

3

A pessoa com deficiência e sua busca por reconhecimento

De acordo com Gugel (2006, p. 9), valendo-se de dados do IBGE no Censo-2000²¹, as pessoas com deficiência no Brasil somam 14,48% da população, o que corresponderia, à época, ao quantitativo de 24,5 milhões de brasileiros. A autora enfatiza que, em meados de 2006, os indicadores apontavam que apenas 537 mil pessoas com deficiência encontravam-se incluídas no mercado de trabalho nacional num contingente de 26 milhões de trabalhadores ativos, sendo desconhecido o número de pessoas com deficiência atuando no serviço público federal, estadual e municipal.

Gugel (2006, p. 25) ainda menciona que diversas terminologias foram adotadas no ordenamento jurídico nacional para designar as pessoas com deficiência, muitas delas, carregadas de conotação estigmatizante como desvalido, utilizada na Constituição de 1934²², excepcional e pessoa deficiente, visualizadas, respectivamente, na Emenda Constitucional n. 1/69²³ e Emenda Constitucional n. 12/78²⁴.

Com a Constituição Federal de 1988, o Brasil adotou a terminologia pessoa portadora de deficiência. Embora tenha sido considerado um avanço à época, deve-se ter em mente, segundo Fávero (2004, p. 21), que a Carta Magna foi elaborada num momento em que era necessária padronização do termo, retirando

²¹ Embora realizado o CENSO 2010 recentemente e disponibilizados alguns dados oficiais no sítio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (www.ibge.gov.br) até o presente momento não houve divulgação de dados atualizados acerca do quantitativo de brasileiros com deficiência ou mesmo outros dados relacionados à questão da deficiência, o que motivou a utilização, nesta dissertação, das informações coletadas no CENSO 2000. Importante destacar, ainda, que os dados oferecidos pelo CENSO 2000, conforme Diniz et al. (2010a, p. 98), foram marcadamente biomédicos, tais como a gradação de dificuldades para enxergar, ouvir ou se locomover, justamente por ser o modelo compreensivo da deficiência vigente na elaboração e gestão de políticas públicas para essa população no Brasil, associada à “dificuldade de mensuração o que seria restrição de participação pela interação do corpo com o ambiente social.

²² Art 138. Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas: a) assegurar amparo aos desvalidos, criando serviços especializados e animando os serviços sociais, cuja orientação procurarão coordenar;

²³ Art. 175. A família é constituída pelo casamento e terá direito à proteção dos Podêres Públicos. [...] § 4º Lei especial disporá sobre a assistência à maternidade, à infância e à adolescência e sobre a educação de excepcionais.

²⁴ Artigo único - É assegurado aos deficientes a melhoria de sua condição social e econômica especialmente mediante:[...] I - educação especial e gratuita; II - assistência, reabilitação e re inserção na vida econômica e social do país; III- proibição de discriminação, inclusive quanto à admissão ao trabalho ou ao serviço público e a salários; IV - possibilidade de acesso a edifícios e logradouros públicos.

o foco de atenção da limitação corporal, mental ou sensorial em si considerada, propiciando sua transferência para a pessoa que a experimentava, na medida em que palavras com conotação negativa eram corriqueiramente utilizadas para designar pessoas com deficiência (tais como, aleijado, retardado, débil mental, entre outras).

Em seu estudo, Gugel (2006, p. 27) ainda aponta que a designação do termo pessoa portadora de deficiência pela Constituição Federal de 1988 adveio da atuação do movimento nacional das pessoas com deficiência associada ao contexto mundial decorrente de instrumentos normativos como a Convenção n. 159 da Organização Internacional do Trabalho – OIT, em 1983, referente à Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes, ratificada pelo Brasil e publicada pelo Decreto Legislativo n. 129, de 22 de maio de 1991.

Apesar disso, com a assinatura pelo Brasil da Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas e Protocolo Facultativo, em 30 de março de 2007, na cidade de Nova York - EUA, aprovada pelo Congresso Nacional por intermédio do Decreto Legislativo n. 186/2008 com a sistemática prevista no art. 5º, §3º da Constituição Federal, que lhe garantiu *status* de emenda constitucional, com promulgação pelo Presidente da República por intermédio do Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009, o termo que melhor se adapta hodiernamente para caracterização e estudo do grupo em apreço, no âmbito nacional, consiste em pessoa(s) com deficiência.

A nova nomenclatura, de tradição estadunidense, não garante posicionamento pacífico entre os autores, existindo divergentes como Oliver e Barnes, referidos por Diniz (2007, p. 20-21), que consideram o termo “deficiente” ou “pessoa deficiente” como os mais adequados:

Segundo Oliver e Barnes, “a expressão pessoa com deficiência sugere que a deficiência é propriedade do indivíduo e não da sociedade”, ao passo que “pessoa deficiente” ou “deficiente” demonstram que a deficiência é parte constitutiva da identidade das pessoas, e não um detalhe.

Oliver critica duramente a expressão composta “pessoa com deficiência”, adotada pela tradição estadunidense, pois considera que: ‘Essa visão liberal e humanista vai ao encontro da realidade tal como ela é experimentada pelos deficientes, que sustentam ser a deficiência parte essencial da constituição de suas identidades e não meramente um apêndice. Nesse contexto, não faz sentido falar sobre pessoas e deficiência separadamente. Em consequência, os deficientes demandam aceitação como são, isto é, como deficientes.’

“Deficiente” seria, portanto, um termo politicamente mais forte que “pessoa com deficiência”, muito embora alguns autores utilizem ambos de modo indiscriminado.

Não se deve perder de vista, todavia, que muito mais do que investir em discussões doutrinárias sobre a escolha do vocábulo mais adequado é propiciar uma verdadeira e efetiva inclusão social da minoria, como identidade reconhecida e valorizada no e pelo corpo social.

Prosseguindo, a inexpressiva absorção das pessoas com deficiência no mercado de trabalho pode ser associada (pela teoria proposta por Honneth e detalhada no capítulo anterior) à incompletude das relações de reconhecimento experimentadas pelas pessoas com deficiência, seja no âmbito individual, seja no coletivo, permitindo situações de preconceito e desrespeito, as quais desmascaram a necessidade de ampliação do horizonte valorativo da comunidade social.

Em relação à dificuldade de identificação entre as pessoas sem deficiência para com as pessoas que as apresentam, Wendell (2006, p. 251; 252), partindo de sua experiência pessoal, comenta:

Quando fazemos das pessoas “o outro”, os agrupamos como objetos de nossa experiência ao invés de considerá-los sujeitos companheiros de experiências com os quais possamos nos identificar. Se você é “outro” para mim, vejo você primeiramente como simbólico de uma outra coisa - geralmente, mas nem sempre, algo que eu rejeite e temo e que projeto em você. Nós todos podemos fazer isso uns com os outros, mas muito frequentemente o processo não é simétrico, pois um grupo de pessoas pode ter mais poder para chamar a si mesmo de paradigma da humanidade e fazer o mundo atender suas próprias necessidades e validar suas próprias experiências. Pessoas deficientes são “outro” para pessoas sem deficiência e, como eu tento mostrar, as conseqüências disso para os não-deficientes são menores (a maioria das pessoas sem deficiência deixa de notar isso). [...]

Tenho dito que para os não-deficientes, os deficientes frequentemente simbolizam fracasso em controlar o corpo e o fracasso da ciência e medicina ao proteger-nos. Porém, alguns deficientes também se tornaram símbolos de controle heróico, ao contrário de todas as probabilidades; estes são “heróis deficientes”, que confortam os não-deficientes pois reafirmam a possibilidade de superar o corpo. [...]

Os problemas de ser “o outro” para um grupo dominante são sempre politicamente complexos. Nossas soluções são enfatizar semelhanças com o grupo dominante na esperança de que estes se identificarão com o oprimido, reconhecerão seus direitos, gradualmente darão a eles oportunidades iguais e finalmente os assimilarão.²⁵

²⁵ Tradução do texto original: “When we make people “other”, we group them together as the objects of *our* experience instead of regarding them as fellow *subjects* of experience with whom we might identify. If you are “other” to me, I see you primarily as symbolic of something else – usually, but not always, something I reject and fear and that I project onto you. We can all do this to each other, but very often the process is not symmetrical, because one group of people may have

A evolução da compreensão da deficiência do modelo biomédico para o atual modelo social tem contribuído gradativamente para uma mudança do estigma e da ideologia opressiva impostos às pessoas com deficiência.

A proposta do modelo social de compreensão da deficiência importa, como será visto adiante, considerar-se que a despeito da variedade de lesões experimentadas pelos indivíduos, que contribuem para os impedimentos corporais, as pessoas com deficiência possuem um fator de unificação: a experiência da opressão social em razão da deficiência (Diniz, 2007, p. 22), conforme mencionado por Charlton (2006).

Assim, não apenas o foco de análise da deficiência deve ser repensado, ou seja, afastando-se o debate de um exame apenas sobre o trinômio lesão-deficiência-incapacidade para incluir a deficiência como resultado de uma interação mal-sucedida entre as pessoas com impedimentos corporais e a sociedade.

Como diria Oliver, citado por Diniz (2007, p. 19), a deficiência não estaria para um cadeirante em não poder andar, locomover-se, mas na inacessibilidade dos ônibus e espaços sociais.

