

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

MARCO ANTÔNIO GAVÉRIO

REABILITAR É INCLUIR?
UM ESTUDO DE PRÁTICAS EM REABILITAÇÃO FÍSICO-MOTORA

SÃO CARLOS -SP

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

MARCO ANTÔNIO GAVÉRIO

Reabilitar é Incluir?

Um Estudo de Práticas em Reabilitação Físico-Motora

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, como requisito para a obtenção de título de Doutor em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Leite Júnior

SÃO CARLOS -SP

2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Sociologia

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado do candidato Marco Antônio Gaverio, realizada em 18/04/2022.

Comissão Julgadora:

Prof. Dr. Jorge Leite Junior (UFSCar)

Profa. Dra. Anahí Guedes de Mello (ANIS)

Prof. Dr. Marcos Castro Carvalho (UFRGS)

Profa. Dra. Anna Catarina Morawska Vianna (UFSCar)

Profa. Dra. Samira Feldman Marzochi (UFSCar)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior • Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia.

Gavério, Marco Antônio

Reabilitar é incluir?: Um estudo de práticas em
Reabilitação Físico-Motora / Marco Antônio Gavério --
2022.
133f.

Tese de Doutorado - Universidade Federal de São Carlos,
campus São Carlos, São Carlos
Orientador (a): Jorge Leite Júnior
Banca Examinadora: Anahí Guedes de Mello, Catarina
Morawska Vianna, Marcos Castro Carvalho, Samira
Feldman Marzochi
Bibliografia

1. Reabilitação . 2. Sociologia. 3. Estudos sobre
Deficiência . I. Gavério, Marco Antônio. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325

RESUMO: Esta investigação teve como objetivo compreender uma certa homologia entre 'melhorar\recuperar' funcionalidades corporais e 'incluir socialmente' determinados indivíduos. Nesse sentido, consideramos dimensões contemporâneas nos debates teóricos e nas práticas médico-sociais com relação à reabilitação e as pessoas com deficiência. Assim, buscamos elementos teóricos e metodológicos para compreender sociologicamente as práticas reabilitadoras como parte dos discursos teóricos e políticos sobre a deficiência. Acessamos uma dimensão desse debate ao propormos uma pesquisa de campo com profissionais da área da saúde, especificamente da reabilitação, que trabalham em um Ambulatório Universitário. Essas profissionais são fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais que têm absorvido e produzido práticas clínicas e científicas alinhadas aos parâmetros da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, a CIF. A CIF tem sido considerada como um novo modelo de aplicação clínica baseada na ideia de funcionalidade (*functioning*) humana. Esse documento produzido pela OMS propõe nortear a produção de definição, classificação e avaliação político-social das "pessoas com deficiência". Ao mesmo tempo, a CIF não se coloca como um compêndio etiológico da "disability" (traduzida oficialmente no documento como incapacidade), mas um instrumento para sua compreensão biopsicossocial enquanto um "componente da saúde". Como a CIF foi historicamente produzida como um enquadramento 'médico-social' da deficiência, prestamos atenção ao modo em que os termos 'funcionalidade', 'incapacidade' e 'deficiência' foram elaborados nesse documento. Ao mesmo tempo buscamos compreender como essa Classificação de Funcionalidades tem sido absorvida em práticas de tratamento reabilitadores para pessoas com deficiência. O intuito foi compreender como esses discursos sobre deficiência se relacionam com estâncias clínicas e científicas dos saberes reabilitadores. E como, aparentemente, essas estâncias clínico-terapêuticas manipulam a produção de funcionalidades e capacitações "físico-sociais". Para tanto, não partimos de uma definição estanque de deficiência, mas como essa categoria tem sido mobilizada em locais que visam a produção de seu cuidado e tratamento. Desse modo, propusemos observar o cotidiano de agentes da área de habilitação\reabilitação clínica e, por meio da compreensão teórica e prática de seu trabalho, acessar como as dimensões categóricas da funcionalidade, da incapacidade e deficiência se 'materializam' corporal e socialmente.

Palavras-chave: Deficiência; Funcionalidade; Saúde; Reabilitação.

ABSTRACT: This investigation aimed to understand a certain homology between 'improve\recover' bodily functionalities and 'inclusion' of certain individuals. In this sense, we consider contemporary dimensions in theoretical debates and in medical-social practices in relation to rehabilitation and people with disabilities. Thus, we seek theoretical and methodological elements to sociologically understand rehabilitation practices as part of theoretical and political discourses on disability. We access a dimension of this debate when we propose field research with professionals in the health area, specifically in rehabilitation, who work in a University Outpatient Clinic. These professionals are physical therapists and occupational therapists who have absorbed and produced clinical and scientific practices aligned with the parameters of the International Classification of Functioning, Disability and Health, the ICF. The ICF has been considered as a new clinical application model based on the idea of human functioning. This document produced by the WHO proposes to guide the production of a definition, classification and political-social evaluation of "people with disabilities". At the same time, the ICF does not present itself as an etiological compendium of "disability" (officially translated in the document as *incapacidade*), but an instrument for its biopsychosocial understanding as a "component of health". As the ICF was historically produced as a 'social-medical' framework of disability, we paid attention to the way in which the terms 'functionality', 'disability' and 'disability' were elaborated in this document. At the same time, we seek to understand how this Classification of Functions has been absorbed in rehabilitative treatment practices for people with disabilities. The aim was to understand how these discourses on disability relate to clinical and scientific areas of rehabilitation knowledge. And how, apparently, these clinical-therapeutic spaces manipulate the production of "physical-social" functionalities and capabilities. To do so, we do not start from a watertight definition of disability, but how this category has been mobilized in places that aim to produce its care and treatment. In this way, we proposed to observe the daily life of agents in the area of habilitation/clinical rehabilitation and, through the theoretical and practical understanding of their work, to access how the categorical dimensions of functionality, disability and disability are 'materialized' bodily and socially.

Keywords: Disability; Functionality; Health; Rehabilitation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.....	46
Figura 2.....	49
Figura 3.....	53
Figura 4.....	59
Figura 5.....	61
Figura 6.....	69
Figura 7.....	82

SIGLAS E ABREVIATURAS

BPC – Benefício de Prestação Continuada
CIDID - Classificação Internacional de Deficiência, Incapacidade e Desvantagens.
CIDPCD - Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIF-CJ - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - Crianças e Jovens
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO-3 - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região
EFC-R - Escala de Avaliação Funcional dos Comportamentos - Revisada
ICF - International Classification of Functioning, Disability, and Health.
ICF-CY - International Classification of Functioning, Disability, and Health - Child Youth
ICIDH - International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
ICIDH-2 - International Classification of Impairments, Activities, Participation
IFBr – Índice de Funcionalidade Brasileiro
IFBrA – Índice de Funcionalidade Brasileiro Adaptado
IFBrM – Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PAPM - Perfil de Atividades e Participação relacionadas com a Mobilidade
SUS – Sistema Único de Saúde

AGRADECIMENTOS

Estes agradecimentos, são uma forma de apontar minha deferência e gratidão às instituições e às pessoas que me acolheram e cuidaram das mais variadas formas nos anos em que se desenrolaram esta pesquisa. Foi esse cuidado que me serviu de apoio a todo momento para os mais diversos caminhos que percorri para a confecção desta tese.

Primeiramente, agradeço à CAPES pelo imprescindível Auxílio de Pesquisa destinado a esta investigação de doutorado. Este auxílio foi uma das condições que sem a qual tornaria esse trabalho impossível de ser realizado.

Agradeço imensamente a Universidade Federal de São Carlos, aos Departamentos de Ciências Sociais e Sociologia, e especialmente, ao Programa de Pós-graduação em Sociologia da UFSCAR, por terem me abraçado academicamente e me formado nessa trajetória como cientista social.

Sou infinitamente grato por ter encontrado o Prof. Dr. Jorge Leite Júnior nesta trajetória. Sua orientação acadêmica e seu cuidado enquanto professor foram uma das principais condições que possibilitaram este trabalho. Também sou grato a todos e todas as docentes e a Secretaria Administrativa do PPGS-UFSCar e a todos e todas as colegas e amigos e amigas discentes com quem convivi. Muito obrigado aos professores do PPGS Fábio Sanchez e Samira Feldman por aceitarem compor a banca de defesa.

Sou especialmente grato às discussões de pesquisa do Grupo Sexualidade Corpo e Entretenimento, organizado pelo Prof. Dr. Jorge Leite Júnior. Um salve carinhoso pra Cris e Dionys!

Também agradeço ao Laboratório de Experimentações Etnográficas (LE-E-UFSCAR), organizado pela Profa. Dra. Catarina Morawska Vianna, ao Grupo de Estudos e Antropologia da Deficiência (GEAD - PPGAS-UFRGS), organizado pelas Profas. Dras. Cláudia Fonseca e Patrice Schuch, por terem me dado a oportunidade de discutir versões preliminares de partes desta investigação.

Sou extremamente grato à Professora Anahí Guedes de Mello por sua constante interlocução desde o campo da Antropologia nos Estudos sobre Deficiência brasileiros e pela participação nesta banca. Agradeço também ao Professor Pedro Lopes por aceitar meu convite para a defesa.

Agradeço aos professores e professoras Stella Nicolau, Daniel Marinho Pamela Block e Rafael Garcia por terem me orientado para discussões

fundamentais que compuseram muitos dos fundamentos teóricos e metodológicos da pesquisa.

Igualmente agradeço aos professores e professoras Adriana Dias, Valeria Aydos, Helena Fietz, Soraya Fleischer, Fagner Carniel e Barbara Fonseca da Costa Caldeira de Andrada por variados diálogos e espaços de discussão sobre deficiência que também fazem parte deste trabalho.

Meu muito obrigado aos professores Gil Vicente Nagai Lourenção e Marcos Carvalho pelas parcerias e inúmeras conversas e discussões que guiaram variadas tramas teóricas e metodológicas que envolveram a pesquisa. Ao professor Marcos também agradeço por fazer parte da banca de defesa.

A todos e todas as profissionais de saúde, professoras, estudantes, servidoras, usuários e familiares do Ambulatório Universitário que me aceitaram em seus momentos mais íntimos e inseguros e me confiaram generosamente um pedaço de seu trabalho e de suas vidas.

Também agradeço à equipe da Abaçai Cultura e Arte que me acolheu como pesquisador e incentivou nos últimos meses de produção da tese.

Um salve para meus amigos do grupão do "Pergunte", especialmente: Açaí, Barba, Cainho, Criolo, HT, Japinha, JB, Lanza, Lion, Matsés, Mau, Miojo, Palm, Pio, Rato e Zang.

Um agradecimento carinhoso à Thaís Marques pelo cuidado, paciência e conversas atenciosas no período de pesquisa e escrita da tese.

Principalmente agradeço a meus pais, Abílio e Sílvia, e a meu irmão, Flávio, por todo o apoio incondicional nesta trajetória do doutorado. Sem vocês não teria tido graça!

Obrigado!

Sumário

RESUMO	2
ABSTRACT	3
LISTA DE FIGURAS.....	4
SIGLAS E ABREVIATURAS.....	5
AGRADECIMENTOS.....	6
1. INTRODUÇÃO	10
a. Os Múltiplos sentidos da deficiência.....	14
2. DIMENSÕES METODOLÓGICAS	21
a. Praxiografia	24
b. A deficiência\incapacidade como construção social e política.....	28
3. CAMINHOS E REGISTROS ETNOGRÁFICOS:	34
a. Estrutura e Funcionamento médico-social do Ambulatório Universitário:	34
b. Acesso ao campo e construção ética de interlocuções de pesquisa:	38
c. O setor infanto-juvenil do Ambulatório:	44
d. Dos atendimentos reabilitadores:.....	54
i. Pacientes “Difíceis”:	57
ii. Entre a Reabilitação e a Habilitação:.....	62
iii. Algumas "gramáticas" do local:.....	66
4. DIMENSIONAMENTOS SOBRE REABILITAÇÃO.....	72
a. Dimensões Históricas e Biopsicossociais.....	74
b. Os Centros de Reabilitação:	79
5. A ORGANIZAÇÃO DO DOCUMENTO DA CIF	82
a. As definições contidas na CIF	84
b. Um breve histórico da emergência da CIF:	85
c. A entrada da CIF no Brasil:	92
d. As operacionalizações teórico-práticas para o uso da CIF em território nacional:.....	96
i. A CIF e suas áreas de abrangência:	97
ii. A CIF entre os instrumentos classificatórios e avaliações clínicas:	100
e. Parâmetros gerais do debate teórico sobre a CIF:	103
f. Alguns apontamentos sobre as terminologias das classificações de saúde:	107
g. O conceito de deficiência no Brasil a partir de algumas políticas sociais:	109
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125

1. INTRODUÇÃO

Nesta Introdução descrevo como se construíram os primeiros parâmetros teóricos que fundamentaram propriamente a confecção da pesquisa. Organizei em retrospecto aquilo que contextualmente considero ter direcionado para o objeto de investigação desta tese: a produção da noção de Funcionalidade humana a partir da ideia de que capacitar o indivíduo corporalmente é inclui-lo socialmente.

*

Saindo de uma investigação bibliográfica na pesquisa de mestrado, eu passei a nutrir uma vontade de experimentar a dimensão da "pesquisa de campo" na pesquisa sociológica. Confesso que, de certa maneira, estava sendo afetado pela discussão politicamente conservadora dos últimos anos de que os cientistas sociais produzem muita teoria e não produzem nada prático (no sentido de útil) para a sociedade.

Essa divisão entre teoria e prática nas ciências sociais toma diversas formas e parece se exacerbar em momentos de aguda crise político-econômica. Em momentos de crise, a urgência de ações práticas em relação às suas contingências acaba supondo, pelo menos ao senso comum, que a teoria é uma dimensão privilegiada. Em suma, é como se as ciências sociais fossem consideradas "abstratas" e as ciências exatas e biomédicas aquilo que a sociedade mais "precisa", visando seu bem-estar social.

Um dos panos de fundo dessa discussão é a "saúde" da sociedade. Esta é uma dimensão amplamente familiar às ciências sociais e que descreve as instabilidades sociopolíticas como "doenças" e "anormalidades". Sob Variadas formas e espectros, a noção de que a sociedade é doente e deixa seus indivíduos doentes, abre espaços para que intervenções nessa dimensão sejam produzidas visando reestabelecer a saúde e a normalidade aos processos sociais.

Nesse sentido, a popular analogia do cientista social como o "médico" da sociedade se torna escorregadia e perniciosa, uma vez que a própria "objetividade" do conhecimento nas ciências sociais (WEBER, 2006) pode operar em outros parâmetros epistemológicos que não os das "ciências naturais". Por mais que as noções de normal e patológico na sociologia durkheimiana sejam fundamentais para a construção do método sociológico

desse autor, não é possível pensar na Sociologia como "Medicina" - no sentido de ter propriedades de uma ciência exata. Uma das analogias entre médicos e sociólogos está na consideração que ambos possuem um conhecimento objetivo dos modos como **funcionam** os organismos - individuais e coletivos (LEVINE, 1995). Nesse sentido, através de uma analogia entre sociedade e organismo, a sociologia teria condições de definir o que seria patológico, anormal, ou disfuncional e, com base na saúde, na norma e na função, restaurar o funcionamento social¹ (HACKING, 1990; MISKOLCI, 2005).

Desde uma investigação em torno das relações categóricas entre sexualidade e deficiência (GAVÉRIO, 2017), me deparei com a ideia de funcionamento corporal como uma das características distintivas das pessoas com deficiência. Amplamente se considera que as pessoas com deficiência seriam "objetificadas" a partir dos modos que seus corpos "funcionam", isto é, as formas de se movimentarem e de "fazerem coisas". Não seria somente uma distinção pautada na estética, na aparência ou formato do corpo; a deficiência possui fundamentalmente um componente "funcional", coligado a uma certa ideia de "desempenho (*performance*)" (SANTOS; MOREIRA; GOMES, 2020), que a diferencia no rol do que hoje se define amplamente como "condições de saúde".

Assim, passei a prestar mais atenção nessa dimensão do funcionamento corporal como "norma" (enquanto parâmetro neutro do que não seria a disfunção, i.e., funcionamento insatisfatório ou mal funcionamento) e como característica inerente a qualquer tipo de corpo². Como disse acima, tal como as noções de saúde e doença podem ser intercambiadas entre o organismo individual e o social, também interagem nesses níveis as ideias de função e disfunção. Da mesma forma que os indivíduos podem apresentar funções e

¹ Segundo Richard Miskolci (2005, p. 14), o atual significado de normal, em termos sociológicos, foi estabelecido por Auguste Comte (1791-1857) visando definir as leis do funcionamento das dinâmicas sociais. Nesse sentido, "normal passou a ser tudo o que se encontra na maior parte dos casos de uma espécie ou o que constitui a média numa característica mensurável" (MISKOLCI, 2005, p. 14). Foi Emile Durkheim (1858-1917) que extrapolou as teses comteanas para pensar a sociedade moderna como um organismo agregado por forças *sui generis* chamadas de solidariedade (MISKOLCI, 2003). Assim, este sociólogo francês influenciou na delimitação das correntes teóricas funcionalistas, que se destacam por explicar a sociedade como um sistema em que seus processos sociológicos se dividem entre funcionamentos "normais" e "patológicos" (MISKOLCI, 2003, p. 116).

² Depois, em campo, me deparei com a ideia de que mesmo um corpo "disfuncional" possui modos específicos, típicos, de "funcionar".

disfunções corporais, também apresentam funcionamentos e problemas funcionais em suas dinâmicas sociais.

Essas ponderações passaram a ganhar consistência teórica a partir da apresentação pública que assisti de um agente de saúde e pesquisador na área da terapia ocupacional. A apresentação discorria sobre um protocolo terapêutico que seria mais eficaz no tratamento de determinadas disfunções físicas, neuromusculares e motoras, ou limitações funcionais, voltado a pessoas que haviam sofrido Acidente Vascular Encefálico (AVE). Da apresentação capturei uma modulação da noção de superação a partir de uma base clínico-terapêutica. Isto é, a superação proposta pelo terapeuta em sua explicação do protocolo de intervenção era referente à noção de limitação funcional, incapacidades funcionais que o indivíduo manifesta como queixa.

Nesse sentido, limitação ou incapacidade funcional é a dificuldade em realizar uma tarefa ou atividade física-ocupacional de forma autônoma e independente e que deve ser superada a partir de engajamentos a protocolos terapêuticos. Obviamente que esses engajamentos dependem da relação entre o terapeuta e o paciente; mas fundamentalmente o paciente precisa se comprometer com as etapas terapêuticas para que a intervenção tenha ao máximo eficácia e eficiência. Essa dimensão do comprometimento ao tratamento acaba por introduzir a ideia de incitação à prática terapêutica por parte do profissional de saúde. Ou seja: o paciente se compromete a seguir uma espécie de "contrato terapêutico" em que sua parcela é a busca pela superação das suas dificuldades físico motoras (mas não exatamente a superação de seu diagnóstico, quadro clínico patológico funcional ou sua condição de saúde); já o terapeuta se compromete a incentivar seus pacientes para que se mantenham focados, enquanto podem ajustar, caso a caso, as técnicas utilizadas nos tratamentos. Desse modo, a superação e a incitação se desdobram em uma "economia terapêutica", em que a figura das "pessoas com deficiência" não emerge como um exemplo de superação moral, mas como indivíduos com dificuldades físico-motoras (disfunções físicas) que precisam de tratamentos específicos para que tenham maior "qualidade de vida" e "participação social".

Desde as dimensões dos estudos críticos sobre deficiência tem sido cada vez mais plausível projetar críticas a determinadas modulações dos discursos e práticas reabilitadoras (MCRUER, 2006, ELMAN, 2014). Em certo sentido, versões desses estudos críticos sobre deficiência emergem propriamente em um

contraponto ao que definem como "modelo médico/reabilitador" (PALACIOS, 2008). As críticas culturais ao modelo médico ou reabilitador da deficiência são geralmente vistas como ataques às instituições e profissões que ofertam tratamentos médicos e terapêuticos às pessoas com deficiência. A questão que se impõe ao sociólogo, como contra-argumento a crítica a certos discursos reabilitadores, é: qual a alternativa proposta? O que efetivamente a crítica sociológica e cultural, considerada uma crítica teórica e "abstrata", dos modelos médicos e reabilitadores da deficiência propõe como alternativa prática a eles?³

A partir dessas dúvidas conjecturei formas de acessar sociologicamente os saberes clínicos e terapêuticos da reabilitação, a fim de perscrutar suas estâncias "produtivas" (MOSER, 2000; 2005). Isto é, comecei a projetar a possibilidade de compreender os discursos e dispositivos⁴ reabilitadores desde uma interação com suas práticas clínicas e terapêuticas. Em outros termos, seria possível compreender determinados saberes e práticas terapêuticas reabilitadoras como dimensões produtoras de indivíduos mais funcionais corporalmente e mais capazes socialmente? E, sendo a reabilitação físico-motora uma das estâncias "positivas" (produtoras) da funcionalidade e capacidade humanas, é possível descrevê-la como um local em que, à revelia, também se produz discursos e práticas sobre as "deficiências" (enquanto tradução híbrida de disfunção/incapacidade (*impairment/disability*) aquilo que visam "tratar"?

Após dois anos de pesquisa etnográfica em um ambulatório universitário que oferta publicamente serviços reabilitadores em bebês, crianças e adolescentes, me deparei com a questão da "aprendizagem corporal". Em muitos momentos de minha presença em campo, acompanhando atendimentos clínicos reabilitadores, observei práticas e considerações que apontavam as terapias físico-ocupacionais como uma forma de "educação física". Um diálogo

³ Agradeço a professora Márcia Moraes por suscitar essas indagações nos momentos iniciais das reflexões aqui desenvolvidas.

⁴ Utilizo as noções de discurso e dispositivo desde uma base foucaultiana. Para Michel Foucault (1986, p.56), discursos são "[...] práticas que formam sistematicamente os [objetos de que falamos]. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse *mais* que os torna irreduzíveis à língua e ao ato da fala". Em poucas palavras, discursos são práticas que extrapolam as próprias locuções linguísticas. A noção de dispositivo é colocada por Foucault (1998, p.244) da seguinte maneira: "um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos". Assim, um dispositivo engendra um emaranhado de saberes e práticas diferenciais e múltiplos entre si.

que tive com uma mãe de um jovem com deficiência, em um evento acadêmico sobre funcionalidade, tornou esse ponto extremamente saliente em minha pesquisa. Ao me apresentar à terapeuta de seu filho, que o acompanhava desde criança, ela disse que a profissional de saúde fora “quem ensinou tudo” a seu filho: “ensinou a andar, a se movimentar, a comer, a fazer um monte de coisa sozinho”, concluiu em tom emocionado e agradecido. A dimensão da reabilitação como “aprender a fazer coisas” ficou perceptível.

O que ficou nítido ao longo da pesquisa foi exatamente a forma como, em determinados casos, as práticas e técnicas reabilitadoras são consideradas “formas de ensinar os indivíduos a fazerem coisas com seu corpo”. Essa proposição é muito importante para essa tese, muito menos por seu componente “pedagógico” e mais por sua dimensão “produtora”. Dizendo de outro modo, o que capturamos etnograficamente das práticas de atendimento físico-ocupacionais voltadas a crianças com disfunções físicas e cognitivas é uma instância produtora de habilidades e capacidades funcionais (físico-ocupacionais). Ou seja, não é desconsiderar por completo que as práticas terapêuticas da reabilitação possuam elementos “corretores”, que buscam normalizar ou consertar desvios corporais e intelectuais; mas é considerar que atualmente está muito presente nos saberes e práticas das áreas reabilitadoras a noção que também é preciso desenvolver pragmaticamente habilidades corporais, promover capacidades funcionais e ocupacionais e, assim, produzir funcionalidades no indivíduo.

Nesse sentido, veremos como a dimensão da função, do funcionamento e da funcionalidade, dentro de determinados parâmetros clínicos, não se opõe completamente à disfunção ou à incapacidade – apesar de, em termos classificatórios, a funcionalidade ser considerada um polo oposto à incapacidade dentro de uma escala gradativa. Em outras palavras, podemos traduzir em termos sociológicos que a funcionalidade é o resultado de conjunto de técnicas, práticas e protocolos terapêuticos que focalizam na produção de condições biopsicossociais para que os indivíduos consigam “fazer coisas em um ambiente específico”.

a. Os Múltiplos sentidos da deficiência

Nas legislações brasileiras cada vez mais o conceito de deficiência se refere ao corpo individual e a relação desse corpo com seu entorno. Em outros

termos, a deficiência tanto pode ser uma descrição objetiva da realidade corporal em não ou mal funcionamento (disfunção), quanto uma descrição objetiva da realidade ambiental que 'não funciona' para determinados corpos (incapacidade).

Ao levar em conta essa tríade, disfunção - deficiência - incapacidade, não é possível desconsiderar nacionalmente o papel contemporâneo das classificações internacionais de funcionalidade. Essas classificações têm sido orquestradas pela OMS, na configuração das ações políticas, individuais e sociais, para indivíduos que apresentem a união de duas variáveis: a disfunção corporal e a incapacitação contextual. A vigente Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde (CIF) tem sido uma das principais bases contemporâneas para a definição e descrição populacional de 'pessoas com deficiência'.

Como sociólogo, o que me intrigou, de início, fora um aparente descompasso entre os discursos 'sociológicos' contemporâneos sobre as 'causas' da deficiência e os discursos 'biomédicos' de sua natureza. Sem entrar em detalhes aqui, a contenda pode ser simplificada assim: desde os anos 1960 se constitui nas localidades norte americanas e europeias a ideia teórico-política de que a deficiência, *disability*, é produzida, essencialmente no mundo social (HUNT, 1966; HAHN, 1985; LONGMORE, 1985; ABBERLEY, 1987; ZOLA, 2003). Essa ideia se estruturou ao longo do tempo no que se convencionou chamar de modelo social da deficiência, em contraponto à noção historicamente hegemônica de que a deficiência teria sua causa primária no corpo dos indivíduos. A esta construção hegemônica definiu-se o termo modelo médico-reabilitador da deficiência, em que ela corresponde a ideia de desvio anatomofisiológico (*impairment*) que impede as atividades normais dos indivíduos (*disability/handicap*) (WHO, 1980; BADLEY, 1987; WOOD, 1989).

Um dos principais argumentos que emergiu do modelo social sobre deficiência é que este termo deveria exprimir a desigualdade corporal experimentada por meio das relações sociais. Ou seja, a ideia 'sociológica' da deficiência não poderia ser homóloga à ideia de deficiência como sinônimo do termo 'lesão\dano' (desvio) anatomofisiológicas. A deficiência, então, não estaria diretamente ligada às injúrias ou lesões corporais, congênitas ou adquiridas; não seria uma realidade a ser metaforizada pela ideia de 'doença', algo 'patológico', mas ser compreendida pela ideia de 'opressão'. Isto é, a deficiência seria o

resultado social da opressão imposta a determinados corpos com 'lesões\doenças'. Ao afastar-se do enquadramento 'biomédico' da deficiência, que a equiparava com a noção de 'lesão' anatomofisiológica, o modelo social a afastou da considerada negatividade histórica da ideia de 'doença' (*pathology/disease*). Como resultado dessa nova maneira de pensar a deficiência em termos teórico-políticos, a própria OMS foi absorvendo o debate sociológico em exercício e, no ano 2000, lançou a CIF. Uma das principais propostas dessa Classificação foi a modulação da ideia de 'lesão\dano' corporal nos termos da 'funcionalidade', distante de uma certa ideia de doença, e a ideia de deficiência como 'incapacidade':

Em relação a uma perspectiva médica mais “clássica” ou “tradicional”, **o conceito de “funcionalidade” torna-se mais positivo que o de “doença”**, isto é, a disfunção não se aborda apenas como uma consequência biológica de uma determinada patologia, mas também como um ponto de partida (AMARO; MOREIRA; BRANCO, 2009. p. 24) [ênfase minha].

A partir desses pontos, há uma certa reconfiguração, e esmaecimento, da ideia social de deficiência em duas categorias interativas: disfunção e incapacidade. Dito de outro modo: segundo a CIF, o foco classificatório não é mais sobre o 'defeito' anatomofisiológico que geraria, e ao mesmo tempo seria a própria, 'deficiência'; o foco, agora, é a funcionalidade que “[...] engloba todas as funções do corpo, atividades e participação” (OMS, 2003, p. 7). Ao termo funcionalidade se contrapõe, na CIF, a noção de 'incapacidade' - que foi a tradução escolhida para a palavra *disability*: “[...] de maneira similar, incapacidade [*disability*] é um termo que inclui deficiências [*impairments*], limitação da atividade ou restrição na participação” (OMS, 2003, p. 7).

Como se vê, nas traduções em língua portuguesa da CIF, o termo deficiência é tradução de *impairment* e não de *disability*. Já o termo *disability* é traduzido por **incapacidade**. Nesse sentido, **deficiências** (*impairments*) são “problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda” (CIF, OMS, 2003, p. 14).

A CIF - pelo menos a partir da sua tradução em língua portuguesa - propõe uma interpretação da 'deficiência' como disfunção, porém a colocando como um conceito subsumido na categoria 'incapacidade'. Débora Diniz (2007) argumenta

que as traduções em português da CIF são feitas por tradutores biomédicos, sem o conhecimento do debate teórico e político-social que garantiu outras interpretações ontológicas da 'origem negativa' da 'deficiência', como tradução política de *disability* e não de *impairment*.

Entretanto, a CIF, em conjunto com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CIDPCD), tem sido um dos documentos ratificados pelo estado brasileiro que embasam uma série de políticas públicas para esses indivíduos e coletividade⁵. E nisso se enquadra o modo como oficialmente definimos quem são 'pessoas com deficiência' no Brasil. De acordo com a Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015), o mais recente conjunto de leis sobre as garantias civis, políticas e sociais das pessoas com deficiência, em seu:

Art. 2º. Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Em seguida, no capítulo 2 dos Direitos Fundamentais da mesma Lei se encontra o:

DIREITO À HABILITAÇÃO E À REABILITAÇÃO

Art. 14. O processo de habilitação e de reabilitação é um direito da pessoa com deficiência.

Parágrafo único. O processo de habilitação e de reabilitação tem por objetivo o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.

Dessa forma, nota-se que, pela legislação federal, a condição para ser oficialmente uma 'pessoa com deficiência': alguém que possua um 'impedimento' (*impairment*) de natureza corporal em interação com uma 'barreira' social. Ao mesmo tempo, em que "O processo de habilitação e de reabilitação é um direito

⁵ A Convenção foi ratificada no Brasil através do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.

da pessoa com deficiência" ele é responsável pela produção de sua 'autonomia' e de sua 'participação social'⁶.

Desse modo, percebemos uma espécie de homologia entre a 'capacitação' (habilitação\reabilitação) físico-sensório-motora dos indivíduos e a sua 'capacitação' (inclusão) social. Como forma de buscar compreender essa homologia entre 'melhorar\recuperar' funcionalidades corporais e 'incluir socialmente', investigamos como a CIF foi historicamente produzida como um enquadramento 'médico-social' da deficiência, prestando atenção ao modo em que os termos 'funcionalidade', 'incapacidade' e 'deficiência' foram produzidos. Ao mesmo tempo buscamos compreender como essa Classificação de Funcionalidades tem sido operacionalizada em práticas de tratamento reabilitadores para pessoas com deficiência.

Buscamos elementos teóricos e metodológicos para compreender sociologicamente as práticas reabilitadoras como parte dos discursos sobre a deficiência. O intuito foi compreender como esses discursos se relacionam com estâncias clínicas e científicas dos saberes reabilitadores. E como, aparentemente, essas estâncias clínico-terapêuticas manipulam a produção de funcionalidades e capacitações "físico-sociais". Para tanto, não partimos de uma definição estanque de deficiência, mas como essa categoria tem sido mobilizada em locais que visam a produção de seu cuidado e tratamento.

Foi nesse sentido que nos baseamos em uma praxiografia (MOL, 2002) das práticas clínicas e terapêuticas ofertadas em um ambulatório de saúde universitário que produz atendimentos públicos reabilitadores a bebês, crianças e adolescentes com disfunções físico-motoras e neurológicas. Essa praxiografia se mostrou viável ao conseguimos estabelecer uma proximidade e interlocução etnográfica com profissionais da fisioterapia e da terapia ocupacional que trabalham nesse local. Com isso, também acessamos como são as profissionais dessas áreas que tem atualmente influenciado localmente (BR) - no nível dos

⁶ Em 2012, por meio da portaria 793, o Governo Federal Brasileiro estabeleceu, junto ao Ministério da Saúde via SUS, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Esta rede, fruto da operacionalização do plano Viver Sem Limites, lançado em 2011 no âmbito nacional por Dilma Rousseff, propõe "a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para atender as pessoas com deficiência, com o objetivo de: promoção do cuidado à saúde; prevenção e identificação precoce de deficiências em todas as fases da vida; ampliação da oferta de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção; e de cuidados em habilitação e reabilitação, promovendo autonomia e circulação social das pessoas com deficiência. Além disso, incentiva o aprimoramento dos mecanismos de regulação e organização dos fluxos assistenciais da rede, com monitoramento das ações desenvolvidas nos territórios" (BRASIL, Ministério da Saúde, 2016, p. 126).

serviços públicos - a implementação de protocolos de atendimento e de avaliação da deficiência baseados numa certa “economia e gramática da Funcionalidade”.

Essa noção de gramática é uma "metáfora da linguagem" (BHABHA, 1998, pp. 245-247) para nos referirmos sociologicamente a uma multiplicidade de práticas observadas em campo. Entretanto, ao me referir à noção de gramática não aponto somente os aspectos conceituais e teóricos que "traduziriam" práticas sociais médico-terapêuticas. Também não considero que as práticas sociais e a concretude das interações e relações em um determinado espaço cotidiano cabem exatamente nessa metáfora textual⁷.

Em resumo, utilizo essa noção de "gramática" para descrever um ponto específico da multiplicidade de práticas e interações que observei dentro dos limites parciais e situados do campo. Contudo, essas práticas, principalmente as práticas terapêuticas, no cotidiano do espaço de atendimento à saúde, estavam atreladas a terminologias, conceitos e definições. Prestei bastante atenção nessa forma de se falar sobre àquilo que minhas interlocutoras praticavam - enquanto atendimento reabilitador. E, no caso específico desta pesquisa, o foco foi compreender as práticas reabilitadoras e forma com que "falavam" sobre deficiência, Incapacidade, função, funcionamento e funcionalidade. Nesse sentido, a “gramática da funcionalidade” não pode ser separada, na prática (no cotidiano clínico das terapias que observei), da “gramática da deficiência”.

Assim, ao mobilizar uma etnografia no espaço em que essas terapeutas e pesquisadoras promovem cotidianamente seus atendimentos, observamos e descrevemos como se dá a materialidade do encontro corporal entre as agentes de saúde e o usuário\paciente do serviço habilitador\reabilitador. Portanto, a etnografia segue os preceitos teóricos dos Estudos Culturais da Ciência⁸ (REID; TRAWEEK, 2000), que possibilitam abrir questionamentos e investigação social sobre determinado discurso ou prática científica por meio das compreensões e ações daqueles considerados 'especialistas' sobre o assunto investigado.

⁷ Para considerações sobre limites e possibilidades dos usos de metáforas para explicar a realidade social ver: PALMA; PARDO, 2012.

⁸ Esses Estudos também são atrelados aos Estudos Feministas da Ciência e Tecnologia. Inúmeras autoras são referências fundamentais dessas 'vertentes', mas talvez a mais popularizada no Brasil seja Donna Jeanne Haraway, conjuntamente com Harding, Fausto Sterling, Scott, Fox Keller, Martin, Traweek, Butler e Preciado.

Em suma, propusemos como foco 'pesquisar os pesquisadores' (REID; TRAWEEK, 2000; CARVALHO, 2010; 2015) da área de habilitação\reabilitação clínica e, por meio da compreensão teórica e prática de seu trabalho, acessar como as dimensões categóricas da funcionalidade, da incapacidade e deficiência se 'materializam' corporalmente e se, e em que intensidade, essa materialidade corporal é fruto das ou incide sobre políticas públicas de inclusão social para 'pessoas com deficiência'.

