A FUNCIONALIDADE COMO DISPOSITIVO: CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS, PRÁTICAS CLÍNICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Functioning as a Device: International Classifications, Clinical Practices, and Public Policies in Brazil

Funcionamiento como dispositivo: clasificaciones internacionales, prácticas clínicas y políticas públicas en Brasil

Marco Antônio Gavério
Doutor em Sociologia, Fundação Oswaldo Cruz
E-mail: marcaosemacento@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-0744-3520

Áltera, João Pessoa, Número 21, 2026, e02102, p. 1-25

ISSN 2447- 9837

CC BY NC ND

Resumo:
O artigo analisa a trajetória da noção de funcionalidade no contexto brasileiro, destacando seu papel como categoria central na interface entre saúde e políticas públicas. Partindo dos debates terminológicos sobre deficiência e incapacidade, examina a incorporação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) e a criação do instrumento de funcionalidade brasileiro (IFBr) como ferramentas de padronização administrativa e clínica. A partir de uma etnografia realizada em um ambulatório de reabilitação físico-motora, o estudo descreve como a funcionalidade é mobilizada nas práticas de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, articulando dimensões terapêuticas, burocráticas e estatísticas. Com base em uma abordagem socioantropológica e inspirada na praxiografia, argumenta-se que a funcionalidade não é um conceito neutro, mas um dispositivo biopolítico que organiza classificações, regula o acesso a direitos e governa populações. O artigo propõe, assim, compreender a funcionalidade como tecnologia de governo que conecta clínica, ciência e burocracia, redefinindo os contornos contemporâneos da deficiência no Brasil.

Palavras-chave:
Funcionalidade; Deficiência; Reabilitação; Biopolítica

Abstract:
This article examines the trajectory of the notion of functionality in the Brazilian context, highlighting its role as a central category at the intersection of health, disability, and public policies. Starting from terminological debates on disability and impairment, it analyzes the incorporation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and the creation of the Brazilian Functionality Instrument (IFBr) as tools for clinical and administrative standardization. Based on an ethnography conducted in a physical-motor rehabilitation outpatient clinic, the study describes how functionality is mobilized in the practices of physiotherapists and occupational therapists, articulating therapeutic, bureaucratic, and statistical dimensions. Drawing on a socio-anthropological approach inspired by praxiography, the article argues that functionality is not a neutral concept, but a biopolitical device that structures classifications, regulates access to rights, and governs populations. It thus proposes to understand functionality as a technology of government connecting clinical, scientific, and bureaucratic practices, redefining the contemporary boundaries of disability in Brazil.

Keywords:
Functioning; Disability; Rehabilitation; Biopolitics

Resumen:

El artículo analiza la trayectoria de la noción de funcionalidad en el contexto brasileño, destacando su papel como categoría central en la intersección entre salud, discapacidad y políticas públicas. A partir de los debates terminológicos sobre discapacidad y deficiencia, se examina la incorporación de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) y la creación del Instrumento Brasileño de Funcionalidad (IFBr) como herramientas de estandarización clínica y administrativa. Con base en una etnografía realizada en un ambulatorio de rehabilitación físico-motora, el estudio describe cómo la funcionalidad es movilizada en las prácticas de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, articulando dimensiones terapéuticas, burocráticas y estadísticas. Desde un enfoque socioantropológico inspirado en la praxiografía, se argumenta que la funcionalidad no es un concepto neutro, sino un dispositivo biopolítico que organiza clasificaciones, regula el acceso a derechos y gobierna poblaciones. El artículo propone, por tanto, comprender la funcionalidad como una tecnología de gobierno que conecta clínica, ciencia y burocracia, redefiniendo los contornos contemporáneos de la discapacidad en Brasil.

Palabras clave:
Funcionamiento; Discapacidad; Rehabilitación; Biopolítica

Introdução

A noção de funcionalidade (*functioning*) tornou-se, nas últimas duas décadas, um conceito central na articulação entre saúde pública, políticas de assistência e direitos sociais (Diniz & Medeiros, 2004; Diniz et al., 2007; Di Nubila et al., 2011; Leonardi et al., 2022). Sua ascensão acompanha a difusão global da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF), lançada pela Organização Mundial da Saúde em 2001 (Organização Mundial da Saúde, 2003). No Brasil, porém, sua recepção tem sido marcada por tensões terminológicas, institucionais e profissionais (Araujo, 2008; Cordeiro & Biz, 2017).

Embora vinculada historicamente a saberes médicos e terapêuticos, a funcionalidade, dentro da CIF, passou a ser tratada como um termo guarda-chuva com abrangência para além do campo da saúde. Em oposição à noção de incapacidade (*disability*), também considerada abrangente (OMS, 2003), a funcionalidade foi convertida em categoria sociopolítica e administrativa, necessária à organização de políticas sociais, à legitimação de perícias e à regulação do acesso a direitos (OMS, 2003; Cordeiro & Biz, 2017).

Desde meados dos anos 2000, o Estado brasileiro tem buscado unificar instrumentos de avaliação e identificação de indivíduos e populações como critério de elegibilidade para políticas e serviços sociais baseados em um modelo funcional (Brasil, 2024). O principal exemplo é o Instrumento de Funcionalidade Brasileiro (IFBr), ferramenta unificada de perícia médico-social voltada à identificação legal da população de "pessoas com deficiência" (Franzoi et al., 2013; Pereira & Barbosa, 2016; Brasil, 2024)[1]. Esse processo inscreve-se em uma lógica burocrático-administrativa voltada à padronização de diagnósticos, sistematização de dados socioepidemiológicos e organização de fluxos de benefícios sociais (Biz & Chun, 2020). Ao mesmo tempo, suscita debates sobre como a universalização da funcionalidade reproduz ambiguidades terminológicas e redefine as fronteiras do que se entende por deficiência (Diniz, 2007; Di Nubila & Buchalla, 2008; Morais et al., 2024).

1 A mensuração da população com deficiência no Brasil passou por mudanças significativas nas últimas décadas. No Censo de 2010, o IBGE investigou seis domínios funcionais — visão, audição, mobilidade, cognição, autocuidado e comunicação — e considerou como pessoas com deficiência aquelas que declararam "alguma dificuldade," "muita dificuldade" ou "não conseguem de modo algum" em pelo menos um domínio, totalizando 45,6 milhões de pessoas (23,9% da população). Em 2018, a Nota Técnica nº 01 do IBGE revisitou esses dados com base nas recomendações do Grupo de Washington, que propôs um critério mais restritivo — apenas "muita dificuldade" ou "não consegue de modo algum" —, reduzindo a estimativa para 12,7 milhões (6,7%). Esse parâmetro, próximo aos resultados da PNS 2013 (6,2%), foi mantido em levantamentos posteriores, como a PNS 2019 (8,4%) e a PNAD Contínua 2022 (8,9%). O Censo 2022 adotou o mesmo padrão, priorizando os domínios de visão, audição, mobilidade e cognição, consolidando a comparabilidade internacional e evidenciando como distintos critérios de corte produzem variações expressivas na quantificação dessa população. Para detalhes adicionais, ver Botelho e Porciúncula (2018) e Botelho e Lenzi (2024).

A literatura internacional e nacional identifica a CIF como representante de uma mudança no modo de compreender a relação entre deficiência e incapacidade, deslocando o foco de uma perspectiva biomédica para um modelo biopsicossocial que considera dimensões psicossociais, individuais e coletivas (Bickenbach et al., 1999; Gray & Hendershot, 2000; Battistella & Brito, 2002; Buchalla, 2003; Farias & Buchalla, 2005; Leonardi et al., 2006; Stucki et al., 2007; Alves et al., 2008; Sampaio & Luz, 2009; Di Nubila, 2010; Castaneda & Castro, 2013; Castaneda et al., 2014; Ferreira et al., 2014). No entanto, esse modelo vem sendo incorporado de forma parcial, especialmente nas políticas e direitos voltados às pessoas com deficiência (Pereira & Barbosa, 2016; Santos, 2016; Morais et al., 2024).