Importante destacar que não se quer com isso dizer, tal como será explicado posteriormente, que os saberes médicos não sejam mais necessários. A perspectiva do modelo social está em colocar o debate não mais apenas focado num campo exclusivamente médico-normativo, mas aproximá-lo de uma discussão sobre quais as diferenças de habilidades justificariam ações de reparação de desigualdade social (Diniz et al., 2007, p. 3).

more power to call itself the paradigm of humanity and to make the world suit its own needs and validate its own experiences. Disabled people are “other” to able-bodied people, and (as I have tried to show) the consequences of this for the able-bodied are minor (most able-bodied people can afford not to notice it). [...] I have said that for the able-bodied, the disabled often symbolize failure to control the body and the failure of science and medicine to protect us all. However, some disabled people also become symbols of heroic control against all odds; these are “disabled heroes”, who are comforting to the able-bodied because they reaffirm the possibility of overcoming the body. [...]. The problems of being “the other” to a dominant group are always politically complex. Our solutions is to emphasize similarities to the dominant group in the hope that they will identify with the oppressed, recognize their rights, gradually give them equal opportunities, and eventually assimilate them.”

3.1

Conceituando a deficiência: considerações sobre o modelo biomédico e o modelo social

Tratar da temática das pessoas com deficiência implica, conforme Araujo (2010, p. 917), analisar uma questão multifacetada, na medida em que as limitações corporais, sensoriais ou mentais dos indivíduos possuem as mais diversas origens, podendo abranger limitações isoladas ou conjuntas, relacionadas à locomoção, audição, visão, cognição, bem como problemas relacionados a metabolismo, dentre outros²⁶. Não obstante, o autor menciona a necessidade de se adotar um conceito amplo, focado sempre em uma perspectiva inclusiva.

Medeiros & Diniz (2004, p. 3) esclarecem:

Como no caso da saúde, da educação ou até mesmo da pobreza, há diferentes definições para a deficiência. Regra geral, deficiência pressupõe a existência de variações de algumas habilidades que sejam qualificadas como restrições ou lesões. O que inexiste, no entanto, é um consenso sobre quais variações de habilidades e funcionalidades caracterizariam a deficiência. Há pessoas com lesões que não experimentam a deficiência, assim como existem pessoas com expectativa de lesões que se consideram deficientes. Traçar a fronteira conceitual entre essas diversas expressões da diversidade humana é um exercício intelectual na fronteira de diferentes saberes, em especial entre o conhecimento médico e as ciências sociais (DINIZ, 2003).

Nesse sentido, Lancillotti (2003, p. 47) argumenta que a noção de deficiência é fruto de constante modificação histórica, na medida em que as condições sociais são alteradas pela própria ação do homem e sua relação com o meio social²⁷.

Os primeiros relatos históricos sobre a deficiência, segundo Amaral (1995, p. 41-54), evidenciavam-na como um castigo imposto aos seus portadores,

²⁶ E mesmo essas limitações podem gerar ou não situações de deficiência. Nesse sentido, Wendell (2006, p. 245) comenta que algumas pessoas que experimentam limitações corporais nem sempre vivenciam situações de deficiência, em virtude das oportunidades sociais disponibilizadas ou mesmo considerando-se seu próprio contexto de vida, os quais não desencadeiam necessariamente restrições à participação e usufruto no meio comunitário. Em contrapartida, muitas pessoas cujos corpos experimentam consideráveis limitações não são consideradas deficientes, em razão de negativa de reconhecimento do meio coletivo ou médico em identificar essas limitações como propiciadoras de situações de deficiência. Entretanto, um laço une a todos nessas condições, a experiência da opressão social.

²⁷ Sobre a trajetória do tratamento dispensado às pessoas com deficiência, Lorentz (2006, p. 86-87) sintetiza quatro etapas, sendo a primeira relacionada a políticas de eugenia de eliminação; a segunda, vinculada ao assistencialismo; a terceira intitulada fase da integração; culminando com a atual proposta inclusiva.

impedindo-os de usufruírem de uma vida similar a dos demais indivíduos, em razão de uma pretensa condição de desvalia, culminando com seu extermínio do convívio social.

Durante a Idade Média, com a introdução da moral cristã, a dicotomia existente entre corpo e mente transmutou-se para corpo e alma, razão pela qual o abandono de pessoas com deficiência passou a ser prática intolerável, até então justificada em uma sociedade escravista. Enquanto solução alternativa, a sociedade feudal encontrou o asilamento, que oferecia o assistencialismo exigido pela moral cristã (caridade) e ao mesmo tempo segregava a pessoa com deficiência (Lancillotti, p. 48).

Posteriormente, o homem e a sociedade passaram a ser concebidos como seres regulados por leis naturais, da mesma forma que seus comportamentos e potencialidades, o que também perpetuou a perspectiva segregacionista atribuída à pessoa com deficiência (Lancillotti p. 49).

E dentro desse contexto, com o passar dos séculos, em especial no decorrer do século XIX, a deficiência passou a ser objeto de estudo científico, sendo identificada como doença, dependente dos saberes médicos, psicológicos e de reabilitação, vinculada a um modelo de compreensão biomédico, o qual se encontra em processo constante de modificação, desde 1960, pela introdução de uma concepção social da deficiência (Diniz, 2007, p. 9), compatível com uma sociedade que se pretende inclusiva.

Diniz et al. (2010, p. 102) mencionam:

A deficiência já foi tida como um drama pessoal ou familiar, com explicações religiosas que a aproximaram ora do infortúnio, ora da benção divina em quase todas as sociedades. A contestação da narrativa mística e religiosa pela narrativa biomédica foi recebida como um passo importante para a garantia da igualdade. As causas dos impedimentos não estariam mais no pecado, na culpa ou no azar, mas na genética, na embriologia, nas doenças degenerativas, nos acidentes de trânsito ou no envelhecimento. A entrada do olhar médico marcou a dicotomia entre normal e patológico no campo da deficiência, pois o corpo com impedimentos somente se delineia quando contrastado com uma representação do corpo sem deficiência. O desafio, agora, está em recusar a descrição de um corpo com impedimentos como anormal. A anormalidade é um julgamento estético e, portanto, um valor moral sobre os estilos de vida, não o resultado de um catálogo universal e absoluto sobre os corpos com impedimentos.

O modelo médico retirou a deficiência do estudo religioso a partir do século XIX, com o que, o corpo com impedimentos foi objeto de catalogação, como uma espécie de variação indesejada e patológica do corpo aferido como normal (Santos, 2010, p. 118).

Tanto o modelo biomédico quanto o modelo social devem ser compreendidos como possíveis leituras interpretativas do fenômeno da deficiência e, necessariamente, não são excludentes, porém apontam para diferentes ângulos de desafio imposto pela deficiência no campo dos direitos humanos (Diniz et al., 2010, p. 101).

Na concepção do modelo biomédico, o foco é a lesão que, por sua vez, ao gerar a incapacidade num indivíduo, propicia a deficiência. Desse modo, há uma relação de causalidade e dependência entre os impedimentos corporais e as desvantagens sociais vivenciadas pelas pessoas com deficiência. Assim, tem-se, segundo Medeiros & Diniz (2004, p. 2) que:

Em geral as definições baseadas no modelo médico exigem um grande afastamento dos padrões de normalidade para considerar alguém deficiente. Os critérios utilizados para definir a deficiência geralmente têm como referência a perda completa de certos órgãos e funções comparando-as a limites da deficiência como, por exemplo, patamares de mínimos de acuidade visual, capacidade auditiva, etc. que podem ser avaliados isoladamente uns dos outros, bem como separados das necessidades impostas pelas características sociais de cada pessoa.

A deficiência seria, dentro do modelo biomédico, uma desvantagem natural do indivíduo considerando-se um padrão de funcionamento típico imposto aos demais²⁸, de modo que os impedimentos corporais deveriam ser corrigidos ou minimizados pela reabilitação, genética ou práticas educacionais (Diniz et al., 2010, p. 99; 100-101). Ou seja, um indivíduo com deficiência seria alguém que precisa de cuidados biomédicos (Diniz, 2007, p. 15).

²⁸ O estudo da dicotomia entre o normal e o patológico na sociedade deve-se, em grande medida, às contribuições filosóficas apresentadas por Michel Foucault. O filósofo francês teorizou sobre o poder disciplinar e a sociedade disciplinar, os quais se utilizariam de critérios de vigilância dos indivíduos, apropriação do trabalho e distribuição sistemática do tempo, com o desenvolvimento do binômio docilidade-utilidade dos corpos. Em linhas gerais, a sociedade disciplinar seria responsável por fabricar indivíduos, na medida em que normalizaria comportamentos que passariam a ser reproduzidos nas relações sociais, servindo de parâmetro para o que se espera como regular e normal dentro da comunidade (Ortega, 2004). Com o adestramento do corpo, Foucault identificou a produção de saberes, que foram determinantes para o surgimento das ciências humanas.

Ao tecer comentários sobre a compreensão do modelo biomédico do fenômeno da deficiência, Diniz et al. (2010, p. 101-102) esclarecem:

Para a segunda compreensão, a do modelo biomédico da deficiência, um corpo com impedimentos deve ser objeto de intervenção dos saberes médicos. Os impedimentos são classificados pela ordem médica, que descreve as lesões e as doenças como desvantagens naturais e indesejadas. Práticas de reabilitação ou curativas são oferecidas e até mesmo impostas aos corpos, com o intuito de reverter ou atenuar os sinais de anormalidade. Quanto mais fiel o simulacro da normalidade, maior o sucesso da medicalização dos impedimentos. Na ausência de possibilidades biomédicas, as práticas educacionais compõem outro universo de docilização dos corpos: [...].