2. DIMENSÕES METODOLÓGICAS⁹

Para colocação das práticas, eventos e materialidades reabilitadoras em um “primeiro plano” (MOL, 2002, p. 12), propusemos uma etnografia situada em um espaço ambulatorial universitário de média complexidade. O local articula atendimento público à saúde e formação teórico-prática de estudantes de disciplinas que compõe equipes multidisciplinares de reabilitação, como a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional. Participei do cotidiano clínico de estudantes e professoras dos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional, especificamente as que produzem atendimentos na linha de cuidado da infância\adolescência, da Unidade. Também operacionalizamos entrevistas semiabertas com determinadas agentes a fim de complementar os dados provenientes das observações do campo. Como parte desse desenho etnográfico conformamos análises terminológicas inerentes ao documento da CIF, atentando como estas normativas técnicas sobre as definições de deficiência, função, disfunção, incapacidade e funcionalidade são relacionadas umas às outras. Essa dimensão englobou artigos e pesquisas sobre funcionalidade humana – no marco das disciplinas terapêuticas em foco neste estudo - e os próprios instrumentos de avaliação funcional utilizados como protocolos e guias clínicos no ambulatório universitário. Esse procedimento almejou, fundamentalmente, mapear a operação das classificações tecnomédicas relativas às normativas internacionais de funcionalidade citadas. Tendo como referência a perspectiva defendida por Becker (1997; 2009), a ideia foi conectar as experiências situadas em observação aos processos de transformação sociais mais gerais.

Nesse sentido, buscamos investigar saberes e práticas reabilitadoras por considerá-los uma forma de mediação\regulação do que é ou não (dis)funcional e (in)capaz, na relação entre “indivíduo” e sua “sociedade”. Foi assim que observamos a produção das técnicas e dos protocolos clínicos de avaliação do 'funcionamento humano' produzidos pelas próprias terapeutas físico-

⁹ Já é preciso informar que esta pesquisa e sua metodologia foram submetidas, via Plataforma Brasil, ao CEP Universitário entre setembro e outubro de 2017, teve sua aprovação final em 28 de janeiro de 2018 sob o atual registro CAAE: 80454517.0.0000.5504 e esteve sob vigência até julho de 2020. A pesquisa de campo aqui referida teve início em março de 2018 devido ao fato de os atendimentos clínicos ofertados pelo Ambulatório acompanharem o calendário acadêmico Universitário. Agradeço a todas as interlocutoras de pesquisa e ao antropólogo Gil Vicente Nagai Lourenção que me auxiliaram nas dimensões técnicas e teóricas com relação às plataformas e Comitês de Ética em Pesquisa.

ocupacionais em um espaço público de promoção de saúde e de formação universitária.

Essas agentes de saúde também são agentes científicas, em uma modulação que se correlaciona com a recente expansão da pós-graduação universitária nas áreas da fisioterapia e terapia ocupacional no Brasil (SILVA, 2017). Ou seja, o ambulatório universitário que frequentei produz uma correlação entre um tipo de tratamento físico-ocupacional que é feito de forma 'clínica' que se entrelaça com dimensões 'laboratoriais' de pesquisa científica (MOL, 2002, p. 123). Foi necessário, portanto, observar e compreender a própria prática dessas profissionais da reabilitação e como, através da clínica e laboratório reabilitadores, significam, conceituam e refazem suas intervenções. Essa estratégia abriu possibilidades de acessar modalidades do que se considera uma 'realidade corporal' a sofrer intervenções, e o processo de materialização dessa 'realidade' (BARAD, 1998; MOL, 2002).

Acompanhei atendimentos terapêuticos individuais feitos em crianças e adolescentes com deficiência, focalizando na forma como as terapeutas criam seus protocolos de atendimento e como são operacionalizados nas sessões e cotidiano clínico. De forma prática, o que chamo de etnografia é uma sistemática coleta de relatos, diálogos que tive no ambulatório, documentos acessados e que são correlatos às interações e observações de campo. Essas interações e observações foram anotadas no caderno de campo que, por sua vez, balizou a descrição narrativa em diários para textualização dos acontecimentos. Dos diários proliferaram as categorias, conceitos e relações, os dados, analisados teoricamente nesta pesquisa.

Como o próprio saber reabilitador e suas práticas são heterogêneas, o trabalho de campo foi articulado a entrevistas semiabertas (BECKER, GEER, 1957; GASKELL, 2003; MINAYO, 2010) com as profissionais da fisioterapia e terapia ocupacional com quem estabeleci maior contato rotineiro. As entrevistas ajudaram a esmiuçar as inferências que emergiram ao longo das interações, conversas e observações de campo. Nesse sentido, os roteiros das entrevistas semiabertas foram um parâmetro interativo para suscitar debates, narrativas e diálogos relativos aos contextos e interesses compartilhados em campo com as interlocutoras de pesquisa (GASKELL, 2003; MINAYO, 2010).

Portanto, as entrevistas se caracterizam como semiabertas, pois 1) visaram discutir e instigar debates com as interlocutoras, que aceitaram

participar da atividade, desde os contextos específicos de suas intervenções em saúde sob meu acompanhamento e 2) visaram esmiuçar – através de questões-chaves, gatilhos temáticos e situações ilustrativas - os usos das categorias teóricas nessas intervenções, como função, disfunção, capacidade, incapacidade, funcionalidade, deficiência; além de termos e categorias êmicas ao próprio campo, como a noção de 'limite funcional'.

As interlocutoras dessas entrevistas foram 1) professoras das áreas de terapia ocupacional e fisioterapia que organizam, coordenam e atendem nos setores de reabilitação do ambulatório de saúde de universitário e 2) estudantes da graduação desses mesmos cursos que circulam como estagiárias nas linhas de cuidado da unidade.

Por sua vez, a leitura sociológica da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde (CIF) implicou em uma localização teórica e histórica da emergência da reabilitação como um fenômeno 'moderno' (GRITZER; ARLUKE, 1985; LINKER, 2011). Assim, nos apoiamos ao máximo possível em contextualizações sociológicas e históricas que apresentam a genealogia das ideias que organizam as bases dos saberes e práticas aqui pesquisados. Nesse sentido, em consonância com a análise do documento oficial da CIF, acessamos protocolos, formulários e avaliações sobre funcionalidade internas ao ambulatório universitário. Também buscamos analisar a produção acadêmica sobre funcionalidade que se situa, principalmente, nas disciplinas das ciências da reabilitação.

Para a análise da CIF foi necessário esmiuçar como se deu seu surgimento nos anos 2000 como mutação em relação ao documento classificatório anterior, a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidade e Desvantagem (CIDID). Para “situar” (HARAWAY, 1988; MOL, 2002) os saberes e práticas terapêuticos, e interligado à investigação etnográfica, mapeei os documentos que envolviam a mensuração das funcionalidades humanas utilizados no cotidiano clínico de atendimentos no ambulatório universitário. Obtive acesso às fichas, listas e parâmetros que são preenchidos pelas terapeutas sobre os pacientes que acompanhei os atendimentos.

Também observamos as produções acadêmicas sobre funcionalidade humana, situada nas disciplinas das ciências da reabilitação. Como é um campo muito vasto de literatura acadêmica, a estratégia foi explorar as produções sobre

funcionalidade através das referências dos textos que acessei em pesquisas bibliográficas primárias. O contato com as referências acadêmicas encontradas nos protocolos de atendimento e o contato com professoras e pesquisadoras das disciplinas que produzem conhecimento sobre funcionalidade também orientaram essa exploração bibliográfica.

Portanto, a investigação também nos levou a discussões conceituais que complementam a etnografia das específicas práticas reabilitadoras aqui proposta. A ideia foi exatamente atentar para o que Donna Haraway (1988, pp. 594-595) chamou de 'aparatos de produção corporal'. Segundo essa autora, “corpos como objetos de conhecimento são nósdoas semióticas-materiais generativas. Suas fronteiras materializam-se na interação social. Essas fronteiras são desenhadas ao se mapear práticas” (HARAWAY, 1988, p. 595).

Nesse sentido, uma analítica sociológica crítica desses aparatos reabilitadores se modulou observando como são considerados teoricamente como “locais de produção tecnológica e cultural da deficiência” (MCRUER, 2006; KAFER, 2013), isto é, nódulos que se materializam a partir de determinadas relações e interações sociais e culturais. Em outras palavras, objetivamos interpretar criticamente como os corpos podem ser criados pelos aparatos reabilitadores e como estes se conformam como mediações entre o indivíduo e a sociedade a partir de determinadas categorias de inteligibilidade como deficiência, incapacidade, funcionalidade, disfunção.

a. Praxiografia

Na investigação de campo nos engajamos com o conhecimento terapêutico (MOL, 2002, p. VIII) que vinha sob a locução “práticas reabilitadoras”. Dizendo de outro modo, o interesse em investigar as práticas reabilitadoras se coadunou com a forma que Annemarie Mol (op. cit. p. VII) indicara ser possível investigar a própria prática médica, na forma em que esta “sintoniza, interage e molda [*attunes, interacts and shapes*] seus objetos em variadas práticas”. Mol (op. cit. p. 6) mostrou como a “doença” [*disease*] é “feita” [*done*] nas “práticas sóciomateriais cotidianas” [*day-to-day sociomaterial practices*]. Assim, pensamos ser possível descrever como a “deficiência” é “criada, sustentada ou

autorizada desaparecer"¹⁰ (op. cit. p. 6), no "conhecimento incorporado em eventos e atividades rotineiras"¹¹ (op. cit. p. 32).

Em seu livro, *The Body Multiple* (2002), Mol tensiona a ideia de praxiografia. Para a autora, praxiografia é "o estudo da produção [*enactment*] da realidade na prática" (MOL, 2002, p. XIX) e faz parte do movimento que tem buscado trazer a dimensão da doença (*disease*) para a reflexão socioantropológica da saúde e da doença. De acordo com a filósofa holandesa, as ciências sociais postulam que sua jurisdição não está na patologia (*disease*), mas no adoecimento (*illness*) (MOL, 2002, pp. VIII-XIX). Mol diz que durante muito tempo as "fiscalidades" e as "doenças" eram somente domínios médicos e que só recentemente os cientistas sociais têm olhado praticamente para essas questões (MOL, 2002, p. 7).

Para esta pesquisadora, é o estudo do corpo como um objeto que se multiplica praticamente que tem sido uma das novidades nas ciências sociais e humanas contemporâneas. Até então o que se perseguia, nos estudos da área da saúde e da doença, eram os "sentidos" do corpo, da doença e do indivíduo doente (MOL, 2002, p. 8). Aqui emerge a diferença entre as noções de patologia (*disease*) e adoecimento (*illness*): patologia é o objeto médico e o adoecimento seus significados, interpretações, sentidos e práticas socioculturais (MOL, 2002, p. 9).

Com o método praxiográfico, a intenção é descrever como as instancias clínicas e científicas produzem praticamente, no cotidiano de suas operacionalizações, o corpo doente, o corpo disfuncional. Em outras palavras, a doença não se sustenta sozinha, i.e., não existe sem as práticas e outros objetos que a 'tornam visível' (MOL, 2002, pp. 31-32).

Nesse sentido, o etnógrafo não deve se preocupar somente em traduzir linguisticamente os significados simbólicos ou interpretações psicossociais dos especialistas, mas também se preocupar em descrever os corpos, suas doenças, seus formatos de saúde e as relações e práticas envolvidas nessas dimensões. Assim, a autora propõe uma ruptura com a oposição simplista entre patologia e adoecimento, ao considerar que médico e paciente agem em conjunto no consultório; ao mesmo tempo que permanece utilizando o termo

¹⁰ brought into being, sustained, or allowed to wither away.

¹¹ knowledge incorporated in daily events and activities.

patologia " Para deixar nítido que abordarei as fisicalidades mesmo não sendo uma médica"¹² (MOL, 2002, p. 27).

Retemos das discussões de Annemarie Mol (2002, p. 151), portanto, a forma que diz ser possível fazer uma etnografia de práticas clínicas e laboratoriais visando compreender como uma

única doença que na prática parece ser mais de uma – sem ser fragmentada em muitas. Assim, um corpo pode ser múltiplo sem se deslocar para o pluralismo. Assim, em vez de traçar lacunas paradigmáticas, esta etnografia-de-uma-doença tornou-se um estudo sobre a coexistência de múltiplas entidades que levam o mesmo nome. Por sua vez, a convivência vem em variedades e assume diferentes formas.¹³

A obra de Mol exatamente se destaca por esmiuçar essas dicotomias a partir da colocação das práticas médico-clínicas-científicas que lidam com a "doença", não como somente "construtoras sociais", mas "feitoras de realidades múltiplas" que se dão nos níveis da "adição, tradução, distribuição e inclusão" (p. 151).

Portanto, não partimos do pressuposto que a deficiência se define à contrapelo da lesão (algo que seria homólogo ao termo *disease*). O que buscamos foi, a partir das práticas reabilitadoras, compreender como corpo e sociedade, lesão e deficiência, ou deficiência e incapacidade, podem se multiplicar em realidades e teorizações sem, exatamente, se excluírem mutuamente. Nesse sentido, observamos a deficiência, a incapacidade e a funcionalidade "Mudando da compreensão de objetos como o ponto de foco de várias perspectivas para segui-los à medida que eles são produzidos em uma variedade de práticas [...]. Em vez dos olhos do observador, as mãos do praticante se tornam o ponto de foco da teorização"¹⁴ (MOL, 2002, p. 152).

De forma geral, a deficiência também pode ser uma singularidade que na prática se multiplica, mas que não exatamente se fragmenta ao infinito. Contudo,

¹² To make it plain that I will attend to physicalities even if I am not a medical doctor.

¹³ single disease that in practice appears to be more than one—without being fragmented into many. Thus, a body may be multiple without shifting into pluralism. So instead of tracing paradigmatic gaps, this ethnography-of-a-disease became a study into the coexistence of multiple entities that go by the same name. In its turn coexistence comes in varieties and takes different shapes.

¹⁴ Shifting from understanding objects as the focus point of various perspectives to following them as they are enacted in a variety of practices [...] Instead of the observer's eyes, the practitioner's hands become the focus point of theorizing.

há algumas ponderações a serem feitas. A primeira delas é com relação ao que a ideia de deficiência exprime a depender do termo original que se traduz o conceito. No Brasil, nos últimos anos, passamos por uma disputa com relação aos termos originais em inglês (*impairment/disability*) que foram sendo traduzidos como deficiência. Em resumo, o termo deficiência é tanto tradução de *disability* quanto de *impairment* - com algumas variáveis terminológicas de apoio (limitação, impedimento, incapacidade). A defesa da primeira tradução (*disability* como deficiência) digamos que seja 'sociopolítica'; a defesa da segunda tradução (*impairment* como deficiência) digamos que seja 'tecno-clínica'.

Quando se enquadra a *disability* somente como deficiência, se perde a possibilidade de distinguir este termo da noção de 'incapacidade' (oficialmente traduzida de *disability*), ao mesmo tempo que se mantém a diferença incomensurável da noção de 'lesão' (como tradução de *impairment*). Quando se enquadra a *disability* como 'incapacidade', se perde a possibilidade de distingui-la da conotação sóciopolítica contida no termo 'deficiência'. Ao mesmo tempo, a ideia de 'incapacidade' se distingue da noção de '*impairment*' (traduzida tecno-clinicamente como "deficiência", na conotação da "disfunção").

O que é importante reter desse ponto é que a categoria "*disability*", quando traduzida na conotação sociopolítica da "deficiência", é tida como o modo que o corpo com "lesão" experimenta culturalmente a desigualdade social; quando é traduzida tecno-clinicamente como "incapacidade", significa que é ela mesma a relação desigual e limitada de um corpo com "deficiência" perante as "Barreiras contextuais". Em suma, em certo momento, a **deficiência** é o que emerge no mundo social, em outro, é a **incapacidade** que está na encruzilhada entre o biológico e o psicossocial.

Disso tudo, chegamos a outro ponto. "Deficiência", então, é um fato corporal ou social? "Incapacidade" é uma construção clínica que se enquadra nas dimensões biopsíquicas dos indivíduos ou é o resultado da interação de um corpo com impedimentos corporais em contato com múltiplas barreiras "sociais"? Então, em termos "gramaticais", já temos uma multiplicação da realidade da "*disability*" no Brasil, a depender dos parâmetros que traduzimos essa categoria.

Muitas vezes podemos pensar os debates em torno da transição de um modelo biomédico da deficiência para um biopsicossocial da incapacidade e suas possíveis locuções técnicas e terminológicas como "problemas de tradução". De certo as traduções trazem problemáticas epistemológicas

importantes, mas a questão não se esgota somente em consensos sóciopolíticos e tecno-clínicos com relação a como um termo ou outro vai ser oficialmente codificado e padronizado.

Por mais que esses dois parâmetros se entrelacem, cada termo exprime e "faz" (*do*) uma realidade específica, uma ontologia específica. Em suma, não é somente uma questão "meramente terminológica", mas é considerar que as disputas terminológicas são ferrenhas porque elas também "fazem realidades" e ordenam suas multiplicações.

Ao mesmo tempo, quando os termos deficiência ou incapacidade são referidos, outras realidades podem se produzir, também a depender de como esses termos são compreendidos. Às vezes, a ideia sociopolítica da deficiência pode conter o parâmetro em que ela também pode ser aglutinada como 'lesão' ou 'disfunção' ou 'incapacidade'. Às vezes, a noção tecno-clínica de incapacidade, se nutre ou se entrelaça das noções de 'restrição', 'limitação' ou 'deficiência'.

Nesse sentido, uma "etnografia da deficiência" tem aproximações e distanciamentos com uma "etnografia da doença", como expressa nas metodologias de Mol. Uma se aproxima da outra com relação à materialidade das práticas que as "fazem" enquanto dimensões corporais. Nesse caso, deficiência e doença, seriam traduções de *impairment* e *disease*. Uma etnografia da doença se afasta de uma etnografia da deficiência quando esta busca analisar as materialidades que a compõe diretamente no universo já reconhecido como 'social'. Nesse caso, tal ideia de deficiência é traduzida como *disability* e tem homologias com a noção de *illness*. Trocando em miúdos, *impairment/disease* x *disability/illness*, onde os primeiros termos são do universo da "patologia" e os segundos da "saúde", ou os primeiros são "naturais" e os segundos eminentemente "culturais".

b. A deficiência\incapacidade como construção social e política

Entre o fim do século XIX até metade do XX, a deficiência\incapacidade (*disability*) foi hegemonicamente interpretada como uma questão biomédica, terapêutica e reabilitadora, sendo reconhecida como objeto exclusivo das áreas médicas, pedagógicas e familiares (DINIZ, 2007; MELLO, 2009; HARLOS, 2012; GAVÉRIO, 2015; LOPES, 2019; 2019a). A partir dos anos 1960 as pessoas

consideradas deficientes (*disabled people*), em alguns países da Europa e América do Norte, conseguiram se colocar politicamente nos debates públicos, acusando as instituições que eram responsáveis pelo cuidado dessas pessoas de serem, na verdade, instituições de controle e vigilância (STIKER, 1999).

Em uma série de mobilizações sociopolíticas, localizadas na Inglaterra e nos EUA, as pessoas com ‘problemas corporais’, considerados ‘deficiências’, foram construindo a ideia de que não são seus corpos que as ‘incapacitam’ (*disabled them*), mas a sociedade. A organização social mantém pessoas com corpos lesionados (*impaired bodies*) em determinadas instituições de ‘cuidado’ e, ao mesmo tempo, coloca sobre esses indivíduos a causa de sua limitação social (*handicap*) (DINIZ, 2007, MELLO, 2009; HARLOS, 2012; GAVÉRIO, 2015; LOPES, 2019; 2019a).

Esse tipo de posicionamento gerou uma disputa política em torno da própria noção de *disability* (deficiência\incapacidade) ao longo dos anos 1970 e 1980. Tais mobilizações deram substância ao que ficou conhecido como “Movimento Internacional de Pessoas Deficientes” (*International Disabled People Movement*) (CHARLTON, 2000; LOPES, 2019a). O movimento passou a acusar o saber biomédico de defender um modelo de interpretação da *disability* (deficiência\incapacidade), e sua limitação social (*handicap*), como algo fundamentalmente emanado do corpo com lesão (*body with impairment*).

Era necessário argumentar politicamente que a limitação social de corpos lesionados não estava em sua suposta natureza falha, mas na sociedade que vê problemas em absorver corpos que fujam de certas normativas (OLIVER, 1990; DAVIS, 1995). Os movimentos políticos e teóricos passaram a denominar como deficiência (*disability*) o processo da experiência de descompasso e ruptura com seu contexto social devido a não absorção do corpo deficiente (*impaired/disabled body*) nas dinâmicas sociais. Foi nesse embate que a ideia da deficiência\incapacidade, como consequência de falhas ou problemas orgânicos do corpo humano, se desnaturalizou e passou a também ser interpretada por um contra-modelo: o ‘Modelo sócio-construcionista da deficiência’ (OLIVER, 1990; DAVIS, 1999, ZOLA, 2003; DINIZ, 2007; MELLO, 2009; HARLOS, 2012; GAVÉRIO, 2015; LOPES, 2019). Não basta o corpo ter alguma lesão (*impairment*), algum impedimento de ordem física, cognitiva ou sensorial para ser considerado deficiente\incapaz (*disabled*); a deficiência\incapacidade, segundo o modelo sócio-construcionista, passa a ter

origem quando um corpo lesionado não é absorvido politicamente com suas peculiaridades nas dinâmicas e vida sociais. De acordo com a socióloga australiana Raewyn Connell (2011, p. 1368):

A abordagem sócio-construcionista de deficiência que desafiou o modelo biomédico nos anos 1980 e 1990 foi parte de uma ampla reformulação dos corpos e da sociedade. Ideias semelhantes estavam sendo trabalhadas no feminismo, sociologia, estudos da ciência e tecnologia, estudos culturais, saúde pública, pesquisa sobre sexualidade e outros campos. Surgiram desafios para modelos biomédicos de causalidade, para classificações a-históricas de corpos e para o poder profissional sobre grupos marginalizados. A capacidade das estruturas sociais e discursos culturais para distribuir e especificar corpos, e para moldar a experiência corporal, foi reconhecida.

O que ocorreu ao longo dos anos 1980 e 1990 foi uma cristalização sociológica da reconfiguração política em torno da deficiência, bem como dos elementos e indivíduos demarcados como tais. Essa reconfiguração se apoiou em uma distinção entre o corpo daquelas e daqueles considerados deficientes – corpos esses entendidos como entidades orgânicas fixadas no discurso médico e terapêutico – e a experiência/vivência social desses mesmos sujeitos como “falha/incompleta”. O que se buscou mostrar foi que o corpo lesionado/doente/debilidado está inserido em contextos socioculturais que o revestem com naturalizações e nomenclaturas, como a ideia de deficiência, que almejam explicar suas desigualdades sociais com respostas biomédicas.

Assim, partimos criticamente da constatação de autores que se colocam sob a perspectiva dos *disability studies*, de que a CIF, substituta da CIDID, é uma espécie de equalização de dois modelos da interpretação da deficiência, o “biomédico-reabilitador” e o “social” (ALBRECHT et alii, 2001; DINIZ, 2007; DINIZ et alii, 2007; SANTOS, 2008). Segundo Diniz, Medeiros e Squinca (2007, p. 2508):

Foram vinte anos de debates entre o modelo biomédico e o modelo social da deficiência, e o principal resultado foi a revisão do sistema classificatório da OMS. Não é por acaso que a OMS faz referências aos dois modelos na CIF e afirma ser a nova linguagem uma combinação de ambos.

Nos anos 2000 a antropóloga Débora Diniz (2004; 2007a; DINIZ, et al, 2007) introduziu a literatura internacional sobre '*disability*' no contexto acadêmico brasileiro e a nomeia como 'estudos sobre deficiência'. Nesse sentido, a escolha pela palavra 'deficiência' é resultado do histórico político e ativista, nacional e internacional, que auxiliou a tornar o termo uma identidade político-social coletiva, mais fortemente a partir dos anos 1980 (MELLO, 2009; HARLOS, 2012; GAVERIO, 2015).

Tomando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como um exemplo das fórmulas em disputa para se produzir discursos e práticas sobre 'pessoas incapazes' ou 'pessoas deficientes' (*disabled persons*), a presente proposta continua a investigar a 'vontade de saber' (FOUCAULT, 1999) científica sobre o que é e como se constitui o que conhecemos por "deficiência\incapacidade".

Invertendo um pouco a lógica analítica das investigações socioculturais sobre o tema, acessamos os modos de conceituação e classificação da deficiência\incapacidade prestando atenção em suas contrapartidas naturalizadas (neutralizadas), ou opostamente constitutivas (BUTLER, 2002; 2003): as noções de **funcionalidade** e **capacidade**.

O trabalho de Joon Ho Kim (2013) se aproxima desta possibilidade de fazer uma crítica ao que, efetivamente, aparece como evidência: a própria noção de funcionalidade e capacidade humanas. Na CIF, essas duas categorias aparecem como os antigos descritores médicos de 'normalidade' individuais e sociais, uma vez que o termo funcionalidade é relativo às plenas funções orgânicas do corpo somado à sua atividade e participação social independente. Em suma, um corpo sem incapacidades\deficiência.

A pesquisa de Kim (2013) mostra que a busca por uma 'reconstrução funcional do corpo deficiente' (2013, p. 18), através de desenvolvimentos tecnológicos em torno de próteses e exoesqueletos, ainda não deixou de ser guiada por uma noção de 'normalidade' corporal. Joon Ho Kim pondera que dois 'tipos físicos', o amputado e o lesionado medular, servem de base material 'orgânica' para o desenvolvimento de tecnologias reabilitadoras que visam devolver o bipedismo aos indivíduos. Ou seja, essas marcas corporais, a falta de

uma perna, ou o não andar, são menos problemas médicos do que delimitações hierarquizadas de marcas sociais, estigmas¹⁵ (GOFFMAN, 1988; KIM, 2013).

É importante reter desse debate que cada vez mais a integração entre elementos, mecânicos, biológicos, digitais, eletrônicos e as interações entre orgânico e inorgânico, natural e artificial, humano e animal, demarcam que as fronteiras humanistas que fixavam em oposições esses termos estão cada vez mais sujeitas a ruídos (HARAWAY, 2000). Nas palavras de Haraway (2000, p. 62):

Nenhum objeto, nenhum espaço, nenhum corpo, é, em si, sagrado; qualquer componente pode entrar em uma relação de interface com qualquer outro desde que se possa construir o padrão e o código apropriados, que sejam capazes de processar sinais por meio de uma linguagem comum.

não ahamem nossa proposta investigativa não analisamos somente a deficiência (*disability*) como um descritor objetivo de falhas corporais (e nesse sentido deficiência seria melhor alocada no termo 'lesão') ou como um problema de funcionamento da estrutura social que oprime determinados indivíduos. O termo deficiência é aqui trabalhado desde a perspectiva da 'diferença' (BRAH, 2006), isto é, uma categoria que pode se acoplar social, cultural e politicamente de variadas formas a determinados indivíduos, voluntaria ou involuntariamente.

Dessa forma, 'deficiência' é um conceito estratégico nesta pesquisa, pois ele garante acesso a formas oficiais de 'nomeação' [médico-sociais] de determinados indivíduos, ao mesmo tempo que pode ser, ou não, considerado um termo político-identitário. Segundo Pedro Paulo Gomes Pereira (2011, p. 73):

A partilha [natureza\cultura] colocou a biomedicina como “fora do jogo”, porquanto dada objetivamente, convencionada como objetiva e produtora de verdades. Uma das tarefas mais interessantes na área de saúde seria, então, etnografar a biomedicina, direcionar as investigações para as convenções que a instituem como discurso de verdades, indagando sobre as políticas de elaboração dos “fatos científicos”

¹⁵ Erving Goffman nos indica que, em sua obra, “O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem horrroso nem desonroso” (GOFFMAN, 1988. p. 6).

Portanto, interpretar as práticas e os discursos inerentes à reabilitação físico-motora é uma maneira de compreender os modos de organização social com relação à 'deficiência' através de seu espectro inclusivo. Ou seja, é observar criticamente a ideia da deficiência como 'natureza' ou 'cultura', a colocando como uma possível 'categoria útil de análise histórica' (SCOTT, 1998) das relações sociais que garantem a inclusão de certos indivíduos considerados 'excluídos' das dinâmicas sociais. Nesse sentido, seguindo o caminho analítico inaugurado pelo antropólogo Henri Jacques Stiker (1999) a consideração metodológica desta pesquisa é não postular de antemão a reabilitação como uma prática anterior às pessoas que visa incluir ou que seja, em si mesma, 'boa' ou 'ruim'; da mesma maneira, as pessoas as quais se destinam essas práticas não estão exatamente excluídas desse processo ou aquém deles.

3. CAMINHOS E REGISTROS ETNOGRÁFICOS:

Vou traçar o cotidiano parcialmente capturado ao longo das minhas manhãs no setor infanto-juvenil do Ambulatório Universitário. Com isso mostrarei as relações que nutri com professoras, estudantes, servidoras técnico administrativas, usuários e seus familiares, que trabalham e frequentam o local diariamente. A ideia é mostrar a dimensão etnográfica da pesquisa sobre as práticas clínicas reabilitadoras observadas e posteriormente as dimensões de investigação sobre a Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, a CIF.

a. Estrutura e Funcionamento médico-social do Ambulatório Universitário:

No Ambulatório Universitário se desenvolvem ações no triplo eixo do ensino, pesquisa e extensão em saúde. Criado em um campus universitário do interior paulista em 2004, ampliado no ano de 2008, o Ambulatório conta com quase 5.000,00 m² e promove uma integração espacial e pedagógica entre os cursos de saúde da universidade. Esse complexo ambulatorial e sua forma construída acaba sendo homóloga ao formato de seu funcionamento administrativo. O prédio possui um grande corredor cardinal (uma coluna) que é atravessado de forma perpendicular por blocos que se alongam paralelamente entre si na extensão do corredor à esquerda e à direita. Além da grande recepção principal - que conta com sala de espera, consultórios, setor administrativo e burocrático de prontuários e um auditório - outros seis blocos se acoplam à extensão colunar do complexo.

Cada bloco possui uma entrada à esquerda e à direita da perspectiva do corredor. O bloco quatro, à direita, é reservado ao setor propriamente denominado de "Reabilitação" e consiste em um largo corredor com amplas salas para atendimento terapêutico, com tabladros, colchonetes, esteiras e bicicletas ergométricas e outros objetos e aparelhos assistivos. À esquerda e de frente para o setor da reabilitação, encontramos o bloco três, a enfermaria da unidade. De volta ao corredor principal, no bloco cinco, à esquerda, há a ramificação do setor da assistência social, que possui ligações com partes administrativas e burocráticas situadas na recepção principal. No bloco seis, à direita do corredor, há uma sala experimental chamada de Ambiente AVD, ou Ambiente de Atividades de Vida Diária. O ambiente é uma micro casa, com

banheiro, sala, quarto e cozinha, numa emulação do que seria um local doméstico, e é utilizado em sessões de terapia ocupacional, fundamentalmente. Após esse espaço AVD, se estende um outro corredor que possui salas e equipamentos para fisioterapia e terapia ocupacional. Novamente no corredor principal, andamos mais um pouco e chegamos no bloco oito que, assim como os blocos anteriores, se projeta à direita como um outro grande corredor. Nesse bloco temos a recepção e administração burocrática do setor da "reabilitação infanto-juvenil", oficialmente chamado de "Disfunção Física, Saúde Mental e Neuropediatria". O bloco se estende em salas de convívio das profissionais e estudantes que ali trabalham e salas para os atendimentos com equipamentos e recursos assistivos. De volta ao corredor central, antes de atravessarmos totalmente o complexo ambulatorial, temos à esquerda o bloco sete, uma área que conta com uma piscina utilizada para tratamentos em reabilitação infanto-juvenil.

No ano de 2014 o Ambulatório foi introduzido na rede de cuidados à saúde da população no SUS mediante convênio estabelecido com a Secretaria Municipal de Saúde local. Assim, o Ambulatório passou a contar com repasses financeiros conforme a tabela de procedimentos do Ministério da Saúde e se configurou, como um espaço de média complexidade¹⁶. Portanto, o Ambulatório Universitário atende publicamente o município em que o campus está instalado e mais cinco cidades de sua microrregião. Segundo relatório gestor do local, em 2016 foram computados 18.674 atendimentos que, somados retroativamente aos feitos nos anos anteriores, até 2012, chegam a 89.128.

O cerne das atuais estruturas de atendimentos públicos realizados se dá em função das próprias atividades acadêmicas dos cursos da área de saúde da universidade, a saber: Fisioterapia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Psicologia, Gerontologia e Medicina. Dessa forma, os atendimentos são organizados em Linhas de Cuidado estruturadas mediante a necessidade prática de aprendizagem desses cursos. Os atendimentos também se perfazem a partir das necessidades de pesquisas de docentes e discentes que ali trabalham em

¹⁶ O sistema de saúde brasileiro é composto por três níveis de atendimento e cuidado. No nível primário se encontram os postos de saúde, as unidades básicas de saúde (UBS) e as unidades de saúde da família (USF). No nível secundário se encontram os centros de atendimento psicossocial (CAPSi), os centros especializados em reabilitação (CER) e as unidades ambulatoriais de atendimento médico. No nível terciário, o nível mais especializado de atendimento clínico, se encontram os hospitais, centro de emergência e unidades de terapia intensiva.

sentido experimental com seus projetos científicos e de extensão universitária. Atualmente o ambulatório conta com sete linhas de pesquisa e elas são elencadas da seguinte forma: 1) Cardiopulmonar e Doenças Metabólicas; 2) Musculoesquelética; 3) infância/adolescência; 4) Neurologia; 5) Geriatria e Gerontologia; 6) Práticas Integrativas e Complementares; 7) Saúde Mental.

As linhas de cuidado, portanto, são nós em que se entrelaçam as instâncias da graduação, pós-graduação e docência, mediante as estruturas de ensino e pesquisa dos cursos da área de saúde. A essas estruturas se entrelaça a extensão universitária, que é uma das portas de entrada no Ambulatório para os usuários da rede pública de saúde. As linhas de cuidado se distribuem em seus atendimentos ao longo dos blocos que compõem a unidade. A linha de cuidado da Reabilitação Infanto-Juvenil, a qual me situei, ocupa sistematicamente o bloco oito, mas também pode utilizar outras salas de atendimento em outros blocos. Essa linha é composta por atendimentos em Fisioterapia em Neuropediatria, Intervenção Precoce, Terapia Ocupacional Disfunção Física Infantil, Terapia Ocupacional Saúde Mental Infanto-Juvenil, Psicologia e Ambulatório de Imunologia Pediátrica.

Portanto, devido ao fato de o campo das práticas reabilitadoras ser amplo, abranger variados grupos sociais, com variadas idades e condições corporais heterogêneas, o Ambulatório Universitário organiza as suas intervenções em saúde por meio por meio de linhas de cuidado. As linhas de cuidado são uma forma de dar conta dessa heterogeneidade médico-social dos usuários desse aparelho público de ensino e promoção de saúde. Entretanto, por mais que se produzam clivagens para o gerenciamento e demografia da população atendida, as práticas em reabilitação se debruçam no tratamento das disfunções corporais (deficiências) nas variadas linhas e agenciamentos clínicos. Nesse sentido, há uma versatilidade desses estudantes que transitam entre clínicas, diagnósticos e faixas etárias distintas de atendimento ambulatorial, mas que têm suas práticas coligadas pelo olhar para as 'disfunções físico-motoras'.

Em resumo, por mais que a reabilitação seja também um campo em disputa em seus termos teóricos e práticos, é cardinal a habilitação e reabilitação voltada a intervenções 'individuais', isto é, que incidem primordialmente no e a partir do corpo, e núcleo familiar, do paciente. É nesse sentido que a USE,

mesmo não sendo um Centro Especializado em Reabilitação (CER)¹⁷, é o único polo público de atendimento especializado em reabilitação biopsicossocial da microrregião local - além dos atendimentos em reabilitação que ocorrem nas UBS's municipais e nas clínicas particulares de especialistas da área.

