessible (at no charge), open to all prospective registrants, and managed by a not-for-profit organization. For a list of registries that meet these requirements, please visit the [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#). The registration of all clinical trials facilitates the sharing of information among clinicians, researchers, and patients, enhances public confidence in research, and is in accordance with the [ICMJE guidelines](#).

## Complying with Ethics of Experimentation

Please ensure that all research reported in submitted papers has been conducted in an ethical and responsible manner, and is in full compliance with all relevant codes of experimentation and legislation. All original research papers involving humans, animals, plants, biological material, protected or non-public datasets, collections or sites, must include a written statement in the Methods section, confirming ethical

approval has been obtained from the appropriate local ethics committee or Institutional Review Board and that where relevant, informed consent has been obtained. For animal studies, approval must have been obtained from the local or institutional animal use and care committee. All research studies on humans (individuals, samples, or data) must have been performed in accordance with the principles stated in the [Declaration of Helsinki](#). In settings where ethics approval for non-interventional studies (e.g. surveys) is not required, authors must include a statement to explain this. In settings where there are no ethics committees in place to provide ethical approval, authors are advised to contact the Editor to discuss further. Detailed guidance on ethics considerations and mandatory declarations can be found in our Editorial Policies section on [Research Ethics](#).

### **Consent**

All authors are required to follow the [ICMJE requirements](#) and [Taylor & Francis Editorial Policies](#) on privacy and informed consent from patients and study participants. Authors must include a statement to confirm that any patient, service user, or participant (or that person's parent or legal guardian) in any type of qualitative or quantitative research, has given informed consent to participate in the research. For submissions where patients or participants can be potentially identified (e.g. a clinical case report detailing their medical history, identifiable images or media content, etc), authors must include a statement to confirm that they have obtained written informed consent to publish the details from the affected individual (or their parents/guardians if the participant is not an adult or unable to give informed consent; or next of kin if the participant is deceased). The process of obtaining consent to publish should include sharing the article with the individual (or whoever is consenting on their behalf), so that they are fully aware of the content of the article before it is published. Authors should familiarize themselves with our [policy on participant/patient privacy and informed consent](#). They may also use the Consent to Publish Form, which can be downloaded from the [same Author Services page](#).

### **Health and Safety**

Please confirm that all mandatory laboratory health and safety procedures have been complied within the course of conducting any experimental work reported in your paper. Please ensure your paper contains all appropriate warnings on any hazards that may be involved in carrying out the experiments or procedures you have described, or that may be involved in instructions, materials, or formulae.

Please include all relevant safety precautions; and cite any accepted standard or code of practice. Authors working in animal science may find it useful to consult the [International Association of Veterinary Editors' Consensus Author Guidelines on Animal Ethics and Welfare](#) and [Guidelines for the Treatment of Animals in Behavioural Research and Teaching](#). When a product has not yet been approved by an appropriate regulatory body for the use described in your paper, please specify this, or that the product is still investigational.

## Submitting Your Paper

This journal uses Taylor & Francis' [Submission Portal](#) to manage the submission process. The Submission Portal allows you to see your submissions across Taylor & Francis' journal portfolio in one place. To submit your manuscript please click [here](#).

If you are submitting in LaTeX, please convert the files to PDF beforehand (you will also need to upload your LaTeX source files with the PDF).

Please note that *Physiotherapy Theory and Practice* uses [Crossref™](#) to screen papers for unoriginal material. By submitting your paper to *Physiotherapy Theory and Practice* you are agreeing to originality checks during the peer-review and production processes.

On acceptance, we recommend that you keep a copy of your Accepted Manuscript. Find out more about [sharing your work](#).

## Data Sharing Policy

This journal applies the Taylor & Francis [Basic Data Sharing Policy](#). Authors are encouraged to share or make open the data supporting the results or analyses presented in their paper where this does not violate the protection of human subjects or other valid privacy or security concerns.

Authors are encouraged to deposit the dataset(s) in a recognized data repository that can mint a persistent digital identifier, preferably a digital object identifier (DOI) and recognizes a long-term preservation plan. If you are uncertain about where to deposit your data, please see [this information regarding repositories](#).

Authors are further encouraged to [cite any data sets referenced](#) in the article and provide a [Data Availability Statement](#).

At the point of submission, you will be asked if there is a data set associated with the paper. If you reply yes, you will be asked to provide the DOI, pre-registered DOI, hyperlink, or other persistent identifier associated with the data set(s). If you have selected to provide a pre-registered DOI, please be prepared to share the reviewer URL associated with your data deposit, upon request by reviewers.

Where one or multiple data sets are associated with a manuscript, these are not formally peer-reviewed as a part of the journal submission process. It is the author's responsibility to ensure the soundness of data. Any errors in the data rest solely with the producers of the data set(s).

## **Publication Charges**

There are no submission fees, publication fees or page charges for this journal.

Color figures will be reproduced in color in your online article free of charge. If it is necessary for the figures to be reproduced in color in the print version, a charge will apply.

Charges for color figures in print are £300 per figure (\$400 US Dollars; \$500 Australian Dollars; €350). For more than 4 color figures, figures 5 and above will be charged at £50 per figure (\$75 US Dollars; \$100 Australian Dollars; €65). Depending on your location, these charges may be subject to local taxes.

## **Copyright Options**

Copyright allows you to protect your original material, and stop others from using your work without your permission. Taylor & Francis offers a number of different license and reuse options, including Creative Commons licenses when publishing open access. [Read more on publishing agreements.](#)

## **Complying with Funding Agencies**

We will deposit all National Institutes of Health or Wellcome Trust-funded papers into PubMedCentral on behalf of authors, meeting the requirements of their respective open access policies. If this applies to you, please tell our production team when you receive your article proofs, so we can do this for you. Check funders' open access policy mandates [here](#). Find out more about [sharing your work](#).

## **My Authored Works**

On publication, you will be able to view, download and check your article's metrics (downloads, citations and Altmetric data) via [My Authored Works](#) on Taylor & Francis Online. This is where you can access every article you have published with us, as well as your [free eprints link](#), so you can quickly and easily share your work with friends and colleagues.

We are committed to promoting and increasing the visibility of your article. Here are some tips and ideas on how you can work with us to [promote your research](#).

## **Queries**

If you have any queries, please visit our [Author Services website](#) or contact us [here](#).

*Updated 28th February 2024*