A passagem do modelo biomédico para o modelo social da deficiência, concebido pela lógica do *disablism* (neologismo, sem tradução ainda para a língua portuguesa, Diniz et al., 2010, p. 97)²⁹, que denuncia a relação de desigualdade proveniente de ambientes com barreiras na perspectiva de um corpo com impedimentos, adveio de um extenso debate político nas etapas consultivas da CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde pela OMS – Organização Mundial de Saúde, bem como pelo engajamento de grupos sociais relacionadas às pessoas com deficiência.

Enquanto os problemas referentes às pessoas com deficiência foram explicados, ao longo dos anos, em termos de punição divina, carma, falha moral ou deficiência biológica, o movimento social da deficiência deteve sua atenção na opressão social, cultural e nas barreiras ambientais (Shakespeare, 2006, p. 197).

A ideia central do modelo social consiste em compreender a deficiência não como um problema individual ou restrito ao ambiente familiar, mas como uma questão de cunho social, reconhecendo-se a sociedade como deficiente, porquanto esta, na medida em que se torna excludente, impede a efetiva participação das pessoas com deficiência no meio comunitário.

O simples oferecimento de bens e serviços biomédicos às pessoas com deficiência não é suficiente para garantir sua inclusão. Ao contrário, os

²⁹ Segundo Diniz et al. (2010a, p. 97): “o *disablism* é resultado da cultura da normalidade, em que os impedimentos corporais são alvo de opressão e discriminação. A normalidade, entendida ora como uma expectativa biomédica de padrão de funcionamento da espécie, ora como um preceito moral de produtividade e adequação às normas sociais, foi desafiada pela compreensão de que deficiência não é apenas um conceito biomédico, mas a opressão pelo corpo com variações de funcionamento. A deficiência traduz, portanto, a opressão ao corpo com impedimentos: o conceito de corpo deficiente ou pessoa com deficiência deve ser entendido em termos políticos e não mais estritamente biomédicos.”

impedimentos corporais apenas são visualizados, segundo o modelo social, quando elas experimentam situações de discriminação, pela negativa de reconhecimento de acessibilidade social, enquanto sujeitos participantes do espaço público.

Assim, como diriam Diniz et al. (2010, p. 97-98) a deficiência não poderia ser resumida tão somente a um apanhado de doenças e lesões pré-definidos em perícia biomédica, mas compreendida como uma relação de desigualdade imposta por um ambiente inserto de barreiras físicas ou não a um corpo com impedimentos.

Desse modo, experimentar um corpo com limitações seria uma das diversas formas possíveis de se estar no mundo e não necessariamente contrariar um padrão do que seria tido por normal. Na concepção do modelo social, a normalidade corresponderia a um valor alicerçado em ideais do sujeito produtivo para o capitalismo, sobre os quais se fundamentavam as ações biomédicas de intervenção dos indivíduos com lesões e as políticas públicas de bem-estar (Diniz, 2007, p. 36).

O aumento progressivo da população idosa no mundo associado às limitações corporais impostas ao corpo com o avançar da terceira idade, juntamente à violência urbana e aos incontáveis acidentes de trânsito que se observam atualmente, contribuiu para uma nova perspectiva de compreensão da deficiência, na medida em que a velhice é um fenômeno natural e consequência lógica da evolução dos indivíduos³⁰.

Se, para o modelo biomédico, a pessoa com deficiência identifica-se como sendo aquela que apresenta algum tipo de inadequação, porquanto o foco é a própria lesão (de origem física, sensorial ou mental), havendo nítida distinção entre doença e deficiência, eis que aquela levaria à deficiência; no modelo social, o argumento é invertido, para se considerar que sistemas excludentes levam

³⁰ De acordo com Diniz et al. (2007, p. 7): “a perspectiva do modelo social da deficiência encontrou nos idosos um caso paradigmático. A acumulação de limitações leves da funcionalidade corporal, típica entre os idosos, pode levar à experiência de grandes deficiências, caso estes vivam em uma sociedade que se organiza de maneira hostil às pessoas com essas limitações. Além disso, o envelhecimento populacional, de certo modo, evidencia que a deficiência faz ou fará parte da vida de uma grande quantidade de pessoas, torna a deficiência um tema de pauta e não mais limitado aos movimentos de deficientes, mas de todos os movimentos sociais igualitaristas.”

peças com lesão a experimentar a deficiência (Medeiros & Diniz, 2004, p. 2), de modo que se trataria de um problema político e social.

A origem do modelo social, como reação e resistência ao modelo biomédico de concepção da deficiência, pode ser associada à criação da UPIAS – The Union of the Physically Impaired Against Segregation, em meados de 1970, no Reino Unido, uma organização política não-governamental formada e dirigida por pessoas com deficiência, tendo os sociólogos Paul Hunt³¹ e Michael Oliver (ambos, deficientes físicos) como seus principais precursores.

O texto “Princípios fundamentais da deficiência” publicado pela UPIAS em 1975 é apontado como uma das bases sobre as quais fundou-se o modelo social, apresentando distinção marcante entre a deficiência (*disability*) e a lesão (*impairment*), sendo a primeira referente ao vínculo imposto pela sociedade ao indivíduo com impedimentos e a segunda, compreendida como condição física do sujeito (Ortega, 2010, p. 144).

Santos (2010, p. 118) menciona:

A partir dos anos 1960, as ciências humanas anglo-americanas passaram a olhar para o fenômeno da deficiência de outra maneira. Tendo como ponto de partida o campo da sociologia da saúde, os primeiros passos na área da sociologia do corpo favoreceram uma abordagem individualizante da deficiência, o que não permitia questionar o que promovia desigualdades e discriminação às pessoas com impedimentos corporais.

Em linhas gerais, a finalidade da UPIAS era questionar o modelo biomédico o qual, como visto anteriormente, identificava a deficiência como consequência natural da lesão corporal, caracterizando-se como um problema individual — de modo que o corpo deficiente deveria ser estudado precipuamente por intermédio da perspectiva dos saberes médicos.

Em contrapartida, a intenção dos integrantes da UPIAS consistia em transferir a responsabilidade da opressão experimentada pela pessoa com deficiência para a incapacidade social em prever e incorporar a diversidade, de que habitar um corpo com impedimentos deveria ser compreendido como uma das diversas formas de se viver (Diniz, 2007, p. 15).

³¹ Hunt passou a analisar a temática da deficiência, enquanto fenômeno sociológico, por meio do conceito de estigma social, teorizado por Erving Goffman, para quem, os corpos seriam espaços demarcados por sinais que antecipariam os papéis a serem exercidos pelos indivíduos no meio social (Diniz, 2007, p. 13).

O marco teórico utilizado pela UPIAS na construção dessa nova perspectiva interpretativa, entendendo a deficiência como reflexo da opressão social experimentada em um meio pouco receptivo à diversidade de grupos vulneráveis, adveio do materialismo histórico, proporcionando, com isso, uma reformulação dos conceitos de lesão e de deficiência.

Importante destacar trecho da obra de Diniz (2007, p. 22-23) que corrobora essa linha argumentativa:

A deficiência passou a ser compreendida como uma experiência de opressão compartilhada por pessoas com diferentes tipos de lesão. O desafio seguinte era mostrar evidências de quem se beneficiaria com a segregação dos deficientes da vida social. A resposta foi dada pelo marxismo, principal influência da primeira geração de teóricos do modelo social: ‘o capitalismo é quem se beneficia, pois deficientes cumprem uma função econômica como parte do exército de reserva e uma função ideológica mantendo-os na posição de inferioridade.

Esse foi o argumento considerado mais radical pelos teóricos do modelo social, pois se acreditava, segundo Harlan Hahn, que ‘deficiência é aquilo que a política diz que seja’. Isto é, diferentemente do modelo médico da deficiência, que estabelecia uma relação de causalidade entre lesão e deficiência e transformava esta última em objeto de controle biomédico, o modelo social resistia à tese de que a experiência da opressão era condição natural de um corpo com lesões. O modelo médico, ainda hoje hegemônico para as políticas de bem-estar voltadas para os deficientes, afirmava que a experiência da segregação, desemprego e baixa escolaridade, entre tantas outras variações da opressão, era causada pela inabilidade do corpo lesado para o trabalho produtivo.

Se para o modelo médico o problema estava na lesão, para o modelo social, a deficiência era o resultado do ordenamento político e econômico capitalista.

Se os idealizadores do modelo social, dessa primeira geração, tinham por objetivo ampliar a concepção de deficiência como questão multidisciplinar e não exclusiva do discurso médico da lesão, igualmente propunham uma análise sociológica do tema, que a opressão pela deficiência era decorrente de uma ideologia capitalista excludente (Diniz, 2007, p. 49).

Posteriormente, o modelo social incorporou abordagens de estudos feministas nos anos 1999 e 2000, especificamente no que versava sobre a perspectiva de gênero e das relações de cuidado, haja vista que, tal como a opressão exercida sobre as mulheres mediante um sistema patriarcal, as pessoas com deficiência igualmente compartilhavam experiências opressivas pela experiência em um corpo com impedimentos. A apropriação desses estudos desencadeou a segunda geração de teóricos do movimento.

A perspectiva dogmática das teóricas feministas quanto à necessidade de reavaliação das conclusões advindas da primeira geração do modelo social, consistia, segundo Diniz (2007, p. 60-70) em:

As teóricas feministas foram as primeiras a apontar o paradoxo que acompanhava as premissas do modelo social. Por um lado, criticava-se o capitalismo e a tipificação do sujeito produtivo como não-deficiente; mas, por outro, a luta política era por retirar as barreiras e permitir a participação dos deficientes no mercado de trabalho. Ou seja, a aposta era na inclusão, e não na crítica profunda a alguns dos pressupostos morais da organização social em torno do trabalho e da independência.

[...]