Diante do exposto, conseguimos minimamente demonstrar que a escolha de interlocutores de duas áreas que compõe as equipes técnicas em reabilitação, a fisioterapia e a terapia ocupacional, se deve a dois fatores basilares. O primeiro foi o foco com relação às intervenções e práticas reabilitadoras performadas na dimensão físico-motora. Nesse quesito, as áreas que concentram pesquisas e repertórios técnico-práticos de intervenção físico-motora são, em grande medida, as disciplinas da fisioterapia e terapia ocupacional. O segundo fator tem relação com as dimensões de intervenções físico-motoras promovidas por essas disciplinas no ponto em que se coligam à ideia de 'disfunção'.

Foi por isso que, seguindo a proposta de Mol (2002) de trazer as práticas promotoras de saúde para um primeiro plano de observação etnográfica, não partimos exatamente das categorias diagnósticas ou conceituais sobre 'deficiência'. Trazer as práticas reabilitadoras para um primeiro plano, observá-las e descrevê-las em conjunto com as compreensões e explicações que os praticantes possuem sobre suas intervenções, é uma maneira de acessar a própria multiplicidade corporal que permeia o espaço ambulatorial. Em outras palavras, observar as práticas e intervenções em saúde produzidas por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais é acessar a heterogeneidade de condições corporais, diagnósticos, prontuários e histórias pela qual essas agentes navegam e, dessa forma, acessar como a própria deficiência/incapacidade "se torna parte do que é feito em prática" (MOL, 2002, p. 13).

É dessa imanência de informações que as reflexões parciais de conhecimentos produzidos praticamente e de forma situada (HARAWAY, 1988; MOL, 2002) tem surgido. Dito ainda de outro modo, sendo o Ambulatório Universitário um microcosmo voltado ao ensino, pesquisa e extensão, pudemos

¹⁷ Segundo o próprio site do ministério da saúde, "O Centro Especializado em Reabilitação (CER) é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação, que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência no território. É organizado a partir da combinação de no mínimo duas modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual, visual)". Para mais informações ver: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-com-deficiencia>

experimental inferências e generalizações sociológicas parciais sobre práticas e discursos reabilitadores especificamente localizados em um espaço de promoção público à saúde.

b. Acesso ao campo e construção ética de interlocuções de pesquisa:

Como vimos apontando, restringimos nosso acompanhamento à observação de atendimentos e intervenções clínicas que fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais produzem no setor infanto-juvenil. Entretanto, a possibilidade de efetivar uma pesquisa etnográfica para observar o trabalho clínico de profissionais da área da saúde se mostrou uma empreitada complexa.

Uma das complexidades desse processo foi a construção e justificativa da própria metodologia de pesquisa. Principalmente para os Comitês de Ética por quais passaram meu projeto de pesquisa, foi necessário expor hipóteses, métodos de pesquisa e projeções de resultados a serem obtidos. Isso trouxe algumas ansiedades, principalmente com relação às propostas de pesquisas etnográficas, em que hipóteses e resultados esperados não antecedem exatamente a entrada do pesquisador em campo. Assim, este experimento sociológico de engajamento com profissionais da área da saúde se concretizou a partir de uma "ficção metodológica"¹⁸. Ou seja, antes mesmo de "entrar em campo" tive que elaborar possíveis cenários de pesquisa em que meu desenho metodológico poderia ser eticamente plausível e avaliado. Isso se deu a partir de elementos e informações difusas e parciais dos modos de inserção no laboratório-clínico que almejava acessar cientificamente.

A partir de então, formalizei visitas guiadas na unidade de saúde enquanto pesquisador interessado em conhecer de forma mais aprofundada o funcionamento do local. Essas visitas foram importantes na medida que interagi mais diretamente com os limites e possibilidades de investigação sociológica no local para seguir com a metodologia dentro dos preceitos da ética nas pesquisas "com seres humanos" (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2004). Com essas visitas

¹⁸ Utilizo o termo ficção a partir das discussões de Fonseca (2010), com base em Clifford Geertz, sobre os procedimentos éticos do anonimato nas pesquisas etnográficas. Segundo essa antropóloga, uma das dimensões da escrita etnográfica é seu caráter ficcional: "Ficções no sentido que são 'fabricadas', 'forjadas' – o sentido original de ficio – não que sejam falsas, sem base fatural ou meras 'experiências cerebrais'. Certamente, na etnografia, é a realidade das vidas sendo descritas que dá sentido ao exercício acadêmico" (FONSECA, 2010, p. 221).

obtive um panorama mais concreto para poder modular os métodos de acesso a dados e informações que poderiam ser relevantes ao objetivo do estudo. Nesse sentido, contei com a deferência e auxílio das próprias agentes de saúde que me guiaram nas diretrizes de encaminhamento dos documentos necessários ao comitê de ética interno do local de atendimento e no comitê de ética universitário coligado a Plataforma Brasil.

Na Plataforma Brasil foi preciso expor com maiores detalhes os parâmetros com os quais almejava executar o que definia como pesquisa de campo e observação participante em um ambiente laboratorial e clínico de atendimento à saúde. Também foi preciso expor os parâmetros de execução das entrevistas semiestruturadas que propus fazer com as agentes que aceitassem abrir interlocução comigo. As entrevistas nesse caso seriam ajustadas às interações de campo a partir das relações específicas com diferentes agentes. O principal objetivo era conseguir descrever como acessar o momento do atendimento clínico reabilitador.

O projeto não foi aprovado de início devido a alguns ajustes técnicos necessários. Os ajustes recomendados pelos pareceristas foram: construir um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específico para os usuários do serviço de saúde para expor meus interesses de pesquisa e receber a permissão para poder acompanhar seu tratamento; e, no texto desse TCLE específico, não poderia conter o termo "etnografia".

Essa dimensão da recomendação da supressão da palavra etnografia no TCLE dos usuários é intrigante. Isso porque, em sua dimensão metodológica mais ampla, eu descrevi meu projeto ao comitê de ética como uma etnografia e como uma pesquisa que se pauta na ideia de observação participante. A esse ponto, nenhuma objeção foi feita pelos pareceristas iniciais do projeto. Nesse sentido, fiz o ajuste recomendado pelo CEP/CONEP e redigi um TCLE que seria destinado aos usuários e que não contivesse o termo "etnografia". Após a análise desse documento pelo comitê, a pesquisa teve seu início foi aprovado.

A partir dessa supressão parcial do termo etnografia, surgiram algumas reflexões que se coligam às tensões existentes entre as pesquisas de cunho etnográfico e as instâncias de regulação e controle ético de pesquisas (DINIZ; CORRÊA, 2001; SCHUCH; VIEIRA e PETERS, 2007; SARTI; DUARTE, 2013). É preciso apontar que foi impossível não comunicar aos usuários do serviço de saúde, aos seus familiares, aos acompanhantes com que interagi ao longo do

período em campo, que fazia uma etnografia. Mesmo que os usuários, os pacientes, ou seus familiares, não fossem exatamente o "alvo" das minhas observações e descrições etnográficas, o próprio comitê de ética me apontou a importância do cuidado e elucidação de minhas atividades acadêmicas a esses indivíduos. Seria impossível observar os atendimentos clínicos sem que as terapeutas e os pacientes compreendessem e permitissem concomitantemente minha observação participante nesse espaço "íntimo".

Foi necessário coordenar dois tipos de permissão para realizar as observações etnográficas específicas. E essa preocupação ética coloca no centro da pesquisa também os usuários e familiares. Não somente pelo fato de ter que coletar suas assinaturas no documento, mas principalmente pelo fato que tanto os usuários do serviço, quanto seus familiares, foram pessoas que criei laços etnográficos que extrapolaram a sala de atendimento. Assim, todas as crianças e adolescentes que acompanhei sistematicamente nas rotinas de atendimento clínico eu coletei suas assinaturas, ou de seus responsáveis, para o TCLE. A mesma coisa foi feita com relação às terapeutas que observei os atendimentos clínicos e que aceitaram me conceder entrevistas em profundidade.

Contudo, não foi somente no momento do atendimento clínico propriamente dito que eu interagi com usuários do serviço e com as agentes de saúde do local. Também não foi somente com esses dois tipos de agentes que me relacionei ao longo do período de pesquisa de campo. Conversei com muitas estudantes de graduação e pós-graduação que passaram pelo local nos 4 semestres que o frequentei etnograficamente; assim como conversei e interagi com muitas professoras e professoras nos corredores da unidade.

As conversas de corredor que tivemos sobre a pesquisa e sobre a minha atividade sociológica no local, foram fontes de informação fundamentais para muitas ideias e análises desenvolvidas ao longo da tese. Criei interlocuções com vários usuários do serviço de saúde que não acompanhava diretamente os atendimentos clínicos e me relacionei com muitos pais e mães que ficavam curiosos para saber o que eu fazia ali. Também interagi com os agentes técnicos administrativos que operacionalizam todo o espectro burocrático da unidade. Estes agentes me forneceram gentilmente muitas informações valiosas para compreender as próprias disposições clínicas e burocráticas dos atendimentos de saúde que propus descrever na pesquisa.

Em suma, o que estou apontando é que as pesquisas etnográficas não são facilmente contidas dentro de termos de consentimento livre e esclarecido. E isso se deve ao processo de construção ética nas pesquisas sociológicas e antropológicas ser observado como uma preocupação constante de pesquisadores sociais (DINIZ; CORRÊA, 2001; SCHUCH; VIEIRA e PETERS, 2007; SARTI; DUARTE, 2013). Ou seja, é extremamente recomendado se apresentar como pesquisador, expor da forma mais compreensível aos seus interlocutores diretos e indiretos de pesquisa seus objetivos e procedimentos, não colocar em risco os participantes da investigação, respeitar os limites do interlocutor e garantir-lhes o anonimato. Esses são os preceitos mínimos que regem constantemente as pesquisas sociais ao longo de todo seu processo.

Dessa forma, não foi possível construir uma pesquisa etnográfica sem a construção de laços, afetividades e confiança com interlocutoras diretas e indiretas de pesquisa. Até mesmo pela conformação do serviço de saúde em que me instalei como pesquisador, eu carregava um crachá com meu nome e minha titulação: sociólogo. Assim, eu já era identificado como pesquisador e isso me possibilitou, talvez de forma surpreendente, um nível de interação com uma miríade de agentes (estudantes, professoras, usuários, familiares, servidores técnicos) e que a apreensão parcial e situada de suas rotinas, conflitos e organizações compõe o próprio substrato do campo etnográfico.

Por mais que eu tenha imprimido um cuidado intensivo em seguir as dimensões éticas aprovadas pelo comitê, o cuidado ético da pesquisa está além do próprio TCLE. E isso efetivamente porque a unidade de análise específica nessa proposta etnográfica, os procedimentos clínico terapêuticos que se dão dentro das salas de atendimento, é parte do microcosmo mais amplificados das próprias relações institucionais do ambulatório universitário.

Assim, todas as descrições etnográficas dos atendimentos clínicos que estão contidos na tese são fruto de observações que seguiram estritamente a proposta de autorização livre e esclarecida preconizada pelo comitê de ética. Isto é, somente retrato etnograficamente nesta pesquisa os atendimentos clínicos dos usuários que me permitiram documentalmente observar suas rotinas de atendimento. Da mesma forma, as atividades terapêuticas que são descritas são fruto das observações das rotinas de trabalho das agentes de saúde que me concederam entrevistas em profundidade. Também observei parcialmente muitos atendimentos que em alguns de seus momentos eram feitos nos

corredores da unidade. Por exemplo, os treinos de marcha, os testes com andadores ou os exercícios em cadeiras de rodas. Não foi possível deixar de observar essas cenas em específico e, por mais que elas não tenham sido foco das minhas descrições etnográficas, elas compõem o contexto das frequências sociológicas que são abordadas nessa pesquisa.

Em termos concretos, em quatro semestres de pesquisa, entre 2018-2019, acompanhei diretamente o trabalho de três docentes e quatro estudantes de fisioterapia e terapia ocupacional. Nesse sentido, consegui observar os atendimentos que elas desempenharam em sete usuários do serviço de saúde. Então, as minhas descrições etnográficas advêm dessa possibilidade de coordenar esses múltiplos consentimentos. Com determinados usuários acompanhei mais os atendimentos em fisioterapia, com outros acompanhei mais os de terapia ocupacional, e em outros momentos pude acompanhar atendimentos simultâneos entre a fisioterapia e a terapia ocupacional.

Me chamou atenção o fluxo considerável de estudantes produzindo atendimentos clínicos de forma concomitante em um setor específico do ambulatório. Seria impossível manter contatos diretos e estreitos com todas essas estudantes. Tive interações e conversas etnográficas nos corredores ou nas salas de espera com muitas delas. Contudo, consegui manter interações mais longevas, de forma relativa, com seis estagiárias e três delas me concederam entrevistas em profundidade. Foram duas estagiárias da terapia ocupacional e uma da fisioterapia as quais acompanhei em um maior número de atendimentos entre os três semestres de minha pesquisa de campo.

Cada paciente no Ambulatório Universitário, devido ao sistema de circulação de estudantes no local, tem uma relação com as estagiárias que podem durar de três a seis meses. Como não tive condições de observar os múltiplos atendimentos do ponto de vista de cada terapeuta, bem como não houve condições de observar os atendimentos de cada paciente, a solução procedimental que encontrei foi acompanhar ao máximo as rotinas de agentes nestas relações tri ou semestrais. Esse procedimento se mostrou produtivo, principalmente por permitir observações dos atendimentos de um paciente específico e compreender como a terapeuta produz sua intervenção.

Então, em termos práticos, quando acessei os atendimentos tendo como foco os percursos internos das estagiárias, acompanhei uma ou outra sessão de um paciente específico; quando centralizei a busca por acessar atendimentos a

partir de determinados usuários, interagi de forma menos sistemática com uma variedade maior de estudantes. Foi nesse ponto que precisei, inicialmente, me relacionar com as crianças e familiares que frequentam cotidianamente a unidade em busca de tratamento reabilitador.

É importante frisar que não é nossa intenção específica comparar os atendimentos dispensados a um usuário e outro, mas buscar descrever ao máximo as táticas e estratégias terapêuticas utilizadas nos múltiplos atendimentos clínicos que vimos realizando. É nisso que consiste, basicamente, a proposta praxiográfica. Se há paralelismo ou diferenciações, de nossa parte, entre os atendimentos, é com a intenção de mostrar a extensão específica de determinados protocolos de intervenção clínica. Com isso, é possível acessar as distribuições, coordenações, hesitações, conflitos e sínteses em torno das práticas clínicas. Em suma, a tentativa é amplificar, na descrição etnográfica, os modos de se fazer intervenções clínicas na dimensão da reabilitação física infanto-juvenil e como, nesse movimento, se constituem também a multiplicidade de corpos necessárias a essas intervenções. Corpos teóricos, técnicos, instrumentais, burocráticos, usuários. Esta proposta etnográfica, busca descrever o que emerge praticamente de cada singularidade, de cada atendimento observado. Dessa forma acessamos como diferentes situações clínicas, dentro do próprio trabalho terapêutico, não funciona somente por comparação, mas por concatenação conflituosa entre a multiplicidade e a ordenação das diferenças que atravessam os usuários do serviço e compõe os cuidados de saúde no setor.

Nesse sentido, por mais que o foco foi acessar, através da descrição das práticas e interações clínico-burocráticas, como se produz a funcionalidade em sentidos tecno-práticos e tecno-teóricos, essa própria noção de funcionalidade não exatamente existe antes das condições que permitem identificá-la como algo que é "feito na prática". Resumidamente, por mais que hoje existam direcionamentos com relação a uma certa "funcionalidade humana" universal, atrelada às ideias também teoricamente universalizadas de "acesso a saúde", nas práticas clínicas a funcionalidade emerge sob outras formas e sonoridades e, talvez, através mesmo daquilo que visam "tratar", a própria deficiência/incapacidade.

c. O setor infanto-juvenil do Ambulatório:

O setor infanto-juvenil é um bloco que se estende a direita superior da unidade. Ele se conforma em um grande corredor perpendicular ao corredor principal da unidade. Uma porta de vidro separa o corredor cervical da unidade e a entrada do bloco oito. Ao adentrarmos no bloco temos quatro banheiros, dois para as crianças e seus familiares, dois para os servidores da unidade. Em seguida, há a recepção do setor que conta com a pequena secretaria que organiza a burocracia específica desse local. A recepção/secretaria é separada parcialmente do restante do corredor por uma grande parede de madeira. Ao se ultrapassar essa separação se dispõe variadas salas utilizadas como consultórios clínicos, atendimento terapêutico, depósito de materiais, espaço de convivência e discussão para as terapeutas. Entre uma atividade ou outra que conseguia me engajar, passei a prestar atenção nos fluxos que as professoras e estagiárias faziam entre os atendimentos pelo bloco. Assim, fui capturando tanto o formato do recinto como as movimentações das agentes no local.

Nesse setor os atendimentos terapêuticos organizados em três linhas de cuidado que direcionam os trabalhos feitos pelas agentes de saúde do Ambulatório: disfunção física, saúde mental e neuropediatria. Cada linha é supervisionada por uma docente de terapia ocupacional ou fisioterapia. As linhas da disfunção física e da saúde mental são supervisionadas e coordenadas pelas terapeutas ocupacionais e a da neuropediatria pelas fisioterapeutas.

As professoras coordenam as linhas e supervisionam os estágios das discentes de graduação e pós-graduação. Em cada linha, adentram por semestre de 8 a 16 estudantes dos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional. As estudantes de terapia ocupacional ficam seis meses em seus estágios e as estudantes de fisioterapia ficam um trimestre em cada estágio. Entretanto, as estudantes acumulam estágios em outros setores do ambulatório. Por exemplo, ao mesmo tempo que uma estudante de terapia ocupacional atende crianças na linha da disfunção física infantil, no período da tarde, em algum dia da semana, ela pode performar atendimentos na linha de saúde mental adulto. Ao longo do campo etnográfico, passei pela transição de três grupos de estagiárias na terapia ocupacional e 6 grupos de estagiárias na fisioterapia.

Apesar do público-alvo dos atendimentos serem amplamente crianças com deficiência física, as dimensões da saúde sensorial, mental e cognitiva dos

pacientes também fazem parte intrínseca das intervenções terapêuticas¹⁹. Através da observação etnográfica ficou perceptível que essas crianças com deficiência, ou disfunções físico-motoras, geralmente possuem algum tipo de quadro clínico-patológico. Ou seja, a deficiência é comumente coligada à dimensão das doenças ou de suas classificações diagnósticas. Pelo que acessei etnograficamente, são crianças e adolescentes com paralisia cerebral, autismo, mielomeningocele, distrofia muscular, ataxia, dentre outros quadros clínicos e espectros patológicos.

Essa ligação entre deficiência e doença é orientada, em grande medida, pela forma burocrática-administrativa que a deficiência é tratada. Esse tratamento burocrático da deficiência possui duas dimensões. A primeira dimensão é a organização interna do ambulatório para construir os parâmetros de elegibilidade aos tratamentos disponíveis no local. A outra dimensão é transversal a primeira, e tem a ver com a forma que os sistemas de informação brasileiros ainda atrelam às categorias da doença a justificativa de oferta de determinados tratamentos em saúde. Nessa dimensão, a justificativa que me refiro é financeira. Nas Fichas Administrativas Ambulatoriais (FAA's) [Figura 1], que retornam ao SUS para comprovar os atendimentos feitos para recepção de verbas, são as categorias diagnósticas baseadas no CID-10²⁰ que precisam ser demonstradas como justificativa aos tratamentos públicos.

¹⁹ Uma característica interessante do campo etnográfico é como os tratamentos voltados a crianças e adolescentes com deficiência intelectual ou sensorial também são feitos por terapeutas 'do físico', como as terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas. Basicamente é possível pensar algumas terapias físico-ocupacionais como podendo intervir em outras dimensões, como as sensoriais e cognitivas do indivíduo - corporalmente falando.

²⁰ Classificação Internacional de Doenças. É um instrumento epidemiológico de informações sobre doenças, sintomas e anormalidades anatômicas e fisiológicas. A CID-10 foi aprovada em 1994 e é parte das Famílias de Classificações de Doenças e Saúde da OMS. Desde fevereiro deste ano já está em vigor a CID-11.


		SIA/SUS SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL			
1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO CNES: _____ NOME DA UNIDADE: _____ ENDEREÇO: _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____		5. CBO (CÓDIGO BRASILEIRO DE OCUPAÇÕES) _____ _____ _____		4. MOTIVO DO ATENDIMENTO: 		7. TRATAMENTO/DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS 	8. ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL
2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: _____ CNS: _____ RAÇA/COR: _____ SEXO: _____ DATA DE NASC: ____/____/____ IDADE: _____ ENDEREÇO: _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____		6. CÓDIGO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS 					
3. ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL 		9. CARÁTER DO ATENDIMENTO _____		10. DIAGNÓSTICO 		12. DATA ____/____/____	
						11. CID: 	

FIGURA 1

Duas coisas interessantes: a) essa FAA necessita, para seu fluxo burocrático, de uma hipótese diagnóstica em termos de doença (CID); e b) esse CID necessita ser condizente ao código do procedimento terapêutico ofertado no local. Nesse sentido, há uma correlação entre CID e procedimentos de saúde. Assim, existem situações em que é o CID que define qual procedimento será destinado ao paciente; em outras situações são os procedimentos que definem o código da doença do paciente. Então, nem todo CID tem um procedimento disponível de tratamento; e nem todo paciente possui especificamente os CID's que os procedimentos preveem.

Um caso hipotético para ilustração: uma criança chega no Ambulatório com um diagnóstico que é registrado no seu prontuário. Entretanto, o código diagnóstico pode não estar na cobertura dos procedimentos disponíveis no local. Os procedimentos, por sua vez, possuem códigos que variam de acordo com quem faz o atendimento (se profissional formado ou em formação), e o tipo de expertise profissional (se fisioterapia, se terapia ocupacional etc.).

A problemática burocrática do Ambulatório nessa esfera é coordenar o CID do paciente em relação às distribuições de procedimentos de saúde indicados como disponíveis de serem financiados - em quantidade, inclusive - pela prefeitura. Em resumo, é um trabalho clínico-burocrático de coordenação e distribuição de atendimentos de acordo com as condições de saúde dos usuários do sistema e os procedimentos clínicos públicos disponíveis no local de atendimento.

Entretanto, o diagnóstico nosológico é apenas um dos parâmetros utilizados na produção de um protocolo terapêutico no setor. No cotidiano do Ambulatório, as crianças não são unicamente definidas pelos termos de seus quadros patológicos, mas também através de uma "gramática do desenvolvimento humano". Assim, variadas condições de saúde (diagnósticos) podem ser codificadas por outros parâmetros categóricos, como disfunção físico motora ou distúrbios neurológicos ou, ainda, desenvolvimento atípico. De certa maneira, essas categorias ainda cabem dentro da grande categoria "pessoa com deficiência".

Essas dimensões ficaram explícitas quando conversava com uma terapeuta ocupacional. Após uma manhã de atendimentos da terapeuta, a encontrei próxima da sala de convivência do bloco. A estudante me informava que naquela manhã havia atendido duas pré-adolescentes. Uma delas a

estagiária caracterizou como um caso de "paralisia cerebral e tetraplegia" e a outra como um caso de "disfunções motoras e atrasos cognitivos". A estudante disse que estava treinando AVD's com as meninas. AVD é a sigla para Atividades de Vida Diária e essa categoria é uma das principais dimensões de incidência dos tratamentos reabilitadores da terapia ocupacional. Pentear o cabelo, se vestir, tomar banho, escovar os dentes, limpar a casa ou pegar um ônibus podem ser consideradas AVD's; são tarefas e afazeres cotidianos e são observadas e esquadrihadas para delimitar o nível de "independência e autonomia das pessoas". As AVD's são registradas pelas terapeutas em fichas avaliadoras que aglutinam entradas sobre a rotina e as atividades cotidianas do paciente [figura 2].

3 - Rotina (compromissos fixos, terapias e tratamentos, horários, cuidadores principais)

	Domingo	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado
M							
T							
N							

11 - Atividades Cotidianas					
	POSTURA E LOCAL	UTENSÍLIOS	NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA*	QUEM AUXILIA	OBSERVAÇÕES
Alimentação (consistência do alimento, deglutição)					
Banho					
Higiene Íntima					
Higiene Oral					
Vestuário					
Cuidados com a aparência					
Tarefa escolar					
Uso do computador					
Atividades Domésticas					
Outras atividades					

Figura 2

Perguntei à estudante se, apesar das características mais diagnósticas que ela utilizara para se referir às suas pacientes, eu as podia chamar também de pessoas com deficiência. A estagiária me disse que sim, mas que ali no setor, uma categoria bastante usada também era a de "pessoa com desenvolvimento atípico". Após dizer isso, foi a sala de convivência das terapeutas e me trouxe uma ficha de avaliação. A ficha é um mapa do desenvolvimento neuro motor típico de crianças em função do tempo [figura 3]. O mapa é utilizado nos exames e observações clínicas para mensurar o nível de atipicidade de determinadas

crianças e adolescentes que apresentem algum tipo de "problema no seu desenvolvimento". Concluindo, a terapeuta explicou:

"geralmente quando a criança foge desse esquema típico, pode ser que ela não tenha exatamente uma doença ou um quadro patológico, mas ela apresenta algum nível de disfunção física e cognitiva, uma deficiência. É nosso papel diferenciar essas coisas".

Nesse ponto, a interlocutora trouxe o exemplo de Ricardo - um garoto autista em que acompanhei algumas de suas sessões de terapia com a agente de saúde. Com o exemplo, ela me ofereceu a imagem da forma como o garoto estava sendo observado nas linhas clínicas que compõem o setor reabilitador infanto-juvenil. Ele não estava ali para tratar o autismo, mas para fazer tratamentos fisioterapêuticos e terapêuticos ocupacionais a partir de queixas corporais específicas que a família e o próprio garoto demandavam de serviços de saúde.

A especificidade do caso de Ricardo era o problema que a terapeuta definiu como insegurança no sistema vestibular. A insegurança vestibular está relacionada ao equilíbrio do indivíduo e pode ser observada ao fazer determinadas atividades - como andar em linha reta, subir escadas ou correr determinadas distâncias²¹:

"Lembra do Ricardo? Então, ele chegou na disfunção física não por causa do autismo, mas pela queixa da mãe de que ele não conseguia subir escadas, não conseguia descê-las, não conseguia ficar em um pé só, ele tinha dificuldade de ficar em pé sozinho. E isso a gente avaliou que era por causa de uma insegurança do sistema vestibular. Foi isso que o trouxe até o atendimento. [...] Existe uma escala do que a criança tem que ter de base para conseguir desenvolver habilidades mais complexas. A gente trabalhou nisso para que ele conseguisse realizar atividades de autocuidado e alimentação sozinho. Era por isso que cuidamos bastante dessa dimensão vestibular".

Então, quando mencionamos práticas em reabilitação ou intervenções terapêuticas físico-ocupacionais, não nos referimos a um plano universal em que

²¹ De acordo com as interlocutoras, o sistema vestibular é responsável pelo desenvolvimento da propriocepção. Propriocepção, ou cinestesia, é a construção das condições para que o indivíduo sinta a si mesmo, que desenvolva a percepção e sensações de seu corpo em contato lúdico-conflituoso com um 'ambiente'. A propriocepção é a característica humana de perceber e orientar, voluntária ou involuntariamente, sua dimensão corporal, como posicionamento, postura, equilíbrio, movimentação, na interação com outros indivíduos e espaços.

essas práticas se dão. É preciso ter em mente que observei de forma situada essas práticas reabilitadoras. Fundamentalmente, as ações no bloco infanto-juvenil se dão em de simbiose multidisciplinar, principalmente entre as áreas da fisioterapia e terapia ocupacional. Ao longo do tempo fui perceber melhor essa simbiose, mas já era notável a tentativa das professoras em coligarem suas ações práticas e pedagógicas como forma de amplificar a potência e eficiência dos tratamentos ofertados.

Segundo uma das minhas interlocutoras, essa simbiose entre as práticas disciplinares terapêuticas é recente nos atendimentos infanto-juvenis no local. O ambulatório da fisioterapia, por exemplo, só produzia atendimentos na população adulta. O setor de atendimento fisioterapêutico voltado ao público pediátrico e juvenil era produzido no espaço do departamento docente do curso. Ao mesmo tempo, na época em que se graduou e pós-graduou, diferente da geração atual de estudantes, não teve contato multidisciplinar com outras áreas que também produziam atendimentos clínicos na área da reabilitação:

“Na época da minha formação os princípios multidisciplinares já estavam colocados teoricamente, mas nós não tínhamos a vivência. Por exemplo, nunca tive a oportunidade de conviver com aluno de um outro curso ao longo da minha graduação nos exercícios práticos”.

Outra interlocutora apontou que no setor infanto-juvenil há a possibilidade de uma experiência de intervenção terapêutica mais pública. Na sua visão, isso se dá por conta do trabalho formatado de maneira multidisciplinar nesse setor do ambulatório universitário:

“uma coisa que eu percebi ser diferente nos estágios da disfunção física era que a gente se juntava com a equipe da saúde mental infantil e com a fisioterapia em neuropediatria. A gente conversava muito. As coisas não se diferenciavam tanto. A gente tinha mais ou menos a mesma base e essa junção ajudava muito nas atividades clínicas”.

DESENVOLVIMENTO MENTAL	IDADE MÉDIA EM QUE A HABILIDADE COMEÇA										
	1m	2m	3m	4m	5m	6m	9m	1a	2a	3a	5a
COMUNICAÇÃO E LINGUAGEM (o que faz)	Chora quando molhado ou com fome	Sorri, "arrulha" satisfazendo (lata gufuros)	Sorri, "arrulha" quando satisfeita (lata gufuros)	Faz sons simples, ou birria com satisfação	Faz sons simples, ou birria com satisfação	Uma certa sons para coisas orientadas	Começa a usar palavras simples, palavras "5m, 6m, 7m, 8m, 9m, 10m, 11m, 12m"	Começa a usar palavras simples, palavras "5m, 6m, 7m, 8m, 9m, 10m, 11m, 12m"	o que é? Começa a usar palavras juntas	Uma sentenças simples perguntas	Fala e canta para a criança se necessário, em alternativa para a comunicação com objetos - Fotos, desenhos, simulações, gestos. (pg. 313)
COMPORTAMENTO SOCIAL (como se relaciona e o que aprendeu da mãe e pais)	Aninho-se no mãe	Sorri, quando sorriem para ela	Chama a mãe, e, e	Chora com estranhos	Chama a mãe, e, e	Começa a entender e responder ao "mãe"	Choro com estranhos	Chama a mãe, e, e	Bebe no copo sozinho	Do-se com adultos e crianças. (imitação, primeiro passo para a experimentação da socialização. (pg. 314)	Fazte uma observação comportamental para comportar-se socialmente. (pg. 314)
CUIDADOS DE SI MESMA (depende da auto-estima + ligação inicial com a mãe)	Mimma	Audi Conuso (chupa dedo)	Cboca ludo na boca	Já conhece o rolina	Mostriga comido sólido	conhece seu nome (identificação)	começa a comer sozinho	começa a comer sozinho	bebe no copo sozinho	Desce a criança participar de todas as coisas (pg. 315)	Desce a criança participar de todas as coisas (pg. 315)
ATENÇÃO E INTERESSE (depende do seu nível - se não está bem, trabalhar preparação)	Repara no contraste	Sorri quando sorriem para ela	Segur' com a alhar	Legiro interesse em brinquedos e sons	É importante que o bebê consiga fazer	em cada mão um objeto, bibe uma caneta a outro, ludo, logo, preencho vito, examina	interação, encase, meos para fins, experiência / função / causalidade	percebe a propriedade, ludo a diferente, junta o qual, separa objetos diferentes	constri coisas e ambientes	Provenciar brinquedos e várias ambientes interessantes (CAP 35)	Provenciar brinquedos e várias ambientes interessantes (CAP 35)
BRINCAR	segura as coisas postas na mão	segura as coisas postas na mão	brinca com o próprio corpo, Olha, pega, chupa, chupa, solta objetos pequenos	RC II - CVM objetos simples	começa a gostar dos primeiros brinquedos em companhia (stande-esconde)	imita e cop a os passos	brincadeiras de faz-de-conta	começa a brincar com outras crianças	brinca independentemente com crianças e brinquedos, aceita regras.	Um mediador (adulto) que brinca junto	Brinquedo monitorado, muita interação e estimulação com outras crianças
INTELIGÊNCIA E APRENDIZADO (o que ganhou de Deus e dos pais)	chora quando forminto ou pouco confortado	reconhece a mãe	reconhece a mãe	reconhece a mãe	procura o brinquedo que saiu de vista.	imita as ações simples reconhece fotos, desenhos	Anticipa planejamento	segue instruções simples, noções de espaço, tempo e propriedade.	segue múltiplas instruções (ordens complicadas)	Muitos brincadeiros, conversas e um ambiente adequado	Muitos brincadeiros, conversas e um ambiente adequado

Figura 3

Seguindo essa linha de raciocínio, a mesma interlocutora apontou como a estruturação do serviço ambulatorial universitário²² auxilia na modalidade de atendimentos reabilitadores, ou atendimentos na área da saúde, de uma maneira mais multidisciplinar e globalizada:

“experimentamos um contexto do serviço em atendimento em saúde que não é muito comum em outros lugares [...] e o setor infantil é um local de experimentação dessa intervenção clínica mais compartilhada. Isso realmente tem muito a ver com a forma do serviço, a que aquele ambiente de cuidado está se propondo, até porque o trabalho em equipe é muito difícil, ainda mais por envolver disputas de áreas profissionais. Então, quando a diretriz do serviço proporciona esse espaço compartilhado, as coisas acontecem. Por exemplo, precisamos elaborar projetos que prevejam esse compartilhamento multidisciplinar para que as terapeutas possam debater e se organizar dentro dessa forma compartilhada de atender e discutir os casos”.

d. Dos atendimentos reabilitadores:

No setor infanto-juvenil os atendimentos clínicos em fisioterapia e terapia ocupacional são individualizados de forma espacialmente compartimentada. Cada criança ou adolescente tem seu horário específico para as sessões de terapia que acontecem em uma das salas disponíveis no bloco oito. Dizendo de forma mais simples: no momento dos atendimentos clínicos, a disposição espacial das intervenções é a de um usuário por sala.

No setor existem mais de 17 salas entre consultórios e espaços destinados propriamente às sessões físico ocupacionais. Os consultórios são salas menores, com cadeiras, mesa e uma maca para algum tipo de procedimento. As salas terapêuticas são mais amplas e contam com uma pia com gabinete e água encanada, um tablado, um espelho grande e uma série de objetos que auxiliam e fazem parte das sessões terapêuticas. Esses objetos são colchonetes de variados tamanhos, faixas de E.V.A. de variadas dimensões que servem como carpetes, rolos de espuma em tamanho e diâmetros diversos, bancos de madeira em diversas alturas e brinquedos. Cada sala, portanto, possui esses equipamentos básicos para as intervenções terapêuticas. No bloco

²² Uma das formas de estruturação dos serviços de saúde pública é a modalidade com a qual os usuários são recebidos no ambulatório e direcionados a linhas de cuidado específicas às suas queixas e demandas. Essa recepção burocrática e direcionamento clínico dos usuários internamente ao serviço de saúde se dá o nome de matriciamento.

também há um depósito onde outros objetos, aparatos e brinquedos são guardados e mantidos.

As estagiárias são responsáveis pela organização e preparação das salas para cada sessão. Elas também são responsáveis pela gestão do tempo de cada atendimento. As sessões, sejam de fisioterapia ou de terapia ocupacional, são feitas em 50 minutos. Em cada sala de atendimento há um relógio para que as terapeutas consigam mensurar e otimizar o tempo de cada intervenção. Cada estagiária faz três atendimentos por manhã, totalizando 3h de trabalho clínico, e retiram uma hora do período para avançar o prontuário ou tirar alguma dúvida com as supervisoras.