O caso brasileiro evidencia esse duplo movimento: de um lado, o avanço no reconhecimento legal de barreiras e restrições de participação das pessoas com deficiência, consolidado pela Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015); de outro, a dependência de critérios avaliativos baseados na funcionalidade, que acabam por ampliar ou restringir o acesso a benefícios assistenciais, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC)[2]. Nesse campo, ciência, burocracia e política se entrelaçam, produzindo efeitos concretos sobre vidas individuais e coletivas (Fonseca et al., 2016b).

Este ensaio analisa a noção de funcionalidade no contexto brasileiro, explorando algumas de suas camadas conceituais e práticas. Com base em dados socioantropológicos produzidos a partir de uma etnografia das práticas clínicas em reabilitação, busco mostrar como a funcionalidade e suas avaliações não apenas descrevem condições corporais, mas também constituem categorias clínicas e burocráticas em "coprodução" com os sujeitos (Jasanoff, 2004). A partir desse prisma, examino como se entrelaçam debates terminológicos, práticas profissionais e efeitos sociopolíticos e biopolíticos de sua institucionalização, argumentando que a funcionalidade opera como dispositivo que articula saberes clínicos, estatísticos e jurídicos na estruturação das práticas de governo da vida.

Por isso, inicio discutindo os debates terminológicos entre deficiência e incapacidade e suas implicações tradutórias, passo à constituição da CIF e à incorporação do IFBr no Brasil, e, por fim, descrevo práticas etnográficas em um ambulatório de reabilitação físico-motora. Retomo, então, a discussão classificatória para problema-

2 Previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742/1993), o BPC garante um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência em situação de vulnerabilidade que comprove incapacidade de autossustento ou de ser mantida por sua família. Sua execução é de responsabilidade do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). A Lei Brasileira de Inclusão introduziu a avaliação biopsicossocial, que requer análise integrada das condições corporais, ambientais, psicológicas e sociais, considerando limitações funcionais e restrições à participação. No entanto, como a Avaliação Biopsicossocial Unificada ainda aguarda regulamentação completa, o benefício continua sendo concedido conforme a Portaria Conjunta MDS/INSS nº 2/2015, mantendo o processo duplo entre perícia médica e avaliação social. Para uma análise detalhada do entrecruzamento socioeconômico desse benefício, ver Silveira et al. (2016).

tizar a funcionalidade como dispositivo biopolítico central aos modos contemporâneos de governar a saúde e a deficiência[3].

Debates terminológicos, instrumentos normativos e classificações internacionais: entre deficiência, incapacidade e funcionalidade

A definição das categorias deficiência e incapacidade constitui um dos pontos mais debatidos nas políticas públicas que articulam saúde, assistência e previdência (Zola, 1993; Altman, 2001; Diniz & Medeiros, 2004; Diniz et al., 2007; Mângia et al., 2008; Barbosa et al., 2009). No mundo anglófono, desde meados do século XX (Stone, 1984; Gritzer & Arluke, 1985), consolidou-se a distinção entre *impairment e disability*: o primeiro designa alterações orgânicas, fisiológicas ou anatômicas, enquanto o segundo se refere aos efeitos corporais, comportamentais e relacionais que restringem a vida cotidiana e social dos indivíduos (Stone, 1984; Oliver, 1990; Zola, 1991; Shakespeare, 2006; Mello et al., 2014)[4].

Essa diferenciação está ligada à adoção, pela OMS, de uma terminologia socioepidemiológica voltada à padronização de práticas e estatísticas em saúde global desde os anos 1970 (De Kleijn-De Vrankrijker, 2003; Timmermans & Berg, 2003; Cueto & Zamora, 2006; Ong & Collier, 2007; Biehl, 2011; Packard, 2016; Cueto et al., 2019; Nunes, 2023). Nesse contexto, a ONU investiu em esquemas classificatórios que possibilitassem comparações internacionais sobre as consequências das doenças e con-

3 Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento de minha pesquisa de doutorado, cuja tese desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), intitulada *Reabilitar é incluir?: Um estudo de práticas em Reabilitação Físico-Motora*, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o registro CAAE nº 80454517.0.0000.5504, permitiu derivar parte das reflexões apresentadas neste artigo. Agradeço também à Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) pelo apoio concedido ao meu estágio de pós-doutorado, executado no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), ao qual estou vinculado pela Fiocruz, por meio do projeto *A deficiência e a busca pelo melhoramento humano: mapeamento e análise dos discursos acadêmicos no contexto brasileiro* (Edital FAPERJ Nº 17/2024 – Programa Pós-Doutorado Nota 10/PDR-10 2024 – E-26/200.396/2025); apoio institucional que fundamentalmente possibilitou a redação deste trabalho.

4 No Brasil, a tradução da CIF para o português, conduzida por uma junta técnica em diálogo com a OMS (2003), estabeleceu a equivalência entre *impairment* e "deficiência" e entre *disability* e "incapacidade," seguindo traduções em circulação em Portugal relativas à CIDID. Desde os anos 2000, entretanto, autores das ciências sociais propuseram alternativas terminológicas (Medeiros & Diniz, 2004; Diniz, 2007; Diniz, et al., 2007). Medeiros e Diniz (2004), por exemplo, traduziram *impairment* como "lesão" e mantiveram disability como "deficiência," a fim de preservar a distinção entre corpo e sociedade presente nos *disability studies*. A opção por "lesão" buscava diferenciar o campo clínico das dimensões sociais e políticas da deficiência, em consonância com críticas dos movimentos sociais internacionais. Contudo, essa proposta segue tensionada, pois profissionais da área da saúde sustentam que a tradução mais precisa é aquela que equipara *impairment* a "deficiência" e *disability* a "incapacidade," conforme a versão oficial brasileira da CIF (Martins & Cordeiro, 2015).

dições de saúde (Mbogoni, 2003; Swanson et al., 2003; Leonardi et al., 2022).

A *classificação internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens* (CIDID) (OMS, 1993) formalizou, entre as décadas de 1970 e 1980, a distinção entre três domínios: *impairment* (deficiência ou disfunção corporal), *disability* (incapacidade ou limitação funcional)[5] e *handicap* (restrição ou desvantagem social). O modelo médico-socioepidemiológico resultante buscava romper com a linearidade causal entre patologia, limitação funcional e exclusão social (Bury & Wood, 1978). Entretanto, sua tradução para o português manteve sobreposições: *deficiência e incapacidade* seguiram sendo usados de modo indistinto, e *handicap*, vertido como "desvantagem", teve pouca circulação fora do jargão técnico[6].

Com a publicação da CIF (OMS, 2003), a OMS propôs superar esse esquema linear por meio de um modelo biopsicossocial que articulava três dimensões: deficiência (*impairment*), incapacidade (*disability*) e funcionalidade (*functioning*). Contudo, a tradução oficial da CIF acentuou ambiguidades: *disability* foi traduzido como "incapacidade," mas em outros documentos manteve-se "deficiência." O resultado foi um léxico instável, que combina classificações biomédicas internacionais e tradições jurídicas nacionais nas quais "pessoa com deficiência" já era categoria normativa consolidada (Diniz, 2007).