Há três pontos que resumem a força da argumentação feminista nos estudos sobre deficiência:

1. a crítica ao princípio da igualdade pela independência;
2. a emergência do corpo com lesões; e,
3. a discussão sobre o cuidado.

[...]

O argumento do modelo social era o de que a eliminação das barreiras permitiria que os deficientes demonstrassem sua capacidade e potencialidade produtiva. Essa ideia foi duramente criticada pelas feministas, pois era insensível à diversidade de experiência da deficiência. A sobrevalorização da independência é um ideal perverso para muitos deficientes incapazes de vivê-lo. Há deficientes que jamais terão habilidades para a independência ou capacidade para o trabalho, não importa o quanto as barreiras sejam eliminadas.

Para muitos deficientes, a demanda por justiça ampara-se em princípios de bem-estar diferentes dos da ética individualista. A interdependência, por exemplo, é um valor moral que a primeira geração de teóricos do modelo social desconsiderou e que o feminismo considerou prioritário. [...]

O desafio das teóricas do cuidado foi duplo. Por um lado, era preciso superar o argumento de que a ética caritativa seria revigorada com a emergência do cuidado como princípio de justiça; por outro, era necessário refutar a tese de que o cuidado substituiria o projeto de independência. [...]

Há desigualdades de poder no campo da deficiência que não serão resolvidas por ajustes arquitetônicos. Apenas princípios da ordem das obrigações morais, como o respeito aos direitos humanos, serão capazes de proteger a vulnerabilidade e a dependência experimentadas por muitos deficientes. [...]

O cuidado e a interdependência são princípios que estruturam a vida social. Ainda hoje, são considerados valores femininos e, portanto, confinados à esfera doméstica. O principal desafio das teóricas feministas é o de demonstrar a possibilidade de haver um projeto de justiça que considere o cuidado em situações de extrema desigualdade de poder. A revisão do modelo social à luz da crítica feminista necessita incorporar:

1. a centralidade da dependência nas relações humanas;
2. o reconhecimento da vulnerabilidade das relações de dependência; e,
3. o impacto da dependência sobre nossas obrigações morais.

O objetivo final deve ser o de reconhecer as relações de dependência e cuidado como questões de justiça social para deficientes e não-deficientes.

Muito além da verificação da limitação de ordem corporal, a deficiência seria resultado de experiência cultural dos indivíduos, de modo que a garantia de uma vida digna às pessoas com deficiência não poderia ser traduzida apenas no oferecimento de bens e serviços de saúde, mas em ambientes sociais acessíveis aos corpos com impedimentos, com eliminação das barreiras físicas e dos próprios estigmas.

Não obstante a gradativa mudança de foco na compreensão da temática de deficiência há que se mencionar que ainda hoje o modelo biomédico resiste em determinadas áreas de política social.

Tal fato se deve em grande medida à hegemonia do modelo biomédico durante quase trinta anos junto à Organização Mundial de Saúde – OMS, a qual possui atualmente duas classificações de referência para a descrição das condições de doenças e problemas relacionados à saúde, a saber, a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF³².

A CIF, aprovada em 2001, contou com a participação e contribuição de teóricos de entidades relacionadas ao modelo social da deficiência, tendo trazido critérios objetivos para mensurar as barreiras e restrições impostas às pessoas com deficiência quanto à sua participação social, o que evidencia uma integração entre o modelo biomédico e social, haja vista a adoção de uma abordagem biopsicossocial³³ (Diniz et al., 2010, p. 106-107).

³² Conforme informa Santos (2010, p. 128): “A CIF é uma extensa revisão da International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH), tentativa pioneira da OMS de organizar um catálogo universal sobre lesões e deficiências, publicado em 1980. A publicação da CIF pela OMS é considerada um marco para o tema da deficiência como justiça social, não somente pelo peso e alcance que uma classificação oficial da OMS pode representar para as políticas públicas em âmbito internacional, mas, principalmente, por agregar a perspectiva sociopolítica da deficiência defendida pelo modelo social. Na medida em que reconhece a importância do meio social e físico, a CIF avança na classificação da deficiência em relação ao catálogo anterior da OMS. O indivíduo e os ambientes sociais passam a ser vistos como elementos que se combinam para produzir as restrições de participação que caracterizam a deficiência.”

³³ A CIF procurou correlacionar corpo, indivíduo e sociedade para compreender as funcionalidades e deficiências, ampliando a tradicional visão que apenas identificava doenças, lesões e respectivas consequências. Segundo Diniz (2007, p. 51): “A CIF não é um instrumento para identificar as lesões nas pessoas, mas para descrever situações particulares em que as pessoas podem experimentar vantagens, as quais, por sua vez, são passíveis de serem classificadas como deficiências em domínios relacionados à saúde. [...] Uma pessoa pode ter lesões sem experimentar limitações de capacidade, como é o caso de alguém com cicatrizes de queimadura na face. Por outro lado, uma pessoa pode ter apenas expectativas de lesões, e já experimentar limitações de desempenho e restrições de participação. Esse seria o caso, por exemplo, de alguém que conheça

Por agregar um conceito mais amplo, guarda-chuva de deficiência (Diniz et al., 2010, p. 110), baseado não apenas nos impedimentos de ordem corporal experimentados pelo indivíduo, mas também na experiência desse corpo com impedimentos em ambientes sociais pouco sensíveis à diversidade corporal das pessoas, a CIF inovou ao demonstrar que a deficiência não seria apenas resultado de um diagnóstico biomédico. O objetivo da CIF, segundo Santos (2010, p. 127) consiste no oferecimento de condições de avaliação da saúde das pessoas e dos estados relacionados à saúde, não somente de pessoas com impedimentos corporais, mas de todos os indivíduos, pelo que a intenção do documento seria de aplicabilidade universal.

A CIF não classificaria as pessoas. Compreenderia os corpos deficientes, dentro dos saberes médicos, como resultantes de algum estado alterado ou de perda de funcionalidade ou estrutura, que provocariam restrições de participação ou limitação das atividades diárias desses sujeitos (Santos, 2010, p. 127-128).

Não obstante a inovação proposta com a CIF, Santos (2010, p. 128-129) aponta que alguns teóricos interpretam-na não totalmente dissociada do modelo biomédico, pois não haveria descrição suficientemente adequada no documento de como seriam os instrumentos para mensurar as dimensões culturais e sociais da deficiência, com o que persistiria o diagnóstico fulcrado apenas no indivíduo com impedimentos. Do mesmo modo, por partir da figura do indivíduo, o exame das funções e atividades corporais desenvolvidas, associado ao fato do escasso desenvolvimento do conceito de participação, correr-se-ia o risco de a deficiência não ultrapassar sua compreensão como resultado de circunstâncias pessoais e de problemas individuais de saúde.

As distintas concepções biomédica e social não são excludentes, embora apresentem conclusões e resultados diversificados.

Não se pode negar que as eventuais lesões de ordem corporal, intelectual ou sensorial, experimentadas isolada ou de forma conjugada pelos indivíduos,

sua propensão genética para uma doença que só se desenvolverá na terceira ou quarta décadas de vida, como ocorre com a Doença de Huntington. [...]. É possível ainda imaginar uma pessoa com lesões e limitações de desempenho, porém sem restrições de capacidade. Essa situação se aplicaria a alguém com lesão medular em um ambiente sensível à cadeira de rodas, por exemplo. [...] Deficiência passou a ser um fenômeno de múltiplas causalidades, o qual, apesar de ainda se encontrar no universo biomédico, se expandiu para outros domínios, como proposto pelo modelo social.”

demandam abordagem médica, seja na perspectiva do diagnóstico, da cura ou da reabilitação. Porém, não podem ser exclusivas para a análise e compreensão da deficiência na sociedade, na medida em que mascaram outros fatores interventivos da experiência da exclusão e opressão social vivenciada por esse grupo vulnerável.

Nesse sentido, segundo Santos (2010, p. 119):

O novo olhar sobre a deficiência, que passou a ser denominado modelo social da deficiência, não ignora os serviços de saúde e os avanços na área da engenharia genética e terapias, por exemplo, como necessidades para algumas pessoas com impedimentos corporais. Apenas anuncia seu caráter limitado em meio aos ambientes sociais que valorizam exclusivamente corpos sem impedimentos.

Muito mais importante do que um mundo em que seja assegurada a acessibilidade e a mobilidade às pessoas com deficiência, a perspectiva do modelo social de deficiência converge para um mundo inclusivo, de justiça social, em que igualdade e dignidade plural sejam pautas e práticas constantes (Martel, 2011, p. 90), no qual sejam observadas e respeitadas as relações de reconhecimento intersubjetivo como mecanismos de autorrealização social, conforme será demonstrado a seguir.

3.2

O modelo social da deficiência e sua inserção na teoria do reconhecimento de Axel Honneth

Conforme aduzido no capítulo anterior, para Honneth, a luta por reconhecimento social traduz-se em condição necessária da socialização humana e definidora da lógica moral dos conflitos sociais.

Assim, o ser humano deve percorrer três esferas distintas de interação intersubjetiva (amor, direito e solidariedade), para garantir sua autorrealização e autonomia individual, sendo que a cada uma dessas esferas corresponderia uma espécie de reconhecimento, respectivamente, autoconfiança, autorrespeito e autoestima recíprocos.

Por via reflexa, também se demonstrou que a negativa de reconhecimento em uma dessas esferas deságua em situações de desrespeito, tais como, maus

tratos e violação da integridade física, privação de direitos e exclusão quanto à integridade social, bem como, degradação e ofensa quanto à honra e dignidade.