Ao longo das visitas em campo observei e acompanhei atendimentos clínicos que estavam em diferentes fases. Alguns pacientes já eram tratados há um bom tempo na unidade, outras pacientes iniciavam os tratamentos terapêuticos naquele semestre, outros eram somente acompanhados na fisioterapia, outras somente na terapia ocupacional. Contudo, nessas configurações variadas, pude capturar algumas regularidades que me ajudaram a entender as práticas clínicas que passava a ter contato.

Por exemplo, toda vez que há trocas de estagiárias ou toda vez que um usuário chega para seu primeiro atendimento na USE, a sessão terapêutica é de "reconhecimento" ou, em termos técnicos, sessão de anamnese. A anamnese é tanto um procedimento avaliador, quanto investigativo. Esse procedimento também serve como uma espécie de acompanhamento e controle das evoluções clínicas do usuário e das intervenções terapêuticas que lhe são aplicadas. Vou ilustrar esse processo com o caso de Naiara.

Naiara tem 13 anos, possui um quadro clínico de distrofia muscular e frequenta a unidade há alguns anos. Naiara foi uma das primeiras crianças que acompanhei nos atendimentos fisioterapêuticos e tive a oportunidade de observar sua anamnese. A supervisora do estágio em fisioterapia me guiou para o atendimento. Chegamos em uma das salas de terapia e lá estavam a garota, sua mãe e a estagiária que seria responsável pelas intervenções naquele trimestre. Me posicionei em um ponto da sala enquanto as terapeutas e usuárias do serviço conversavam. A professora perguntou a mãe como estava o processo de aquisição da cadeira de rodas adaptada da garota. Eu já havia reparado que o equipamento estava precisando de, no mínimo, ajustes. A mãe de Naiara respondeu que a prefeitura já havia liberado o dinheiro para a compra do novo

aparato de locomoção. Percebi que era um caso de judicialização do acesso a OPM's (Órteses, Próteses e Meios auxiliares de locomoção)²³. A estagiária conversava paralelamente com a garota, perguntava sobre sua perna, como estava na escola e se estava tudo bem na sua casa. A professora então passou algumas instruções à estagiária e deixou a sala.

Retirando uma ficha de avaliação de uma pasta, a estudante conversou com a mãe da garota para coletar informações socioeconômicas e epidemiológicas sobre a paciente e a família [figura 4]. Em seguida, a estagiária fez um exame clínico do atual quadro físico motor e funcional de Naiara. Seguindo a ficha, que continha perguntas, tabelas e apontamentos, a estagiária fazia rápidos testes físicos específicos [figura 5]. Através de jogos lúdicos com uma bola de basquete, a estagiária testava a amplitude de movimento e a força muscular dos braços da garota. Sentadas uma de frente para outra, a estagiária levava a bola de um lado a outro, para testar o movimento de rotação do tronco de Naiara. Posteriormente, a estudante de fisioterapia testou a mobilidade de Naiara, pedindo para a garota sair de sua cadeira de rodas para se sentar em um banco de madeira com altura semelhante. Esse é o teste de transferência. A cada teste a terapeuta fazia anotações na ficha de avaliação.

Depois do atendimento, a estagiária me disse que essa avaliação inicial é fundamental para que as terapeutas entendam as motivações da família, da criança, bem como as capacidades e limitações, familiares, estruturais e corporais da paciente. Seguimos conversando e perguntei sobre as manipulações e termos usados no exame clínico. Termos como dificuldade estrutural, amplitude de movimento, funcionalidade. Nesse momento a terapeuta disse: *“não adianta darmos funcionalidade para o corpo se ele não tiver uma funcionalidade na sociedade”*.

Essa afirmação pode ser considerada típica no contexto desta pesquisa. Típica porque acessei proposições semelhantes, mas construídas de formas distintas. Nesse sentido, uma outra interlocutora, quando perguntei como considerava os sentidos das intervenções reabilitadoras em crianças e

²³ Para uma análise sobre o sistema distributivo de OPM's brasileiro, com foco no sistema de informação de saúde no estado de SP, ver CARO et al. A dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) no Departamento Regional de Saúde da 3ª Região do Estado de São Paulo. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 521-529, 2014.

adolescentes, argumentou que as intervenções terapêuticas nos corpos dos indivíduos são possibilidades de intervir em suas relações sociais. Nas palavras dela:

“Acredito que uma das coisas fundamentais das intervenções reabilitadoras, sejam elas na área mais infantil, na intervenção precoce, ou intervenções terapêuticas em adultos, é que intervir no corpo do indivíduo é também intervir nas relações sociais que ele possui e também intervir no mundo cognitivo. E isso pensando, inclusive, que vivemos em uma sociedade que já nos limita em um monte de coisas. Se a gente consegue, então, intervir no indivíduo para que ele - dentro de suas limitações, e dentro das limitações da sociedade - tenha cada vez mais oportunidades de ter experiências, mesmo nessas dimensões limitantes, temos mais chances de sucesso terapêutico futuro, no caso das crianças”.

i. Pacientes “Difíceis”:

Algo enfatizado por docentes e discentes que produzem atendimentos reabilitadores é que algumas crianças e adolescentes seriam "pacientes difíceis". Uma das professoras de fisioterapia me disse que as estagiárias muitas vezes "surtavam" ao entrar no momento prático do curso. A professora explicou que, de acordo com o plano pedagógico em voga, as estudantes de fisioterapia acessam os estágios práticos obrigatórios somente no último ano do curso. Isso gera uma ansiedade considerável nas discentes, uma vez que vão ter que lidar com uma série de circunstâncias e interações diretas com pacientes em situações, muitas vezes, delicadas.

Quando as estagiárias chegam no setor infantil, as ansiedades são maiores ainda. Segundo a professora, existe um pressuposto compartilhado entre as estudantes que as crianças seriam um tipo de paciente mais difícil de lidar:

"as crianças não escondem sua insatisfação, seu cansaço, sabe? Se não quer fazer um exercício, ela vai demonstrar insatisfação. Temos que buscar entender os motivos e buscar estratégias para que ela se sinta bem pra fazer o tratamento. Isso assusta um pouco as estudantes no começo".

Em uma outra conversa, dessa vez com uma terapeuta ocupacional, recebi a ponderação de que as crianças "difíceis" são aquelas que são mais resistentes a algum tipo de protocolo terapêutico. Para exemplificar ela contou o

caso de uma adolescente que atendia ali no setor. A mãe da jovem adolescente gostaria que a filha tivesse mais independência em algumas atividades diárias, como se vestir, pentear o cabelo e passar maquiagem. A terapeuta então montou um protocolo de intervenção se baseando nesses objetivos, mas ao longo das sessões percebeu a garota dispersa e mostrando vontade de fazer outras coisas. Segundo a estudante,

"nesses casos, precisamos encontrar um ponto em comum entre o que a família deseja do tratamento e o que o usuário tem como objetivo. Aí a gente senta com as professoras e vê a melhor estratégia para fazer isso dentro das nossas possibilidades".

Com essa terapeuta ocupacional acompanhei atendimentos em Paulo e pude observar um pouco dessas estratégias utilizadas pelas agentes na prática. Paulo é um garoto de 10 anos, possui paralisia cerebral e um grau considerável de ataxia²⁴. Na sala de atendimento a terapeuta arrumava uma mesa e verificava engrossadores e adaptadores que facilitavam o manuseio de materiais escolares, como lápis, caneta, borracha e tesoura. Os objetivos daquela sessão que estava sendo preparada para Paulo consistiriam em ajustar algumas condições para exercitar movimentos para que pudesse fazer atividades na escola, como escrever. Os exercícios consistiram em manipulação de força manual com massa de modelar e testes de escrita e desenho com lápis engrossados. Ao longo da sessão, o garoto quis ficar basicamente na manipulação da massinha. Esses exercícios faziam com que abrisse sua mão direita ao apertar com a palma a massinha contra a superfície da mesa que estava posicionado. Paulo fez recente aplicação de Botox no braço direito e esse momento precisa ser explorado ao máximo, pois o Botox tem uma validade no corpo da criança. A substância relaxa o músculo e permite maiores manipulações terapêuticas por um determinado período.

²⁴ A ataxia se refere ao equilíbrio ou coordenação motora prejudicados. Nesse sentido, indivíduos atáxicos possuem dificuldades de locomoção, movimentos espasmódicos e membros superiores e inferiores com musculaturas enrijecidas.

FICHA DE AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA EM NEURO pediatria

Estagiário:

Supervisor:

Data de avaliação: ____/____/____

Identificação do Paciente:

Nome:

Idade:

Data do Nascimento:

Sexo:

Peso:

Altura:

Nome da mãe:

Idade:

Profissão:

Nome do pai:

Idade:

Profissão:

Estado civil dos pais:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Telefone residencial e celular:

Email:

Tempo de tratamento no setor:

Meio de transporte:

Possui irmãos? Quantos?

Tem algum irmão com deficiência?

Classe Econômica – critério ABEP (2015)

OBS: Contabilizar apenas a escolaridade do chefe da família para a somatória dos pontos

Instrução	ABEP 2015	
	Pai	Mãe
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2	2
Médio completo / Superior incompleto	4	4
Superior completo	7	7

Figura 4

Dados Fisioterapêuticos:

Órtese? Qual (is)? _____

Desde quando? _____ Quantas horas/dia? _____

Equipamentos auxiliares de locomoção? Qual (is)? _____

Desde quando? _____ Quantas horas/dia? _____

Parapodium ou outro dispositivo de ortostatismo? _____

Desde quando? _____ Quantas horas/dia? _____

Faz outros tratamentos? Onde? _____

Diagnóstico Fisioterapêutico: _____

Classificação funcional: _____

Dados atuais:

Nível de independência: (independente, parcialmente dependente, dependência completa)

Alimentação: _____

Banho: _____

Vestuário: _____

Apresenta: () aspiração () sialorréia () sonda: que tipo? _____

Refeições/horários/textura dos alimentos: _____

Sono: Horários? _____ Qualidade: () bom () regular () ruim

Com quem brinca?

Brinquedos preferidos?

Condições higiênicas: *nao. UMBRUDO***Dados cognitivos:**

Vai à escola? _____ Local? Período? _____

Em que série está? _____ Precisa de adaptação na escola? Qual? _____

Cognição (atenção, percepção, capacidade de responder a ordens, etc.)

Comportamento (adapta-se a diferentes situações, com a mãe, dependência):

Comunicação:

Rotina: Preencha as atividades realizadas pela criança

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Manhã							
Tarde							
Noite							

Avaliação do Sistema Neuromotor								
Região do corpo	Músculos/movimento	Raiz nervosa	Força Muscular		Tônus - Ashworth		Goniometria	
			D	E	D	E	D	E
Pescoço	flexores	C1-4						
	extensores							
	rotadores							
ombro	flexores	C5-6						
	extensores							
	abdutores							
	adutores	C5-8						
cotovelo	flexores	C5-6						
	extensores	C7-8						
antebraço	supinadores	C5-7						
	Pronadores	C6-7						
punho	flexores	C6-T1						
	extensores	C6-7						
mão	flexores	C8-T1						
	extensores	C6-8						
	movimentos dos dedos	C8-T1						
obliquos	extensores	C2-4						
	abdominais	T6-L1						
quadril	flexores	L2-L4						
	extensores	L4-S1						
	abdutores							
	adutores	L2-L4						
	rotadores internos	L4-S2						
	rotadores externos							
joelho	flexores	L4-S1						
	extensores	L2-L4						
tornozelo	dorsiflexores	L4-S2						
	flexores plantares							
	inversores							
	eversores							
pé		L5-S2						

*Força Muscular: 1) leve contração, incapaz de produzir movimento; 2) movimento na ausência de gravidade; 3) movimento contra a gravidade; 4) movimento contra a gravidade e leve resistência externa; 5) movimento contra a gravidade e máxima resistência externa (Kendall ET al., 1995);

** Escala de Ashworth modificada: 0) Tônus muscular normal; 1) Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado tensão momentânea ou por mínima resistência no final da amplitude de movimento, quando a região afetada é movida em flexão ou extensão; 1+) Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da amplitude de movimento restante; 2) Aumento mais acentuado no tônus muscular durante a maioria da amplitude de movimento, mas as partes afetadas são facilmente movidas; 3) Aumento considerável do tônus muscular, movimento passivo difícil; 4) Partes afetadas rígidas, na flexão ou na extensão.

Reflexos Primitivos que interferem na função: _____

Figura 5

Paulo não se comunica por fala, então a terapeuta se mantém constantemente dialogando com e questionando o paciente sobre os exercícios, se ele quer continuar fazendo aquelas sequências e medindo suas respostas e

movimentos corporais. Há uma constante negociação entre as crianças e seus atendentes. Ao longo da sessão a estagiária me relatou que com algumas crianças consegue exigir uma maior disciplina nas terapias, mas com outras precisava ter um certo cuidado de não as cansar demais ou de não tornar os exercícios uma 'chatice'. A terapeuta comentou que muitas crianças reclamam de 'brincar de escola' nos exercícios terapêuticos. Nas sessões de reabilitação, principalmente nas sessões de terapia ocupacional, o objetivo é treinar determinadas funcionalidades corporais que vão ser úteis nas esferas das atividades cotidianas, como frequentar a escola.

ii. *Entre a Reabilitação e a Habilitação:*

Algo que percebi foi uma distinção entre processos de reabilitação e processos de habilitação. A reabilitação seria vista como uma forma de retornar o indivíduo à sociedade ou de "consertar-lhes" o corpo, o que acaba se coligando mais comumente a um tipo de paciente que não tinha nenhum problema e passa a experimentar algumas limitações físicas e ocupacionais. Já a dimensão da habilitação se coliga a pacientes que não exatamente possuem um histórico de normalidade físico ocupacional, ou seja, que não experimentaram previamente um corpo sem deficiência ou totalmente capaz. Dessa forma, faz mais sentido pensar as intervenções e protocolos terapêuticos como habilitações ou capacitações, uma vez que os indivíduos podem ter condições crônicas de saúde ou condições incapacitantes desde o nascimento ou desde muito pequenos. Esse é o caso do setor infanto-juvenil do Ambulatório Universitário. Praticamente todas as crianças e adolescentes que travei contatos diretos ou indiretos possuíam alguma condição de saúde desde muito pequenas.

Quando perguntei a uma interlocutora sobre como considerava a noção de reabilitação, ela apontou o sentido de o indivíduo voltar a fazer algo que já fazia anteriormente. Mencionando as clínicas da disfunção infanto juvenil e neuro pediátrica, entretanto, essa noção de reabilitação é menos presente que a noção de habilitação:

“Se uma criança já nasceu com alguma alteração no desenvolvimento motor eu não vou reabilitá-la. Eu vou ajudá-la no processo de se habilitar, de permitir que ela faça determinadas coisas com aquela condição corporal específica. Acho que na clínica neurológica adulta encaixa um pouco melhor a questão da reabilitação: a pessoa conseguia fazer tal função e aí sofreu acidente

cardiovascular e essa função não consegue mais ser feita e ela tem objetivo de continuá-la realizando. Na neuropediatria nós não estamos exatamente reabilitando as crianças porque não estamos dando a elas funções que elas já possuíam e que por algum motivo se perderam. Ela não está voltando a fazer algo que já fazia, nós não estamos devolvendo uma habilidade. Ela vai fazer coisas novas que ela não fazia”.

Nessa dimensão da aprendizagem corporal, do “fazer coisas novas que não fazia”, é exemplar um dos atendimentos terapêuticos que acompanhei do garoto Felipe. Felipe tem sete anos de idade, possui o diagnóstico de mielomeningocele e desde muito pequeno é usuário de cadeira de rodas. Em uma das sessões de terapia ocupacional de Felipe, o objetivo era que começasse a treinar 'transferências'. Transferência é o termo usado para indicar quando um cadeirante sai da cadeira de rodas para um outro móvel ou acomodação, como outra cadeira, cama, vaso sanitário etc. Transferência, então, indica a movimentação corporal necessária para ir de um aparato a outro.

A supervisora de estágios estava preocupada com os treinamentos de transferência do garoto. Perguntando a estagiária como estava o atendimento, a professora assumiu as diretrizes da sessão. A professora me disse que as transferências eram uma demanda dos pais e da criança. Observando Felipe se movimentar no chão em direção à sua cadeira de rodas, comentou que um dos cuidados que levaram a necessidade de treinar as transferências é que ele recentemente fez uma cirurgia no quadril e movimentos bruscos podem prejudicar sua recuperação. Isso gerou uma preocupação nos pais relativa a como Felipe tem realizado esses movimentos corporais. A saída foi 'ensiná-lo' a fazer transferências de forma segura.

Após ser sentado novamente na cadeira pelas terapeutas, Felipe as seguiu até o tablado existente na sala. Se iniciou então um processo de análise das terapeutas das formas que poderia se transferir da cadeira de rodas para a cama. Felipe, apesar de muito novo e pequenino, encarava muito bem os trabalhos das terapeutas que manipulavam sua cadeira, a emparelhando ao móvel e o estimulavam ao exercício. O móvel, ao lado da cadeira de rodas, mostrava um desnivelamento com relação ao assento do aparelho de locomoção. Isso dificultaria um pouco as evoluções no exercício. A estudante observava e se atentava para o modo como a professora estimulava o garoto e

o manipulava na cadeira para iniciar o treinamento de transferência. A terapeuta mais experiente dizia: *Felipe, agora você vai tentar passar da cadeira para cama, ok? Não precisa ter medo porque a tia está aqui. Pode se apoiar em mim, tá bom?*

Com Felipe mais confiante, a terapeuta ocupacional, que se sentava a frente do garoto bem na ponta do tablado, manipulava o corpo do menino ao mesmo tempo que lhe explicava os tipos de movimento que precisavam ser feitos para concluir a transferência:

“Primeiro você trava as rodas da cadeira para ela não se mexer com você; isso, agora você fica o máximo na ponta da cadeira que você conseguir. Agora você coloca a perna esquerda na cama, consegue? Muito bem! Não precisa ter medo! Agora você traz a outra perna pra perto da primeira. Hora de mexer o quadril, Felipe! Apoia sua mão esquerda na cama e tenta deslizar o bumbum em direção a cama. Isso! Levanta o quadril em direção à cama e vai virando o corpinho! Força nos braços! Perfeito!”

Após essa série de tarefas encadeadas, com o esforço físico do menino e auxílio das terapeutas, o exercício estava parcialmente completo. Felipe, que agora se deitava em descanso, teria que voltar para a cadeira. Depois de alguns segundos de pausa, já estava pronto para treinar o caminho inverso:

“Vamos voltar pra cadeira? Vai ser um pouco mais difícil, porque sua cadeira está mais alta que a cama, mas a tia vai te ajudar. Olha, você se senta primeiro e fica na ponta da cama o mais próximo da cadeira possível. Isso, agora coloca sua perna direita por cima da sua cadeira e com o braço você traz a cadeira pra perto de você, tá bom? Muito bem! Isso! Levanta o quadril! Enquanto você puxa a cadeira você não pode esquecer o quadril! Isso, força no quadril que a tia te ajuda! Isso, meu bem! Muito bom!”

O exercício foi repetido mais três vezes até Felipe se cansar e se desobrigar a fazer mais repetições. Enquanto o garoto descansava, as terapeutas conversavam, pensavam estratégias, dialogavam sobre os limites dos aparelhos, a cama e a cadeira, que acabaram tornando os exercícios mais difíceis. Para resolver a questão, a supervisora de estágios propôs treinar as transferências no Ambiente AVD (Atividades de Vida Diária). Com relação a cadeira de rodas, a família de Felipe já estava providenciando uma nova, com novas adequações posturais. Em resumo, segundo as terapeutas, a sessão

tinha sido muito boa; logo Felipe estaria “*se transferindo sozinho, com mais independência e autonomia*”.

Autonomia e funcionalidade são termos que se confundem em muitos momentos. As transferências eram uma demanda dos pais também para lhe garantir maiores independências, como, por exemplo, a independência do garoto da mãe para se levantar da cama ou tomar banho. Essas são “funcionalidades” e tem a ver com as “atividades de vida diária”. Um conceito que engloba as tarefas cotidianas consideradas típicas para indivíduos, como escovar os dentes com os próprios braços e mãos - o que engloba a possibilidade de chegar autonomamente no banheiro e se utilizar do mobiliário.

Foi onde percebi que também se denomina funcionalidade a interação entre o indivíduo e o espaço em que se insere. Mesmo Felipe tendo uma patologia e essa patologia podendo ser, clinicamente, considerada a 'causa' de sua deficiência (aqui compreendida como 'disfunção') - isto é, o fato de não andar por possuir um quadro de 'deformações musculoesqueléticas' na coluna vertebral e quadris que limitam os movimentos de suas pernas - o garoto possui uma série de 'funcionalidades': ele toca sua cadeira com elevada autonomia, tem demonstrado que fora da cadeira e com uma cirurgia no quadril, se movimenta bem no chão e não tem comprometimentos cognitivos.

Então, Felipe pode até ser uma criança com disfunções, mas tem funcionalidades. Ou seja, um corpo disfuncional não o impede de concretizar e realizar determinadas tarefas de forma objetiva e relativamente independente. Entretanto, é necessário saber se essas tarefas são tarefas com determinados fins. Se arrastando, Felipe consegue escovar os dentes ou é necessário que ele esteja em uma cadeira de rodas com possibilidade de chegar ao banheiro e a pia de sua casa e escovar os dentes com suas próprias mãos? Se esse nível ideal de funcionalidade não for correspondido, o que pode ser feito para que Felipe seja o mais autônomo possível? Felipe não consegue chegar ao banheiro para utilizar a pia na escovação de dentes, mas ele consegue fazer isso em outro local? Se consegue em outro local, como faz? Possui ajuda de terceiros para realizar a atividade? Em que medida? Se Felipe não movimentasse ou não pudesse razoavelmente movimentar os braços, que tipos de medida tomar para que ele tenha funcionalidades, como escovar os dentes, mesmo sem uma função corporal (o movimento dos braços)?

Essas questões sobre a realização de atividades são preocupações constantes das interlocutoras que conversei e servem como projeções futuras nos tratamentos das crianças. As possibilidades de aquisição de funcionalidade são construídas e desenvolvidas nas práticas terapêuticas e incentivadas a serem reproduzidas em casa.

iii. Algumas "gramáticas" do local:

Todas essas observações e informações me fizeram considerar que as práticas terapêuticas físico-ocupacionais, por mais que sejam feitas sobre o corpo dos indivíduos, precisam se transformar em atividades sociais diárias parados e as pacientes. Acredito que isso esteja relacionado à dimensão que tem se dado em torno da ideia de funcionalidade. A ideia de funcionalidade é um conjunto de elementos observados e que fazem parte de um composto categórico. Dentro dessa categoria cabe a dimensão das disfunções corporais, que poderiam ser entendidas sob outro termo técnico, "deficiência"; E cabe também as dimensões das "disfunções sociais", algo que vem caracterizado nas classificações internacionais de funcionalidade como "limitações na atividade e restrições na participação". Grosso modo, portanto, a ideia de funcionalidade é um composto categórico que é relativo a elementos esquadrinhados das disfuncionalidades do corpo e das "disfuncionalidades ocupacionais" desse corpo em um determinado ambiente.

Assim, para as terapeutas, é necessário compreender a incidência dos tratamentos reabilitadores destinada ao corpo dos indivíduos mediante objetivos pessoais e sociais dos e das pacientes. A manipulação corporal estrita, visando estabelecer ou reestabelecer a funcionalidade física motora sensorial aos indivíduos, não é um fim em si mesma. A manipulação corporalmente reabilitadora também visa uma certa capacitação social desses corpos organicamente disfuncionais.

Com o passar do tempo, consegui capturar um pouco mais como a ideia de função e funcionalidade eram operacionalizadas na dimensão clínica. Após um de seus atendimentos, acompanhei uma das estagiárias até a sala de convivência das terapeutas. A estagiária iria preencher os prontuários das crianças que atendera naquela manhã. Chegando na sala reparei em como estava preenchida uma das Folhas da ficha de avaliação da anamnese de um dos prontuários que carregava. A folha em questão era dedicada ao

preenchimento das capacidades e limitações funcionais do indivíduo sob análise clínica [figura 6].

Como Aline me deu oportunidades para o diálogo e questionamentos entre um atendimento e outro, comecei a especular a estagiária, em específico, sobre como se dá praticamente o preenchimento daquela parte do prontuário. De prontidão a estagiária comentou que uma das primeiras coisas observadas e objetivadas na criança são suas possibilidades corporais e de atividades, isto é, o que ela “consegue fazer” ou, em outros termos, o que ela é “capaz de fazer funcionalmente”. Somente depois, no formulário, é que se vai reportar os “limites funcionais” desse indivíduo em desenvolvimento, ou seja, o que ele “não consegue fazer funcionalmente”.

O uso das locuções "o que faz" e "o que não faz", em relação com os termos "função", "funcionalidade" e "capacidade" me interessaram especificamente. Eu praticamente externalizava dúvidas sobre as considerações da estagiária, esperando encorajar Aline a desenvolver alguma discussão comigo. Em uma das minhas perguntas, ela retomou uma ideia que já aparecera em uma de nossas conversas anteriores: *'sim, não adianta eu promover a função corporal sem que isso se transforme numa atividade motivada sob um determinado fim, que tenha algum sentido na sociedade'*.

Eu questionava a que se referia quando as terapeutas utilizavam o termo função, ou funcionamento, ou ainda funcionalidade. De acordo com a estudante, a função humana existe tanto no sentido do funcionamento fisiológico - como o funcionamento dos órgãos e dos sistemas corporais - quanto no sentido do funcionamento de um indivíduo em um determinado ambiente.

Reparando nessa ambiguidade, comecei a questioná-la sobre a dimensão dupla do termo função. Pegando uma caneta que estava sobre a mesa perguntei à estagiária: isso é uma função? Pegar a caneta? Ela confirmou que sim. Depois perguntei: e pegar a caneta e escrever com ela? Isso também é uma função? A estagiária disse que é praticamente dessa forma que se pensam as 'funcionalidades' humanas. Se valendo de meu próprio exemplo, reparou que, enquanto eu emulava uma escrita na folha de papel à mesa, eu não utilizava meu braço esquerdo para apoiar o papel. Ela disse então:

"a funcionalidade é, sim, você conseguir pegar uma caneta, um papel e conseguir escrever. Nesse sentido a escrita manual se torna uma atividade, uma sucessão de funções que culminam na resolução de uma tarefa ou

atividade com um determinado objetivo. Mas você talvez não consiga escrever independentemente porque te faltam outras funções, como conseguir segurar a folha enquanto se utiliza a caneta. Então a ideia é promover essas funções de acordo com o que o usuário deseja para que ele seja o mais autônomo e independente possível em seu objetivo".

Os termos autonomia e independência emergem com constância nesses tipos de conversa e são diretamente proporcionais à potência funcional do indivíduo. Com essa percepção, questionei: Por exemplo, eu não consigo tomar um copo de água se ela não estiver em uma razoável quantidade em um copo - de plástico, com canudo, em cima de uma plataforma - que eu consiga chegar perto com minha cadeira de rodas e pegar o copo com o líquido. Eu preciso de alguém, fundamentalmente, que produza essas condições para mim. Não seria uma espécie de autonomia ter esse tipo de ajuda para que eu consiga fazer uma atividade como 'tomar um copo de água'? A estagiária, acompanhando meu raciocínio, disse que o fato de eu conseguir, de alguma maneira, levar um copo d'água à boca é uma função, mas que as tentativas de produzir funcionalidades é para que os indivíduos sejam cada vez mais, na medida do possível, menos dependentes de terceiros ou auxílios técnicos.

Nesse momento, pegou um prontuário que estava sobre a mesa e utilizou o caso contido no documento como exemplo. Abrindo o prontuário na parte do formulário de preenchimento e medição das funções individuais, ela argumentou:

'aqui nesse caso, por exemplo, a paciente e a família demandam que ela consiga se manter sentada. Então os exercícios são baseados em protocolos que focalizem a aquisição dessa função: a manutenção de sua postura sentada em que ela consiga sustentar autonomamente seu tronco, para brincar, assistir televisão etc.'

Capacidades funcionais (O que faz?)	Como faz?	Limitações funcionais	Sistemas que interferem (Por quê?)
Prono			
Supino			
Sentado			
Em pé			
Marcha			

Figura 6

No universo dessa investigação, é importante notar como o termo “disability” é operacionalizado no setor infanto-juvenil. Esse termo é traduzido como “limitação funcional”. Enquanto eu e a estudante de fisioterapia conversávamos, a supervisora dos estágios na área entrou na sala. A estagiária se voltou à professora para que ela me explicasse melhor como a noção de “limite funcional” é observada e preenchida nas fichas avaliadoras. A terapeuta então me disse que essa era uma das principais dúvidas das estudantes na hora de fazer as anotações nas fichas do paciente:

"olha, Marco, eu costumo dizer que definir a limitação funcional é uma arte. As estudantes têm muitas dúvidas sobre como distinguir uma capacidade funcional de uma limitação funcional. Essas distinções são cada vez melhores conforme ganhamos mais experiência clínica".

A professora continuou dizendo que atualmente na “clínica terapêutica” se objetiva primeiro um certo histórico das 'capacidades' para depois se pensar nas limitações funcionais. A professora mencionou que historicamente, as formas de se mensurar a 'limitação funcional' eram baseadas nas dimensões unicamente fisiológicas e ortopédicas dos indivíduos. A fisioterapeuta comentou de certo fundamento dos estudos dos reflexos musculoesqueléticos como um antigo definidor das limitações funcionais de um indivíduo.

Esses fundamentos viriam das teorias médicas neuronutricional e neuroplástica do desenvolvimento humano. As primeiras, pelo menos, já não são tão mais usadas após as construções de funcionalidade disseminadas pela OMS. As novas perspectivas trazidas pela ideia de funcionalidade apontavam para um distanciamento da noção de que primeiro se medem os limites do indivíduo, mediante seus *impairments*, e depois se buscava soluções. Ao contrário, as perspectivas de mensuração das funcionalidades humanas permitem, primeiro, o reconhecimento das capacidades corporais específicas de um indivíduo para, em seguida à delimitação das disfunções corporais, mensurar as 'limitações funcionais' do indivíduo.

Nesse ponto perguntei à professora se a ideia de limitação funcional tinha alguma homologia com o termo *disability*, pelo menos em sua forma atual. A pesquisadora confirmou dizendo que sim, triangulando os termos limitação funcional e *disability* com a tradução oficial deste, que é incapacidade:

"Sim, podemos pensar que limitação funcional é um termo que usamos aqui na unidade para nos referirmos à

ideia de disability. Também poderíamos dizer incapacidades funcionais, ou somente incapacidade. É muito importante esse debate que você suscita sobre os termos, até porque estamos precisando rever algumas terminologias das nossas fichas de avaliação".

De certa maneira, as colocações da professora nos levam a um metatexto da dimensão da funcionalidade. Esse foco nas capacidades ou limitações funcionais de um indivíduo tem relação com uma dupla mudança histórica e disciplinar da ordenação e da classificação corporal de determinados indivíduos. Passamos de uma perspectiva da doença para a de saúde e da visão estritamente anatomofisiológica, da medicina, para uma visão mais 'holística', das 'novas terapêuticas', que focalizam a estrutura e funcionamento do indivíduo em um "ambiente". Segundo a docente e pesquisadora:

"não existe uma funcionalidade ideal ou universal para os indivíduos, a não ser como um parâmetro. A funcionalidade é mediada por aquilo que o usuário pode fazer com aquilo que ele deseja fazer; as disfunções corporais aparecem em um segundo plano na medição das limitações funcionais".

Para a professora, para as crianças e adolescentes que frequentam a linha neuro pediátrica da unidade, não faz sentido focalizar primeiro naquilo que não fazem ou buscar somente tratar especificamente suas disfunções:

"Aqui na unidade nossos pacientes possuem condições crônicas de saúde que não vão ser curadas exatamente. Elas precisam de um outro tipo de abordagem, até porque muitas delas nunca fizeram determinados movimentos, muitas vezes devido à falta de estímulos adequados o mais rápido possível. É nisso que a perspectiva do desenvolvimento típico nos ajuda, a saber como estimular os sistemas estruturais e fisiológicos do indivíduo para que eles aprendam a fazer determinadas coisas e atividades com seus corpos".

4. DIMENSIONAMENTOS SOBRE REABILITAÇÃO

Os artigos e pesquisas nacionais sobre as questões dos sistemas classificatórios de funcionalidade e incapacidade, têm sua produção concentrada nas próprias disciplinas da reabilitação, como medicina reabilitadora, a fisioterapia e a terapia ocupacional (SAMPAIO, et al, 2005; SAMPAIO, 2009; COSTA, 2006; DE MARTINI, 2011; ACIEM; MAZZOTTA, 2013; BRITO; OLIVEIRA; CARMO, 2015). Essas peças buscam interpretar como as classificações afetam suas próprias práticas, outras buscam problematizar as consequências político-sociais dessas categorizações, como é o caso das teses de TAKAHASHI, 2006 e de NICOLAU, 2011. Já na área das ciências sociais e humanas nacionais, os trabalhos na interface entre processos reabilitadores e sistemas de funcionalidade se destacam o trabalho de NALLIN, 1992; ALMEIDA, 2000; DINIZ, 2007; DINIZ et al, 2007 e KIM, 2013.

De acordo com Marta Carvalho de Almeida (2000), processos reabilitadores são intervenções médico-sociais que manipulam tecnicamente os corpos de indivíduos 'deficientes\incapacitados' (*disabled*), almejando lhes recuperar as funções corporais orgânicas (consideradas naturais). Essa recuperação funcional do corpo tem objetivo de recolocar o indivíduo deficiente\incapacitado em sociedade, garantindo-lhe autonomia e independência individual para as dinâmicas sociais (NALLIN, 1992; STIKER, 1999; ALMEIDA, 2000; MCRUER, 2006; KIM, 2013).

A partir da literatura dos *disability studies* há uma interconexão entre representações culturais da deficiência e práticas reabilitadoras (STIKER, 1999; MCRUER, 2006; ELMAN, 2014). De acordo com essa literatura, da reabilitação emana inúmeros sentidos socioculturais sobre a própria deficiência. Há uma certa homologia entre as instituições e técnicas terapêuticas que reabilitam as pessoas e as práticas culturais em que determinadas pessoas que se reabilitam estão engendradas. Em suma, há uma certa correlação entre práticas reabilitadoras e um imaginário cultural sobre as pessoas com deficiência que se materializa em peças midiáticas e serviços (ou políticas públicas/sociais) destinados a essas pessoas.

O antropólogo francês Henri-Jacques Stiker (1999) argumenta que a reabilitação, enquanto prática médico-social, ganha sentido e se desenvolve como o saber da 'reintegração' no mundo europeu após a primeira grande guerra. Stiker diz que a necessidade de recolocar os 'mutilados' de guerra na

dinâmica social, através do tratamento no corpo, passou a produzir incessantemente duas coisas: o conhecimento prático necessário à intervenção reabilitadora e os significados culturais que passaram a organizar, em grupos marcados corporalmente, aqueles que deveriam se recuperar para se reintegrar em sociedade.

Assim, os “mutilados de guerra” catalisaram toda a necessidade de quantificar, medir e tratar aqueles e aquelas com 'problemas' físicos e motores. Essa catalisação só foi possível na medida que o foco da reabilitação não é o tratamento de um corpo problemático em si mesmo, mas indivíduos que estão em condições degradantes, deterioradas, devido a incapacidades corporais. Segundo Stiker (1999, p. 123):

Os "mutilados" não eram somente amputados. [o termo] mutilação aplicava-se em toda alteração de integridade, de integralidade. Ela [a mutilação] somava-se à degradação, mas uma por remoção - ou deterioração - que tinha o efeito de supressão. Um mutilado é uma pessoa que perdeu algo preciso, um órgão ou função. Assim, a primeira imagem apresentada por esta mudança de terminologia é a de dano. O que a guerra tomou, nós temos que recolocar²⁵.