A consolidação do termo "deficiência" como tradução de *disability* decorreu menos de uma opção técnica e mais de um processo histórico e político que definiu representações sociais desse grupo — de "aleijado," "inválido" e "incapacitado" a "deficiente" — ao longo do século XX (Carniel & Mello, 2021; Bregain, 2022). Essa trajetória se reflete em traduções oficiais de documentos da Organização das Nações Unidas, como a *Declaration on the Rights of Disabled Persons* (1976)[7], vertida como "Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes," e o *International Year of Disabled Persons* (1981)[8], traduzido como "Ano Internacional das Pessoas Deficientes."

Esse tensionamento também está na LBI (2015), cuja definição de "pessoas

5 Limitação funcional é um termo que foi utilizado em esquema de definição sistemática de forma inaugural em pesquisas na área da assistência à saúde e social norte-americana pelo sociólogo egípcio Saad Nagi (1965; Altman, 2016b).

6 O termo *handicapped* foi amplamente utilizado em países de língua inglesa até meados do século XX, muitas vezes como sinônimo de *disabled* para designar pessoas com deficiência. Segundo Gildas Bregain (2022), nos anos 1950 diversos relatórios e instruções da OMS, voltados às ações emergentes de reabilitação, usavam expressões como *physically handicapped person* e *disabled person*. Esses termos eram ambíguos, referindo-se tanto a limitações corporais - físicas, sensoriais ou cognitivas - quanto às condições socioeconômicas das pessoas com problemas de saúde ou incapacitadas.

7 O documento original, bem como suas traduções, pode ser acessado através do link: https://digitallibrary.un.org/record/189608?v=pdf

8 O documento original, bem como suas traduções, pode ser acessados através do link: https://www.un.org/development/desa/disabilities/the-international-year-of-disabled-persons-1981.html

com deficiência"[9] baseia-se na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (Organização das Nações Unidas, 2006), ratificada no Brasil entre 2008 e 2009 (Brasil, 2014). A Convenção consolidou o termo "deficiência" (*disability*) no ordenamento jurídico, ainda que a tradução permaneça instável: na CIF, *disability* foi traduzido como "incapacidade," enquanto no *Relatório Mundial da Deficiência* (Organização Mundial da Saúde & Banco Mundial, 2012) e na própria Convenção, preferiu-se "deficiência." Essa coexistência de versões expressa disputas epistemológicas e políticas sobre como nomear e enquadrar a experiência da deficiência/incapacidade no país (Mello, 2009, 2016, 2019; Lopes, 2019a, 2019b; Gavério & Lourenção, 2020; Gavério, 2021, 2022).

Nesse cenário, a noção de funcionalidade[10] emerge como conceito mediador entre deficiência e incapacidade no modelo biopsicossocial proposto pela CIF (OMS, 2003). *Disability* passa a representar a relação negativa entre corpo, cotidiano e interação social, enquanto a funcionalidade expressa positivamente o grau de articulação entre níveis corporais, atividades diárias e participação social. Assim, desloca-se a deficiência (impairment) de atributo fixo do corpo para a esfera da interação entre indivíduo, ambiente e sociedade .

A trajetória contemporânea da noção de funcionalidade está intimamente ligada ao desenvolvimento de instrumentos classificatórios pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A primeira tentativa sistemática foi a CIDID, publicada em 1980 (OMS, 1993). Estruturada em três níveis — impairment (deficiência), disability (incapacidade) e handicap (desvantagem) —, ela organizava as consequências das doenças[11] em uma progressão que ia da patologia aos seus efeitos funcionais e sociais,

9 Segundo a LBI, considera-se pessoa com deficiência aquela que apresenta impedimentos de longo prazo de ordem física, mental, intelectual ou sensorial. Tais impedimentos, quando combinados com barreiras sociais ou ambientais, podem limitar ou restringir a participação plena e efetiva do indivíduo na sociedade em condições de igualdade com os demais. A definição desloca o foco da deficiência como atributo estritamente individual, ressaltando o papel decisivo das barreiras externas na produção da exclusão social.

10 De acordo com a classificação (OMS, 2003), a funcionalidade corresponde ao resultado positivo da interação entre indivíduo e contexto, abrangendo funções e estruturas corporais, além das atividades e formas de participação em situações cotidianas. Em lugar de se restringir ao diagnóstico da doença, a CIF busca descrever aquilo que a pessoa efetivamente consegue realizar, articulando dimensões biomédicas, sociais e ambientais para compor um retrato mais amplo do funcionamento humano na vida diária.

11 A CIDID é frequentemente associada ao modelo sociológico de Saad Nagi, que distingue entre doença, disfunção (*impairment*), limitação funcional (*functional limitation*) e restrição social (*disability*) (Sampaio et al.,2005). Embora a literatura costume apontar essa influência (Altman, 2016b, p. 68), sua elaboração foi conduzida pela OMS sob a liderança do epidemiologista Philip H. N. Wood, com participação interdisciplinar, inclusive da sociologia (Bury & Wood, 1978). Diferentemente do modelo de Nagi (Nagi, 1991; Verbrugge & Jette, 1994; Altman, 2016b), o modelo de Wood manteve a patologia como ponto de partida, mas reorganizou a sequência causal entre deficiência (*impairment*), incapacidade (*disability*) e desvantagem (*handicap*), consolidando um vocabulário internacional para

consolidando uma compreensão normativa voltada à comparabilidade internacional dos efeitos das doenças (Wood & Badley, 1981).

Nos anos 1990, a OMS iniciou a revisão desse modelo (Di Nubila, 2007), culminando na publicação da CIF em 2001 (OMS, 2003). A CIF adotou uma perspectiva biopsicossocial, propondo um esquema integrado em que deficiência (condições corporais), incapacidade (limitação de atividades e restrição de participação) e funcionalidade (resultado positivo da interação entre corpo, indivíduo e ambiente) fossem tratadas de modo relacional[12]. Incorporou ainda fatores contextuais — ambientais e pessoais —, deslocando parcialmente o foco da patologia e enfatizando a interação entre corpo, ambiente e sociedade.

Essa formulação híbrida manteve categorias clínicas e fisiológicas como base, mas incluiu dimensões psicossociais e contextuais. O discurso da integralidade, contudo, convive com práticas de mensuração ancoradas em parâmetros clínicos, revelando uma tensão entre integração e normatividade técnica[13]

No Brasil, a incorporação da CIF ocorreu em um momento de expansão de direitos sociais e políticas de inclusão. Desde meados dos anos 2000, a CIF tornou-se referência oficial para avaliações de saúde, especialmente em reabilitação e perícia social (Brasil, 2007)[14]. Esse movimento levou à criação do Instrumento de Funcionalidade Brasileiro (IFBr), ferramenta que operacionaliza a avaliação biopsicossocial para

descrever as consequências das doenças (WHO, 1993).

12 CIF foi incorporada ao Sistema Único de Saúde em 2012 pelo Ministério da Saúde através da homologação da Resolução nº 452/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Seu uso está regulamentado em diferentes níveis: como instrumento clínico, para avaliação de necessidades, planejamento terapêutico e acompanhamento em processos de reabilitação; como ferramenta estatística, para coleta e registro de dados populacionais sobre funcionalidade; como recurso de gestão, para dimensionamento de serviços, formulação de políticas públicas e sistemas de seguridade social; e também como instrumento pedagógico, voltado à conscientização, formação e produção de informações padronizadas em saúde.