Ser sujeito de direitos num meio social significa, dentro da perspectiva desenvolvida por Honneth, ser partícipe da formação da vontade coletiva bem como referir-se positivamente sobre si mesmo, na medida em que o indivíduo sente-se merecedor do exato respeito atribuído aos demais sujeitos sociais.

Entretanto, as pessoas com deficiência, em grande medida, carecem do concreto e efetivo reconhecimento de suas potencialidades pelos demais membros da comunidade. Tal fato decorre da própria dificuldade do meio social em identificar a deficiência como uma barreira imposta pelo próprio meio coletivo, que limita e condiciona as pessoas com deficiência em papéis sociais pré-definidos, impossibilitando a efetiva inclusão dessas pessoas como agentes e partícipes da vida em comunidade.

O entendimento equivocado que se revela sobre a deficiência deriva de uma construção cultural da sociedade, fruto de uma normalização dos corpos e na recusa dessa sociedade em aceitar a diversidade do corpo humano. Sobre essa perspectiva, Ortega (2010, 145-146) menciona:

A influência de autores como Derrida e Foucault no campo permite compreender como a normalização pressupõe a deficiência para sua própria definição: o indivíduo só pode ser considerado “normal” em oposição ao indivíduo considerado “deficiente”. A deficiência aparece como construção cultural. Mais do que um fato biológico, constitui uma maneira de regulamentar os corpos considerados normais e corresponde à recusa da sociedade em aceitar a variabilidade do corpo humano. Por outro lado, embora a lesão fosse “real” antes dos discursos médicos, científicos, psiquiátricos e jurídicos sobre ela, a proliferação desses discursos foi o que possibilitou o surgimento da deficiência. Nesse sentido, um dos teóricos mais representativos dos estudos da deficiência, Lennard Davis, faz no livro *Promovendo a ideologia da normalidade* a chocante afirmação de que a “Europa tornou-se surda durante o século XVIII”. Para o autor, a deficiência é um processo social que corresponde a uma maneira hegemônica de pensar sobre o corpo, a qual alcançou uma relativa organização por volta do século XVIII. Antes dessa data, existiam obviamente pessoas surdas e seus familiares, mas não existiam discursos nem políticas públicas sobre e para a surdez, assim como não havia nenhum tipo de instituição educacional para surdos. Como consequência, os surdos não eram constituídos como grupo. Só após a introdução das políticas e instituições educacionais para surdos (os quais, tendo a maioria nascido de pais que ouviam, não viam a si mesmos como parte de uma comunidade), eles são constituídos como grupos, desenvolvendo um senso de comunidade, ou como um subgrupo ou comunidade étnica no meio da nação.

Apesar dos incontáveis avanços tecnológicos alcançados pela humanidade, há ainda um obstáculo invisível, porém persistente e silencioso, que divide a sociedade em incluídos e pessoas à margem social³⁴, dentre os quais estariam inseridos os grupos vulneráveis, dos quais as pessoas com deficiência fazem parte, haja vista a desproporcionalidade de oportunidades de disponibilização e fruição de serviços como saúde, educação, inserção no mercado de trabalho em comparação com os demais indivíduos no corpo social.

A opressão experimentada pelas pessoas com deficiência advém de uma constatação falaciosa de inferioridade em relação aos outros indivíduos simplesmente como decorrência da não-adaptação social e cultural às diversidades expressas no corpo (Santos, 2010, p. 121).

Nesse sentido, Ortega (2010, p. 145) reafirma que:

[...] só existem atributos individuais problemáticos ou desvantajosos em si por vivermos em um ambiente social que considera esses atributos desvantajosos. Por exemplo, andar de cadeira de rodas é um problema apenas por vivermos em um mundo cheio de escadas, e consideramos deficientes indivíduos que não olham nos olhos quando se comunicam, como é o caso dos autistas, apenas porque nossa sociedade estabelece o contato visual como um elemento básico da interação humana.

Charlton (2006, p. 217) sustenta que o grupo integrado pelas pessoas com deficiência corresponde a uma parcela populacional sem poder social, sendo que até recentemente os estudos e pesquisas produzidos para demonstrar porque essas pessoas continuavam, em sua maioria, pobres e desprovidas de participação social, enfocavam o estigma a que se encontravam submetidas como fator desencadeador. Provavelmente, segundo o autor, tais conclusões derivavam da falta de participação efetiva das pessoas com deficiência nessas análises.

³⁴ O neoliberalismo hoje se eleva e redesenha o mundo por meio da globalização, impondo aos Estados regras que os obrigam a se transformar e a se adaptar às novas exigências econômico-financeiras mundiais, tendo como consequência o acentuado surgimento de sociedades estratificadas e desiguais e, ainda, o aumento do poder de influência de empresas privadas, multinacionais na ordem econômica, governam a economia por cima de todas as fronteiras e sobre todos os governos, de modo que os países, muitas vezes, acabam fazendo o papel de municipalidades. Sobre o neoliberalismo, Martins (1997, p. 32-34) considera que a atual divisão social decorre de um típico sistema capitalista de mercado e da sociedade globalizada, cuja lógica consiste em excluir para incluir posteriormente, entretanto, o autor menciona que o lapso entre o momento da exclusão para inclusão, mais do que um período transitório, tem-se firmado como um modo de vida, criando uma sociedade paralela, inclusiva do ponto de vista econômico, mas excludente do ponto de vista social, moral e até político.

Em seu artigo “The Dimensions of Disability Oppression – an overview”, Charlton (2006, p. 218-225) propõe que a opressão social pela deficiência advém de fatores como a política econômica, cultura, falsa percepção e alienação, bem como de uma lógica de poder e ideologia predominantes que tendem a impor padronizações e supervalorização do antagonismo normal x anormal, *in verbis*:

A economia política é crucial para construir uma teoria de opressão à deficiência porque a pobreza e falta de poder são pilares da dependência que pessoas com deficiência experimentam. Da mesma forma que a ciência social a política e economia influenciam e limitam a vida cotidiana, a economia política está primeiramente relacionada a questões de classe pois a classe posiciona os grupos de pessoas em relação à produção e troca econômica, poder político e privilégio. [...]

Talvez a mais exata caracterização da condição socioeconômica das pessoas com deficiência é que elas são párias. É assim que elas são representadas no relatório das Nações Unidas, citado no início deste capítulo. Isso foi também repetido por vários ativistas dos direitos dos deficientes que eu entrevistei. Parece razoável perguntar, porque essa representação é tão comum? A resposta tem dois lados: sociocultural e político-econômico. De um lado está a panóplia de atitudes iconoclastas e reacionárias sobre a deficiência: [...]. Do outro lado está a formação político-econômica que não precisa e de fato não pode acomodar um vasto grupo de pessoas em sua produção, troca, e reprodução. Colocado de forma diferente, pessoas com deficiência, como muitos outros, são preponderantemente parte de um fenômeno mundial que James O’connor chamou “população excedente” (1973:161) e Istvan Meszaros chamou de “pessoas supérfluas” (1995:702).

O mundo moderno é composto de milhares de culturas, cada uma com suas próprias maneiras de pensar sobre outras pessoas, natureza, família e comunidade, fenômenos sociais e assim por diante. A cultura é sustentada por costumes, rituais, mitologia, signos e símbolos, e instituições tais quais religião e mídia de massa. Cada um desses elementos informa sobre crenças e atitudes que contribuem para a opressão da deficiência. Essas atitudes são quase universalmente pejorativas. Elas sugerem que pessoas com deficiência são dignas de pena e que a própria deficiência é anormal. Esta é uma das normas sociais usadas para separar pessoas com deficiência através de sistemas de classificação, moradia, transporte, saúde e vida familiar.

O terceiro componente da opressão à deficiência é sua internalização psicológica. Isto cria uma (falsa) consciência e alienação que divide pessoas e isolam indivíduos. A maioria das pessoas portadoras de deficiência na verdade são levadas a acreditar que são menos normais, menos capazes que as outras. Auto-piedade, ódio de si mesmo, vergonha, e outras manifestações deste processo são devastadores, pois impedem que pessoas com deficiência de conheçam seu “eu” verdadeiro, suas reais necessidades e suas reais capacidades e que reconheçam as opções que elas de fato tem. Falsa consciência e alienação também obscurecem a fonte de sua opressão. Eles não podem reconhecer que suas lamentáveis auto-percebidas vidas são simplesmente um perverso reflexo de uma ordem mundial que é na verdade digna de pena. Dessa forma, pessoas com deficiência tem muito em comum com outros que também internalizaram sua própria opressão. Marx chamou isso de “a auto-aniquilação do trabalhador” e Frantz Fanon “a alienação psíquica do colonizado.

[...]

A desumanização de pessoas portadoras de deficiência através da linguagem (como apenas um óbvio exemplo) exerce uma profunda influência na consciência. Eles, como outros povos oprimidos, são constantemente informados pela cultura dominante sobre aquilo que eles não podem fazer e sobre qual é o lugar deles na sociedade. O fato da maioria das pessoas oprimidas aceitarem seu lugar (leia-se: opressão) não é difícil de compreender quando consideramos todos os poderes ideológicos envolvidos. Sua falsa consciência tem muito pouco a ver com inteligência. Ela tem a ver com duas fontes interativas e mutuamente dependentes. A primeira é a capacidade dos regimes dominantes de instituir seus valores sobre a massa de pessoas através de fala de duplo sentido, falsa direção (culpar a vítima), inferioridade neutralizada e autoridade legitimada. Isso é hegemonia. A segunda é a devastação psicológica que as pessoas experimentam e que cria auto-piedade e auto-aniquilação e que torna a auto-consciência, consciência dos companheiros, e consciência da própria humanidade extremamente difícil. Isto é alienação. Hegemonia e alienação são duas faces do mesmo fenômeno – dominação ideológica.