Portanto, o período entre guerras trouxe à tona a ideia do mutilado como a figura que significou e identificou (no sentido de características que definem os semelhantes em um grupo) as pessoas que necessitam ser reabilitadas. Contudo, após a Segunda Guerra Mundial, foram basilares as necessidades de reabilitar os 'mutilados' no mundo do trabalho e, com isso, de criar uma nova distinção corporal 'engenhosa' e 'projetada' [*designed*] para esses indivíduos. Segundo David Serlin (2006, pp. 55–56):

Ao final da [primeira] guerra, braços ou pernas amputadas provocavam associações entre disfunção anatômica e uma falta de confiança, robustez, fortaleza ou comprometimento. Mas a partir dos anos 1950, a altamente funcional, integrada esteticamente, e produzida-em-massa

²⁵ The “mutilated” were not only amputees. Mutilation applied to all alteration of integrity, of integralness. It amounted to a degradation, but one by removal—or deterioration—which has the effect of suppression. The maimed person is someone missing something precise, an organ or function. Thus, the first image presented by this change in terminology is that of damage. The war has taken away, we must replace.

mão de Dreyfuss²⁶ ofereceu um novo tipo de prestígio social, bem como um novo modelo de trabalho masculino²⁷.

Os serviços públicos ou coletivos de reabilitação, então, passaram a ter importância ao longo do século XX, com o tratamento de lesionados dos pós-guerras e da epidemia de poliomielite nos Estados Unidos dos anos 1950 (STIKER, 1999; MARTIN, 1994).

a. Dimensões Históricas e Biopsicossociais

Historicamente a reabilitação é uma área híbrida do conhecimento que se corporifica de maneiras ambíguas ao longo do século XX. Herdeira de práticas médicas advindas da fisiologia e da ortopedia, a reabilitação se afirmou clinicamente a partir da autonomização da área da fisioterapia após os anos 1940 (ALMEIDA, 2000). A fisioterapia, também conhecida como Medicina da Reabilitação, é considerada como ponto originário de técnicas, conceitos, categorias e modelos de "terapia física". O termo físico, da fisioterapia e das terapias físicas, tem muito mais o sentido holista e integrador do termo *physis*, do que o sentido de uma especificidade ontologicamente apartada dos aspectos sensoriais e cognitivos do indivíduo. E isso eu vi no meu trabalho etnográfico, onde as dimensões psíquicas do indivíduo muitas vezes são tratadas e cuidadas através de técnicas que se direcionam aos movimentos físicos e sensoriais; ao mesmo tempo que questões físicas e sensoriais são matéria de intervenção em protocolos psicossociais.

Contudo, quando esmiuçamos um pouco mais essas dimensões históricas da Reabilitação, temos que considerar que ela não emerge especificamente de uma disciplina médica. Em outros termos, consideramos que, ao passo que as disciplinas da fisioterapia e da terapia ocupacional se formalizaram ao longo do século XX, a mesma coisa ocorre com a fisioterapia e, conseqüentemente, a própria Reabilitação se constitui como uma singularidade

²⁶ A mão de Dreyfuss foi uma invenção do designer norte americano Henry Dreyfuss. Ficou conhecida como 'liberty limb', algo como membro da liberdade, e se destacou por sua reprodução funcional dos movimentos da mão - e não pela mimese estética dos cinco dedos. A mão de Dreyfuss consistia em uma prótese com dois ganchos manipuláveis em sua extremidade. Para maiores considerações, ver: DREYFUSS, 2003 e HERSCHBACH, 1997.

²⁷ At the end of the war, an amputated arm or leg may have provoked associations between anatomical dysfunction and a lack of reliability, sturdiness, fortitude, or commitment. But by the 1950s, the utterly functionalist, aesthetically integrated, and mass-produced Dreyfuss hand offered a new kind of social prestige as well as a new model of masculine labor.

provisoriamente estabilizada diante da multiplicidade que a compõe (GRITZER; ARLUKE, 1985).

Dessa forma, a Reabilitação tem buscado remodelar suas próprias bases holísticas e globais originais de compreensão do indivíduo sob tratamento. Isso tem a ver com um movimento de autonomia das áreas como a fisioterapia e terapia ocupacional, perante a fisioterapia, e com a expansão, desde os anos 1950, dos modelos biopsicossociais de compreensão da saúde e doença humana (BORRELL-CARRIÓ; SUCHMAN; EPSTEIN, 2004; GUILLEMIN; BARNARD, 2015)

Segundo GUILLEMIN; BARNARD (2015, p. 236), o modelo biopsicossocial emergiu das práticas e investigações médicas. Foi um modelo elaborado após os anos 50, nos EUA, com o objetivo de trazer dimensões e psíquicas e sociais para o até então modelo biomédico. Em suma, o modelo deslocou o foco da patofisiologia e dos parâmetros biológicos da doença (*disease*) para as noções psicossociais de saúde e doença (*illness*);

De acordo com a literatura (BORRELL-CARRIÓ; SUCHMAN; EPSTEIN, 2004; GUILLEMIN; BARNARD, 2015; BOLTON; GILLET, 2019), existem dois principais proponentes desse modelo biopsicossocial: Roy Grinker, em 1954, e George Engel, em 1977. Grinker buscava um modelo holístico para compreender os traumas causados na guerra através da psiquiatria (GUILLEMIN; BARNARD, 2015, p. 239). Engel, responsável por ter sistematizado amplamente o modelo biopsicossocial na prática clínica, se pautou pela teoria dos sistemas naturais organizados hierarquicamente para pensar os níveis mutuamente constitutivos entre o biológico e o psicossocial dos indivíduos (GUILLEMIN; BARNARD, 2015, p. 237). No nível do Bio, estaria a patologia e a doença (*disease*); no nível superior hierarquizado, o nível psicossocial, estaria a percepção da doença (*illness*) e o cuidado com o paciente. O ponto desse modelo nas áreas médicas e da saúde é a centralidade do paciente ou da pessoa e sua família com relação aos pontos da hierarquia. Da pessoa para baixo existe a base menos complexa do sistema; da pessoa para cima a complexidade é cada vez maior.

Tal propostas dos modelos biopsicossociais emergiram nos EUA e parte da Europa em um momento histórico em que pulularam movimentos de saúde: o movimento de mulheres pela saúde, os movimentos de consumo da e por saúde pública (BORRELL-CARRIÓ; SUCHMAN; EPSTEIN, 2004; GUILLEMIN; BARNARD, 2015). Também influenciaram esses desenvolvimentos modelares

as prevalências epidemiológicas das 'doenças crônicas' ou 'condições crônicas de saúde', isto é, instâncias em que não necessariamente uma 'cura' é possível (AYRES, 2002). Em grande medida, o modelo biopsicossocial trouxe ao centro de sua instância teórico-clínica o que se chama de 'cuidado centrado no paciente'. O modelo tem sido amplamente utilizado por diversas áreas médico-terapêuticas como uma alternativa ao estrito modelo biomédico.

A partir das análises do historiador Gildas Bregain (2018) acessamos o que define como "políticas internacionais da deficiência". Nesse sentido, organismos como a OIT, ONU e OMS, influenciaram amplamente a construção de uma série de direcionamentos sócio-políticos voltados à proteção das "pessoas com deficiência". Especificamente, o trabalho de Bregain é importante por mostrar que através dessas organizações internacionais a Reabilitação, enquanto uma multiplicidade de práticas e saberes, se expandiu sistematicamente. Segundo Bregain (2018, pp. 19-20):

Em 1952, as Nações Unidas adotam um programa internacional coordenado para a reabilitação de deficientes físicos, que é estendido aos deficientes mentais. Este programa internacional favorece a organização de políticas de reabilitação (*rehabilitation*) "modernas" em muitos países do mundo. O setor de reabilitação (traduzido como "adaptação e readaptação" em francês e espanhol) tenta agrupar o que antes estava incluído em setores relativamente distintos (reeducação funcional e profissional de deficientes, proteção social de cegos, proteção social de surdos, educação especial). Assim, este termo em inglês designa então o conjunto de práticas que visam permitir às pessoas com deficiência física ou mental "recuperar ao máximo as suas capacidades físicas e mentais e reintegrar-se no papel social, profissional e económico que podem desempenhar"²⁸.

Dessa forma, a reabilitação é um objeto em movimento, em constante mudança e que, devido a isso, garante uma certa identidade dentro da

²⁸ En 1952, les Nations unies adoptent un programme international coordonné de réadaptation des handicapés physiques, qui s'élargit ensuite aux personnes déficientes mentales. Ce programme international favorise l'organisation de politiques de réadaptation (*rehabilitation*) « modernes » dans de nombreux pays du monde. Le secteur de la réadaptation (traduit par « adaptation et réadaptation » en français) prétend regrouper ce qui relevait auparavant de secteurs relativement distincts (rééducation fonctionnelle et professionnelle des invalides, protection sociale des aveugles, protection sociale des sourds, éducation spécialisée, etc.). En effet, ce terme anglais désigne alors l'ensemble des pratiques visant à permettre aux personnes handicapées physiques et mentales "de recouvrer au maximum leurs capacités physiques et mentales et pour les rétablir dans le rôle social, professionnel et économique qu'elles peuvent jouer".

multiplicidade. Um dado histórico sugestivo é o sentido que o termo reabilitação possuía ao longo da primeira metade do século XX: o de reconstrução, recuperação, readaptação. Para Bregain (2018, p. 20), desde os anos 1950 há uma coordenação internacional para a criação de uma "reabilitação moderna". Uma forma de sistematizar a reabilitação que foi um ponto de intervenção global em muitos países à época considerados "atrasados".

Contudo, Bregain define esse projeto de modernização da Reabilitação como uma das possíveis modulações do que é moderno, uma modernidade "norte atlântica". Existem múltiplas formas de definir a modernidade, não sendo possível inferir que os países até então considerados atrasados não possuíam sentidos do que é "moderno" (BREGAIN, 2018, p. 20-21):

O projeto de modernização da reabilitação caracteriza-se sobretudo por uma legalidade liberal no domínio laboral, com a recusa de medidas de quotas aplicadas a empresas privadas, a crença numa produtividade potencialmente igualitária dos deficientes, a valorização da colocação seletiva no ambiente competitivo para trabalhadores deficientes produtivos, a constituição de oficinas protegidas para deficientes considerados improdutivos e desempregados, e a tendência de equalizar as condições de vida dos deficientes com os válidos. Caracteriza-se também pelo princípio da coordenação das políticas setoriais, pela tendência à igualdade de direitos entre todas as categorias de pessoas com deficiência, pela promoção da mobilidade e do esporte competitivo e pela divisão de responsabilidades entre os organismos públicos e as associações privadas²⁹.

Assim, a partir da literatura histórica, se observa que até mesmo o termo reabilitação, ganha suas formas e semânticas contemporâneas a partir da segunda metade do século XX. Formas e semânticas da Reabilitação que se entrelaçam com as dimensões específicas da capacidade e da funcionalidade. Ou seja, reabilitar, hoje, não é mais somente ofertar habilidades individuais

²⁹ Le projet de modernisation de la réadaptation (rehabilitation) se caractérise avant tout par une légalité libérale dans le domaine de l'emploi, avec le refus des mesures de quota appliquées aux entreprises privées, la conviction que les invalides peuvent être aussi productifs que les autres travailleurs, la valorisation du placement sélectif en milieu compétitif pour les travailleurs handicapés productifs, la constitution d'ateliers protégés pour les personnes jugées peu productives et celles au chômage, et une tendance à l'égalisation des conditions de vie des personnes invalides avec les valides. Il se caractérise aussi par le principe de coordination des politiques sectorielles, par une tendance à l'égalisation des droits entre toutes les catégories d'invalides, par la promotion de la mobilité et du sport de compétition, et par le partage des responsabilités entre les organismes publics et les associations privées.

(físicas, cognitivas e ocupacionais), mas também "habilidades sociais", as "capacidades". Ambas as formas de "habilidade" se coadunam na mais contemporânea noção de funcionalidade.

A Reabilitação como uma das etapas do tratamento médico e clínico (RUSK, 1949), após a primeira Guerra Mundial, se tornou uma prática e um campo em si mesmo (LINKER, 2011). Também nesse movimento, a Reabilitação se tornou correlata a um tipo específico de pessoa, as pessoas em desvantagem, aquelas que hoje chamamos de pessoa com deficiência. Nesse espectro, a Reabilitação deteve o sentido da "reconstrução corporal" e da "reintegração ambiental" do indivíduo (GRITZER, ARLUKE, 1985; LINKER, 2011). De certa maneira, até um período imediatamente posterior aos anos 1950, a Reabilitação tinha um ordenamento marcadamente biomédico e pautada na recuperação de disfunções corporais "agudas".

Após os anos 1950 a Reabilitação se desdobrou de suas regulações biomédicas nas instâncias clínicas, ao mesmo tempo que emergiram as preocupações com as condições populacionais de envelhecimento e doenças crônicas ou comorbidades crônicas de saúde (FARIA, 2010). Dessa forma, a Reabilitação se multiplicou, pois deixou de ser sinônimo de "reabilitação física" e de uma forma de "retorno à normalidade". Ou seja, as arenas médico terapêuticas paulatinamente passaram a se preocupar com as condições que perduram no tempo e tem efeitos múltiplos nos espaços em que se encontram os indivíduos e as populações. As condições crônicas de saúde, ou as condições incapacitantes (*disabling conditions*), se tornam um novo "paradigma" das tecnociências da Reabilitação (WOOD, 1989; NAGI, 1999). Assim, as arenas reabilitadoras redimensionam suas práticas e discursos, tendendo a se "desmedicalizarem" (ZORZANELLI; CRUZ, 2018) buscando acessar espaços de tratamento para além da intervenção direta no corpo dos indivíduos, mas sem se dissociarem completamente de protocolos e avaliações clínicas e laboratoriais.

Em resumo, a reabilitação deixa de ser unicamente uma questão biomédica de reconstrução ou correção corporal e de integração social, e se torna uma múltipla rede de disciplinas clínico terapêuticas com maior disposição a produção de capacidades (habilidades físicas, cognitivas e sociais) dentro de lógicas inclusivas - onde há um balanço entre a adaptação do indivíduo ao ambiente e do ambiente ao indivíduo (BREGAIN, 2015, p. 117).

b. Os Centros de Reabilitação:

Marta Carvalho de Almeida (2000) discute a amplitude que ganharam saberes e práticas reabilitadoras ao longo do século XX. Desde uma discussão sobre modelos assistenciais nas áreas da Reabilitação físico-motora, a pesquisadora discute a emergência de críticas ao modelo terapêutico centrado em especialidades médicas (ortopedia e fisioterapia).

Almeida (2000) mostra que, a partir da segunda metade do século XX, o modelo assistencial médico centrado e considerado científico da Reabilitação foi reconfigurado desde dentro das próprias práticas e saberes da área. Em ampla medida, a Reabilitação se consolidou em uma área médica autônoma entre os anos 1940 e 1950, tendo como base um modelo assistencial produzido na dinâmica hospitalar e ambulatorial, o "centro de reabilitação"³⁰. A autora discute como se amplificaram os serviços de reabilitação para além da medicina científica - mas sem deixar de serem médicos e tendo uma afinidade com as mutações no campo da saúde pública características da segunda metade do século XX. Nesse sentido, tivemos a emergência de modelos biopsicossociais de atendimento à saúde pública, através de uma perspectiva mais ampliada da saúde e da própria intervenção médica - e não só com relação aos indivíduos, mas também à saúde das populações.

A partir dos anos 1960 e 1970, por outro lado, o modelo assistencial médico científico e ambulatorial passou a ter o contraponto de uma prática terapêutica baseada em dimensões comunitárias. Assim, no final dos anos 1970, ganhou força o modelo assistencial da Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC)³¹ (ALMEIDA, 2000). No período entre os anos 1970 e 1980 a RBC se expandiu como uma alternativa de tratamento à "questão da deficiência" (ALMEIDA, 2000). Esta modalidade de reabilitação possui afinidades com uma série de mutações, ao longo da segunda metade do século XX, do que hoje se

³⁰ GROCE, 2002 também oferece um panorama dessa fase hospitalar da reabilitação, focalizando a realidade estadunidense no início do século XX

³¹ É daqui que emerge, no ramo da saúde pública e coletiva, a noção de "reabilitação social", o que de certa maneira cristalizou uma oposição ao modelo médico como somente responsável pela "reabilitação física" do indivíduo. Entretanto, toda organização prática e de saber da Reabilitação ao longo do século XX, mesmo em suas modalidades médico-assistenciais, são "sociais" e já modulam a discussão da deficiência como uma "questão social", uma "problemática" entre o indivíduo (organismo) e a sociedade (ambiente). Ao mesmo tempo, a RBC, como mostra Almeida (2000), é um desenvolvimento da chamada "medicina comunitária".

define como campo da "saúde global" (BIEHL, 2011; CUETO; BROWN; FEE, 2019).

A remodelação da oposição entre saúde-doença se deu a partir do advento sistemático do "modelo biopsicossocial" em medicina e sua ligação com as referidas transições demográficas e epidemiológicas. Tais transições estão bastante presentes nos novos discursos socioepidemiológicos posteriores a segunda guerra mundial, principalmente por coligarem a dimensão da disfunção e da Incapacidade aos fenômenos das doenças crônicas não transmissíveis e ao envelhecimento humano. Nesse sentido, se torna mais palpável pensarmos os motivos pelos quais as práticas e saberes reabilitadores médicos passaram a ser questionados como "individualmente incapacitantes".

Um dos motivos esteve na própria amplitude da noção de saúde humana a partir de uma perspectiva biopsicossocial, holística e integral, em que o paciente não é considerado isolado dos seus círculos de relações e ambientes privados e coletivos imediatos. Segundo Clarke e colaboradores (2003, p. 172), "A saúde não pode ser considerada meramente um estado básico ou padrão. Em vez disso, a saúde se torna algo para se trabalhar, um projeto contínuo composto de desempenhos públicos e privados e uma realização em si"³².

Contudo, a problemática das mutações dos modelos assistenciais de reabilitação, de perspectivas médicas para comunitárias, não está entre a "patologização" e a "desmedicalização" da deficiência; também não está na dicotomia entre modelos reabilitadores pautados em dimensões patológicas e outros em perspectivas biopsicossociais. Defendo que a questão das reconfigurações dos saberes e práticas reabilitadoras, principalmente as que emergiram oficialmente no intervalo dos anos 1980 e 2000, está no próprio movimento expansivo com relação à saúde do indivíduo sob tratamento - o que já está na base do próprio desenvolvimento da Reabilitação na primeira metade do século XX, inclusive desde as suas dimensões médico científicas.

A questão não está entre a patologização e a desmedicalização, pois a reabilitação foi uma área que emergiu de forma difusa (STIKER, 1999; LINKER, 2011; BREGAIN, 2018) e é posteriormente aglutinada como uma instância predominantemente médica - a partir da oficialização da especialidade da

³² Health cannot be assumed to be merely a base or default state. Instead, health becomes something to work toward, an ongoing project composed of public and private performances, and an accomplishment in and of itself.

fisiatria nos anos 1940 (FARIA, 2010). Em amplo sentido, a fisiatria, e as suas práticas antecedentes baseadas na medicina física (área médica característica da primeira metade do século XX), já emergiram com a proposta de tratar o indivíduo e o organismo humano de forma holística (SOARES, 1991; ALMEIDA, 2000).

A questão também não está entre as dicotomias entre modelos médicos opostos aos biopsicossociais, pois o que emergiu ao longo dos anos 1950 e 1960 foi uma concepção do que seriam perspectivas e intervenções biopsicossociais nos tratamentos médicos e clínicos. Um dos diferenciais dessas perspectivas biopsicossociais foi a correlação com a mutação nos debates da saúde pública saúde global (BIEHL, 2011; CUETO; BROWN; FEE, 2019). É nesse sentido que, desde as proposições da OMS, vemos um enquadramento de determinadas questões saírem de uma perspectiva das "consequências da doença" para as "condições de saúde".

A mutação da saúde como "ausência de doença" para a saúde como um como um conceito complexo (guarda-chuva) (OMS, 2001), tem uma alavancagem institucional entre os anos 1970 e 1980. Dessa forma, se ampliou a noção de doença para além de sua concepção como patologia (*diseases*), "infecciosas" e/ou "agudas", dos indivíduos, para as noções de doença (*illness*) não transmissíveis e/ou crônicas". A relação entre os conceitos de saúde e doença também se ampliaram. A saúde deixou de estar subordinada às concepções patológicas e às práticas estritamente médicas e passou a englobar as noções de doença. Assim, se possibilitou a concepção da saúde como algo a ser construído, transformado e acessado, mesmo nas situações de infecções e afecções individuais.

Também foi assim que as noções de deficiência se tornaram centrais para as concepções ampliadas e biopsicossociais da saúde humana em seus aspectos "globais". A CIF talvez seja um dos ápices do modelo de saúde global humana pautados no modelo biopsicossocial e no esquema em que a deficiência (*impairment-disability*) não é considerada "consequência da doença", mas "condição de saúde" e "incapacitante" (*disabling condition*).

5. A ORGANIZAÇÃO DO DOCUMENTO DA CIF

A CIF é um modelo e uma taxonomia para descrição da Funcionalidade. De acordo com a CIF, a funcionalidade é um termo guarda-chuva para estruturas e funções corporais e atividades e participação. A base do modelo da CIF é biopsicossocial, uma síntese que integra dois modelos distintos: o modelo médico e o modelo social. De forma simples, no modelo médico, a *disability* é um atributo do indivíduo e efeito direto de uma condição de saúde; no modelo social, a *disability* não é um atributo pessoal e é efeito dos arranjos sociais em que as pessoas se encontram.

A *disability*, desde uma perspectiva biopsicossocial, é um fenómeno complexo que é duplamente um problema em níveis corporais e sociais. O modelo biopsicossocial da *disability* a colocou como um conceito que emerge da interação entre a saúde e a funcionalidade em articulação com a interação entre fatores ambientais e pessoais. A imagem que segue [FIGURA 7], e que também está na CIF (2003), é ilustrativa do circuito biopsicossocial de enquadramento da *disability*.

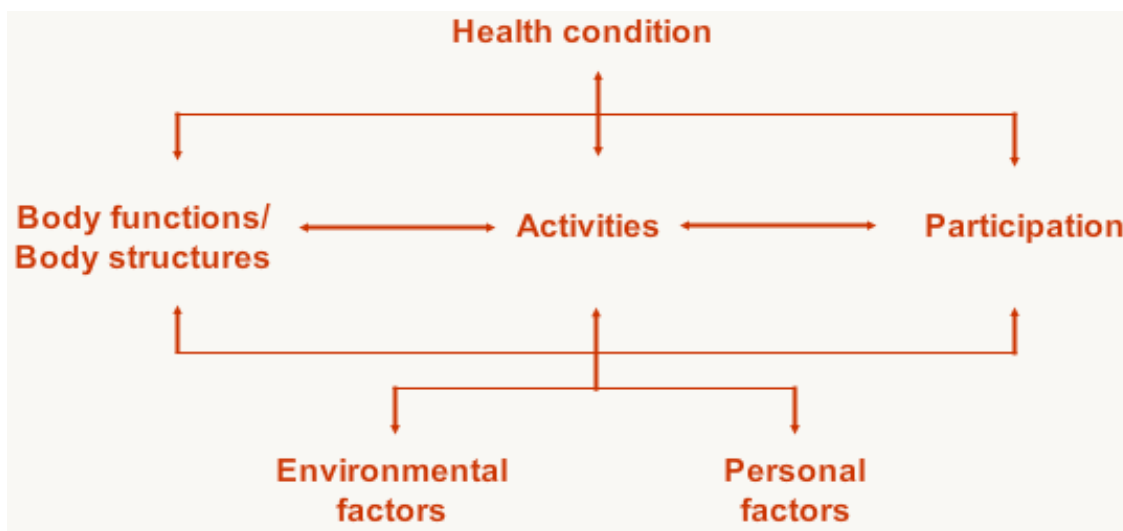


Figura 7

A CIF se organiza em três dimensões: corpo, atividades-participação e fatores contextuais. O construto corpo se divide entre os domínios das funções e estruturas corporais e, na codificação da classificação, se desdobra nas especificidades dos sistemas orgânicos. O construto atividades-participação é relativo à funcionalidade individual e social. Já os fatores contextuais se subdividem nos domínios dos fatores pessoais e ambientais, e interferem nos construtos anteriores.

No construto atividades-participação seus domínios são qualificados pelas noções de desempenho e capacidade. Assim, se qualifica o desempenho em um domínio das atividades diárias ou da participação social a partir da descrição do que "um indivíduo faz no seu ambiente real" (DI NUBILA, 2007, p. 41). Já o qualificador de capacidade é o que o indivíduo faz em um ambiente uniforme ou virtual, isto é, de alguma maneira projetado em uma perspectiva ideal (DI NUBILA, 2007, p. 41). A CIF Possui propósitos múltiplos, mas seu

objetivo específico é prover uma base científica para compreensão e o estudo de condições de saúde e estados relacionados à saúde e os seus determinantes, além de estabelecer uma linguagem comum para descrever os estados de saúde que permitirão a comparação de dados entre países, disciplinas de cuidados de saúde, entre serviços e ao longo do tempo (DI NUBILA, 2007, p. 42).

Nesse sentido, a CIF não se embasa como uma definição etiológica, por exemplo, das causas de um indivíduo não enxergar. A CIF busca observar como esse indivíduo reconhece visualmente os objetos em relação a distâncias variadas e qualifica suas possíveis dificuldades em uma escala, baseada nas ideias de desempenho e capacidade (DI NUBILA, 2007, p. 43). Os problemas nos domínios do corpo e das atividades/participação são entendidos como limitações ou restrições. Segundo Di Nubila (2007, pp. 43-44):

Limitações ou restrições são avaliadas contra um padrão geralmente aceito para a população. O padrão em relação ao qual a capacidade o desempenho de um indivíduo acompanhado é aquele de um indivíduo sem uma condição similar de saúde (doença, distúrbio ou lesão). Limitação ou restrição registram a discordância entre o desempenho observado e o esperado.

Os fatores contextuais constituem o histórico e o estilo de vida do indivíduo. Se subdivide em fatores ambientais e pessoais que podem ter impacto na saúde individual. Ambiente, nesse caso, é o físico, o social e o atitudinal; dimensões externas que afetam positiva ou negativamente a participação, a atividade ou o corpo do indivíduo. Os fatores pessoais são aqueles que estão além da condição de saúde, mas que compõem suas características de vida. Esses fatores não são classificados na CIF (DI NUBILA, 2007, p. 44). É dessa forma que a CIF possibilita descrições do estado de saúde. Estado de saúde

inclui a questão da doença e as habilidades funcionais³³ influenciadas por ela (DI NUBILA, 2007, p. 45). A proposta da CIF é padronizar a avaliação de tais habilidades para sua observação e mensuração individual e populacional.

a. As definições contidas na CIF

É necessário um destaque para as definições das noções de função e estrutura corporal, deficiência (*impairment*), funcionalidade e incapacidade (*disability*) contidas no documento. Função e estrutura corporal são relativas à fisiologia e anatomia do organismo humano³⁴. A deficiência são problemas nessa anatomofisiologia corporal. Problemas anatômicos podem ser interpretados como deformidades ou más-formações congênitas; problemas fisiológicos podem corresponder às dimensões de distúrbios ou disfunções no nível dos órgãos e/ou subsistemas corporais³⁵. A funcionalidade, por sua vez, é um termo genérico e “guarda-chuva” (OMS, 2003) para as funções do corpo e desempenho de atividades e participação social que não são considerados problemáticos. A incapacidade também é um termo “guarda-chuva” (OMS, 2003) que engloba a deficiência, limitações de atividade e restrições a participação - levando em conta os qualificadores capacidade e desempenho (OMS, 2003; DI NUBILA, 2007, pp. 47-48).

Segundo a médica Heloísa Di Nubila (2007, p. 49), a CIF não delimita definições de quem é ou não “deficiente”, mas “universaliza” o entendimento de “deficiência ou incapacidade” para toda a população. Ou seja, para a CIF “a população inteira é ‘de risco’ na correlação entre doenças e deficiência/incapacidade (*disability*) (DI NUBILA, 2007, p. 49). É dessa forma que emerge a imagem do *continuum* ou do espectro do estado de saúde. Assim, a CIF acaba sendo uma “matriz de tradução”, um módulo dinâmico, multidirecional

³³ Como habilidades funcionais Di Nubila (2007, p. 45) aponta as “funções corporais, mobilidade, autocuidados, cognição, relações interpessoais”. Desde meu campo de pesquisa, as habilidades funcionais também são chamadas de capacidades funcionais.

³⁴ É nesse sentido que a visão da CIF sobre o corpo humano é sistêmica, isto é, compreende o organismo humano como um complexo sistema interligado por órgãos e subsistemas (sistema nervoso, músculo esquelético, vestibular, motor etc.).

³⁵ Segundo Heloísa Di Nubila (2007, p. 48): “as deficiências representam um desvio de certos padrões geralmente aceitos para a população no estado biomédico do corpo e de suas funções. As deficiências podem ser temporárias ou permanentes; progressivas, regressivas ou estáticas; intermitentes ou contínuas. O desvio da norma pode ser leve ou grave e pode flutuar ao longo do tempo”. Nesse sentido, as deficiências podem ser desvios, perdas, anomalias ou defeitos.

e interativo que ordena, inclusive, variados instrumentos que avaliam os estados de saúde (DI NUBILA, 2007, p. 50).

Di Nubila (2007, p. 57) aponta duas perspectivas para o conceito de deficiência. Uma seria considerada "popular" e correlata a deformação física visível; a outra seria correspondente ao comportamento e desempenho individual em atividades na comparação com "uma pessoa sã ou capaz". Nesse último caso, a deficiência é "um distúrbio na função mais que uma perda ou anormalidade estrutural". De certa maneira, portanto, há uma distinção entre a deficiência como perda funcional total e a deficiência como a anormalidade estrutural.

Outra definição emergente nos anos 1970 é a de incapacidade funcional, isto é, uma "limitação de desempenho em uma ou mais atividades que são geralmente aceitas como componentes básicos essenciais da vida diária" (DI NUBILA, 2007, p. 57). A deficiência, em contraponto, é tida como "distúrbio anatômico, patológico ou psicológico" que afeta as atividades motoras, as sensoriais, as atividades dos órgãos e as atividades psicológicas (DI NUBILA, p. 58). Nas palavras de Dia Nubila (2007, p. 58), "enquanto toda pessoa incapacitada tem uma deficiência, nem toda pessoa com deficiência é necessariamente incapacitada".

b. Um breve histórico da emergência da CIF:

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) se formulou no âmbito global. A CIF faz parte da família de Classificações De Doença e Saúde que vieram sendo propostas pela OMS desde os anos 1970 (PADILHA, 2017; MARTINS; MENEZES, 2017).

A CID-10 marca uma mudança na forma como essa classificação das doenças é titulada. De Classificação Internacional de Doenças, CID, para Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (p. 29). A CID-10 também foi revisada em seus componentes de alcance epidemiológico, para torná-la mais propensa a abrangência dos efeitos dos próprios problemas de saúde em suas definições. O CID, Código Internacional de Doenças, já era um desdobramento de múltiplas revisões da Classificação de Bertillon ou Lista Internacional de Causas de Morte, de 1893 (DI NUBILA, 2007, p. 29). Até a quinta edição o CID era, como o próprio nome dava a sugerir, um inventário das causas de morte (DI NUBILA, 2007, p. 31). A partir de sua sexta

versão, de 1946, é que ela se torna um compêndio etiológico e classificatório para uso em morbidades. De 1983 a 1992 a revisão da CID-9 foi elaborada e em 1993 a CID-10 entrou em vigor³⁶.

Foi no processo de revisão para a formulação da CID-10 nos anos 1980 que a ideia de uma família de classificações emergiu para a OMS (LAURENTI et al, 2013). A proposta era que outras formas classificatórias pudessem aparecer e para além das informações de diagnóstico (DI NUBILA, 2007, p. 31). A partir de então, as famílias de classificações foram fomentadas e servem "para os mais diversos usos em administração de serviços de saúde e epidemiologia" (DI NUBILA, 2007, p. 32).

A CIF é o resultado de 20 anos de revisão de uma classificação internacional anterior, a ICDH. A Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidade e Desvantagem (CIDID) foi promulgada em 1980 pela OMS como a primeira tentativa de mensurar, para além das nosologias e nosografias, as consequências das doenças e condições de saúde dos indivíduos. A CIDID teve duas revisões posteriores ao longo dos anos 1990 e, em 2001, foi denominada de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Di Nubila destaca a participação de organizações de pessoas com deficiência, como a *Rehabilitation International*, ao longo das revisões sucessivas da CIDID (DI NUBILA, 2007, p. 33).

A CIDID emergiu como projeto no início de 1972, para uma busca mais abrangente das consequências funcionais e sociais da deficiência (*impairment*). Entre 1972 e 1974 rascunhos de uma nova classificação passaram a circular entre os grupos ligados a CID, sendo solicitada ajudas de profissionais da reabilitação (DI NUBILA, 2007, p. 33). Em 1975 uma proposta foi submetida para apreciação da OMS e, em 1976, foi aprovado o primeiro piloto de teste para o que seria definido como CIDID no ano de 1980, o Manual de Consequências da Doença (DI NUBILA, 2007, p. 34).

Entre 1987 e 1992 foram oficializadas inúmeras discussões sobre as avaliações feitas nos moldes da CIDID e as problemáticas delas advindas. Entre 1993 e 1997 a CIDID foi revista a partir de uma versão alfa e uma beta-1, dando origem a CIDID-2, indicando que era uma classificação distinta em vias de revisão (DI NUBILA, 2007, p. 35). Especificamente, a versão beta-1 do teste para

³⁶ a CID-11 recentemente foi aprovada, 2018, e entrará em vigor em 2022.

a CIDID-2 teve como título Classificação das Deficiências, Atividades e Participação (DI NUBILA, 2007, p. 36).

Após estudos de campo e discussões técnico acadêmicas com a versão beta-1 da CIDID-2, em 1999 uma outra versão foi redigida, a beta-2, e denominada de Classificação do Funcionamento e da Incapacidade (p. 36). Em 1999 essa versão beta-2 da CIDID-2 foi para novos testes de campo, que envolvem aplicações da classificação em parceria com os Estados membros da OMS. Segundo Di Nubila, esses estudos de campo são fundamentais ao "processo contínuo de desenvolvimento, consulta, feedback, atualização e teste" (DI NUBILA, 2007, p. 36). Em 2000 os estudos de campo foram apreciados pela OMS e, em 2001, a CIDID-2, em seus betas, se transformou propriamente na CIF (DI NUBILA, 2007, p. 37).

A pesquisadora entrelaça esse cronograma de desenvolvimento da CID-10 e da CIF com alguns eventos sócio-políticos que tem como foco as pessoas com deficiência. Por exemplo, em 1975 assembleia geral da ONU aprovou a resolução que originou a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes (DI NUBILA, 2007, p. 34). Em 1976, também na ONU, se aprovou a resolução que projetava o ano de 1981 como o Ano Internacional das Pessoas Deficientes³⁷ (p. DI NUBILA, 2007, 34). Em 1992, também na Assembleia Geral da ONU, se institui a data de 3 de dezembro como o Dia Internacional das Pessoas com Deficiência (DI NUBILA, 2007, p. 35). Em 1993 a ONU pública o documento "normas uniformes para a equiparação de oportunidades para as pessoas com deficiência". Para a autora, os anos 1990 são um período de revisão da CIDID e expansão do próprio movimento de pessoas com deficiência a partir dessas indicações institucionais.

Organizações políticas de pessoas com deficiência participaram da revisão da CIDID ao longo dos anos 1990. Uma importante participante foi a DPI, *Disabled People International*. Essa organização se baseava em um modelo social da deficiência e foi refratária às definições de deficiência e incapacidade ofertadas pelos organismos internacionais como a OMS (DI NUBILA, 2007, pp. 54-56). Ou seja, é o problema entre as múltiplas definições de deficiência/incapacidade e as suas efetivas mensurações.

³⁷ o tema do ano de 1981 foi Participação Plena e Igualdade.

Esse problema afeta, em grande medida, as próprias formulações de políticas públicas e sociais com base na deficiência/incapacidade. Desde essa perspectiva, o ponto de destaque de uma autora como Di Nubila (2007, p. 56) é que:

[...] as estimativas de custos com cuidados de saúde não têm sido exploradas. [...] diferentes definições de deficiência ou incapacidade têm sido usadas para caracterizar a população em idade produtiva com deficiências, resultando em padrões de utilização e gastos que normalmente são ininteligíveis.