13 O reconhecimento da CIF como uma classificação de referência a ser adotada pelos países-membros da ONU a partir da Resolução 54.21/2001 da OMS. O cenário posterior à Segunda Guerra Mundial trouxe uma redefinição na forma como a saúde seria pensada e administrada no âmbito das organizações internacionais (Padilha, 2017; Cordeiro; 2017; Biz; 2017; Félix; 2017; Gavério, 2022). Nesse contexto, duas transformações tornaram-se centrais para compreender os novos modos de intervenção em saúde pública e coletiva, as transições demográfica e epidemiológica (Menezes et al., 2017). A primeira diz respeito ao envelhecimento progressivo das populações, enquanto a segunda refere-se ao crescimento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e outras condições de longa duração (Gavério, 2022).

14 A A CIF foi incorporada ao Sistema Único de Saúde em 2012 pelo Ministério da Saúde através da homologação da Resolução nº 452/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Seu uso está regulamentado em diferentes níveis: como instrumento clínico, para avaliação de necessidades, planejamento terapêutico e acompanhamento em processos de reabilitação; como ferramenta estatística, para coleta e registro de dados populacionais sobre funcionalidade; como recurso de gestão, para dimensionamento de serviços, formulação de políticas públicas e sistemas de seguridade social; e também como instrumento pedagógico, voltado à conscientização, formação e produção de informações padronizadas em saúde.

elegibilidade em políticas e benefícios (Santos, 2010). O IFBr traduz a lógica da CIF em um sistema padronizado de pontuação, no qual dimensões como mobilidade, comunicação, autocuidado e participação social são avaliadas. Assim, a funcionalidade assume uma face burocrática: propõe um olhar ampliado para a deficiência, mas converte experiências em escores que definem administrativamente quem é considerado pessoa com deficiência.

Esse processo expressa uma tendência global de converter diferenças corporais em categorias socioepidemiológicas compatíveis com a gestão em saúde (Stone, 1979, 2020). No caso brasileiro, ele se articula a estratégias de contabilização da população com deficiência em conformidade com o Grupo de Washington de Estatísticas da Deficiência (Botelho & Lenzi, 2024), que define o grupo com base em limitações funcionais severas — "muita dificuldade" ou "incapacidade total" para realizar atividades em razão de deficiências visuais, auditivas, motoras ou cognitivas (Altman, 2016a).

A análise da CIF e de seus desdobramentos no Brasil revela, portanto, uma ambiguidade constitutiva: se, por um lado, representa um avanço normativo que busca integrar dimensões sociais ao campo da saúde pública, por outro, sua operacionalização administrativa a transforma em instrumento de controle populacional, com efeitos diretos sobre o acesso a direitos e benefícios. A funcionalidade é, assim, simultaneamente um conceito clínico e uma "tecnologia de governo" (Fonseca et al., 2016a)[15], que atravessa práticas profissionais, estatísticas populacionais e regulações jurídicas.

Práticas profissionais na reabilitação físico-motora: algumas disposições biopolíticas

As discussões anteriores emergiram de uma pesquisa de campo realizada entre 2018 e 2019 com fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais de uma Unidade Saúde-Escola pública, no ambulatório de reabilitação físico-motora voltado a jovens e crianças com deficiência. O foco esteve nas práticas profissionais — protocolos de atendimento, rotinas de equipe e produções acadêmicas — e não nos pacientes ou usuários do serviço[16].

15 Neste trabalho sigo a síntese de Fonseca et al., (2016a) ao argumentarem que a noção de tecnologia de governo, inspirada parcialmente pela obra de Michel Foucault, não deve ser entendida apenas como um conjunto de instrumentos técnicos, mas como arranjos heterogêneos que articulam práticas, saberes, normas, dispositivos materiais e regimes de verdade. Essas tecnologias operam tanto no nível das instituições quanto na vida cotidiana, compondo formas específicas de governar condutas, administrar populações e produzir sujeitos. Nesse sentido, as autoras evidenciam como os modos de governo se apoiam em racionalidades múltiplas, que se atualizam em contextos históricos concretos e atravessam diferentes esferas da vida social (Fonseca et al., 2016a).

16 Essa aproximação demandou os trâmites éticos necessários — aprovações em comitê de ética,

O objetivo era compreender, de forma situada, como as categorias deficiência, incapacidade e funcionalidade eram mobilizadas no cotidiano clínico. O ponto de partida foi uma apresentação acadêmica sobre um protocolo de reabilitação para disfunções neuromotoras, na qual o terapeuta não falava em "corrigir déficits," mas em ampliar a "capacidade funcional" e monitorar ganhos de desempenho. "Deficiência" aparecia como sinônimo de disfunção ou limitação funcional, e a avaliação era, simultaneamente, clínica e metrológica. A deficiência era parametrizada a partir de uma perspectiva "funcional," centrada no que o indivíduo é capaz de realizar diante de suas limitações corporais e restrições ambientais.

Esse episódio orientou o mapeamento bibliográfico e documental da pesquisa, que incluiu análise de artigos, relatórios técnicos, prontuários e protocolos do serviço. Termos como funcionamento, funcional e funcionalidade apareciam nos registros do ambulatório para descrever o que os corpos "fazem" e "podem fazer." Com o tempo, o convívio com fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais mostrou a necessidade de permitir que "o campo se manifestasse" — ou seja, de deixar que a realidade do ambulatório apontasse novos significados para os termos analisados.

A pesquisa de campo adotou, assim, uma opção metodológica inspirada na praxiografia (Mol, 2002; Moser, 2000, 2005, 2006; Pols & Moser, 2009; Pols, 2010)[17], acompanhando minuciosamente como "objetos" — deficiência, disfunção e funcionalidade — são produzidos e redefinidos nas rotinas clínicas, protocolos e encontros entre terapeutas e usuários. A deficiência foi descrita como algo sustentado por arranjos sociomateriais (instrumentos, formulários, escalas, gestos), e não como dado prévio à intervenção. Observar "como" se avalia e "com o que" se decide mostrou-se tão importante quanto "o que" se diagnostica. Essa chave orientou a etnografia como análise de um "aparato de produção corporal" (Haraway, 1988, pp. 594–595)[18], no qual a funcionalidade é continuamente mensurada, descrita e administrada em contextos específicos[19].

autorizações institucionais, cuidados na presença de pacientes, que, embora não fossem meu foco direto, estavam sempre presentes no cotidiano observado.

17 Em 2023, a revista Novos Debates (v9. n1) publicou, inaugurando a sessão de traduções do periódico, uma série de artigos de Pols, incluindo peças em colaboração com Moser e Mol. As Traduções publicadas ficaram sob a direção de Will Lucas Silva Pena e Soraya Fleischer, antropólogo e antropóloga da Universidade de Brasília.

18 Segundo Donna Haraway (1988, p. 595), colocar os corpos como instâncias que são produzidas mediante técnicas e artefatos é também os descrever como "objetos de conhecimento," "nódoas semióticas-materiais generativas" onde "Suas fronteiras materializam-se na interação social. Essas fronteiras são desenhadas ao se mapear práticas."

19 O trabalho etnográfico de Juliana Ramos Boldrin (2024), realizado em um Hospital Escola com médicos e terapeutas em práticas multiprofissionais, emprega a noção de "manejo" para designar "fazeres que articulam diferentes atores, práticas, técnicas, tecnologias, procedimentos, relações, materiais e afetos" no enfrentamento da dificuldade respiratória (Boldrin, 2024, p. 18). Embora não se

Essa gramática funcional se materializava em rotinas interdisciplinares que articulavam fisioterapia e terapia ocupacional. Protocolos, escalas e qualificadores não apenas descreviam, mas coordenavam intervenções e decisões — desde planejar exercícios a ajustar dispositivos e justificar encaminhamentos. Nesse emaranhado, a funcionalidade emergia como medida situada de desempenho: o que alguém realiza com seu corpo, em ambientes específicos e com apoios concretos. O ambulatório apresentava-se, assim, como espaço híbrido de cuidado, prova e gestão, onde a ideia de "capacitar," mais do que "restaurar normalidades," orientava as expectativas terapêuticas.