No caso da deficiência, a dominação é organizada e reproduzida por circuitos de poder e ideologia que constantemente amplificam a normalidade da dominação e comprimem a diferença dentro de normas de classificação (através de símbolos e categorias) de superioridade e normalidade contra inferioridade e anormalidade.”³⁵

³⁵ Citação do texto original: ‘Political economy is crucial in constructing a theory of disability oppression because poverty and powerlessness are cornerstones of the dependency people with disabilities experience. As the social science of how politics and economics influence and limit everyday life, political economy is primarily concerned with issues of class because class positions groups of people in relation to economic production and exchange, political power and privilege. [...] Perhaps the most fitting characterization of the socioeconomic condition of people with disabilities is that they are outcasts. This is how they are portrayed in the UN report cited at the beginning of this chapter. It was also repeated by many of the disability rights activists I interviewed. It seems reasonable to ask, why is this depiction so common? The answer is two-sided, sociocultural and political-economic. On one side are the panoply of reactionary and iconoclastic attitudes about disability. [...] On the other side stands a political-economic formation that does not need and in fact cannot accommodate a vast group of people in its production, exchange, and reproduction. Put differently, people with disabilities, like many others, are preponderantly part of a worldwide phenomenon that James O’Connor called “surplus population” (1973:161) and Istvan Meszaros called “superfluous people” (1995:702). [...] The modern world is composed of thousands of cultures, each with its own ways of thinking about other people, nature, family and community, social phenomena, and so on. Culture is sustained through customs, rituals, mythology, signs and symbols, and institutions such as religion and the mass media. Each of these informs the beliefs and attitudes that contribute to disability oppression. These attitudes are almost universally pejorative. They hold that people with disabilities are pitiful and that disability itself is abnormal. This is one of the social norms used to separate people with disabilities through classification systems that encompass education, housing, transportation, health care, and family life. [...] The third component of disability oppression is its psychological internalization. This creates a (false) consciousness and alienation that divides people and isolates individuals. Most people with disabilities actually come to believe they are less normal, less capable than others. Self-pity, self-hate, shame, and other manifestations of this process are devastating for they prevent people with disabilities from knowing their real selves, their real needs, and their real capabilities and from recognizing the options they in fact have. False consciousness and alienation also obscure the source of their oppression. They cannot recognize that their self-perceived pitiful lives are simply a perverse mirroring of a pitiful world order. In this regard people with disabilities have much in common with others who also have internalized their own oppression. Marx called this “the self-annihilation of the worker” and Frantz Fanon “the psychic alienation of the colonized.” [...] The dehumanization of people with disabilities through language (as just one obvious example) has a profound influence on consciousness. They, like other oppressed peoples, are constantly told by the dominant culture what they cannot do and what their place is in society. The fact that most oppressed people accept their place (read: oppression) is not hard to comprehend when we consider all the ideological powers at work. Their false

A integridade e a dignidade de um indivíduo veem-se completas e satisfeitas quando promovido o reconhecimento mediante a formação da autoconfiança, do autorrespeito e da estima social.

Segundo Mead, com o compartilhamento de um horizonte comum de valores entre o “outro generalizado” e um indivíduo, permite-se aos sujeitos conceberem-se como agentes contributivos e participativos da vida social. Isso porque apenas se pode conceber um reconhecimento intersubjetivo completo quando os indivíduos encaram-se e se aceitam em igualdade de condições para assentir às normas morais.

A negativa de reconhecimento para a formação da autoestima e do autorrespeito são fatores motrizes, segundo Honneth, para desencadear conflitos sociais por igualdade³⁶.

A autorrelação prática a que uma experiência de reconhecimento da autoestima, por intermédio da esfera da solidariedade, proporciona aos indivíduos sintetiza-se no sentimento de orgulho do grupo ou de honra coletiva. O reconhecimento recíproco embasado nas relações jurídicas, por sua vez, quando satisfeito, permite aos indivíduos envolverem-se no meio social em igualdade de condições com os demais membros sociais, porque lhes é assegurada participação na coletividade por meio de uma imputabilidade moral que lhes garante reconhecimento enquanto sujeitos capazes de formar um juízo moral e merecedores do respeito mútuo.

Desse modo, o desrespeito à formação da autoestima (estima social) revela-se violadora da formação e atribuição de um valor social dos indivíduos, com o que há subtração da honra e dignidade dos indivíduos, por considerar como de

consciousness has little to do with intelligence. It does have to do with two interactive and mutually dependent sources. The first is the capacity of ruling regimes to instill its values in the mass of people through double-speak, misdirection (blame the victim), naturalized inferiority, and legitimated authority. This is hegemony. The second is the psychological devastation people experience which creates self-pity and self-annihilation and makes self-awareness, awareness of peers, and awareness of their own humanity extremely difficult. This is alienation. Hegemony and alienation are two sides of the same phenomenon—ideological domination. In the case of disability, domination is organized and reproduced principally by a circuitry of power and ideology that constantly amplifies the normality of domination and compresses difference into classification norms (through symbols and categories) of superiority and normality against inferiority and abnormality.’

³⁶ Para Honneth, o amor, como forma mais elementar de reconhecimento, não contém experiências morais que possam levar por si só a formações de conflitos sociais (Honneth, 2003, p. 256).

menor valia determinados comportamentos culturais, crenças, impedindo a autorrealização no meio coletivo.

Igualmente, a ausência de reconhecimento jurídico, garantidor da formação do autorrespeito dos indivíduos exclui a fruição de determinados direitos naturalmente atribuídos aos indivíduos, atingindo a integridade social enquanto componente da personalidade humana.

Ao se interpretar e compreender a deficiência como uma experiência cultural, dentro da perspectiva do modelo social, marcada pela dificuldade da sociedade em valorizar a diversidade corporal e aceitá-la como mais uma das variadas formas de se estar no mundo, reforça-se a necessidade de se promover o reconhecimento intersubjetivo das pessoas com deficiência, como grupos sociais a serem respeitados no meio coletivo.

A sedimentação da deficiência pela abstenção da sociedade em retirar as barreiras sociais para a efetiva participação e acesso das pessoas com deficiência, nega-lhes uma vida íntegra e digna.

Recentemente, em 13 de dezembro de 2006, a Organização das Nações Unidas – ONU aprovou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência - CDPD, bem como seu Protocolo Facultativo, consolidando o enfoque do modelo social de compreensão da deficiência, sem relegar, todavia, os elementos do modelo biomédico (Martel, 2011, p. 91), tais como, cura, tratamento, reabilitação, acesso a bens e serviços de saúde.

Conforme será demonstrado, a perspectiva adotada pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência ratifica ainda a concepção teórica desenvolvida por Honneth quanto ao reconhecimento intersubjetivo, protegendo esse grupo vulnerável de forma a garantir sua inserção no meio social composto de agentes participativos e contributivos, merecedores do respeito mútuo entre os demais sujeitos.

3.3

A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência da Organização das Nações Unidas: reforço na adoção do modelo social e na experiência do reconhecimento intersubjetivo

Embora tenham ocorrido transformações gradativas e superficiais, a temática do modelo social da deficiência vem ganhando corpo e espaço na agenda mundial, podendo ser destacada a recente aprovação do texto final pela Assembleia Geral da ONU em 13 de dezembro de 2006, em Nova York – EEUU, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, que contou com a participação de 192 países e de centenas de representantes da sociedade civil organizada, fruto de um extenso debate para tornar efetivos os direitos humanos das pessoas com deficiência, já consagrados em documentos internacionais anteriores³⁷.

Tal como assegurado no artigo 1 da CDPD, a finalidade do documento consiste na promoção, proteção e garantia do exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais às pessoas com deficiência, promovendo o respeito pela sua dignidade.

A CDPD inova em relação a outros documentos internacionais por valer-se de uma concepção de deficiência derivada do modelo social e, portanto, tema de justiça social, como se pode observar de seu preâmbulo.

Note-se que a CDPD reconhece ser a deficiência um conceito em evolução, resultado da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras ocasionadas pelo próprio ambiente e comportamento sociais que, por sua vez, impedem-nas de participar na sociedade em igualdade de oportunidades com os demais sujeitos sociais.

A finalidade da CDPD consiste em demonstrar que, somente com as necessárias transformações ambientais e comportamentais, será possível assegurar o senso de pertencimento social das pessoas com deficiência, com o regular desenvolvimento humano.

Nos termos do artigo 1 da CDPD, pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo, que podem ser de natureza física, mental, intelectual ou mesmo sensorial que, em interação com diversas barreiras, podem

³⁷ A título ilustrativo, observe-se a Declaração de Direitos das Pessoas Deficientes, aprovada em dezembro de 1975 pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas. Note-se que a conceituação utilizada nesse documento para esclarecer o que seriam pessoas deficientes traduz significado afeto ao modelo biomédico, ao dispor: “1. O termo “pessoas deficientes” refere-se a qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência, congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais.”

causar obstrução de sua efetiva e plena participação na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

O objeto da CDPD na conceituação da deficiência deixa de ser a lesão ou o impedimento de natureza clínica para repercutir em como a sociedade se posiciona frente a uma pessoa com impedimentos.