Nesse sentido, continua a autora (DI NUBILA, 2007, p. 56):

[...] o modelo da CIF deverá servir como base para futuras definições de referência para o fenômeno da incapacitação [*disablement*] e deve prover o padrão para medidas para melhor informar a política pública, alocação de recursos, gerenciamento de cuidados de saúde e muitos outros aspectos da necessária resposta social à incapacitação.

De forma resumida, podemos ver como a CIF tem origens nas discussões e revisões feitas pelas equipes responsáveis pela CID-9 e CID-10. Da CID emergiu a possibilidade de uma classificação das consequências da doença, que originou a CIDID. Das revisões da CIDID, no período da CIDID-2, se chegou à ideia de uma classificação dos componentes da saúde, que é propriamente o que a CIF se coloca como organizador. Com isso, segundo Di Nubila, "a CIF introduz um novo modo de compreender a situação de saúde de indivíduos ou populações, mais dinâmico e mais complexo, compatível com a complexidade que envolve compreender a experiência completa de saúde" (DI NUBILA, 2007, p. 38).

Segundo Alexandre Padilha (2017, p. 16), A novidade da CIF foi evitar "[...] o reducionismo dos modelos biomédicos e social, ao promover uma perspectiva integrativa, multidimensional e universal da funcionalidade e incapacidade, onde o indivíduo interage com o ambiente físico, social e atitudinal". De maneira geral, essa perspectiva integrativa, multidimensional e universal da interação entre o indivíduo e seus ambientes é considerada a base para o modelo biopsicossocial da funcionalidade e incapacidade humanas.

A CIF foi, de certa maneira, considerada uma classificação a ser seguida e implementada pelos países membros da ONU a partir da resolução 54.21/2001

da OMS. Segundo Padilha (Op. Cit), Santana Cordeiro (2017), Biz (2017) e Félix (2017), após a segunda guerra mundial, há reconfigurações sobre como a própria noção de saúde vai ser tratada a partir das organizações internacionais que se estabelecem nesse pós-guerra. Duas dimensões ganham destaque nesse ponto das mutações dos modos de intervir na saúde das populações: a transição demográfica e a transição epidemiológica (MENEZES; MARTINS; BACHION, 2017). A primeira transição é com relação a prevalência do envelhecimento populacional e a segunda com relação a prevalência de doenças crônicas ou condições crônicas de saúde não transmissíveis, as DCNT's³⁸.

Santana Cordeiro (2017) vê nessas transições uma questão geopolítica entre as populações do norte e do sul global a partir de seus graus de funcionalidade. Na visão do fisioterapeuta (2017, p. 75),

“a funcionalidade em amplo espectro inclui o **desempenho** e a **capacidade**³⁹ para aprendizagem, planejamento pessoal, comunicação, mobilidade, autocuidados, vida doméstica, interações sociais, trabalho, emprego, educação e lazer, além da relação de tais aspectos com os fatores ambientais⁴⁰ [meus destaques].

Nesse sentido, o autor (CORDEIRO, 2017, p. 76) traz uma hipótese de desenvolvimento superior dos países do norte-centro global, em comparação com os países do sul. Esses países, por questões ambientais, de um clima hostil ou escassez de recursos naturais, se preocuparam mais em planejar monitorar e controlar ações que diminuíssem barreiras e criassem facilitadores espaciais, protegendo o desempenho humano e participação social⁴¹. Para Santana Cordeiro, a CIF é uma ferramenta que auxilia “na geração de dados sobre a funcionalidade humana em larga escala” e “apresenta a situação das pessoas diante de um ambiente em que vivem, por meio de um sistema de códigos” (p.

³⁸ Padilha propõe uma construção em que a transição epidemiológica pode conter a transição demográfica, uma vez que o médico a define como o aumento da expectativa de vida e inversão da pirâmide populacional com a consequência do aumento das doenças crônicas não transmissíveis (p. 17). Padilha traz um dado da OPAS referente ao envelhecimento populacional no Brasil: em 2025 a perspectiva é de 32mi de pessoas com mais de 60 anos e em 2050 a projeção é de 45mi (p. 18).

³⁹ na p. 81 o autor traduz capacidade por *capacity*: “body structures and body Functions determine the human capacity”.

⁴⁰ Para o autor o ambiente é múltiplo e influencia a vida humana de forma ampla. Os ambientes específicos citados (CORDEIRO, 2017, p. 76) são os tecnológicos, físicos, naturais, sociais e políticos.

⁴¹ aqui imaginei uma certa distinção entre países e corpos, onde existiriam os mais desenvolvidos e os mais subdesenvolvidos, a partir daquilo que é considerado um desempenho e uma capacidade humana de influir no ou se proteger de seu ambiente. Em suma, os países do norte, devido a inúmeras barreiras naturais do ambiente, são mais capazes do que os do Sul, uma vez que estes nunca tiveram que lidar com tais empecilhos.

77). Sua finalidade principal “é fazer um diagnóstico situacional da funcionalidade, indicando quais alterações ambientais podem facilitar o desempenho humano e como consequência o desenvolvimento da sociedade” (p. 78). Ao comparar facilitadores de mobilidade urbana na Finlândia e no Brasil, o autor segue (p. 79): “a falta de conhecimento faz com que o país latino-americano encaixe a presença da deficiência como uma doença, a pessoa com deficiência como um doente e a necessidade de tecnologia acessibilidade como algo especial e não habitual”. Em resumo, para o fisioterapeuta Eduardo Santana Cordeiro (p. 75), a CIF é uma “ferramenta que pode auxiliar os países do sul a se desenvolverem nos padrões dos países do norte”.

A fonoaudióloga Maria Cristina Biz (2017), por sua vez, aponta que, em termos globais e históricos, nunca se viveu tanto. Nesse sentido, é preciso assegurar um envelhecimento saudável, em todas as fases do ciclo da vida, visando a amplitude da participação social saudável em uma vida longa. Em resumo, é necessário manter as pessoas autônomas pelo maior tempo possível (p. 177). Como a tendência global nesse novo contexto demográfico e epidemiológico é o aumento de prevalência de doenças crônico-degenerativas, em contraposição às comorbidades infecciosas (p. 177), as mensurações dos graus de funcionalidade humana tem sido cada vez mais necessárias.

A mensuração desses graus de funcionalidade oferece maneiras de “comparar o impacto de diferentes tipos de doença, nas diferentes populações, em distintos momentos” (BIZ, 2017, p. 178). Segundo Cristina Biz (p. 179), as informações dos níveis de funcionalidade também informam “sobre a necessidade de assistência e cuidado pessoal na **habilidade de viver de forma independente**”⁴², um a vez que, “para a saúde pública, considerar a funcionalidade dos indivíduos e das populações como uma variável fundamental do seu estudo será determinante para sua intervenção”. Como a CID não traz as minúcias necessárias para medir como determinadas condições de saúde afetam os indivíduos e as populações, a Sistematização e unificação padronizada das dimensões que compõem as informações sobre funcionalidade e fragilidade são fundamentais para a “disseminação dos processos envolvidos na elaboração dos indicadores, produção e análise de dados” (p. 180).

⁴² Ênfase minha

Para Biz (p. 181): “os indicadores clássicos como as taxas de mortalidade por causas específicas e os indicadores de morbidade (prevalência da doença) tornaram-se insuficientes para avaliar o bem-estar, o estado de saúde e a necessidade de serviços pelo fato de não refletirem com precisão a saúde e a situação de morbidade”. Isso se dá, na perspectiva da autora, por que a saúde humana se torna algo **complexo** e não mais univocamente se opõe a doença. Essa complexidade da saúde humana tem se fundamentado na intensificação com as dimensões ambientais em que os indivíduos vivem. Nesse sentido, a CIF materializa uma interação entre os componentes de saúde e os ambientes para amplificar a própria produção de conhecimento e informação sobre a vida das populações.

O que possibilita essa interação entre saúde-ambiente é o modelo biopsicossocial que embasa a CIF. Para Maria Cristina Biz (p. 183), “o modelo biopsicossocial de funcionalidade e incapacidade permite a descrição da experiência completa de saúde das pessoas”. Como contraponto a esse modelo biopsicossocial, Biz (p. 184) destaca os modos que a deficiência-incapacidade são enquadradas em outros dois modelos, o biomédico e o social:

o modelo biomédico explica a deficiência ou doença na base e desvio da norma de variáveis biológicas mensuráveis, constituindo um único critério para sua definição, em que a doença ocorre como problema biológico e a saúde como ausência de doença. Já o modelo social de incapacidade considera como um problema, criado pela sociedade e, basicamente, como uma questão integração plena do indivíduo na sociedade. Neste sentido, a incapacidade não é um atributo individual, mas o resultado de um conjunto complexo de condições, muitas criadas pelo ambiente, cuja resolução requer uma ação de uma responsabilização social, com vista, sobretudo, às modificações ambientais necessárias para a plena integração das pessoas com incapacidade em todas as áreas sociais⁴³.

A CIF, através de seu modelo biopsicossocial, portanto, avalia a saúde e a incapacidade (p. 183). Assim, “a saúde é vista como um recurso para a vida ao se utilizarem os recursos sociais, pessoais e a capacidade física” (BIZ, 2017, p. 184). Ao mesmo tempo em que, atualmente, a incapacidade não começa onde a saúde termina (BIZ, 2017, p. 182). A fonoaudióloga destaca que

⁴³ Vejam que interessante: quando a autora se refere ao modelo biomédico ela diz deficiência e doença, quando se refere ao modelo social ela traz o termo incapacidade e ambiente.

Deficiência não é incapacidade: Nesse ponto, Biz diz que a CIF é uma classificação e não instrumento de avaliação. Dessa forma, para a autora, a classificação não estabelece os limites de quem é ou não pessoa com deficiência. Com isso, o termo incapacidade é genérico e indica uma condição mais abrangente do que o termo deficiência (P. 184). Para essa autora, a CIF se distingue de abordagens do tipo determinantes de saúde e do tipo fatores de risco (p. 184).

Mauro Antônio Félix (2017), por sua vez, traz outros elementos em seu artigo e que acabam nos ajudando a interpretar o que tem significado para profissionais da saúde o modelo biopsicossocial. O fisioterapeuta, ao abordar desde sua disciplina a questão da funcionalidade humana, destaca também a mudança das noções de saúde no pós segunda guerra, dando ênfase a dimensão do bem estar (pp. 201-202). Nesse sentido, é a partir desse momento que “a vida por meio da perspectiva da Saúde, é determinada socialmente” (p. 202).

Com a introdução histórica do entrelace entre saúde e vida, o estudo do movimento humano⁴⁴ precisa ser visto para além dos sistemas de movimentos orgânicos [biológicos] em direção às estâncias psicológicas, sociais e espirituais do indivíduo. As estâncias biológicas seriam objetivas e tem grande influência e enquadramento nas ciências naturais; as estâncias psicológicas, sociais e espirituais possuem enquadramento nas Ciências Sociais; as primeiras estâncias são objetivas e as segundas estâncias são subjetivas. O autor resume da seguinte maneira uma certa visão holística, ou biopsicossocial, do ser humano: “todo ser humano é dotado de um corpo físico, um corpo psíquico, um corpo social e um corpo espiritual reunido em um único ser indissociável” (p. 202).

c. A entrada da CIF no Brasil:

Como o Brasil é um dos 194 países membros da OMS, a partir da resolução 54.21/2001 dessa organização, foi obrigatória a intensificação e processos que trouxessem a CIF para os sistemas de informação em saúde brasileiros. Foi a Resolução Nº 452 de 10 de maio de 2012, aprovada pelo

⁴⁴ Segundo Félix, A profissão do fisioterapeuta envolve basicamente questões cinético-funcionais, uma vez que o objeto de estudo da profissão é o movimento humano (p. 202).

Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁴⁵, que criou o dispositivo legal que amplificou a utilização da CIF no SUS e nas estâncias suplementares de saúde brasileiras (PADILHA, 2017; VASCONCELOS et al, 2017; BIZ, 2017; TAVARES, 2017).

Vasconcelos e colaboradoras (2017, p. 53) apontam, de forma importante, que as possibilidades das análises funcionais já estão previstas nas diretrizes curriculares nacionais do curso de fisioterapia e terapia ocupacional. Outro dado relativo é que o COFFITO (Conselho Federal De Fisioterapia E Terapia Ocupacional), através de sua resolução 370/2009, dispôs sobre a utilização da CIF por esses profissionais. Isso amplificou a entrada dessa classificação nos cursos profissionalizantes e de pós-graduação dessas disciplinas da Saúde (VASCONCELOS et al, 2017, p. 56). Outro dado ainda: após a resolução 452/2012 do CNS, os centros de reabilitação passaram a testar e a produzir capacitação teórico-prática para o uso dessa classificação internacional a partir de 2013 (VASCONCELOS et al, 2017).

Da resolução 452/2012 do CNS que implementa a CIF no SUS brasileiro, Padilha (2017, p. 17) destaca alguns pontos: a) que a funcionalidade e incapacidade humanas sejam centrais no desenvolvimento de políticas públicas em saúde; b) que abranjam a todos os ciclos de vida para pessoas com ou sem deficiência; c) e que seja intersetorial com as políticas na área da educação, previdência e assistência social, trabalho e emprego; d) e que a CIF auxilie a produzir informação qualificada para uma melhor gerência no sistema de saúde⁴⁶. Para Maria Cristina Biz (2017, p. 179), a consideração sobre a

⁴⁵ segundo o ex-ministro da Saúde, Alexandre Padilha (2017, p. 15) essa resolução foi aprovada, em grande medida, a partir da influência dos trabalhadores da fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional no fórum dos trabalhadores no Conselho Nacional de Saúde.

⁴⁶ Vale mencionar, na sua extensão, os pontos especificados diretamente pela Resolução 452/2012 que dispõe sobre o uso da CIF no sistema de saúde pública brasileiro: a) nas investigações para medir resultados acerca do bem estar, qualidade de vida, acesso a serviços e impacto dos fatores ambientais (estruturais e atitudinais) na saúde dos indivíduos; b) como uma ferramenta estatística na coleta e registro de dados (em estudos da população e inquéritos na população ou em sistemas de informação para a gestão); c) como ferramenta clínica para avaliar necessidades, compatibilizar os tratamentos com as condições específicas, ampliando a linha de cuidado; d) 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; e) no dimensionamento e redimensionamento de serviços visando qualificar e quantificar as informações relativas ao tratamento e recuperação da saúde no processo de reabilitação e os respectivos resultados; f) como ferramenta no planejamento de sistemas de seguridade social, de sistemas de compensação e nos projetos e no desenvolvimento de políticas; g) como ferramenta pedagógica na elaboração de programas educacionais, para aumentar a conscientização e a realização de ações sociais; h) como ferramenta geradora de informações padronizadas em saúde, devendo a mesma ser inserida no Sistema Nacional de informações em saúde do Sistema Único de Saúde para alimentar as bases de dados, com vistas ao controle, avaliação e regulação para instrumentalizar a gestão no

funcionalidade humana na saúde pública Brasileira é fundamental para “[...] quantificar a necessidade de equipamentos, serviços e sistemas, o modelo de atenção e cuidado em saúde formação profissional, assegurando direito à equanimidade, integralidade e universalidade pressupostos pelo SUS”.

Entretanto, a CIF, como um parâmetro classificatório e avaliador no Brasil, vem sendo prevista burocraticamente desde 2007 no país para determinadas políticas sociais (PADILHA, 2017; BIZ, 2017; MARCELINO, 2017; SANTOS, 2017). Na coletânea aqui sob análise, dois artigos abordam de forma mais ampla as dimensões das políticas sociais e assistenciais que tem feito uso da CIF como parâmetro avaliador e de elegibilidade. São os textos de Marcelino (2017) e Santos (2017). Ambos os autores apontam que a partir do decreto nº 6214 de 26 de setembro de 2007⁴⁷ se incluiu a CIF como o enquadramento para as avaliações da deficiência e do grau de impedimento para concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) a pessoas com deficiência⁴⁸.

Segundo Marcelino (2017, pp. 216-217), o BPC faz parte de programas e projetos de assistência social financiados pelo FNAS - fundo nacional de assistência social, instituído pela lei nº 8742/1993 – e organizados pelo CNAS - conselho nacional de assistência social. Nesse caso, o INSS operacionaliza o benefício e o CRAS - centro de referência em assistência social – é a ponta municipal de entrada dos beneficiários. Quando o pleito é feito por pessoa com deficiência, a elegibilidade para o BPC é feita através de avaliação médica e social de acordo com a legislação vigente. Assim, o ponto central em torno dos debates sobre a elegibilidade a determinados benefícios sociais é como se dá essa avaliação médico-social.

No caso das pessoas com deficiência, quase que por definição, se pressupõe algum tipo de avaliação médica para acesso a benefícios sociais. A partir de 2009, foi exatamente esse ponto que passou a ser modificado com a entrada do dispositivo legal que organizou as avaliações da deficiência por meio

gerenciamento das ações e serviços de saúde em todos os seu níveis de atenção; e i) como geradora de indicadores de saúde referentes à funcionalidade humana.

⁴⁷ promulgado pelo antigo ministério do desenvolvimento social e combate à fome.

⁴⁸ O decreto 6214/2007 precisa ser compreendido como um dos primeiros efeitos da ratificação pelo Brasil da Convenção Internacional dos Direitos das pessoas com deficiência da ONU (2006) (SANTOS, 2017). Publicada em 2006, o texto da Convenção e seu Protocolo Facultativo foram assinados pelos países membros em Nova Iorque, em 30 de março de 2007, e aprovados, no Brasil, através do Decreto Legislativo Nº 186, de 2008. Posteriormente, o Decreto nº. 6.949, de 25 de agosto de 2009, promulgou o texto da Convenção e seu protocolo facultativo, os incluindo na constituição federal brasileira. Esse caminho levou a construção da atual Lei Brasileira de Inclusão, como veremos adiante.

do modelo biopsicossocial. A portaria conjunta MDS/INSS nº 1/2009 implantou inicialmente avaliação biopsicossocial em substituição do modelo biomédico para benefícios sociais⁴⁹ (MARCELINO, p. 218). Outras duas portarias conjuntas foram promulgadas entre 2014 e 2015: a MDS/INSS nº 1/2011 e a MDS/INSS nº 2 de 30 de março de 2015. A primeira se caracteriza por uma mescla terminológica das definições de deficiência-incapacidade de três documentos distintos, mas interligados: a CIF, a ICF-CY e a CIDPCD; A segunda portaria dispõe sobre uma reconfiguração dessa síntese terminológica e a orienta para produção de instrumentos avaliadores da deficiência padronizados com o conceito legal de pessoas com deficiência que veio sendo adotado no Brasil. (MARCELINO, 2017, p. 218-219)⁵⁰.

A crescente entrada da CIF e sua orientação biopsicossocial através desses dispositivos tecno-jurídicos fez com que a classificação fosse adotada em 28 políticas públicas federais para pessoas com deficiência no Brasil (SANTOS, 2017, p. 283, 290). Segundo o assistente social e sociólogo Wederson Santos (2017, p. 290) há um problema de padronização de categorias, conceitos e parâmetros relativos à deficiência devido a multiplicidade de operacionalizações, em cada política pública específica, destinada às pessoas com deficiência. Isso indica ainda uma prevalência ampla do modelo biomédico de avaliação da deficiência, e possíveis problemas de reconhecimento entre aqueles que são elegíveis ou não a determinadas políticas públicas. Uma das resoluções para esse problema de múltiplas formas de se considerar a deficiência tem sido a construção de um instrumental unificador de sua avaliação: O índice de Funcionalidade Brasileiro, o IFBr.

Santos aborda de forma geral como se tem produzido esse índice no Brasil, mas não aponta os caminhos tecno-jurídicos que antecederam a sua criação. Antes de descrever amplamente esse instrumento, vou tentar aqui recuperar alguns dispositivos jurídicos que o tornaram possível. Desde a publicação da Portaria nº 001, de 15 de junho de 2005, Grupos de Trabalho Interministeriais (GTI) foram formados buscando avaliar como a deficiência é

⁴⁹ Essa portaria foi possível através do decreto nº 6214/2007 e modificou o que estabelecia o decreto nº 1744/1995.

⁵⁰ Voltarei a essas portarias para acessar como a partir delas, e de outros dispositivos tecno-jurídicos que emergiram em seus intervalos, chegamos nas atuais concepções de deficiência e incapacidade que também acabam compondo a atual concepção de pessoas com deficiência no Brasil. leis nº 12470/2011, 12435/2011, lei complementar nº 142/2013, Portaria Interministerial Sdh/Mps/Mf/Mog/Agu Nº 1, De 27 De Janeiro De 2014.

classificada no Brasil. O foco desses GTI's tem sido buscar parâmetros que unifiquem a categoria da deficiência para fim de elegibilidade a benefícios sociais ou previdenciários. Em 2007 foi publicado um primeiro relatório desse grupo que, fundamentalmente, apontou para a necessidade de não somente avaliar a deficiência com base em um modelo médico, mas também baseado em um modelo social. A partir desse relatório, entre 2008 e 2012, o passo dado foi em torno de uma maior qualificação de um modelo nacional de avaliação unificado para a deficiência (FRANZOI Et Al, 2013; PEREIRA; BARBOSA, 2016). Desse processo emergiu a primeira versão do IFBr e que, mais recentemente, tem se duplicado em uma versão destinada a avaliar a elegibilidade de pessoas com deficiência aos benefícios sociais e previdenciários, o IFBr-A. A Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013 foi o dispositivo que possibilitou essa duplicação do índice de funcionalidade brasileiro e, atualmente, o instrumento está em fase final de avaliação e de implementação definitiva em território nacional⁵¹.

Segundo Wederson Santos (2017, p. 288), “o IFBr é composto por 41 atividades e participação de acordo com a CIF, além de contar com uma métrica para pontuação das atividades de acordo com a Medida de Independência Funcional – MIF”. Para o pesquisador, o IFBr vai influir em uma maior utilização do modelo biopsicossocial da deficiência e vai gerar um maior fluxo informacional padronizado sobre a questão. Isso evitará desgastes dos próprios indivíduos que pleiteiam benefícios e políticas públicas e vai otimizar os próprios sistemas de informação que geram e gerem essas políticas.

d. As operacionalizações teórico-práticas para o uso da CIF em território nacional:

Nesse tópico apresento discussões específicas que têm sido levantadas e apresentadas pelos agentes de saúde que tem se debruçado sobre a aplicação dessa classificação no Brasil. As discussões variam desde aspectos teórico-

⁵¹ A LBI/2015 lançou as bases para a amplificação de um modelo único de avaliação da deficiência para padronizar esse conceito perante a pletora de políticas públicas que se destinam a população com deficiência. Em seguida, o Decreto De 27 De Abril De 2016, instituiu os moldes para criação do cadastro único da pessoa com deficiência e de sua avaliação unificada. Principalmente a partir desses dois dispositivos jurídicos é que o IFBr está se materializando como um instrumento legítimo para aferição da deficiência. O prazo para a avaliação do instrumental, testes pilotos, adequações e sua efetiva implementação estava prevista para 2018, contudo esse processo se estendeu até o ano de 2019 e se espera que o IFBr entre em vigor já em 2020.

pedagógicos do ensino da CIF nos cursos das áreas da saúde, até às discussões clínico-científicas da classificação, seus domínios, componentes e operacionalização no cotidiano dos cuidados em saúde pública em território nacional. Para essa tese, interessam particularmente as abordagens das fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogas, dentre outras, que esmiúçam esses aspectos técnicos da aplicação da classificação de funcionalidade.

i. A CIF e suas áreas de abrangência:

Para as fisioterapeutas Martins e Menezes (2017, p. 33) A CIF é “o recurso do futuro para organizar informação sobre funcionalidade e incapacidade”, ou seja, os impactos da condição de saúde na vida dos indivíduos. Nas palavras da dupla de fisioterapeutas:

a CIF providencia uma abordagem em uma perspectiva múltipla, baseada na interação de dois modelos opostos, o modelo médico e o modelo social, no intuito de proporcionar uma visão coerente das diferentes dimensões de saúde, da mesma forma que permite elaborar um perfil de funcionalidade, assumida como um processo interativo e evolutivo ou relacionamento complexo e dinâmico entre estruturas e funções do corpo, atividades e participação, condição de saúde e fatores contextuais (p. 37).

Vasconcelos e colaboradoras (2017) concordam com essa projeção e enfatizam que o modelo biopsicossocial, excede o modelo estritamente médico, onde a incapacidade era um problema relacionado à doença ou trauma (p. 50). Para essas autoras, o modelo biopsicossocial é um “novo paradigma na formação do profissional de saúde” (p. 49). Para esse grupo de terapeutas, a CIF tem o mote de classificar a funcionalidade e a incapacidade de “todo e qualquer indivíduo” (p. 52). Dessa forma, o profissional da fisioterapia e da terapia ocupacional tem acesso a uma visão holística do ser humano. Em suma, a CIF promove uma “visão ampla e global”, em que se focaliza as potencialidades do indivíduo antes de suas dificuldades, por meio da consideração dos “aspectos pessoais e ambientais que possam influenciar a funcionalidade das pessoas” (p. 53). Nesse sentido, Martins e Menezes (2017, p. 35) complementam:

ao contrário do que muitas pessoas consideram, a CIF não se utiliza unicamente de pessoas com incapacidade, mas tem uma aplicação universal. Em vez

de classificar pessoas, a CIF descreve a situação de cada pessoa dentro de um conjunto de domínios da saúde ou outros com ela relacionados, permitindo uma descrição de situações sobre a funcionalidade e suas restrições.

Dessa forma, autoras como Luna (2017) e Cockell, Aveiro e Bagatelli (2017) mostram como a CIF pode auxiliar nas avaliações sobre os efeitos do trabalho na saúde dos indivíduos e populações. Como a CIF tem condições de promover dados complexos sobre a funcionalidade humana, é possível pensar em programas de atenção à saúde que colem, agreguem, sistematizem, analisem e tornem disponíveis estatísticas sobre necessidades de saúde que se voltam a produção de sua proteção (COCKELL; AVEIRO; BAGATELLI, 2017). Nesse sentido, “a saúde [...] não é mais medida pela presença ou não de doenças, e sim pelo grau de preservação da **capacidade funcional**” (MENEZES; MARTINS; BACHION, 2017, p. 252) [ênfase minha]. Segundo Luna (2017, p. 149), o adoecimento pelo trabalho é algo subnotificado nos sistemas de informação em saúde no Brasil, o que acaba ampliando a responsabilização individual pelo cuidado de si. Para a fisioterapeuta, LER's, DORT's e depressão devido ao trabalho já podem ser encontrados em níveis epidêmicos na população brasileira. Nesses casos, as mais de 1400 categorias descritivas contidas na CIF para avaliar a funcionalidade de um indivíduo auxiliam na complexificação desses dados epidemiológicos (LUNA, 2017, p. 150).

Outra área que ganha destaques específicos a partir da utilização dos parâmetros de funcionalidade da CIF é a reabilitação. A terapeuta ocupacional Maria José Ribeiro Tavares (2017) diz que a reabilitação é o processo de reinserção do indivíduo em sociedade (p. 184). Assim, a CIF otimiza esse processo ao promover um olhar ampliado da vida do indivíduo (p. 192). Buscando dar um panorama sobre as ações em reabilitação e cuidado em saúde, as fisioterapeutas Castaneda, Guimarães e Castro (2017, pp. 157-160), apontam três aspectos que a CIF pode trazer para essas áreas de intervenção: 1) unificação da linguagem (relativo ao problema dos múltiplos entendimentos de categorias como funcionalidade, incapacidade e deficiência dentro das próprias equipes multiprofissionais que se envolvem em cuidados de saúde; essas categorias, para as autoras, são elementos-chave no campo da reabilitação e sua ambiguidade leva a barreiras comunicacionais entre as equipes de saúde); 2) elaboração de planos terapêuticos individualizados, os

PTI's (esses PTI's são localizados no nível micro de atuação terapêutica nos ambientes de cuidado à saúde. nesse sentido, a CIF tem organizado e direcionado a prática clínica nesse nível); 3) sistematização informacional e geração de dados epidemiológicos sobre funcionalidade e incapacidade (necessidade de justificar a importância da temática da funcionalidade para justificar os gastos referentes a ampliação de instrumentos para coletar dados sobre essa dimensão da Saúde humana). Interessante é a percepção das autoras (p. 166) sobre as próprias práticas das profissões reabilitadoras:

historicamente, nossas práticas remetem ao modelo biomédico, dando pouca importância aos aspectos biopsicossociais; concentramos nossas atenções as funções e estruturas corporais, deixando de lado os outros aspectos da funcionalidade, em especial a influência dos fatores contextuais. as intervenções não devem objetivar somente a normalização das deficiências nas funções e estruturas do corpo. A orientação é que os profissionais procurem solucionar os problemas com modificações feitas na base das condições de saúde, fatores ambientais e pessoais, contribuindo para a redução das limitações às atividades e restrições à participação.

Nesse sentido, Anjos (2017, p. 64) diz que a profissão do fisioterapeuta carrega um “grande estigma reabilitador”. A autora diz o seguinte: “a CIF é de extrema importância no cenário da atividade fisioterapêutica porque traz o foco biopsicossocial na atuação do profissional, com adoção de modelo multidimensional de funcionalidade e incapacidade para todas as áreas, não apenas na dita ‘reabilitação’” (p. 66) [grifos no original]; Para ela: “todos os profissionais da Saúde precisam conhecer e usar urgentemente a classificação, afinal o paciente deve ser visto como um todo e não de forma compartimentada” (p. 68). A fisioterapeuta não torna explícito o que chama de estigma reabilitador, mas é possível conjecturar que se trata de uma expectativa em que a reabilitação seria uma forma de normalizar o corpo do indivíduo, com vistas ampliar sua participação social. Nesse sentido, Castaneda, Guimarães e Castro (2017) apontam para utilização da CIF em reabilitação no fundamento do cuidado a partir de duas proposições: integralidade e a humanização (p. 161). No cenário da reabilitação a CIF é um modelo de entendimento da funcionalidade e se torna uma práxis de cuidado integral e humanizado à saúde (p. 162). Assim, a classificação auxilia a busca, na prática clínica, de diretrizes para

práticas baseadas em evidências (PBE) para “indivíduos com incapacidades” (p. 166).

Ainda na dimensão da reabilitação, é possível perceber na leitura dos artigos que, é na esfera de suas práticas clínicas e pedagógicas que as estâncias da CIF também são tencionadas. Autoras relatam suas passagens por centros de reabilitação, hospitais particulares, hospitais universitários, tanto como agentes de saúde quanto pesquisadoras ou professoras universitárias. São nesses locais que as práticas clínicas e científicas entram em uma intrincada relação e passam a se tencionar em variadas formas. Uma das relações e tensões que vou privilegiar no tópico abaixo é com relação a uma variedade de outros instrumentos avaliadores da funcionalidade humana que correm em paralelo aos desenvolvimentos da CIF. Ao mesmo tempo destacarei algumas categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade que são mais recorrentes ao longo dos artigos.

ii. A CIF entre os instrumentos classificatórios e avaliações clínicas:

Mostrei mais acima como algumas Autoras consideram a CIF um modelo de avaliação específico, e como outras autoras dizem que a CIF é algo mais abrangente que um parâmetro avaliador. Entretanto, o fato é que a CIF tem sido usada nesses dois marcos: como um conjunto de informações espectrais sobre a funcionalidade e a Incapacidade humana que possibilitam expandir a análise clínica dos efeitos das condições de saúde nos indivíduos; e como uma reconfiguração do próprio olhar técnico e das intervenções clínicas e profissionais com relação a deficiência e a Incapacidade na vida das pessoas.

A CIF enquanto um organizador de intervenções clínicas não exclui outros instrumentos avaliadores que possam complementar determinados protocolos de atendimento. Um desses instrumentos é o PAPM (perfil de atividades e participação relacionadas com a mobilidade), que mede atividades e participação dos indivíduos em sociedade com relação a sua mobilidade (MARTINS; MENEZES, 2017, pp. 41-42). Um outro instrumento é o Modelo de Avaliação da Funcionalidade. Esse modelo é híbrido entre alguns componentes da CIF e o ciclo de intervenção de granLud “(identificação e explicação dos problemas, definição de objetivos, planejamento da intervenção/procedimentos e avaliação de resultados)” (MARTINS; MENEZES, 2017, p. 44).

Anjos (2017), ao narrar sua experiência terapêutica em crianças com o Zika vírus, comenta como a CIF se complementa com instrumentos já padronizados. Após Avaliações de desenvolvimento e exames clínicos neurológicos básicos, a CIF pode tornar possível a comparação da mudança “de estado de funcionalidade/incapacidade da criança ao longo do tempo e, conseqüentemente, verificar a evolução do paciente. Com o seu uso ficou muito mais claro de observar a interferência dos fatores ambientais para a evolução da síndrome da criança” (ANJOS, 2017, pp. 70-71).

Um outro instrumento criado com base na CIF é o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI)⁵², que avalia as “capacidades funcionais e o desempenho típico em crianças jovens com limitações funcionais. Informa o perfil funcional de crianças entre 6 meses e 7 anos e 6 meses de idade, em três níveis de função: autocuidado, mobilidade e função social” (PINTO; SCHIEFER; PERISSINOTO, p. 105). Já a Escala de Avaliação Funcional dos Comportamentos (eFC-r) (LIBOA, 2017, p. 94), é utilizada, por exemplo, em crianças e adultos com autismo. Nesse caso o autismo é uma condição exemplar da necessidade de observar a interação entre o indivíduo e o ambiente como determinante para a definição de quadros clínicos e prognósticos (LIBOA, 2017, p. 91). Ainda nessa perspectiva da CIF como um complemento às análises do desenvolvimento humano, e com o foco no desenvolvimento infanto-juvenil, as agentes de saúde Chun, Zerbeto e Zanolli (2017 p. 233) trazem um panorama da versão para crianças e jovens da Classificação. A CIF-CJ surge em 2007 com a proposta de acompanhar as transições funcionais entre os períodos da vida (CHUN; ZERBETO; ZANOLLI, 2017 p. 234). Uma informação importante é que a CIF-CJ foi extinta devido a incorporação de suas categorias na versão da CIF de 2015 (CHUN; ZERBETO; ZANOLLI, 2017 p. 245)⁵³.

Nesse ponto, alguns conceitos e categorias tem bastante destaque ao longo dos artigos. Me chama atenção, por exemplo, a ênfase que se dá às noções qualificadoras de **desempenho** e **capacidade** (*performance* e *capacity*). Dentro da esquemática da CIF, essas duas noções são categorias qualificadoras de dois construtos: os domínios da **participação** e o das **atividades** humanas

⁵² Pediatric Evaluation of Disability Inventory.

⁵³ Desde meu campo de pesquisa, tive contato com um instrumento de mensuração da participação de jovens e crianças nos ambientes definidos pela CIF. O instrumento se chama PEM-CY (*Participation Environment Measure - Child and Youth*).

(PINTO; SCHIEFER; PERISSINOTO, p. 103). Dizendo de outro modo: no domínio da participação do indivíduo em determinados ambientes, se utiliza o qualificador do desempenho; no domínio das atividades exercidas por um determinado indivíduo, se utiliza o qualificador da capacidade. Por sua vez, as dimensões das atividades e participação dos indivíduos são coligadas a suas estruturas e funcionamentos corporais. Segundo o fisioterapeuta Eduardo Santana Cordeiro (2017, p. 75), “a funcionalidade em amplo espectro inclui o desempenho e a capacidade [...] além da relação de tais aspectos com os fatores ambientais”.