Com essa definição operatória, funcionalidade como capacidade de fazer, situada e instrumentalmente produzida, é possível articular o nível clínico (o trabalho de habilitar gestos e participações) e o burocrático-administrativo (que converte descrições funcionais em escores, perfis e direitos). Essa conexão será retomada adiante na discussão sobre o "dispositivo da funcionalidade."

No cotidiano do ambulatório, a funcionalidade aparecia como categoria prática, materializada em protocolos, escalas e exercícios. Nas observações, chamava atenção como os profissionais descreviam os pacientes não pela ausência ou presença de movimentos, mas por sua capacidade de realizar tarefas específicas: "levantar o braço," "pegar um objeto," "se deslocar até a cadeira." Essa ênfase produzia uma gramática de pequenas conquistas, continuamente medidas e comparadas ao longo do tratamento. A deficiência deixava de ser apenas "lesão" ou "incapacidade" para tornar-se uma medida situada do que o corpo pode (ou não) fazer em contextos definidos.

Essa gramática tornava-se evidente no uso de escalas funcionais, como a Medida de Independência Funcional (MIF) e o Índice de Barthel, aplicadas para mensurar ganhos de autonomia em atividades da vida diária. As perguntas "você consegue se alimentar sozinho?," "se vestir?," "subir escadas?" eram convertidas em escores numéricos e gráficos de evolução. O corpo do paciente tornava-se legível por meio desses instrumentos: um corpo quantificado e qualificado em sua capacidade de agir. Essa lógica produzia, simultaneamente, um registro técnico do progresso e uma linguagem comum entre profissionais, útil para planejar terapias, justificar condutas e responder a demandas administrativas.

As terapeutas frequentemente afirmavam que o objetivo não era "restaurar a normalidade," mas "criar condições para que a pessoa pudesse fazer o que precisas-

restrinja ao sentido manual, essa ênfase prática aproxima o conceito do campo da reabilitação. Nas observações clínicas que realizei, gestos, toques e técnicas corporais tornavam visível essa dimensão manual, fazendo do "manejo" uma chave produtiva para compreender como deficiência e funcionalidade são continuamente elaboradas nos contextos de cuidado.

se." O deslocamento do consertar ao capacitar, do normalizar ao funcionalizar, era decisivo. A clínica não visava corrigir déficits, mas ampliar possibilidades de participação mediadas por tecnologias de apoio, adaptações ambientais ou novas formas de executar tarefas. Assim, a funcionalidade se consolidava como horizonte prático e normativo: medir, cultivar e expandir o que o corpo é capaz de realizar.

As fichas clínicas exemplificavam essa lógica. Cada atendimento resultava em registros detalhados sobre movimentos, tarefas e respostas do paciente. Expressões como "ganhou amplitude," "executa com auxílio" ou "mantém postura" apareciam junto a códigos e escalas, compondo retratos híbridos que uniam descrição qualitativa e mensuração padronizada. Mais do que documentação, esses registros circulavam entre profissionais, orientavam discussões e funcionavam como prova de eficácia das condutas. O corpo era traduzido em linhas e números que serviam tanto ao acompanhamento terapêutico quanto à legitimação técnica do serviço.

As reuniões de equipe reforçavam essa gramática. Fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais comparavam escores e debatiam a evolução dos pacientes. As falas oscilavam entre a linguagem clínica ("precisa ganhar força de quadríceps") e a funcional ("não consegue levantar-se sozinho"), mostrando como ambas se articulavam. As decisões sobre tratamento baseavam-se nesses registros, que objetivavam a funcionalidade como critério técnico, embora as profissionais frequentemente relativizassem os números — lembrando que "em casa ele faz diferente" ou que "com apoio da família a funcionalidade é maior."

Essas observações revelam a dupla face da funcionalidade: termo clínico que organiza práticas de cuidado e, simultaneamente, recurso burocrático que alimenta relatórios e estatísticas institucionais. Ao transformar o "fazer" em dado padronizado, a clínica se conecta a níveis mais amplos de gestão da deficiência e da incapacidade.

Essa duplicidade evidencia que a funcionalidade opera como dispositivo que atravessa práticas e formas de governo. É nesse ponto que a perspectiva foucaultiana sobre biopolítica e governamentalidade se torna produtiva[20]. A biopolítica designa o poder voltado à gestão da vida, em que populações são objeto de cálculos e intervenções que articulam saberes médicos, estatísticos e administrativos (Foucault, 2005, 2008b). Já a governamentalidade refere-se às racionalidades e técnicas que

20 Em trabalho anterior (Gavério, 2024), propus uma aproximação entre os conceitos foucaultianos de biopolítica e governamentalidade e o campo da deficiência. Inspirado na leitura de Foucault sobre a sexualidade, experimentei uma transposição analítica para compreender a funcionalidade sob perspectiva semelhante (Katz & Marshall, 2004). As reflexões atuais ampliam essa discussão, examinando a funcionalidade como dispositivo contemporâneo de governo da vida. Não cabe aqui revisar a extensa literatura sobre biopolítica e governamentalidade em Foucault, já amplamente explorada (Hewitt, 1983; Tribe, 2009; Lemke, 2011; Miller & Rose, 2008)

orientam a condução das condutas individuais e coletivas, não apenas pelo Estado, mas por múltiplos dispositivos institucionais (Foucault, 1999, 2008a).

Na prática clínica, a funcionalidade traduz o que os corpos podem ou não podem fazer; nas políticas de saúde e assistência, converte-se em instrumento de classificação, regulação e distribuição de recursos. Assim, ela atua como operador biopolítico que organiza populações, define sujeitos de direito e estabelece fronteiras de inclusão e exclusão. Ao ser convertida em números e registros comparáveis, a funcionalidade ultrapassa o espaço terapêutico e adquire uma dimensão de governo das populações. Não se trata apenas de melhorar indivíduos, mas de alimentar dispositivos de gestão que mapeiam e projetam trajetórias de grupos inteiros. A governamentalidade, nesse sentido, se exerce pela tradução da experiência singular do corpo em dados inseridos em sistemas de vigilância e planejamento.

Essa lógica se evidencia na circulação dos registros clínicos para além do consultório. Relatórios de evolução, laudos periciais e instrumentos padronizados, como a CIF, legitimam práticas locais e subsidiam decisões burocráticas sobre acesso a benefícios e políticas públicas. A biopolítica, aqui, mostra como esses instrumentos articulam cuidado e regulação, orientando tanto a conduta individual quanto a administração coletiva da deficiência. A funcionalidade torna-se, assim, operador central de uma racionalidade que busca maximizar capacidades e minimizar dependências.

Na etnografia, essa racionalidade aparecia nos critérios de "sucesso" terapêutico: mais do que eliminar a deficiência, tratava-se de ampliar a capacidade funcional, mesmo que de modo parcial. Essa lógica desloca o foco do déficit corporal para a inserção social e produtiva, ecoando a forma como a governamentalidade moderna investe nos corpos para extrair deles o máximo de potencial (Gavério, 2022). A biopolítica, nesse sentido, não age pela repressão da deficiência, mas pela incitação da otimização funcional de indivíduos e populações.