Como enfatizado por Bonfim (2010, p. 275):

Os princípios da convenção têm a capacidade de ampliar a compreensão sobre a deficiência, deslocando-a de uma descrição meramente biomédica e de padrões de normalidade para a reinterpretação em termos da interação entre o corpo com impedimentos e barreiras que impedem a regular inserção social de todas as pessoas. Contudo, a expectativa é que a incorporação desse novo conceito demandará um trabalho de conscientização, por exemplo, dos legisladores, como assinala a convenção no artigo 4º, que os Estados-partes devem “adotar todas as medidas legislativas, administrativas e de qualquer outra natureza, necessárias para a realização dos direitos reconhecidos na presente Convenção”, ou ainda em seu artigo 8º, que chama a atenção para o fato de que os Estados-partes devem “dar início e continuação a efetivas campanhas públicas de conscientização, destinadas a cultivar a receptividade em relação aos direitos das pessoas com deficiência”.

Como mencionado anteriormente, os modelos biomédico e social não são excludentes³⁸, porém apresentam percepções e diretrizes divergentes sobre o que se compreende por deficiência e quais as políticas públicas a serem conferidas na condução de projetos e medidas sociais inclusivas, ora propondo mudanças estruturais, ora incentivando tratamento de saúde (Santos, 2010, p. 134).

No modelo biomédico, a tendência corresponde à tentativa de normalizar o indivíduo que apresenta impedimentos corporais, na medida em que competiria a esse indivíduo ver-se inserido no meio social. A deficiência seria, portanto, uma tragédia pessoal, incumbindo ao poder público promover os mecanismos necessários para inclusão do indivíduo com impedimentos por meio de sua normalização, pelos procedimentos de diagnóstico, cura e reabilitação.

A perspectiva do modelo social, como cediço, não se limita a identificar a deficiência como um conjunto de diagnósticos fisiológicos e que demanda abordagem dos saberes médicos exclusivamente. Por certo, se há possibilidade de progressos médicos para amenizar eventual sofrimento ao indivíduo ou mesmo

³⁸ O modelo médico e o social, segundo Santos (2010, p. 134) constituem as principais narrativas responsáveis por descrever a experiência das pessoas com impedimentos corporais.

para garantir uma melhor qualidade de vida, tais alternativas devem ser almejadas e perseguidas.

Entretanto, a vertente proposta pelo modelo social, como visto, desmascara a dificuldade social inserta no meio coletivo em aceitar os impedimentos corporais como expressões da versatilidade humana. O ônus inclusivo passa a ser da sociedade, que deve ser transformada para se adaptar às pessoas com deficiência. A deficiência corresponderia à “descrição dos fenômenos de desigualdade e discriminação ligados à diversidade” (Santos, 2010, p. 134).

Contendo 50 artigos e um anexo, intitulado Protocolo Facultativo, a estrutura da CDPD é formalizada mediante a apresentação de seu propósito (artigo 1), definições (artigo 2), princípios gerais (artigo 3), obrigações gerais (artigo 4). O documento internacional traz ainda espaço para normas a serem adotadas e observadas pelos Estados Partes em relação à igualdade e não-discriminação (artigo 5), mulheres com deficiência (artigo 6), crianças com deficiência (artigo 7), conscientização (artigo 8), acessibilidade (artigo 9), direito à vida (artigo 10), situações de risco e emergências humanitárias (artigo 11), reconhecimento igual perante a lei (artigo 12), acesso à justiça (artigo 13), liberdade e segurança da pessoa (artigo 14), prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes (artigo 15), prevenção contra a exploração, a violência e o abuso (artigo 16), proteção da integridade da pessoa (artigo 17), liberdade de movimentação e nacionalidade (artigo 18), vida independente e inclusão na comunidade (artigo 19), mobilidade pessoal (artigo 20), liberdade de expressão e de opinião e acesso à informação (artigo 21), respeito à privacidade (artigo 22), respeito pelo lar e pela família (artigo 23), educação (artigo 24), saúde (Artigo 25), habilitação e reabilitação (artigo 26), trabalho e emprego (artigo 27), padrão de vida e proteção social adequados (artigo 28), participação na vida política e pública (artigo 29), participação na vida cultural e em recreação, lazer e esporte (artigo 30), estatísticas e coletas de dados (artigo 31), cooperação internacional (artigo 32), implementação e monitoramento nacionais (artigo 33), comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (artigo 34), relatório a ser apresentado pelos Estados Partes quanto ao cumprimento e adoção de medidas necessárias à observância da CDPD (artigo 35), consideração dos relatórios (artigo 36), cooperação entre os Estados Partes e o Comitê (artigo 37), relações do comitê

com outros órgãos (artigo 38), relatório do comitê (artigo 39), conferência dos Estados Partes (artigo 40), depositário (artigo 41), assinatura (artigo 42), consentimento em comprometer-se (artigo 43), organizações de integração regional (artigo 44), entrada em vigor (artigo 45), reservas (artigo 46), emendas (artigo 47), denúncia (artigo 48), formatos acessíveis (artigo 49) e textos autênticos (artigo 50).

Em 30 de março de 2007, o Brasil aderiu à Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas e seu Protocolo Facultativo em Nova York, mediante assinatura, tendo ocorrido ratificação pelo Congresso Nacional por intermédio do Decreto Legislativo n. 186/2008, conforme o procedimento previsto no art. 5º, §3º da Constituição Federal³⁹ e promulgação pelo Presidente da República pelo Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009.

Importante mencionar que a CDPD corresponde ao primeiro tratado internacional de direitos humanos aprovado mediante o procedimento descrito no art. 5º, §3º da Constituição Federal, o que lhe confere um elemento de ineditismo (Martel, 2011, p. 90).

A redação do art. 5º, §3º da Constituição Federal, incluída pela Emenda Constitucional n. 45/2004, constitui importante marco, porquanto imprime à CDPD *status* de emenda constitucional ao tratado internacional em comento, o que equivale considerar a aplicabilidade imediata das normas ali ratificadas pelo Estado Brasileiro, tornando seus enunciados parte integrante da Constituição formal (Martel, 2011, p. 90), bem como estabelece que o Brasil compartilha da compreensão do modelo social de deficiência, de vertente inclusiva, o que deve orientar as medidas e políticas sociais a serem adotadas em território nacional.

Nesse sentido, Santos (2010, p. 131) complementa:

Isso significa que um novo conceito de deficiência deve orientar as ações do Estado para a garantia de direitos fundamentais a essa parcela da população, pois o conceito de deficiência da convenção é de uso imperativo no direito interno brasileiro – por exemplo, na legislação que orienta o BPC. As mudanças que a

³⁹ Art. 5º, §3º, CF: Art. 5º. [...] § 3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)

convenção trará para o cotidiano das pessoas com deficiência serão ainda avaliadas, mas é possível concluir que ela cria um novo paradigma para o tratamento dos direitos dessas pessoas.

Com isso, quer-se referir que o Brasil avança e deve assim caminhar em relação aos novos projetos legislativos e de políticas públicas no que se refere às pessoas com deficiência, razão pela qual a atual produção legislativa existente deve se adaptar aos enunciados descritos no documento internacional e seu protocolo facultativo, sob pena de não-receptividade pela CDPD e consequente incompatibilidade com a Constituição Federal.

Nesse sentido, Baldi (2009) afirma:

Conforme bem salientado por Valerio Mazzuoli, esta “equivalência” significa que estes tratados e convenções internacionais: a) passarão a reformar a Constituição, sendo, desta forma, também formalmente constitucionais; b) não poderão ser denunciados, nem mesmo com projeto de denúncia elaborado pelo Congresso Nacional; c) servirão de paradigma de “controle concentrado”, por quaisquer dos legitimados no artigo 103 da Constituição Federal, a fim de invalidar *erga omnes* as normas infraconstitucionais com eles incompatíveis.

Isto implica, também, vencer duas resistências jurisprudenciais:

A primeira, de que os instrumentos internacionais de direitos humanos somente podem ser inconstitucionais quando a proteção aos direitos fundamentais, na Constituição, seja mais ampla ou benéfica. Necessita, pois, revisão a orientação resultante do julgamento da ADI 1.480-DF, envolvendo a Convenção 158-OIT, em que o Supremo Tribunal Federal, além de entender que as normas eram “programáticas”, afastou qualquer interpretação de autoaplicabilidade que “desrespeitasse” a disciplina constitucional sobre despedida arbitrária.

A segunda, de que os todos os tratados de direitos humanos têm aplicação imediata, na forma do artigo 5º, parágrafo 1º da Constituição e, pois, dispensam o decreto de execução presidencial para que irradiem efeitos tanto no plano interno quanto internacional. Vale dizer, o reconhecimento do “status constitucional”, servindo, portanto, como “bloco de constitucionalidade” (são normas, no mínimo, “materialmente constitucionais”) e parâmetro de controle difuso, exercitável em qualquer grau de jurisdição. De outra forma, não haveria porque afirmar que “os direitos e garantias expressos nesta Constituição” (ou seja, os direitos fundamentais) não excluem “outros decorrentes” de “tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte” (artigo 5º, 2º). A jurisprudência do STF, a partir do Habeas Corpus 87.585/TO, afirmando o caráter de “supralegalidade” dos tratados internacionais (excluída, por óbvio, a hipótese do citado parágrafo 3º) ainda necessita dar um passo adiante, para sintonizar-se com o Direito Internacional Público, inclusive as decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos, segundo a qual: a) os instrumentos internacionais são imediatamente aplicáveis no plano interno; b) a responsabilidade internacional dos Estados pode decorrer de atos ou omissões de quaisquer dos poderes, independentemente de sua hierarquia e mesmo que o fato violador provenha de norma constitucional; c) o Poder Judiciário deve ter em conta não só o tratado, mas também a interpretação que dele tem feito a Corte.