Para a autora Juliana Luna (2017), o grande propósito da CIF é essa interligação entre os fatores ambientais, as limitações funcionais do indivíduo e seus domínios de atividades e participação. Nas palavras da autora, a CIF serve fundamentalmente para “identificar as atividades e a participação que estão limitadas por determinada pessoa, ou grupo de pessoas, e demonstrar o quanto o ambiente influencia nessa limitação” (Luna (2017, p. 155). A relação essencial é, então, entre os domínios da função e estrutura corporal, os domínios de atividade participação e os domínios do meio ambiente. Luna (2017, p. 155) explica da seguinte forma esses construtos da capacidade e do desempenho: a capacidade está “relacionada às estruturas e funções corporais que devem ser normais, ou melhor dizendo, adequadas para que [se] realize [...] atividades básicas sem necessitar de auxílio”; o desempenho

“é a realização das atividades em um contexto social como, por exemplo, no ambiente de trabalho [e que] pode ser mantido a despeito de uma alteração estrutural ou funcional se o ambiente for facilitador e oferecer o recurso, a acessibilidade, a equipe de saúde ou qualquer outra forma de auxílio para execução de determinada atividade”.

Outras autoras, entretanto, apontam questões e dificuldades para definir, avaliar e distinguir capacidade de desempenho (TAVARES, 2017). Segundo Maria Tavares (2017, pp. 194-195), a “capacidade é avaliada sem interferência de fatores externos (ambiente padrão), enquanto o desempenho tem a influência do ambiente”. A autora (TAVARES, 2017, p. 195), para explicar essa distinção, utiliza um exemplo interessante:

uma pessoa pode ter capacidade normal para deambular dentro de casa, porém seu desempenho está comprometido ao andar na rua, em decorrência das barreiras ambientais, como calçadas com obstáculos,

buracos, rua muito movimentada entre outros fatores. A capacidade está relacionada às funções e estruturas do corpo enquanto o desempenho com os fatores ambientais.

e. Parâmetros gerais do debate teórico sobre a CIF:

Uma das evidências desta pesquisa é a influência e as mediações profissionais bastante nítidas de determinadas áreas da Saúde na produção de conhecimento sobre a CIF - sobre a sua inclusão nos sistemas de informações e nas práticas pedagógicas e clínicas de saúde no Brasil. Assim, são as áreas terapêuticas, como a fisioterapia, em ampla medida, que tem se preocupado com as práticas de ensino nas instituições superiores com relação a disseminação do conhecimento sobre essa classificação. Também são essas profissionais que se preocupam com a inclusão desses parâmetros classificatórios funcionais a partir desse documento da OMS-ONU nas práticas clínicas, e com variadas vertentes dos debates teórico, técnico e científicos sobre a CIF.

Isso me traz algumas ideias: a CIF também é um documento que se estabelece e se publiciza a partir dessas modulações clínico-científicas, burocrática-administrativas e teórico-práticas. Essas modulações estabelecem e disputam limites das legitimidades de disciplinas de um campo de conhecimento ou prática. Sendo explícito por motivos de notação: acredito que as apostas em torno da CIF como uma classificação paradigmática que é inerente às novas formas de se avaliar a saúde humana - formas biopsicossociais, integrativas, humanizadas e holísticas (para além da doença) - é também uma forma de se diluir o “poder estritamente biomédico” sobre essa dimensão. Em resumo: disciplinas e áreas profissionalizadas do cuidado e de atenção à saúde humana - como a fisioterapia, terapia ocupacional, a fonoaudiologia e a psicologia - tem se mobilizado em torno das discussões sobre funcionalidade humana que se afinam, confluem, sob determinadas circunstâncias, com os desenvolvimentos sobre essa temática a partir de diretrizes internacionais de organizações mundiais como a OMS. Assim, a CIF acaba trazendo uma possibilidade de legitimações profissionais ao cuidado em saúde que antes eram estritamente elevadas ao saber biomédico, considerado de forma geral como sempre muito voltado ao e objetificador do corpo humano.

As legitimações dos saberes da funcionalidade no Brasil, nesse sentido, parecem ocorrer na mesma medida em que determinados dispositivos burocráticos e governamentais passam a funcionar como organizadores de

desenvolvimentos práticos - sejam eles de "gestão pública" ou de "gestão corporal". Trocando em miúdos, hoje temos uma prevalência muito grande no Brasil de pesquisadores da área da fisioterapia e da terapia ocupacional, em principal, como agentes acadêmicos e do território que se preocupam com os desenvolvimentos de técnicas e saberes sobre a funcionalidade humana. Isso pode ter correlação com a influência desses grupos em estâncias burocráticas e governamentais que vem possibilitando essa legitimidade nas variadas operacionalizações propiciadas pela promulgação da CIF - principalmente na determinação das políticas públicas em saúde e assistência social.

Esses pontos ficam nítidos quando, ao longo de variados textos da coletânea, inúmeras resoluções burocráticas e administrativas no nível do ensino da prática clínica nas áreas da fisioterapia, da terapia ocupacional e da fonoaudiologia vão sendo acompanhadas por resoluções e leis promulgadas a partir de instâncias governamentais federais. Seja através de portarias do conselho nacional de saúde, ou de determinações dos conselhos regentes das áreas de saber em saúde como o COFFITO⁵⁴ e o CREFITO-3⁵⁵, as perspectivas da funcionalidade estão se disseminando nos cursos de graduação e na prática clínico-científica dessas áreas do cuidado a saúde brasileiras.

Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos parecem ser peças fundamentais na própria inserção burocrática local dos parâmetros de funcionalidade que a CIF traz em direções globais. Dizendo de outra forma, a CIF para funcionar em seus aspectos clínicos necessita de toda uma padronização e uma série de procedimentos burocráticos administrativos prévios que se inter-relacionam com o modo que se estabelecem os sistemas de saúde - dos países signatários da convenção dos direitos das pessoas com deficiência da ONU e da classificação. Nesse sentido, é possível conjecturar que é necessário a esses profissionais da saúde se inserirem em determinadas estâncias de discussão política e governamental para que suas técnicas clínicas possam ser compreendidas, operacionalizadas e devidamente ensinadas.

Como as dimensões da funcionalidade humana já tinham disposições para serem inseridas nas diretrizes nacionais de ensino e prática dessas vertentes de terapias físico ocupacionais, e como o governo brasileiro já havia ratificado a CIDPCD da ONU e colocado a CIF como uma das bases para

⁵⁴ Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

⁵⁵ Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região

avaliação da deficiência para o acesso ao BPC, a resolução do CNS de 2012 aprofundou a necessidade de ampliação do conhecimento da CIF, uma vez que instituiu o uso prático, clínico, dessa classificação nos sistemas de informação do SUS brasileiro.

Há todo um emaranhado com relação ao caminho, desde a promulgação até a inclusão, da CIF nos sistemas de informação de saúde e aplicações clínicas no Brasil. Temos 1) as mais variadas áreas terapêuticas dentre as mais variadas disciplinas da Saúde - onde muitas fazem parte das Ciências da reabilitação e das ciências da funcionalidade ; 2) uma série de mobilizações tecno burocráticas e jurídico legais que vão, por outro lado, induzindo e se ajustando às necessidades de outras normativas com relação ao manejo e produção de serviços em saúde pública (convenção da ONU dos direitos da pessoa com deficiência e a CIF, dentre outros instrumentos burocráticos).

Então tem uma imagem que é de cima para baixo, digamos: a CIF, que vem da OMS, que vem da ONU, induz uma série de intervenções clínicas e administrativas específicas para que ela entre efetivamente em vigor. Com isso há uma indução global em níveis mais locais de movimentações e produções de mecanismos e dispositivos diversos que sejam aptos a se adequar a novos parâmetros internacionais, como os de Saúde Pública.

A CIF vem sendo cada vez mais utilizada em circunstâncias técnicas e práticas que demandam intervenções complexas a necessidades também consideradas complexas. Em outro termo, a CIF adentra no Brasil a partir de determinadas necessidades que demandam respostas pragmáticas governamentais a partir de múltiplos setores das estruturas de governo (federal, estadual e municipal). No caso, foi muito a partir da necessidade de avaliar em parâmetros mais amplos a elegibilidade do BPC que a CIF se fortaleceu no país. Nesse sentido, acredito muito que o uso da classificação, naquele momento (2007), tornou mais expansiva a própria categorização de quem poderia ser definido como pessoa com deficiência para ser elegível ao BPC - a partir de uma reconfiguração do próprio conceito de **incapacidade** (*disability*). Resumindo: nesse momento, a CIF expandiu a categoria administrativa de “pessoa com deficiência” através de uma nova forma de medir a saúde e a incapacidade dos brasileiros com base em parâmetros supranacionais. Ou seja, a entrada escalar da CIF como parâmetro para elegibilidade ao BPC passou a retirar somente da

esfera médica, e do parâmetro epistemológico da doença, a definição daqueles que poderiam ser elegíveis ao benefício assistencial não contributivo.

Há também uma imagem que seria de baixo para cima - dessa expansão das discussões e utilizações da CIF nos contextos brasileiros. A partir das produções científicas e dos relatos tecno acadêmicos de pesquisadores e agentes de Saúde, é possível perceber como também se mobilizaram inúmeros grupos e corporações, profissionais e governamentais, para se adequar às diretrizes internacionais da OMS. Através de determinadas disposições, ou do que poderíamos também chamar de afinidades eletivas, áreas e saberes da saúde se mobilizaram para tornar a CIF um instrumento prático e efetivo.

Olhando as produções acadêmicas nacionais dessas profissionais, é possível visualizar panoramicamente os caminhos percorridos por grupos e corporações profissionais para incluir a classificação nas práticas pedagógicas, clínicas e de gestão em Saúde Pública. As influências dos conselhos de áreas da fisioterapia, da terapia ocupacional e fonoaudiologia - que se dispuseram a trazer para suas bases curriculares a necessidade de estâncias práticas-pedagógicas sobre a CIF. Isso envolve a relação com centros de formação profissional. As influências São também dos e das profissionais que tem se formado no modelo da CIF e se tornam também "*ICF: educators*", ou divulgadores da CIF e pesquisadores do assunto. Ao mesmo tempo, as administrações governamentais dos Estados, que se comprometeram em criar estruturas de recepção à CIF, também influenciam para que os acordos firmados em âmbito de cooperação internacional se concretizem. O exemplo é a resolução do CNS em 2012 de inclusão da CIF no SUS e nos seus sistemas de informação. Isso envolve a relação com os centros de formação e de informação sobre a funcionalidade humana nos sistemas públicos de saúde "locais". Outro nível de influência ainda são as relações tecno científicas - que se dão em confluência com os espaços de formação acadêmica e de gestão burocrática mencionados anteriormente. Fundamentalmente esse espaço de produção científica em torno da funcionalidade humana, que amplamente tem se baseado nas dimensões modelares da CIF, é a universidade – amplamente as instituições de ensino superior públicas. Isso se dá talvez pela necessidade das universidades criarem espaços que, ao mesmo tempo, sejam pedagógicos e profissionalizantes, de atendimento clínico e de atenção pública em saúde enquanto produzem extensão universitária.

f. Alguns apontamentos sobre as terminologias das classificações de saúde:

Vimos que a CIF é um desdobramento crítico da CIDID. Nesse desdobramento é possível perceber como determinados termos vão sendo mantidos, outros deslocados e outros retirados. A CIF é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e a CIDID é a Classificação De Deficiência, Incapacidade e Desvantagem. Respectivamente, os títulos das classificações em inglês são *Classification of Functioning, Disability and Health* e *International Classification of Impairment, Disability and handicap*.

Ao olharmos para os termos específicos que compõem os títulos em português temos os agrupamentos: deficiência-incapacidade-desvantagem x funcionalidade-incapacidade-saúde. Ao agruparmos os termos específicos dos títulos das classificações em inglês temos: *impairment-disability-handicap* x *functioning-disability-health*. Dos títulos das classificações, o único termo que permanece é *disability*. Quando contrapomos esses termos, vemos duas coisas: 1) a retirada do termo deficiência e desvantagem no título da CIF e 2) a introdução do termo funcionalidade e saúde na apresentação da classificação.

Nas traduções portuguesas autorizadas dos termos de ambas as classificações, o conceito de *disability* é traduzido como incapacidade. Entretanto, o sentido de *disability* mudou de uma classificação para outra. O que atualmente se classifica como *disability* (traduzido como Incapacidade) na CIF, na CIDID era chamado de *handicap* (termo traduzido como desvantagem/limitação sociopolítica-econômica).

A minha análise desse processo eu ilustro de forma simplificada: trocou-se o termo *handicap* por *disability*, ou seja, a “desvantagem” agora é chamada de “incapacidade”. com isso, uma outra coisa foi delicadamente modificada em relações terminológicas: a interação entre os termos que indicam problemáticas corporais, os *Impairments* (traduzido nas duas classificações aqui mencionadas como deficiências), e os termos que indicam problemáticas sociais (antes *handicap* e hoje *disability*). Na CIDID, a Incapacidade (*disability*) era um meio, uma articulação, um nexos causal entre a deficiência (*impairment*) e a desvantagem (*handicap*). De certa maneira a *disability* era o que permitia unir e duplicar as limitações inerentes ao corpo (*impairment*) nas limitações inerentes a sociedade (*handicap*) e as limitações da sociedade no corpo. A noção de

“*person with disability*” é um construto identificador que tem uma emergência e uma afinidade com o período em que a ICIDH era o parâmetro classificador operante (1980-1998).

Nesse sentido, a “pessoa com incapacidade” é aquela que devido uma deficiência (*impairment*) experimenta a desvantagem (*handicap*). Isso passa a gerar uma série de camadas de confusões e entrecruzamentos de sentidos tradutórios dessas terminologias a partir das dimensões sociopolíticas e técnicas em que passam a incidir. Só para registrar o mais central no ponto que trago aqui: por mais que a palavra *disability* tenha sido oficialmente traduzida desde essas classificações internacionais pelo termo incapacidade, por motivos que eu ainda não consegui entender de forma específica, a tradução da locução “*person with disability*” sempre foi “pessoa com deficiência”. Isso me leva a relações terminológicas mutantes que falei há poucas linhas acima.

O termo *impairment*, nesse caso, também permaneceu sendo traduzido oficialmente em português, desde a ICIDH e a CIF, como “deficiência”. Contudo, Assim como o termo *disability* também se modificou em sua semântica quando substituiu o termo *handicap* na CIF, o termo *impairment* também se modificou semanticamente nessa classificação. Esse ponto tem sido mais difícil de explicar, devido a própria confusão que existe no seu entorno. Mas vou tentar passar aqui o que venho observado.

O termo *impairment* na CIF, como falei, é oficialmente traduzido como deficiência. Contudo, o que mudou da ICIDH para CIF, com relação a ideia oficial de deficiência, é que ela se torna um dos componentes da “incapacidade” [tradução oficial do termo *disability*]. Essa minha leitura somente faz sentido quando passamos a ver o termo funcionalidade em uma certa contraposição categórica ao termo incapacidade e ver esses dois conceitos como “guarda-chuvas”. Assim, a funcionalidade é composta das estruturas e funções do corpo, as atividades e a participação; a incapacidade é composta pelos **problemas** nas estruturas e funções do corpo, as **limitações** nas atividades e as **restrições** nas participações.

Ambos os conjuntos, a funcionalidade e a incapacidade, para efetivamente serem categoricamente possíveis, tem que interagir com uma segunda categoria guarda-chuva, os fatores contextuais, compostos pelos componentes dos “fatores ambientais [cujos qualificadores são os facilitadores e

as barreiras]” e os “fatores pessoais”. Recodificando o exposto temos o seguinte: Funcionalidade x Incapacidade; onde:

Funcionalidade = funções e estruturas corporais + atividades [*tasks*] e participação [*actions*] + fatores contextuais (ambiente [facilitador] + pessoa);

Incapacidade = problemas/alterações anatomofisiológicas + limitação de atividade e restrição na participação + fatores contextuais (ambiente [barreira] + pessoa).

A funcionalidade, portanto, é definida como a interação positiva de um indivíduo com uma condição de saúde e seus fatores contextuais (facilitadores) e a incapacidade é definida enquanto a interação negativa de um indivíduo com determinada condição de saúde em seu contexto (limitador).

g. O conceito de deficiência no Brasil a partir de algumas políticas sociais:

O Decreto de 26 de setembro de 2007 Instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial com o objetivo de avaliar o modelo de classificação e valoração das deficiências utilizado no Brasil e definir a elaboração e adoção de um modelo único para todo o País. Esse foi o início das discussões sobre a unificação de um modo de avaliação a deficiência, em contraponto aos modos que a questão vinha sendo elaborada no Brasil. Esse decreto gerou um grupo de trabalho interministerial que produziu um relatório em 2008 sobre esse modelo unificado de avaliação da deficiência para fins de concessão ao bpc-86.

Foi a partir dessa portaria que vemos aprofundar o entrelaçamento, no Brasil, a necessidade de se avaliar a deficiência para fins previdenciários-assistenciais com a necessidade dessas avaliações seguirem os direcionamentos instrumentais previstos desde a promulgação da CIF pela OMS e seu enquadramento jurídico na CIDPCD da ONU. É possível perceber no esquema cronológico abaixo, como a partir desse decreto – que introduziu a CIF no Brasil, como parâmetro avaliador, para fins de elegibilidade aos benefícios previdenciários e assistenciais contributivos e não contributivos previstos na lei 8742/1993 – outras normativas jurídicas foram estabelecendo diretrizes legais locais para materialização dos instrumentos avaliadores da deficiência corretos e orientando as estâncias e agentes responsáveis por essas avaliações técnicas.

Autores como Santos, Pereira e Barbosa, apontam que é nesse momento que se começa a gestar o futuro índice de funcionalidade brasileiro, como um

instrumento local, orientado de forma híbrida pelos parâmetros classificadores da CIF e da Medida de Independência Funcional, MIF. O processo de formulação do IFbR é um exemplo ou um local interessante para experimentarmos articulações entre políticas classificatórias populacionais globais e locais, e entre as estâncias de avaliação médicas, clínicas e sociais (assistenciais-previdenciárias). Nesse sentido é possível ver como, a partir das entradas em normativas jurídico-legais e burocrático-administrativas desses índices de funcionalidade, as próprias áreas das ciências da reabilitação passam a ser agentes mediadoras tecno-políticas importantes para o estabelecimento e concretização desses novos modos de avaliar a deficiência. Assim, desse debate assistencial-previdenciário - de uma necessidade técnica de governo, a necessidade de amplificar os modos de elegibilidade a benefícios sociais a determinadas populações e a programas de combate à miséria extrema – chegamos também nos debates sobre Funcionalidade humana e, conseqüentemente, nas áreas disciplinares das Ciências da reabilitação.

A partir do momento que no Brasil se passa a avaliar a deficiência desde as modulações sobre a funcionalidade e incapacidade humanas, as disciplinas físico ocupacionais como fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, vão ser incitadas - desde suas disposições tecno científicas ao cuidado e promoção a saúde - a se engajarem nesses espaços médico-sociais. Dizendo de forma simplificada, em muitos aspectos são essas disciplinas que dominam o conhecimento prático e teórico sobre a funcionalidade humana. Ao mesmo tempo que essa dimensão da funcionalidade tem modificado muitos direcionamentos e parâmetros do que é a própria reabilitação. Enquanto uma estância médico-terapêutica, a reabilitação também dá acesso a espaços que não são exatamente médicos ou terapêuticos - como as estâncias assistenciais e burocráticas dos governos. Melhor dizendo, estâncias como o INSS, por exemplo, não são estritamente médicas ou terapêuticas, mas se utilizam do conhecimento perito dos profissionais dessas áreas clínicas em confluência com os conhecimentos peritos do 'social'.

Os pontos importantes dessa discussão são como as elaborações em torno da noção de funcionalidade 1) amplificam e transformam as próprias diretrizes clínicas das intervenções em reabilitação – mais em algumas áreas do que outras – e 2) como também (em tese) se amplifica para além do perito médico a legitimidade de definir e classificar a deficiência para fins assistenciais

ou jurídicos – colocando profissionais da fisioterapia, da fonoaudiologia, da terapia ocupacional, da psicologia e assistência social também como peritos e tecnocratas da saúde da sociedade. obviamente que essa multidisciplinarização das equipes e avaliação pericial fazem bastante ressonância ao próprio modo avaliador característico da própria Reabilitação, que se caracteriza desde o seu início por uma visão ampliada e global do indivíduo sob análise (GRITZER; ARLUKE, 1985).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de um interesse específico na forma como são produzidas práticas clínicas na área da "Reabilitação Física", acabei interagindo com uma série de outras práticas e saberes relativos à própria reabilitação correlatas às dimensões contemporâneas de "representar e intervir" (HACKING, 1983) na deficiência e na Funcionalidade. Nesse sentido, a deficiência-funcionalidade emerge no entrecruzamento das dimensões: a) do cuidado profissional a saúde, b) na forma como a área da Reabilitação clínica se conforma a partir de disciplinas medicoterapêuticas autônomas e c) nas normatizações técnicas e burocráticas que, desde níveis globais e locais, tem buscado conceituar, classificar, definir, categorizar e operacionalizar essas noções - o que coliga as práticas clínicas e a distribuição dessas práticas nos "sistemas de saúde" e "sistemas de informação em saúde".

O meu foco em campo foi costurar relações e interações com agentes e usuários do local para poder assistir sessões de fisioterapia e terapia ocupacional. O objetivo foi acompanhar essas sessões para observar e descrever como essas "terapeutas físico ocupacionais" preparavam e operacionalizavam seus protocolos de atendimento. Teoricamente adentrei em campo buscando observar, nas contingências das rotinas de um ambulatório universitário, como as noções de funcionamento e Funcionalidade poderiam estar fazendo parte das práticas clínicas reabilitadoras atuais. Especificamente, esse interesse residiu na tentativa de compreender a possível incidência da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) nas práticas e saberes clínico-reabilitadores.

Das pistas teóricas e bibliográficas iniciais da relação entre as categorias de deficiência e funcionalidade e os desenvolvimentos empíricos e práticos do campo de pesquisa muitas coisas foram se entrecruzando e se aglutinando; outras coisas se distanciaram ou se separaram. Nesse sentido, não busquei encaixar determinados conceitos ou categorias nas práticas e relações que observei. Prestei atenção em quais momentos e situações determinados conceitos - deficiência, incapacidade, disfunção, funcionalidade - emergiam nas sessões terapêuticas propriamente ditas e nas minhas conversas, interações e participações como sociólogo em um espaço de promoção de saúde e de pesquisas científicas na área da Reabilitação.

Esse é um ponto que quero dar destaque, pois ele se relaciona ao modo como consegui realizar esse “experimento sociológico” de acompanhamento de práticas clínicas em reabilitação. O ponto é exatamente a forma como as práticas clínicas que observei e busquei minimamente descrever estão condicionadas a determinadas práticas universitárias brasileiras, como o ensino prático na área da saúde, os serviços de extensão comunitária e as práticas de pesquisa laboratorial, clínica e científica. Dessa forma, há uma certa hibridez que conforma o espaço do ambulatório universitário que frequentei etnograficamente.

Essa hibridez é múltipla, isto é, se dá em variadas dimensões: a) na forma em que os atendimentos reabilitadores se distribuem em linhas de cuidado, em “especialidades” distintas, mas que se coligam de forma complementar ou coordenada; b) como essa distribuição clínica emerge de uma “sinergia” entre fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais preocupadas em intervenções clínicas mais globais, integradas e multidisciplinares - desde o “matriciamento” do usuário no ambulatório; e c) como muitos dos entendimentos sobre a necessidade de uma clínica terapêutica horizontal e compartilhada - equipes multidisciplinares, formalizações de interconsulta e discussões coletivas de casos e problemáticas médico-sociais de usuários do serviço - emergem da atual conexão laboratorial das pesquisas acadêmicas da fisioterapia e da terapia ocupacional.

De maneira geral, um protocolo terapêutico é uma rotina, uma programação de etapas a serem seguidas pelos terapeutas para aplicar a técnica teoricamente proposta e monitorá-la em seus resultados em função do tempo. Dessa forma, uma série de conceitos, definições, métricas, qualificadores, padrões emergem nesse processo de “tradução” de um instrumento clínico e que envolve de forma complexa resultados clínicos e laboratoriais de um tratamento terapêutico. O protocolo especificamente apresentado no evento que acompanhei era desenvolvido para pessoas com disfunções neuromotoras em membros superiores. Pessoas caracterizadas como possuindo “deficiências” ou “limitações funcionais” que desencadeavam efeitos negativos nas atividades cotidianas dos indivíduos.

Ao mesmo tempo da necessidade de mensurar o resultado clínico do tratamento terapêutico, o que pesquisador também apontou foi a necessidade de monitorar os resultados científicos do próprio instrumento sob uso. Nesse sentido, o uso clínico de um instrumento terapêutico para recuperar ou

“recondicionar” determinados movimentos corporais poderia passar pelo escrutínio científico de comparação entre variadas aplicações, monitoramentos e resultados de um protocolo reabilitador. Em outras palavras, não eram somente os pacientes de um serviço reabilitador que precisavam ser avaliados antes e depois de um tempo de tratamento para saber o quanto ele tem sido “eficaz” ou “eficiente”; o que também está sob avaliação é a forma como as técnicas e instrumentos protocolares de reabilitação físico-motora podem ser cientificamente comprovados em seu “desempenho”.

Nesse ponto, a deficiência era sinônimo de disfunção ou limitação/incapacidade funcional; dimensões que apontavam desajustes entre as possibilidades físicas, cognitivas e sensoriais dos indivíduos em seus ambientes domésticos e coletivos. A Funcionalidade, nesse contexto, não seria oposta à deficiência (enquanto disfunção corporal), mas é aquilo que pode ser “manobrado” pelos terapeutas e por determinadas práticas reabilitadoras. Pode ser “manobrado”, ou “recondicionado”, pois a Funcionalidade é o intervalo entre o indivíduo e seu ambiente, entre um tipo de “funcionamento” corporal específico (inclusive “funcionamentos disfuncionais”) e fatores contextuais (culturais e ambientais). O desajuste entre indivíduo e sociedade, nesse caso, seria a deficiência enquanto Incapacidade.

Em linhas gerais, o ponto diferencial deste setor de atendimento do Ambulatório Universitário é a tentativa de uma gestão clínica compartilhada entre fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Em outros termos, a tentativa das profissionais de saúde no espaço terapêutico é a de imprimir rotinas de atendimentos clínicos que se produzam em cooperação e coordenação, principalmente entre as fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Assim, além dos tratamentos reabilitadores feitos especificamente por cada linha de cuidado, são ofertadas sessões de terapia em que fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais trabalham em conjunto. Esse trabalho em conjunto pressupõe a experimentação de um imbricamento entre as disciplinas que se dá desde as avaliações iniciais de um usuário do serviço, perpassando pelo acompanhamento e registro da evolução clínica do paciente e pelas discussões coletivas de casos complexos.

A área da Reabilitação clínica se conforma a partir de disciplinas médico-terapêuticas autônomas. O livro *The Making of Rehabilitation* (GRITZER; ARLUKE, 1985) nos oferece um panorama dos desenvolvimentos técnicos e

profissionais do que os autores chamam de "medicina da reabilitação". De certa maneira, o foco do livro é contextualizar e mostrar como algumas especialidades médico-terapêuticas foram emergindo e se modificando desde a virada do século XIX até o último quarto de século XX nos EUA. Esses movimentos acabaram por aglutinar médicos e técnicos em torno de práticas concentradas na ideia de "reabilitação", em contraponto às dimensões da medicina curativa.

Os autores situam sua análise entre os anos 1880-1890 e 1970-1980, principalmente a partir dos desenvolvimentos médicos estadunidenses. O livro traz a figura do médico ("*physician*") que, a partir de meados do século XIX, passou a investir nos recentes métodos elétricos de terapia corporal. Concomitantemente aos desenvolvimentos de terapias com correntes elétricas, outras formas de tratamento foram ganhando destaque sistemático entre esses médicos: dietas, exercícios, massagens, banhos, vapores.

Os médicos que empregam esses métodos terapêuticos não cirúrgicos começam a se denominar de eletroterapeutas ou médicos terapeutas físicos (*physical therapists physicians*). Desde o período entre guerras no século XX a medicina físico-terapêutica se autonomiza da ortopedia cirúrgica - que até então detinha o domínio das intervenções terapêuticas ditas "corretoras" (COOTER, 1993). A partir dos anos 1940 os médicos terapeutas físicos passam a ser conhecidos desde uma especialidade médica distinta, a fisioterapia (GRITZER; ARLUKE, 1985, p. 12).

Dessa disputa entre métodos cirúrgicos e não cirúrgicos de tratamento, instâncias técnicas e de suporte a esses métodos emergiam. Esse foi o caso dos "técnicos de terapia física", que foram se distanciando das disciplinas cirúrgicas, como a ortopedia, e se aproximando das modalidades não cirúrgicas, como a medicina físico-terapêutica. Segundo Faria (2010), a dimensão da reabilitação oficialmente teria emergido da fisioterapia. Nesse sentido, a reabilitação se diferencia de outras especialidades clínicas por olhar de forma holística o paciente em necessidade de tratamento. Esse holismo tem a ver com o conjunto complexo e integrado de desenvolvimento orgânico dos indivíduos: seu físico, seu psicológico e seu social:

A Medicina de Reabilitação constitui-se como especialidade médica há cerca de 60 anos, para providenciar cuidados para as pessoas com deficiência, desenvolvendo o seu potencial funcional e promovendo a sua reintegração familiar, profissional e social. A especialidade tinha desde logo uma visão

holística do indivíduo, valorizando não apenas a vertente física da sua condição, mas também os aspectos psicológicos e sociais que poderiam interferir na sua recuperação (FARIA, 2010, p. 45).

Na segunda metade do século XX, os fisiatras passaram a deter a organização médico-social dos trabalhos "técnicos" que suportavam a especialidade. Esse é o caso dos terapeutas físicos (fisioterapeutas) e das terapeutas ocupacionais. Ao longo da segunda metade do século XX a fisioterapia e a terapia ocupacional se tornaram disciplinas acadêmicas autônomas da clínica fisiátrica. Contudo, os exercícios, treinos e técnicas físico-ocupacionais utilizados por fisiatras, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas são anteriores aos desenvolvimentos dessas áreas como disciplinas específicas. Ao mesmo tempo, as áreas técnicas que se processaram, ao longo da primeira metade do século XX, como fisioterapia e terapia ocupacional possuem uma emergência anterior ao próprio desenvolvimento disciplinar da fisioterapia, enquanto medicina física ou medicina da Reabilitação.

Na realidade é mais plausível pensarmos em termos de coprodução (JASANOFF, 2004) os desenvolvimentos das técnicas e saberes reabilitadores disciplinados ao longo do século XX. Em outras palavras, trabalho com o argumento que a dimensão disciplinar do que denominamos como "Reabilitação" é um conjunto de práticas e saberes médico-sociais difusos que se aglutinaram especificamente entre o final do século XIX e primeira metade do século XX.

As colocações de Faria (2010) sobre a emergência da Reabilitação a partir da formalização da disciplina médica da fisioterapia é interessante aqui para apontar uma problemática de algumas análises 'sociológicas' sobre o modelo social da deficiência. Muitas análises tendem a pensar a fisioterapia e as práticas reabilitadoras dentro de um estrito modelo biomédico da 'saúde-doença'. Especificamente penso em algumas críticas que poderíamos alocar dentro dos 'disability studies' e que apontam a reabilitação e a medicina como faces do mesmo modelo biomédico da doença (disease), que teria se transplantado para a compreensão da deficiência (impairment/disability).

A principal crítica a esse modelo é sua objetificação do corpo individual, retirado de seu contexto subjetivo e social. O modelo médico, ou reabilitador, somente veria o corpo falho, doente, e somente nele intervém, sem outras preocupações. Contudo, o texto de Faria nos dá a possibilidade de matizarmos melhor as considerações sociológicas sobre as dicotomias entre modelos da

deficiência. Obviamente que a crítica da objetificação corporal das disciplinas médicas corresponde a todo um processo de individualização dos processos orgânicos humanos. Entretanto, essa individualização biomédica não é anterior aos processos sociais e coletivos em que a própria medicina historicamente se assenta.

De maneira bem ampla, há um entendimento de que em determinados lugares se produzem tratamentos reabilitadores pautados em modelos biopsicossociais da saúde. Há uma relação íntima entre a saúde, como um "produto", e as dimensões biológicas, psíquicas/comportamentais e sociais do indivíduo e das populações. A Funcionalidade humana é uma interação ótima entre as funções biopsíquicas do indivíduo e suas funções sociais (social aqui entendido como um composto de indivíduos, ambientes, coletivos e comunidades).

Resumindo o exposto, estão sendo colocadas em práticas clínicas determinadas compreensões sobre formas mais eficazes e eficientes de reabilitação. Nessa direção há uma tendência de "desmedicalização" desses tratamentos, inclusive nas áreas que são consideradas "clássicas" da Reabilitação - como as intervenções clínicas. Nesse sentido, a reabilitação não é mais exclusivamente vista como uma dimensão de correção e normalização física e cognitiva de determinados indivíduos. A reabilitação atualmente também se preocupa em promover, melhorar ou otimizar a funcionalidade de indivíduos que antes eram considerados "severamente incapazes" (*severely disabled*). É com essa preocupação em torno da promoção da Funcionalidade que as próprias disciplinas reabilitadoras, como a terapia ocupacional e a fisioterapia, se "desmedicalizam" - no sentido de disputarem legitimidade sobre as dimensões biológicas, psicológicas e sociológicas dos seus pacientes com os saberes médicos.

As profissões paramédicas, como muitas vezes são consideradas as áreas da enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fazem parte tanto da própria constituição da Reabilitação, enquanto um campo da saúde pública, como dos preceitos clínicos que tornaram possíveis a própria disciplina fisiátrica. Se considerarmos que a fisioterapia, ou Medicina da Reabilitação, é uma espécie de medicina física advinda da associação entre fisiologistas e ortopedistas desde o final do século XIX, as enfermeiras podem ser consideradas como as precursoras de práticas que se tornaram técnicas terapêuticas de "recuperação

física". Essas técnicas acabaram se disseminando a partir de várias disputas técnicas e teóricas ao longo da primeira metade do século XX e abriram espaço para a emergência e consolidação das profissões que hoje conhecemos como terapia ocupacional e fisioterapia. A Terapia Ocupacional, inclusive, tem uma emergência muito próxima das áreas psicológicas e educacionais ligadas a dimensão vocacional/profissional relativas ao que se chamava "laborterapia".

Em suma, a própria fisioterapia, enquanto uma disciplina médica, já tem a preocupação de ser "desmedicalizada". Entretanto, como alerta Foucault (1998), não há medicina que não se "desmedicalize", uma vez que não há medicina, ou clínica médica, que não seja "social"⁵⁶. É exatamente nessa expansão desmedicalizada da medicina em outros saberes e práticas sobre a saúde humana e coletiva que particularmente me interessa sociológica e antropológicamente.

As problemáticas em torno da Reabilitação têm a ver com a exata produção de uma materialidade e de uma subjetividade deficiente específica, e talvez historicamente localizável. Em outro sentido, a pessoa com deficiência do século XXI também é uma produção ambígua das instituições, discursos e práticas reabilitadoras.

Talvez a tendência do nosso século se diferencia da tendência do século anterior exatamente no que se constitui como disciplina reabilitadora. Se no século XX a reabilitação estava muito atrelada às dimensões das definições de doença, às práticas e técnicas reabilitadoras, atualmente emparelhadas com os avanços científicos, apontam para práticas e discursos que se atrelam agora às condições de saúde (vigilância x controle).

Me parece se constituir um paradoxo ou uma contradição: existe, sim, um aparato 'biopolítico' (médico-social-jurídico) que modulou a reabilitação ao longo do século XIX e meados do XX. A partir dessa data, a regulação 'da própria vida'⁵⁷ (HARAWAY, 1997, p. 12) passa a níveis 'moleculares' - o que Haraway chama de 'tecnobiopolítica' (a produção Mútua de 'vida' e 'tecnologia' através de dispositivos disciplinares e reguladores das populações). Essa metamorfose, tanto produz a deficiência de 'fora para dentro' (vigilância) quanto de 'dentro para

⁵⁶ Ver também: ZORZANELLI; CRUZ, 2018.