Ao mesmo tempo, essa racionalidade gera tensionamentos. Como mostrei em outros trabalhos (Gavério, 2019, 2021), a gramática funcional, ao se apresentar como neutra e técnica, reforça fronteiras de normalidade e produtividade. A funcionalidade torna-se critério de elegibilidade: quem atinge certo patamar acessa direitos; quem não o atinge, permanece à margem. Assim, o discurso do cuidado se entrelaça com práticas de exclusão, instaurando regimes de verdade sobre o que conta como vida digna.

Portanto, a funcionalidade deve ser compreendida menos como descrição objetiva do que os corpos fazem e mais como tecnologia de governo que define o que eles devem ser capazes de fazer. Essa sutileza é essencial para captar sua dimensão biopolítica: não se trata apenas de medir capacidades, mas de prescrever formas de

vida possíveis. A clínica, ao adotar a linguagem funcional, insere-se em um jogo mais amplo de poder-saber, no qual o cuidado se transforma em estratégia de regulação populacional.

Conclusão

As classificações internacionais da OMS, como a CIDID e a CIF, buscaram superar uma concepção estritamente patológica da deficiência, vinculada à doença. Entretanto, ao ampliar o olhar para dimensões funcionais e sociais, não eliminam o papel do diagnóstico médico, mas o reorganizam em uma gramática mais abrangente, o chamado "modelo biopsicossocial." A literatura sociológica sobre políticas sociais, como sugere Deborah Stone (1979, 1984, 2020), lembra que categorias como *disability* funcionam como filtros de acesso — dispositivos de *gatekeeping* que definem quem adentra o circuito de direitos. Na saúde, médicos e peritos assumem explicitamente esse papel, mas, como observa Giddens (1991), a perícia é um processo mais amplo de legitimação de saberes especializados, que envolve diferentes campos em disputa (Martins, 2011)[21].

No Brasil, a incorporação do modelo biopsicossocial às diretrizes de saúde pública torna evidente esse tensionamento. De um lado, o Sistema Único de Saúde (SUS) sustenta a universalidade do cuidado por linhas transversais (saúde da mulher, da criança, da pessoa com deficiência, do idoso); de outro, essa universalidade depende de critérios classificatórios cada vez mais precisos para definir populações específicas. Tais categorias demográficas e epidemiológicas não apenas refletem desigualdades históricas, mas também produzem novas formas de governar indivíduos e populações, combinando saberes médicos, clínicos e burocráticos (Epstein, 2007; Fonseca et al., 2016; Schuch, 2025).

Termos como deficiência, incapacidade, limitação funcional, funcionalidade e participação variam entre contextos classificatórios, traduções oficiais e práticas cotidianas de profissionais de saúde. Esse espectro terminológico expressa disputas epistemológicas e políticas sobre os modos de conceber e administrar o corpo. Do ponto

21 De acordo com o sociólogo Rodrigo Constante Martins (2011), a noção de *saber-perito* em Anthony Giddens está diretamente ligada ao modo como, na modernidade, a confiança social se ancora em sistemas abstratos de conhecimento. O *saber-perito* corresponde ao conhecimento especializado, produzido por comunidades científicas e técnicas, que oferece diagnósticos, prognósticos e prescrições para fenômenos muitas vezes abstratos e de longo prazo — como as mudanças climáticas. Giddens mostra que, mesmo quando esse saber é amplamente reconhecido como legítimo, há um descompasso entre "saber" e "agir," pois o cotidiano dos agentes permanece pautado por rotinas e pela busca de segurança ontológica. Assim, o *saber-perito* é fundamental na constituição da modernidade reflexiva, mas revela também seus paradoxos: ele projeta futuros possíveis e riscos, coloniza o futuro com seus diagnósticos, mas não garante, por si só, mudanças efetivas nas práticas sociais.

de vista sociológico, interessa perceber que tais profissionais não apenas aplicam técnicas, mas negociam e reelaboram conceitos continuamente em seu cotidiano.

No campo da reabilitação, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais mobilizam a noção de funcionalidade tanto como critério terapêutico quanto como instrumento normativo. Esses profissionais não apenas aplicam protocolos, mas também discutem conceitos e adequações tradutórias. A saúde, assim, ultrapassa o domínio clínico e se inscreve em uma rede de práticas acadêmicas, políticas e burocráticas que redefine o que conta como deficiência ou capacidade.

A atual ênfase em políticas públicas "baseadas em evidências" reforça essa legitimação científica das classificações. O desenvolvimento de instrumentos nacionais, como o Instrumento de Funcionalidade Brasileiro, exemplifica como a funcionalidade se consolida como categoria técnica e cientificamente robusta, operando também como tecnologia de contabilização e gestão das populações. É nesse cruzamento entre saber clínico, racionalidade burocrática e regimes de verdade científicos que a funcionalidade adquire sua centralidade contemporânea, servindo como chave analítica para compreender tanto as práticas locais quanto a governamentalidade em escala global.

Recebido em 16/09/2025
Aprovado em 16/03/2026

Referências

Altman, B. M. (Ed.). (2016a). *International measurement of disability: Purpose, method and application: The work of the Washington Group* (Vol. 61). Springer.

Altman, B. M. (2016b). Conceptual issues in disability: Saad Nagi's contribution to the disability knowledge base. In S. E. Green & S. N. Barnartt (Eds.), *Research in social science and disability* (Vol. 9, pp. 57–95). Emerald Group Publishing.

Alves, L. C., Leite, I. da C., & Machado, C. J. (2008). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: Uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1199–1207.

Araújo, E. S. de. (2008). *A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em fisioterapia: Uma revisão bibliográfica* [Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo (USP)]. Repositório da Produção USP. https://repositorio.usp.br/item/001688215

Barbosa, L., Diniz, D., & Santos, W. (2009). Diversidade corporal e perícia médica: Novos contornos da deficiência para o Benefício de Prestação Continuada. *Textos & Contextos*, 8(2), 377–390.

Battistella, L. R., & Brito, C. M. M. (2002). Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). *Acta Fisiátrica*, 9(2), 98–101.

Bickenbach, J. E., Chatterji, S., Badley, E. M., & Üstün, T. B. (1999). Models of disablement, universalism and the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. *Social Science & Medicine*, 48(9), 1173–1187.

Biehl, J. (2011). Antropologia no campo da saúde global. *Horizontes Antropológicos*, 17, 227–256.

Biz, M. C., & Chun, R. Y. S. (2020). O papel da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para a tomada de decisão na gestão em serviços de saúde. *Saúde em Redes*, 6(2), 67–86.

Biz, M. C. (2017). Envelhecimento populacional e a importância dos dados epidemiológicos sobre funcionalidade. In E. S. Cordeiro & M. C. Biz (Eds.), *Implantando a CIF: O que acontece na prática?* (pp. 177–189). WAK.

Boldrin, J. R. (2024). *Manejos vitais: A materialidade da respiração e as zonas cinzentas de vida e morte* [Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)]. Repositório da Produção Científica e Intelectual da Unicamp. https://hdl.handle.net/20.500.12733/24793

Botelho, L. C., & Porciuncula, K. (2018). Os desafios para a produção de indicadores sobre pessoas com deficiência: Ontem, hoje e amanhã. In A. Simões, L. Athias, & L. Botelho (Eds.), *Panorama nacional e internacional da produção de indicadores sociais: Grupos populacionais específicos e uso do tempo.* (pp. 116–169). IBGE.

Botelho, L. C., & Lenzi, M. B. (2024). Trajetória da identificação das pessoas com deficiência no Brasil: Uma análise das pesquisas domiciliares do IBGE. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(11), e03932024.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, & Ministério da Previdência Social. (2007). ***Avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da assistência social: Um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde***. Governo Federal.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2012). Resolução nº 452, de 10 de maio de 2012. Dispõe sobre a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade,

Incapacidade e Saúde (CIF) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União.

Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. (2014). *Novos comentários à Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e seu protocolo facultativo* (3ª ed.).

Brasil. Presidência da República. (2015). Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União.

Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. (2024). *Relatório final do Grupo de Trabalho sobre avaliação biopsicossocial unificada da deficiência.*

Brégain, G. (2022). *Para una historia transnacional de la discapacidad: Argentina, Brasil y España: Siglo XX*. CLACSO.

Brown, T. M., Cueto, M., & Fee, E. (2006). A transição de saúde pública "internacional" para "global" e a Organização Mundial da Saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 13*(3), 623–647.

Buchalla, C. M. (2003). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátrica, 10*(1), 29–31.

Bury, M. R., & Wood, P. H. N. (1978). Sociological perspectives in research on disablement. *International Rehabilitation Medicine, 1*(1), 24–32.

Carniel, F., & Mello, A. G. de. (2021). Quem escreve pela deficiência no pensamento social brasileiro? *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar, 11*(2), 490–525.

Castaneda, L., Bergmann, A., & Bahia, L. (2014). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Uma revisão sistemática de estudos observacionais. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 17*(2), 437–451.

Castaneda, L., & Castro, S. S. de. (2013). Brazilian publications on the International Classification of Functioning. *Acta Fisiátrica, 20*(1), 29–36.

Castaneda, L., Castro, S. S. de., & Bahia, L. (2014). Construtos de incapacidade presentes na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): Uma análise baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Brasileira de Estudos de População, 31*(2), 419–429.

Cordeiro, E. S. (2017). Funcionalidade, desenvolvimento humano, uso estatístico e pequeno histórico de envolvimento. In E. S. Cordeiro & M. C. Biz (Eds.), *Implantando a CIF: O que acontece na prática?* (pp. 75–85). WAK.

Cordeiro, E. S., & Biz, M. C. (Eds.). (2017). *Implantando a CIF: O que acontece na prática?* WAK.

Cueto, M., Brown, T. M., & Fee, E. (2019). *The World Health Organization: A history.* Cambridge University Press.

Cueto, M., & Zamora, V. (Eds.). (2006). *Historia, salud y globalización*. Universidad Peruana Cayetano Heredia; IEP Ediciones.

De Kleijn-De Vrankrijker, M. W. (2003). The long way from the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation, 25*(11–12), 561–564.

Di Nubila, H., Paula, A. R. de, Marcelino, M. A., & Maior, I. (2011). Evaluating the model of classification and valuation of disabilities used in Brazil and defining the elaboration and adoption of a unique model for all the country: Brazilian Interministerial Workgroup Task. *BMC Public Health, 11*(Suppl. 4), S10. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S4-S10

Di Nubila, H. (2007). *Aplicação das classificações CID-10 e CIF nas definições de deficiência e incapacidade* [Tese de doutorado. Universidade de São Paulo (USP)]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. https://doi.org/10.11606/T.6.2007.tde-09042007-151313

Di Nubila, H. (2010). Uma introdução à CIF: Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 35*(121), 122–123.

Di Nubila, H., & Buchalla, C. M. (2008). O papel das classificações da OMS – CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 11*(2), 324–335.

Diniz, D., Medeiros, M., & Squinca, F. (2007). Reflexões sobre a versão em português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 23*(10), 2507–2510.

Epstein, S. (2009). *Inclusion: The politics of difference in medical research.* University of Chicago Press.

Farias, N., & Buchalla, C. M. (2005). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 8*(2), 187–193.

Félix, M. A. (2017). Funcionalidade humana e a educação em fisioterapia: Reflexões necessárias na contemporaneidade à luz da formação na graduação. In E. S. Cordeiro & M. C. Biz (Eds.), *Implantando a CIF: O que acontece na prática?* (pp.

201–214). WAK.

Ferreira, L. T. D., Castro, S. S. de., & Buchalla, C. M. (2014). The International Classification of Functioning, Disability and Health: Progress and opportunities. *Ciência & Saúde Coletiva, 19*, 469–474.

Fonseca, C., Jardim, D. F., Schuch, P., & Machado, H. (2016a). Apresentação: Tecnologias de governo: Apreciação e releituras em antropologia. *Horizontes Antropológicos, 22*(46), 9–34.

Fonseca, C., Maricato, G., Costaduarte, L., & Riboli Besen, L. (Eds.). (2016b). *Ciência, medicina e perícia nas tecnologias de governo.* Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Foucault, M. (1999). *Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France* (1975–1976). Martins Fontes.

Foucault, M. (2005). *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Graal.

Foucault, M. (2008a). *Segurança, território, população: Curso no Collège de France* (1977–1978). Martins Fontes.

Foucault, M. (2008b). *Nascimento da biopolítica: Curso no Collège de France* (1978–1979). Martins Fontes.

Gavério, M. A. (2021). Apontamentos sobre as possibilidades de uma sociologia da deficiência. Contemporânea – *Revista de Sociologia da UFSCar, 11*(2), 579–587.

Gavério, M. A. (2022). *Reabilitar é incluir? Um estudo de práticas em reabilitação físico-motora* [Tese de doutorado. Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)]. Repositório Institucional da UFSCar (RI UFSCar). https://repositorio.ufscar.br/handle/20.500.14289/16286

Gavério, M. A. (2024). Biopolítica, sexualidade e deficiência: Notas sobre o dispositivo da funcionalidade. In F. de F. Balieiro & S. C. Silva (Eds.), *Gênero e regulações do sexo entre antigos e modernos* (pp. 275–290). Fi.

Gavério, M. A., & Lourenção, G. V. N. (2020). Multiplicidades-ciborgue, reabilitações e reflexões sobre o corpo: Uma conversa entre dois cientistas. *Teoria e Cultura, 15*(1), 148–161.

Giddens, A. (1991). *As consequências da modernidade*. Editora Unesp.

Gray, D. B., & Hendershot, G. E. (2000). The ICIDH-2: Developments for a new era of outcomes research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 81*, S10–S14.

Gritzer, G., & Arluke, A. (1985). *The making of rehabilitation: A political economy of medical specialization, 1890–1980*. University of California Press.

Haraway, D. J. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies, 14*(3), 575–599.

Hewitt, M. (1983). Bio-politics and social policy: Foucault's account of welfare. *Theory, Culture & Society, 2*(1), 67–84.

Jasanoff, S. (2004). The idiom of co-production. In S. Jasanoff (Ed.), *States of knowledge: The co-production of science and social order.* (pp. 1–12). Routledge.

Katz, S., & Marshall, B. L. (2004). Is the functional "normal"? Aging, sexuality and the bio-marking of successful living. *History of the Human Sciences, 17*(1), 53–75.

Lemke, T. (2011). *Biopolitics: An advanced introduction*. New York University Press.

Leonardi, M., Lee, H., Kostanjsek, N., Fornari, A., Raggi, A., Martinuzzi, A., Yáñez, M., Almborg, A.-H., Fresk, M., Besstrashnova, Y., Shoshmin, A., Castro, S. S., Cordeiro, E. S., Cuenot, M., Haas, C., Maart, S., Maribo, T., Miller, J., Mukaino, M., … Kraus de Camargo, O. (2022). 20 years of ICF—International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and applications around the world. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(18), 11321. https://doi.org/10.3390/ijerph191811321

Leonardi, M., Bickenbach, J., Ustun, T. B., Kostanjsek, N., & Chatterji, S. (2006). The definition of disability: What is in a name? *The Lancet, 368*(9543), 1219–1221. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69498-1

Lopes, P. (2019a). Deficiência como categoria analítica: Trânsitos entre ser, estar e se tornar. *Anuário Antropológico, 44*(1), 67–91.