⁵⁷ Life itself is life enterprised up, where, in the dyspeptic version of the technoscientific soap opera, the species becomes the brand name and the figure becomes the price. Ironically, the millennialian fulfilment of development is the excessive condensation of implosion. (HARAWAY, 1997, p. 12)

fora' (disciplina). Traduzindo: por mais que o fundamento dessas instituições seja tratar a deficiência, elas não conseguem fazer com que a deficiência desapareça por completo; pelo contrário, nesses locais também se produz 'deficiência', mesmo que como 'resíduo\espectro\ausência'.

Em minhas análises tenho tentado pensar essa mutação nos discursos reabilitadores correlatas a expansão, nos anos 2000, de debates sobre novas formas de se avaliar tecnicamente a deficiência/incapacidade e definir quem é uma pessoa com deficiência. Nesse sentido, é possível pensarmos a categoria deficiência como uma categoria burocrática distintiva produzida pelo próprio 'estado' e que se torna parâmetro fundamental para o acesso e elegibilidade a serviços públicos e governamentais (STONE, 1984).

No Brasil, nos últimos 40 anos, é possível perceber o encaminhamento dessas mutações na forma de 'avaliar' e 'definir' o indivíduo e a população com deficiência por meio da introdução de outras modalidades de classificação humana – o que efetivamente tem ocorrido nos últimos 10-15 anos com o aprofundamento da implementação da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde, a CIF.

Durante os anos 1980 e 2000 a CIF foi modulada como uma certa mescla entre o modelo médico da deficiência e o modelo social. A dimensão interativa entre corpo e sociedade na produção das 'incapacidades' se tornou minimamente oficial e amplificada por organismos supranacionais, como a OMS, ONU - sem esquecer dos interesses do *World Bank* na questão. É preciso elaborar melhor isso, mas desde então a CIF vem se transformando em parâmetro oficial para dizer quem é ou não pessoa com deficiência, ao mesmo tempo que passa a ser considerada quase um parâmetro antagônico às dimensões anteriores que a definiam - no caso as dimensões de doença classificadas na CID.

Em termos médico-sociais, a deficiência deixa de ser uma consequência da doença, para ser vista como um qualitativo dos componentes de saúde que envolvem uma determinada pessoa ou população. A CIF, é na verdade, uma forma de colocar a deficiência em termos espectrais, em uma perspectiva gradiente, a partir do mapeamento das funcionalidades específicas de um corpo individual em interação com um determinado ambiente. Aqui a dimensão de limitações corporais e barreiras sociais se fazem presentes. Em termos linguísticos portugueses, a noção de deficiência, aqui no Brasil, pode tanto ser

traduzida como uma limitação corporal, quanto pode ser traduzida como uma barreira social.

Não é que a CID perde importância nas definições oficiais da deficiência para a CIF, mas as classificações são complementares. A partir da classificação das incapacidades e funcionalidades corporais há a uma ampliação das possibilidades de definição da deficiência a partir de níveis de mensuração funcional, que envolve a dimensão **biopsicossocial** do indivíduo sob análise. É nesse sentido que a ideia de uma gradação da deficiência-capacidade se torna possível, isto é, o indivíduo pode apresentar níveis diferenciados de limitação funcional. Limitação funcional é um termo que, especificamente, retiro das práticas e discursividades do meu campo de pesquisa e pode ser também pensado como deficiência/incapacidade/limitação, em uma tradução de *disability*.

A dúvida é: o quanto essa “limitação funcional” tem sua emergência no movimento de colisão e interação entre o indivíduo e a sociedade e o quanto há de resquício tecno-analítico de que as limitações funcionais, na verdade, emanam exclusivamente do corpo dos indivíduos. Retomando o exposto até aqui: As instituições reabilitadoras, de forma contraditória ou paradoxal, ao buscarem tratar e prevenir a deficiência e incapacidade, as acabam produzindo à revelia.

Dessa forma, temos a formalização de indivíduos que permanecem sendo considerados 'deficientes', mas que podem ser considerados extremamente funcionais e capazes - dentro dos parâmetros da CIF. É aqui que somos obrigados, enquanto pesquisadores sociais, a interpretar minimamente o debate político que se coloca nessa situação: temos cada vez mais o desenvolvimento do que é chamado Reabilitação Baseada em Evidências. Essa prática clínica, organizada por discussões científicas, tenta exatamente demonstrar como as práticas e técnicas reabilitadores produzem efetivamente corpos mais funcionais ou mais capazes. Contudo, essa maior funcionalidade individual não exatamente passa por um retorno a uma 'funcionalidade' perdida, mas ópera também na lógica da possibilidade de preparar o indivíduo para explorar suas capacidades já existentes com o corpo que possui.

Acredito que a ideia de “diversidade funcional” se faça necessária de ser explorada. Em termos políticos, a noção de diversidade funcional tenta garantir uma outra forma de se nomear aquilo que atualmente chamamos de deficiência.

Dentro desse escopo, as pessoas com deficiência, na verdade, 'funcionam' de maneira diversificada perante as pessoas 'sem deficiência'. Ser 'diverso funcional', portanto, não é ser anormal, mas apenas estar incluso em uma variação dos espectros funcionais que o corpo humano pode performar. Mas percebam que a cisma identitária não deixa de existir: são as pessoas com deficiência, de um local específico (da Espanha), que estão buscando renomear sua condição identitária (*discapacidad, minus-valia*) a partir de uma outra terminologia, mas que ainda mantém uma linha divisória entre aqueles que são ou não diversos funcionais.

Na minha interpretação, estudando as produções sobre funcionalidade e deficiência em comparação com o desenvolvimento dessa terminologia da diversidade funcional, me parece que o problema está exatamente continuar mantendo um grupo como base manifesta da diferenciação. Se formos levar exatamente à risca os novos parâmetros de classificações funcionais que estão cada vez mais penetrando nos aparatos estatais e governamentais de avaliação corporal e social, temos que todo e qualquer ser humano vai possuir um nível ou um grau de funcionalidade "biopsicossocial" específico, diverso.

Como o próprio documento oficial da CIF coloca, a avaliação funcional não serve somente para pessoas com deficiência, mas para avaliar todo e qualquer corpo de forma biopsicossocial. Nesses domínios, a noção de funcional, que engloba as noções de funcionamento e funcionalidade, é tanto uma metáfora, que indica algum tipo de ação coordenada, mas também um conceito que se atrela a consideração de que o corpo humano é um conjunto integrado a uma dinâmica regular orgânica e ambiental. Em termos um pouco mais sociológicos: o indivíduo pode ser uma metáfora orgânica, e o organismo pode ser uma metáfora individual; assim como o conceito de sociedade e ambiente. Contudo, mesmo os organismos-indivíduos-ambientes-sociedades funcionando para si, não há organização ou individualidade sem funcionamento entre si, isto é, sem a relação entre múltiplos tipos de organismos nas mais variadas formações organizacionais.

Quando a metáfora do organismo fechado serve para explicar o indivíduo em sociedade, o que efetivamente se perde é que esse indivíduo não é uma existência independente das condições materiais em que ele se produziu, muito menos essas condições se dão entre 'organismos' acabados e 'completos' em organizações rigidamente pré-determinadas. Relações sociais se dão entre

agentes orgânicos e inorgânicos humanos e inumanos em constante simbiose e entrelaçamento:

[...] os organismos são feitos como objetos de conhecimento em práticas transformadoras do discurso científico por atores particulares e sempre coletivos em tempos e lugares específicos. [...] Organismos são encarnações biológicas; como entidades técnico-naturais, não são plantas, animais, protistas etc. pré-existentes, com limites já estabelecidos e aguardando o tipo certo de instrumento para notá-los corretamente. Os organismos emergem de um processo discursivo. A biologia é um discurso, não o próprio mundo vivo. Mas os humanos não são os únicos atores na construção das entidades de qualquer discurso científico; máquinas (delegados que podem produzir surpresas) e outros parceiros (não "objetos pré ou extra-discursivos", mas parceiros) são construtores ativos de objetos científicos naturais. Como outros corpos científicos, os organismos não são construções ideológicas. A questão toda sobre a construção discursiva é que não se trata de ideologia. Sempre radicalmente específicos historicamente, sempre vivos, os corpos têm um tipo diferente de especificidade e efetividade; e, portanto, convidam a um tipo diferente de engajamento e intervenção (HARAWAY, 1992, p. 298)⁵⁸.

Ainda, a ideia de diversidade funcional tenta fazer uma modulação sobre a deficiência buscando a colocar dentro de um espectro possível da própria humanidade. A funcionalidade corporal fica no polo cultural, moldável e variável, enquanto a base estrutural dessa variação é o organismo, compreendido como substrato universal do que vem a ser humano⁵⁹.

Acredito que se olharmos a deficiência pelo prisma da diferença, teríamos exatamente que pensar que a dimensão de uma universalidade humana,

⁵⁸ organisms are made as objects of knowledge in world-changing practices of scientific discourse by particular and always collective actors in specific times and places. [...] Organisms are biological embodiments; as natural-technical entities, they are not pre-existing plants, animals, protistes, etc., with boundaries already established and awaiting the right kind of instrument to note them correctly. Organisms emerge from a discursive process. Biology is a discourse, not the living world itself. But humans are not the only actors in the construction of the entities of any scientific discourse; machines (delegates that can produce surprises) and other partners (not "pre- or extra-discursive objects," but partners) are active constructors of natural scientific objects. Like other scientific bodies, organisms are not ideological constructions. The whole point about discursive construction has been that it is not about ideology. Always radically historically specific, always lively, bodies have a different kind of specificity and effectivity; and so they invite a different kind of engagement and intervention.

⁵⁹ importante dizer que a ideia de humano ainda é aquela relativa às dimensões iluministas e esclarecidas, do século XVIII-XIX, que surgem na Europa principalmente após o século XVI com o Renascimento. O indivíduo em seu ápice iluminista é aquele que é tomado pelo humanismo etéreo da liberdade, igualdade e fraternidade. Essa individualidade emerge exatamente na estruturação Liberal daquilo que ficou como conhecido "estado moderno".

baseada em dimensões 'orgânicas', já parte de mediações que passam como 'reflexo' da realidade. Entretanto, pode ser que o organismo não seja algo passivo em que a cultura penetra, mas que ambos se constituem mutuamente através do que Haraway chama de 'aparatos de produção corporal'. Dessa forma, não há um universalismo material "corporal" que é base de toda 'diversidade humana' a partir de uma 'natureza espectral', mas a possibilidade de produção "biotecnopolítica" do que é propriamente 'natural' ou 'biológico':

[...] corpos como objetos de conhecimento são nós geradores semióticos materiais. Suas fronteiras se materializam na interação social entre humanos e não humanos, incluindo as máquinas e outros instrumentos que mediam as trocas em interfaces cruciais e que funcionam como delegados para funções e propósitos de outros atores. "Objetos" como corpos não preexistem como tais. Da mesma forma, a "natureza" não pode pré-existir como tal, mas sua existência também não é ideológica. A natureza é um lugar-comum e uma poderosa construção discursiva, efetivada nas interações entre atores material-semióticos, humanos ou não. A localização/observação de tais entidades não se trata de descoberta desengajada, mas de estruturação mútua e geralmente desigual, de assumir riscos, de delegar competências (HARAWAY, 1992, p. 298)⁶⁰.

Portanto, o nó específico que busquei apresentar é que passamos por um aprofundamento, precedido de múltiplas mutações ao longo do século XX, em torno das definições oficiais do que é deficiência. Apesar de eu não estar pesquisando deficiência em si, de certa maneira foi impossível não a tocar quando pensamos a produção de funcionalidades e (in)capacidades humanas. A projeção e materialização de um campo de pesquisa em que eu pude observar minimamente como se modulam as intervenções corporais que visam capacitar corporalmente determinados indivíduos, me auxiliou nesses fundamentos mais abstratos e teóricos que pontuei. Em outros termos, é em torno dos corpos disfuncionais, deficientes, limitados, que protocolos de desenvolvimento

⁶⁰ [...] bodies as objects of knowledge are material semiotic generative nodes. Their boundaries materialize in social interaction among humans and non-humans, including the machines and other instruments that mediate exchanges at crucial interfaces and that function as delegates for other actors' functions and purposes. "Objects" like bodies do not pre-exist as such. Similarly, "nature" cannot pre-exist as such, but neither is its existence ideological. Nature is a commonplace and a powerful discursive construction, effected in the interactions among material-semiotic actors, human and not. The siting/sighting of such entities is not about disengaged discovery, but about mutual and usually unequal structuring, about taking risks, about delegating competences.

humano, baseados em índices e teorias de funcionalidade, são aplicados e, fundamentalmente, produzidos no cotidiano de 'máquinas resolvidoras de problemas'.

Esse ponto da produção, a partir do meu campo, se deu no nível político-científico: o Ambulatório Universitário é um local de atendimento e cuidado à saúde de média complexidade e um laboratório de pesquisas e práticas de formação profissional. Assim, são "produzidos" no local corpos capazes e/ou deficientes, individuais e coletivos. No mesmo ambiente também se inter cruzam as "produções" das corporalidades e subjetividades das agentes de saúde que vão mediar uma série de outras informações na rede pública e privada de cuidado brasileira. Além de ser também um lugar em que a saúde e o cuidado estão em constante manejo e modulação.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBRECHT, Gary L. & SEELMAN, Katherine D. & BURY, Michael. Introduction: The Formation of Disability Studies. In:_____. (eds.). **Handbook of Disability Studies**. SAGE Publications, 2001.

ALMEIDA, Marta Carvalho. **Saúde e reabilitação de pessoas com deficiência**: políticas e modelos assistenciais [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. 2000.

ANJOS, Clarissa Cotrim dos. Experiência da CIF - interação entre ensino e serviço. In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina (Orgs.). **Implantando A CIF - O Que Acontece Na Prática?** WAK Editora, 2017.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 5, supl. 1, p. 28-42, nov. 2002.

BARAD, Karen. Getting real: technoscientific practices and the materialization of reality. **Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies**.10 (2): 1998.

BARROS, Fabio Batalha Monteiro de. Fisioterapia, poliomielite e filantropia - a ABBR e a formação do fisioterapeuta no Rio de Janeiro (1954-1965). Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2009.

BECKER, Howard S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. Terceira edição. Editora HUCITEC, São Paulo, 1997.

_____. **Falando da sociedade**: ensaios sobre as diferentes maneiras de representar o social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009

BECKER, Howard S., GEER, Blanche. Participant Observation and Interviewing: A Comparison. **Human organization** 16 (3) pp. 28-32, September 1957.

BHABHA, Homi K. O pós-colonial e o pós-moderno. In. **O Local da Cultura**. Ed. UFMG: Belo Horizonte, 1998.

BIEHL, João. Antropologia no campo da saúde global. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 17, n. 35, p. 227-256, 2011

BIZ, Maria Cristina. envelhecimento populacional e a importância dos dados epidemiológicos sobre funcionalidade. In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina (Orgs.). **Implantando A CIF - O Que Acontece Na Prática?** WAK Editora, 2017.

BOLTON, Derek; GILLET, Grant. The biopsychosocial model 40 years On. In. BOLTON, Derek; GILLET, Grant (eds.). **The Biopsychosocial Model of Health and Disease - New Philosophical and Scientific Developments**. Palgrave Pivot, 2019

BORRELL-CARRIÓ, Francesc; SUCHMAN, Anthony L.; EPSTEIN, Ronald M. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. **Ann Fam Med**. Nov; 2(6): 576–582. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_deficiencia.pdf.

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Instituída Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jul. 2015a. Disponível em: “http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm”

_____. **Redes Estratégicas do SUS e Biopolítica**: cartografias da gestão de políticas públicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

BRAH, Avtar. Diferença, Diversidade, Diferenciação. **Cadernos Pagu** (26), janeiro-junho, pp.329-376. 2006.

BRÉGAIN, Gildas. As Temporalidades Das Políticas Públicas Da Deficiência - Uma Análise Cruzada Entre Argentina E Brasil. **Rev. hist. comp.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 111-147, 2015.

_____. Pour une histoire du handicap au xxe siècle. Approches transnationales (Europe et Amériques), Rennes, PUR, coll. 2018.

BRITO, Taciana Duarte De Queiroz; OLIVEIRA, Ana Raquel de; EULALIO, Maria Do Carmo. Deficiência física e envelhecimento: estudo das representações sociais de idosos sob reabilitação fisioterápica. **Av. Psicol. Latinoam.**, Bogotá, v.33, n.1, pp.121-133, Jan. 2015. Available from

“http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242015000100009&lng=en&nrm=iso”. access on 15 Aug. 2016.

BUTLER, Judith. **Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"**. Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós, 2002.

_____. **Problemas de Gênero: Feminismo e Subversão da Identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003

CAMPBELL, Fiona Kumari. **Contours of Ableism: The Production of Disability and Aabledness**. Palgrave\McMillan, 2009.

CARDOSO DE OLIVEIRA, L. R. Pesquisas em versus pesquisas com seres humanos. In: VÍCTORA, C. et al. **Antropologia e ética: o debate atual no Brasil**. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2004. p. 33-44.

CARVALHO, Marcos Castro. Metamorfoses do humano: experimentações etnográficas em um laboratório de neurociência. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administra) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

_____. Do ultrassom e seus corpos: tra(ns)duções e práticas de conhecimento em um laboratório universitário. Tese (doutorado) – UFRJ/ Museu Nacional/ Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 2015.

CASTANEDA, Luciana; GUIMARÃES, Fernanda; CASTRO, Shamy de. O panorama de utilização da CIF no contexto da reabilitação e do cuidado em saúde – onde estamos? In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina (Orgs.). **Implantando A CIF - O Que Acontece Na Prática?** WAK Editora, 2017.

CHARLTON, James L. **Nothing About Us Without Us: Disability Oppression and Empowerment**. University of California Press; New Ed edition, 2000

CLARKE et al. Biomedicalization - Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. **American Sociological Review**, Vol. 68, No. 2, pp. 161-194, 2003.

CONNELL, Raewyn. Southern Bodies and Disability: re-thinking concepts. **Third World Quarterly** Vol. 32, Iss. 8, 2011.

CHUN, Regina; ZERBETO, Amanda; ZANOLLI, Maria. Utilização da CIF em crianças e adolescentes com alterações de linguagem: pesquisa e prática em fonoaudiologia. In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina (Orgs.). **Implantando A CIF - O Que Acontece Na Prática?** WAK Editora, 2017.

COCKELL, Fernanda; AVEIRO, Mariana; BAGATELLI, Silvia. Interação

entre o ensino e o serviço na gestão de afastamentos por distúrbios músculoesqueléticos: funcionalidade e incapacidade. In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina (Orgs.). **Implantando A CIF - O Que Acontece Na Prática?** WAK Editora, 2017.

COOTER, Roger. **Surgery and Society in Peace and War - Orthopaedics and the Organization of Modern Medicine, 1880–1948**. London: Macmillan, 1993.

CORDEIRO, Eduardo Santana. Funcionalidade, desenvolvimento, humano, uso estatístico e pequeno histórico de envolvimento. In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina (Orgs.). **Implantando A CIF - O Que Acontece Na Prática?** WAK Editora, 2017.

COSTA, Antonio José Leal. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de - Domicílios PNAD, Brasil, 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.4, p. 927-940, dez. 2006. Disponível em “http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400015&lng=pt&nrm=iso”. acesso em 01 out. 2016.

CUETO, Marcos; BROWN, Theodore M; FEE, Elizabeth. **The World Health Organization - A History**. Cambridge: Cambridge University Press, 2019.

DAVIS, Lennard J. **Enforcing Normalcy: Disability, Deafness, and the Body**. New York: Verso, 1995

_____. Crips Strike Back: The Rise of Disability Studies. **American Literary History**, Vol. 11, No. 3 (Autumn, 1999), pp. 500 - 512

DE MARTINI, André. Reabilitação, ética e técnica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p.2263-2269, abr.2011. Disponível em “http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400025&lng=pt&nrm=iso”. acesso em 15 ago. 2016

DI NUBILA, Heloisa B. V. Aplicação das classificações CID-10 e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

_____. **Revista brasileira de Saúde ocupacional**, São Paulo, 35 (121): 122-123, 2010

DIAS, J.; COSTA, L. F.; GUGEL, M. A.; COSTA FILHO, W. M. (Org.). **Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. 3ªed. Brasília: SNPD-SDH/PR, v. 1, 2014.

DINIZ, Débora. **O Que É Deficiência**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.

DINIZ, Débora; CORRÊA, Mariza. Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 3, p. 679-688, 2001.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; SQUINCA, Flávia. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10):2507-2510, out, 2007.

DREYFUSS, Henry. **Designing for People**. New York: Allworth Press, 2003 (Kindle edition).

ELMAN, Julie Passanante. **Chronic Youth - Disability, Sexuality, and U.S. Media Cultures of Rehabilitation**. NEW YORK UNIVERSITY PRESS: New York and London, 2014.

FARIA, Filipa. Physical and rehabilitation medicine in the XXI century - challenges and opportunities. **ACTA FISIATR**. 17(1), 2010

FAVRET-SAADA, Jeanne. “Ser afetado”. **Cadernos de Campo**, n. 13, pp. 155-161, 2005.

FÉLIX, Mauro Antônio. Funcionalidade humana e a educação em fisioterapia: reflexões necessárias na contemporaneidade a luz da formação na graduação. In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina (Orgs.). **Implantando A CIF - O Que Acontece Na Prática?** WAK Editora, 2017.

FONSECA, Claudia. O anonimato e o texto antropológico: Dilemas éticos e políticos da etnografia 'em casa'. In: SCHUCH; VIEIRA e PETERS (orgs.). **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2010. pp. 205-227.

FOUCAULT, Michel. Historia de la medicalización. FOUCAULT, Michel (Aut.); Organizacion Panamericana De La Salud (org.). **Medicina E Historia - El Pensamiento de Michel Foucault**. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organizacion Mundial De La Salud, 1978.

_____. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

_____. **História da Sexualidade I: A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

_____. O Nascimento da Medicina Social. In: FOUCAULT, Michel (aut.); MACHADO, Roberto (org. e trad.). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998.

_____. Sobre a História da Sexualidade. In: FOUCAULT, Michel (aut.); MACHADO, Roberto (org. e trad.). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998b.

GARCIA, Rafael, Efeitos de terapia por contensão induzida modificada na funcionalidade e no desempenho ocupacional pós-AVC: estudo randomizado controlado. Dissertação de mestrado apresentada Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar, 2018

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2003.

GAVÉRIO, Marco Antonio. "**Que Corpo Deficiente É Esse?**": Notas Sobre Corpo e Deficiência Nos Disability Studies. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.

_____. Medo de um Planeta Aleijado? Notas Para Possíveis Aleijamentos Da Sexualidade. **Áskesis** - Revista dos Discentes do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar, v. 4, p. 103-117, 2015a.

_____. **Estranha Atração: A Criação de Categorias Científicas para Explicar os Desejos pela Deficiência**. Dissertação (Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Sociologia) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: LTC; 1988. (Tradução de Mathias Lambert)

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. 7ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2007.

GRITZER, Glenn; ARLUKE, Arnold. **The making of rehabilitation. A political economy of medical specialization, 1890–1980**. Berkeley, Los Angeles, and London, University of California Press, 1985.

GROCE, Nora Ellen. **From Charity to Disability Rights: Global Initiatives of Rehabilitation International, 1922-2002**. Rehabilitation International. University of Michigan Press. 2002.

GUILLEMIN, Marilys; BARNARD, Emma. George Libman Engel: The Biopsychosocial Model and the Construction of Medical Practice. COLLYER, Fran (ed.). **The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and**

Medicine. Palgrave Macmillan, London, 2015.

HACKING, Ian. **Representing and Intervening, Introductory Topics in the Philosophy of Natural Science.** Cambridge University Press, Cambridge, UK, 1983.

_____. **The Taming of Chance.** Cambridge University Press. 1990.

HARAWAY, Donna Jeanne. A manifesto for cyborgs - Science, technology, and socialist feminism in the 1980s. **Australian Feminist Studies**, V. 2, N.4, 1987.

_____. The Promises of Monsters: A Regenerative Politics for Inappropriate/d Others. In: GROSSBERG, Lawrence; NELSON, Cary; TREICHLER, Paula A. (eds.). **Cultural Studies.** New York; Routledge, 1992.

_____. Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. **Feminist Studies**, Vol. 14, No. 3 (Autumn, 1988).

_____. **Modest Witness@Second Millennium.FemaleMan®Meets OncoMouse™** : Feminism and Technoscience. New York/London; Routledge, 1997.

_____. Manifesto Ciborgue: Ciência, Tecnologia e Feminismo-Socialista no Final do Século XX. IN. SILVA, Tomaz Tadeu da. (org. e trad.). **Antropologia do Ciborgue: As Vertigens do Pós-Humano** - Hari Kunzru e Donna Haraway. Editora Autêntica – Belo Horizonte – 2000

HARLOS, Franco Ezequiel. **Sociologia da deficiência: Vozes Por Significados E Práticas (Mais) Inclusivas.** São Carlos: UFSCar/PPGES, 2012.

HERSCHBACH, Lisa. Prosthetic Reconstructions - Making the Industry, Re-making the Body, Modelling the Nation. *History Workshop Journal*, Volume 44, Issue 1, pp. 22–57. 1997.

JASANOFF, Sheila. The idiom of co-production. In: JASANOFF, Sheila (Ed.). **States of knowledge - the co-production of science and social order.** Routledge: London/NY, 2004.

KAFER, Alison. **Feminist, Queer, Crip.** Bloomington: Indiana University Press, 2013. Kindle Edition.

KIM, Joon Ho. **O Estigma Da Deficiência Física E O Paradigma Da Reconstrução Biocibernética Do Corpo.** 2013. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

LAURENTI, Ruy et al. A Classificação Internacional de Doenças, a Família de Classificações Internacionais, a CID-11 e a Síndrome Pos-Poliomielite. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 71, n. 9A, p. 3-10, Sept. 2013.

LAW, John. **Organizing Modernity,** Blackwell, Oxford. 1994.

LEMOS, Stela; SOUZA, Valquíria; BORGES, Marina. CIF e CIF-CJ em fonoaudiologia: relato experiência da aplicabilidade em ambiente ambulatorial. In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina (Orgs.). **Implantando A CIF - O Que Acontece Na Prática?** WAK Editora, 2017.

LEVINE, Donald N. The Organism Metaphor in Sociology. **Social Research.** Vol. 62, No. 2, pp. 239-265, 1995.

LIBOA, Elise Ribas. A correlação entre aferição e a classificação: o diálogo entre a CIF e instrumentos de avaliação psicológica. In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina (Orgs.). **Implantando A CIF - O Que Acontece Na Prática?** WAK Editora, 2017.

LIMA, Javert de Souza. Da Mensagem de Bismarck ao Plano Beveridge. **Revista da Faculdade De Direito Da UFMG**, v. 9, 1957.

LINKER, Beth. *War's waste: rehabilitation in World War I America*. Chicago: University of Chicago Press, 2011.

LOPES, Pedro. Deficiência como categoria analítica - Trânsitos entre ser, estar e se tornar. **Anuário Antropológico**. volume 44, n.1, pp. 67-91, 2019.

_____. Deficiência como categoria do Sul Global: primeiras aproximações com a África do Sul. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 27, n. 3, e66923, 2019a.

LUNA, Juliana. Uso da CIF em uma instituição pública. In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina (Orgs.). **Implantando A CIF - O Que Acontece Na Prática?** WAK Editora, 2017.

MARCELINO, Miguel. a aplicação da CIF na avaliação de pessoas com deficiência para acesso ao BPC da assistência social. In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina (Orgs.). **Implantando A CIF - O Que Acontece Na Prática?** WAK Editora, 2017.

MARTIN, Emily. **Flexible Bodies: The Role of Immunity in American Culture from the Days of Polio to the Age of AIDS**. Boston: Beacon, 1994.

MARTINS, Anabela Correia; MENEZES, Ruth Losada de. CIF - evidências e desafios na sua implementação. In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina (Orgs.). **Implantando A CIF - O Que Acontece Na Prática?** WAK Editora, 2017.

MCRUER, Robert. **Crip Theory: Cultural Signs of Queerness and Disability**. New York: New York University Press, 2006.

MELLO, Anahí Guedes de. **Por uma abordagem Antropológica da Deficiência: Pessoa, Corpo e Subjetividade**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

_____. Deficiência, Incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. **Ciência & Saúde Coletiva** (Online), v. 21, pp. 3265-3276, 2016.

_____. *Olhar, (Não) Ouvir, Escrever - Uma Autoetnografia Ciborgue*. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2019.

MENEZES, Ruth Losada de; MARTINS, Anabela; BACHION, Maria. Ensino da CIF na pós-graduação stricto sensu: relato de experiência. In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina (Orgs.). **Implantando A CIF - O Que Acontece Na Prática?** WAK Editora, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 12ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.

MISKOLCI, Richard. Reflexões sobre normalidade e desvio social. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, 13/14: pp. 109-126, 2002/2003.

_____. Do Desvio às Diferenças. **Teoria & Pesquisa**. v. 47, n. 01, pp. 9-42, 2005.

MOL, Annemarie. **The Body Multiple: Ontology In Medical Practice**. Durham, North Carolina: Duke University Press, 2002.

MOSER, Ingunn. Against Normalisation: Subverting Norms of Ability and Disability. **Science as Culture**, 9:2, pp. 201-240, 2000.

_____. On Becoming Disabled And Articulating Alternatives. **Cultural Studies**, 19:6, pp. 667-700, 2005.

NAGI, Saad. Disability Concepts Revisited: Implications for Prevention. In: Pope; Tarlov (Eds.). **Disability in America - Toward a National Agenda for Prevention** (1991).

NALLIN, Aracy. **A Reabilitação Em Instituição: Suas Razões E Procedimentos. Análise De Representação No Discurso.** São Paulo, 1992. [Dissertação]. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

NICOLAU, Stella Maris. **Deficiência, gênero e práticas de saúde: estudo sobre a integralidade em atenção primária.** 2011. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

NETO, Jader; OLIVEIRA, Gessica; SANTANA, Mylena; OLÍVEIRA, Andrea; JUNIOR, Walderi. Experiência prática na Universidade Federal de Sergipe/hospital universitário: inclusão do modelo biopsicossocial e da CIF. In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina (Orgs.). **Implantando A CIF - O Que Acontece Na Prática?** WAK Editora, 2017.

OLIVER, Mike. **The Politics of Disablement.** Basingstoke: Macmillan, 1990

[OMS] Organização Mundial da Saúde. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.

PADILHA, Alexandre. Prefacio. In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina (Orgs.). **Implantando A CIF - O Que Acontece Na Prática?** WAK Editora, 2017.

PALACIOS, Agustina. **El Modelo Social de Discapacidad: Orígenes, Caracterización y Plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.** Madri: Ediciones Cinca, 2008.

PALMA, Héctor; PARDO, Rubén H. (Eds.). **Epistemología de las ciencias sociales: perspectivas y problemas de las representaciones científicas de lo social.** 1º ed. Buenos Aires: Biblos, 2012.

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. De corpos e travessias: a grande divisão e o campo da saúde. **Saude soc.** São Paulo, v. 20, n. 1, p. 66-75, mar. 2011. Disponível em

“http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100009&lng=pt&nrm=iso”. acesso em 01 out. 2016.

PINTO, Fernanda; SCHIEFER, Ana; PERISSINOTO, Joyce. Aplicações e usos da CIF na fonoaudiologia. In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina (Orgs.). **Implantando A CIF - O Que Acontece Na Prática?** WAK Editora, 2017.

PRECIADO, Beatriz. ¿La muerte de la clínica? 2013. Acesso: <https://www.youtube.com/watch?v=4aRrZZbFmBs>

REID, Roddey; TRAWEEK, Sharon (eds.). **Doing Science + Culture.** Routledge; 1 edition, 2000

RIBEIRO, Carla Trevisan Martins et alii. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 28, n. 1, p. 43-48, July 2010

ROSE, Nikolas. **The Politics of Life Itself - Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century.** Princeton University Press, 2007.

ROSE, Sarah F. **No Right to Be Idle - The Invention of Disability, 1840s–1930s.** The University of North Carolina Press, 2017.

RUSK, Howard A. Rehabilitation. **Journal of the American Medical Association**, 140(3), 286, 1949.

SAMPAIO, et ali. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do

fisioterapeuta. **Revista brasileira fisioterapia**. Vol. 9, No. 2 (2005)

SAMPAIO, Rosana Ferreira; LUZ, Madel Terezinha. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, pp. 475-483, mar. 2009. Disponível em “http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000300002&lng=pt&nrm=iso”. acessos em 24 set. 2016.

SANTOS, Tatiana Vasconcelos; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; GOMES, Romeu. Performance e deficiência caminhos para reinvenção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(8), pp. 3143-3152, 2020.

SANTOS, Wederson. Pessoas com Deficiência, Nossa Maior Minoria. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 18, n. 3. pp. 501-519. 2018.

_____. o uso da CIF em benefícios, isenções e serviços federais para as pessoas com deficiência. In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina (Orgs.). **Implantando A CIF - O Que Acontece Na Prática?** WAK Editora, 2017.

SERLIN, David. The Other Arms Race. In: DAVIS, Lennard J. **The Disability Studies Reader – Second Edition**. New York: Routledge, 2006

SCHUCH, Patrice. A vida social ativa da ética na Antropologia (e algumas notas do “campo” para o debate). In: SARTI, Cynthia; DUARTE, Luiz Fernando Dias (orgs.). **Antropologia e ética - desafios para a regulamentação**. ABA Publicações, 2013.

SCOTT, Joan W. A Invisibilidade da Experiência. **Projeto História**, nº 16, São Paulo, 1998

SILVA, Otto Marques da. **A Epopeia Ignorada: A Pessoa Deficiente na História do Mundo de Ontem e de Hoje**. São Paulo: CEDAS, 1987.

SILVA, Ana Cristina Cardoso da; OLIVER, Fátima Corrêa. Participação social em terapia ocupacional: sobre o que estamos falando? **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 27, n. 4, pp. 858-872, Dec. 2019.

SILVA, Derivan Brito da. **A Terapia Ocupacional no Brasil na Perspectiva Sociológica**. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia. 2017

SOARES, Léa Beatriz Teixeira. **Terapia ocupacional: lógica do capital ou do Trabalho?** São Paulo: Editora Hucitec, 1991

STIKER, Henri Jacques. **A History of Disability**. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1999.

STONE, Deborah A. **The Disabled State**. Temple University Press: Philadelphia, 1984.

TAKAHASHI, Mara Alice Batista Conti. **Incapacidade e Previdência Social: trajetória de incapacitação de trabalhadores adoecidos por LER/DORT no contexto da reforma previdenciária brasileira da década de 1990**. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

TAVARES, Maria José Ribeiro. Implantando A CIF - O Que Acontece Na Prática? In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina (Orgs.). **Implantando A CIF - O Que Acontece Na Prática?** WAK Editora, 2017.

VASCONCELOS; CHAVES; WIESIOLEK; PORTELA; PEDROSA; MALKES; OLIVEIRA. Inserção da CIF na formação em fisioterapia – facilitador ou barreira? In: CORDEIRO, Eduardo Santana; BIZ, Maria Cristina (Orgs.). **Implantando A CIF - O Que Acontece Na Prática?** WAK Editora, 2017.

VAZ, Daniela Virgínia; ANTUNES, Ana Amélia Moraes; FURTADO, Sheyla Rossana Cavalcanti. Tensões e possibilidades no campo da reabilitação sob a

ótica dos estudos da deficiência. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 27, n. 4, p. 917-928, Dec. 2019.

VAZQUEZ-GARCIA. Georges Canguilhem y la Biopolítica de las Discapacidades. **Sociología Histórica**. N. 5, pp. 93-126, 2015.

WEBER, Max. **A ética protestante e o "espírito" do capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

_____. **A "Objetividade" do Conhecimento nas Ciências Sociais**. tradução Gabriel Cohn. São Paulo: Atica, 2006.

[WHO] World Health Organization. **International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps**. Geneva: World Health Organization; 1980.

_____. **The WHO Family of International Classifications**. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/en>

WOOD, Philip H. N.. Measuring the Consequences of Illness. **Wld hlth statist. quart.**, 42, 1989.

ZORZANELLI, Rafaela; CRUZ, Murilo Galvão Amancio. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface** (Botucatu). 22(66):721-31. 2018.