Lopes, P. (2019b). Deficiência como categoria do Sul Global: Primeiras aproximações com a África do Sul. *Revista Estudos Feministas, 27*(3), e66923.

Mângia, E. F., Muramoto, M. T., & Lancman, S. (2008). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): Processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, 19*(2), 121–130.

Martins, A., & Cordeiro, E. S. (2015). Deficiência não é incapacidade: O que isso significa? *Revista CIF Brasil, 3*, 18–27.

Martins, R. C. (2011). O paradoxo de Giddens. Contemporânea – *Revista de Sociologia da UFSCar, 1*(1), 237–243.

Mbogoni, M. (2003). On the application of the ICIDH and ICF in developing countries: Evidence from the United Nations Disability Statistics Database

(DISTAT). *Disability and Rehabilitation, 25*(11–12), 644–658.

Medeiros, M., & Diniz, D. (2004). Envelhecimento e deficiência. *Série Anis*, 36, 1–8.

Mello, A. G. de. (2009). *Por uma abordagem antropológica da deficiência: Pessoa, corpo e subjetividade* [Trabalho de conclusão de curso]. Universidade Federal de Santa Catarina.

Mello, A. G. de. (2016). Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: Do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10), 3265–3276.

Mello, A. G. de. (2019). Olhar, (não) ouvir, escrever: Uma autoetnografia ciborgue [Tese de doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)]. Repositório Institucional da UFSC. https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/215355

Menezes, R. L. de., Martins, A., & Bachion, M. (2017). Ensino da Classificação Internacional de Funcionalidade na pós-graduação stricto sensu: Relato de experiência. In E. S. Cordeiro & M. C. Biz (Eds.), *Implantando a CIF: O que acontece na prática?* (pp. 249–264). WAK.

Miller, P., & Rose, N. (2008). *Governing the present: Administering economic, social and personal life*. Polity Press.

Morais, I. de A., Resende, M. C. de., Merchan-Hamann, E., & Pereira, E. L. (2025). Modelo biopsicossocial na avaliação da deficiência: deficiência não é um código da CID. *Ciência & Saúde Coletiva, 30*(8), e02462024. https://doi.org/10.1590/1413-81232025308.02462024

Moser, I. (2000). Against normalisation: Subverting norms of ability and disability. *Science as Culture, 9*(2), 201–240.

Moser, I. (2005). On becoming disabled and articulating alternatives: The multiple modes of ordering disability and their interferences. *Cultural Studies, 19*(6), 667–700.

Moser, I. (2006). Disability and the promises of technology: Technology, subjectivity and embodiment within an order of the normal. Information, *Communication & Society, 9*(3), 373–395.

Nagi, S. Z. (1965). Some conceptual issues in disability and rehabilitation. In M. Sussman (Ed.), *Sociology and rehabilitation*. (pp. 309–327). American Sociological Association.

Nagi, S. Z. (1991). Disability concepts revisited: Implications for prevention. In A. M. Pope & A. R. Tarlov (Eds.), *Disability in America: Toward a national agenda for prevention.* (pp. 13–22). National Academies Press.

Nunes, J. (2023). Reescrever saúde global. *Saúde e Sociedade, 32*(3), e230316pt.

Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. Macmillan.

Organização Mundial da Saúde, & Banco Mundial. (2012). *Relatório mundial sobre a deficiência*. Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Organização Mundial da Saúde. (2003). *CIF: Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. EDUSP.

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

Ong, A., & Collier, S. J. (Eds.). (2007). *Global assemblages: Technology, politics, and ethics as anthropological problems*. Wiley.

Packard, R. M. (2016). *A history of global health: Interventions into the lives of other peoples*. Johns Hopkins University Press.

Padilha, A. (2017). Prefácio. In E. S. Cordeiro & M. C. Biz (Eds.), *Implantando a CIF: O que acontece na prática?* (pp. 13–22). WAK.

Pereira, É. L., & Barbosa, L. (2016). Índice de funcionalidade brasileiro: Percepções de profissionais e pessoas com deficiência no contexto da LC 142/2013. *Ciência & Saúde Coletiva, 21*(10), 3017–3026.

Pols, J. (2010). Bringing bodies—and health care—back in: Exploring practical knowledge for living with chronic disease. *Medische Antropologie, 22*(2), 413–427.

Pols, J., & Moser, I. (2009). Cold technologies versus warm care? On affective and social relations with and through care technologies. *Alter, 3*(2), 159–178.

Sampaio, R. F., Mancini, M. C., Gonçalves, G. G. P., Bittencourt, N. F. N., Miranda, A. D., & Fonseca, S. T. (2005). Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Brazilian Journal of Physical Therapy, 9*(2), 129–136.

Sampaio, R. F., & Luz, M. T. (2009). Funcionalidade e incapacidade humana: Explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 25*(3), 475–483.

Santos, W. (2010). Assistência social e deficiência no Brasil: O reflexo do debate internacional dos direitos das pessoas com deficiência. *Serviço Social em Revista, 13*(1), 80–101.

Santos, W. (2016). Deficiência como restrição de participação social: Desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. *Ciência & Saúde Coletiva, 21*(10),

3007–3015.

Santos, W. (2017). Uso da CIF nos benefícios, isenções e serviços federais para as pessoas com deficiência. In E. S. Cordeiro & M. C. Biz (Eds.), *Implantando a CIF: O que acontece na prática?* (pp. 282–292). WAK.

Schuch, P. (2025). Políticas de inclusão para pessoas com deficiência no Brasil: Expansão ou contestação? In T. Rifiotis, F. Cardozo, & J. Segata (Eds.), *Políticas etnográficas no campo da judicialização.* (pp. 195–221). ABA Publicações.

Silveira, F. G., Jaccoud, L. de B., Mesquita, A. C. S., & Natalino, M. A. C. (2016). Deficiência e dependência no debate sobre a elegibilidade ao BPC (Nota técnica n. 31, Disoc). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7338

Stone, D. A. (1979). Diagnosis and the dole: The function of illness in American distributive politics. *Journal of Health Politics, Policy and Law, 4*(3), 507–521.

Stone, D. A. (1984). *The disabled state.* Temple University Press.

Stone, D. A. (2020). *Counting: How we use numbers to decide what matters.* Liveright Publishing.

Stucki, G., Cieza, A., & Melvin, J. (2007). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): A unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine, 39*(4), 279–285.

Swanson, G., Carrothers, L., & Mulhorn, K. (2003). Comparing disability survey questions in five countries: A study using ICF to guide comparisons. *Disability and Rehabilitation, 25*(11–12), 665–675.

Timmermans, S., & Berg, M. (2003). *The gold standard: The challenge of evidence-based medicine.* Temple University Press.

Tribe, K. (2009). The political economy of modernity: Foucault's Collège de France lectures of 1978 and 1979. *Economy and Society, 38*(4), 679–698.

Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994). *The disablement process. Social Science & Medicine, 38*(1), 1–14.

World Health Organization. (1993). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps.* WHO.

Wood, P. H. N., & Badley, E. M. (1981). *People with disabilities: Towards acquiring information which reflects more sensitivity to their problems and needs.* World Rehabilitation Fund.

Zola, I. K. (1991). *Missing pieces: A chronicle of living with a disability* (2nd ed.). Temple University Press.

Zola, I. K. (1993). Self, identity and the naming question: Reflections on the language of disability. *Social Science & Medicine, 36*(2), 167–173.