A introdução gradativa da nova perspectiva de compreensão da deficiência na legislação nacional, promovida pela CDPD já pode ser observada em relação ao benefício assistencial da prestação continuada, previsto no artigo 203, V da Constituição Federal e regulamentado pela Lei Federal n. 8.742/1993, que garante o pagamento pela União de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso, que comprovem não possuir meios de prover sua própria manutenção ou de tê-la provida por alguém de sua família. Com a recente alteração na redação dos artigos 20 e 21⁴⁰ da Lei Federal n. 8.742/1993 e inclusão

⁴⁰ Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 1º Para os efeitos do disposto no *caput*, a família é composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 2º Para efeito de concessão deste benefício, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (Redação dada pela Lei nº 12.470, de 2011)

§ 3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa a família cuja renda mensal *per capita* seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 4º O benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito da seguridade social ou de outro regime, salvo os da assistência médica e da pensão especial de natureza indenizatória. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 5º A condição de acolhimento em instituições de longa permanência não prejudica o direito do idoso ou da pessoa com deficiência ao benefício de prestação continuada. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

§ 6º A concessão do benefício ficará sujeita à avaliação da deficiência e do grau de impedimento de que trata o § 2º, composta por avaliação médica e avaliação social realizadas por médicos peritos e por assistentes sociais do Instituto Nacional de Seguro Social - INSS. (Redação dada pela Lei nº 12.470, de 2011)

§ 7º Na hipótese de não existirem serviços no município de residência do beneficiário, fica assegurado, na forma prevista em regulamento, o seu encaminhamento ao município mais próximo que contar com tal estrutura. (Incluído pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998)

§ 8º A renda familiar mensal a que se refere o § 3º deverá ser declarada pelo requerente ou seu representante legal, sujeitando-se aos demais procedimentos previstos no regulamento para o deferimento do pedido. (Incluído pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998)

§ 9º A remuneração da pessoa com deficiência na condição de aprendiz não será considerada para fins do cálculo a que se refere o § 3º deste artigo. (Incluído pela Lei nº 12.470, de 2011)

§ 10. Considera-se impedimento de longo prazo, para os fins do § 2º deste artigo, aquele que produza efeitos pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos. (Incluído pela Lei nº 12.470, de 2011)

Art. 21. O benefício de prestação continuada deve ser revisto a cada 2 (dois) anos para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem. (Vide Lei nº 9.720, de 30.11.1998)

§ 1º O pagamento do benefício cessa no momento em que forem superadas as condições referidas no *caput*, ou em caso de morte do beneficiário.

§ 2º O benefício será cancelado quando se constatar irregularidade na sua concessão ou utilização.

§ 3º O desenvolvimento das capacidades cognitivas, motoras ou educacionais e a realização de atividades não remuneradas de habilitação e reabilitação, entre outras, não constituem motivo de suspensão ou cessação do benefício da pessoa com deficiência. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)

do artigo 21-A, pela Lei Federal n. 12.435/2011 e pela Lei Federal n. 12.470/2011, verifica-se a substituição de expressões como pessoa portadora de deficiência para pessoa com deficiência bem como alteração em relação a sua própria definição, em consonância com o entendimento preconizado pela CDPD, conforme se observa da atual redação do § 2º do art. 20, que estabelece, para a finalidade da percepção do benefício da prestação continuada, a pessoa com deficiência como sendo aquela que apresenta impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

O novo texto legal ainda estabelece que a concessão do benefício sujeita-se à avaliação da deficiência e do grau de impedimento de que trata o § 2º, do art. 20, composta por avaliação médica e avaliação social realizadas por médicos peritos e por assistentes sociais do Instituto Nacional de Seguro Social – INSS, considerando-se como impedimento de longo prazo aquele responsável por produzir efeitos pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos. Restou mantida a necessidade de constatação da renda mensal *per capita* inferior a ¼ do salário mínimo para caracterização da incapacidade de se prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa.

Por tratar-se de um documento internacional recentemente incorporado ao ordenamento brasileiro, pouco se observou até o presente momento em relação à sua aplicação judicial prática. Santos (2010, p. 132) aponta o primeiro resultado de aplicação prática da CDPD no território brasileiro, por meio da propositura no Supremo Tribunal Federal pela Procuradoria-Geral da República da Arguição de

§ 4º A cessação do benefício de prestação continuada concedido à pessoa com deficiência não impede nova concessão do benefício, desde que atendidos os requisitos definidos em regulamento. (Redação dada pela Lei nº 12.470, de 2011)

Art. 21-A. O benefício de prestação continuada será suspenso pelo órgão concedente quando a pessoa com deficiência exercer atividade remunerada, inclusive na condição de microempreendedor individual. (Incluído pela Lei nº 12.470, de 2011)

§ 1º Extinta a relação trabalhista ou a atividade empreendedora de que trata o caput deste artigo e, quando for o caso, encerrado o prazo de pagamento do seguro-desemprego e não tendo o beneficiário adquirido direito a qualquer benefício previdenciário, poderá ser requerida a continuidade do pagamento do benefício suspenso, sem necessidade de realização de perícia médica ou reavaliação da deficiência e do grau de incapacidade para esse fim, respeitado o período de revisão previsto no caput do art. 21. (Incluído pela Lei nº 12.470, de 2011)

§ 2º A contratação de pessoa com deficiência como aprendiz não acarreta a suspensão do benefício de prestação continuada, limitado a 2 (dois) anos o recebimento concomitante da remuneração e do benefício. (Incluído pela Lei nº 12.470, de 2011)

Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF n. 182, a qual, dentre outros pedidos, sustenta que a definição de deficiência estabelecida no art. 20, § 2º da Lei Federal n. 8.742/1993 para fins de concessão do benefício da prestação continuada, não teria sido recepcionada pela CDPD⁴¹.

Retomando, a CDPD introduz ainda diversos conceitos jurídicos, além da própria caracterização da deficiência que igualmente passam a integrar o bloco de constitucionalidade brasileiro, tais como, discriminação por motivo de deficiência e adaptação razoável limitada ao ônus indevido, esta última objeto central da presente dissertação.

Segundo Martel (2011, p. 91):

A respeito da discriminação, a CDPD/ONU altera o pensar convencional, por duas ordens de motivos. Um, a CDPD/ONU amplia o conceito, definindo-o *também* em função da não oferta de adaptação razoável. Portanto, paralelamente, às formas tradicionais de tratamento desigual e discriminatório, a recusa em adaptar razoavelmente alguém do ônus indevido enseja discriminação de pessoas com deficiência. Daí a singularidade do conceito de acomodação razoável, pois, ao modificar o conteúdo da discriminação, “demonstra o reconhecimento das barreiras ambientais como uma causa evitável das desigualdades experienciadas pelas pessoas com deficiência” (DINIZ *et.al.*, 2009, p. 70; EMENS, 2008, p. 877). Dois, a CDPD/ONU amplia expressamente o significado de discriminação, compreendendo formas diretas e indiretas, como a discriminação por impacto adverso.

Se havia alguma dúvida sobre a discriminação por impacto adverso figurar no constitucionalismo brasileiro, ela se dissipou. A *doutrina da discriminação por impacto adverso ou desproporcional* foi desenvolvida pela Suprema Corte dos EUA no caso *Griggs v. Duke Power Co.*, decidido em 1971. Este modelo de discriminação difere daquela *direta*, na qual o enunciado normativo ou prática administrativa são intencionalmente e em si discriminatórios. A discriminação por impacto adverso ocorre quando medidas públicas ou privadas que não são discriminatórias em sua origem nem estão imbuídas de intuito discriminatório,

⁴¹ A ADPF permanece conclusa com o relator Min. Celso de Mello desde a data de 18 de setembro de 2009. A redação do dispositivo legal questionado, à época da propositura da ADPF e anterior à publicação das Leis Federais n. 12.435/2011 e n. 12.470/2011, pressupunha considerar que a pessoa portadora de deficiência (terminologia adotada na redação original da Lei Federal n. 8.742/1993 seria aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho, associada à necessidade de constatação da renda mensal *per capita* inferior a ¼ do salário mínimo para caracterização da incapacidade se prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa. Consoante se observa do texto da petição inicial da ADPF n. 182: “5. A definição de pessoa com deficiência da Lei Orgânica da Assistência Social sempre suscitou polêmica, sendo considerada extremamente restritiva. De acordo com ela, uma pessoa que apresente uma lesão física, mental, intelectual ou sensorial, que comprometa gravemente a sua participação em igualdade de condições na sociedade e que viva em situação de absoluta miserabilidade, não fará jus ao benefício, se não for considerada ‘incapaz para a vida independente e para o trabalho’. 6. A consequência da adoção prática desta definição é a denegação de benefícios de prestação continuada a um número significativo de pessoas que têm deficiência e vivem em condições de absoluta penúria, comprometendo as condições materiais básicas para sua sobrevivência”.

acabam por ensejar manifesto prejuízo, normalmente em sua aplicação, a alguns grupos minoritários, cujas características físicas, psíquicas ou modelos de vida escapam ao da generalidade das pessoas a quem as políticas se destinam.

O conceito introduzido pela CDPD quanto à discriminação por motivo de deficiência corresponde a qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, na qual se observe o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos âmbitos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro, abrangendo ainda inclusive, a recusa de adaptação razoável.

Como se observa pelos comentários tecidos em relação à CDPD, por incorporar elementos do modelo social de deficiência, o documento internacional revela-se interativo com a teoria do reconhecimento social proposta por Honneth, na medida em que prestigia a inclusão e a valorização da identidade social das pessoas com deficiência, procurando garantir a participação eficaz e plena no meio coletivo.

Em relação ao conceito de adaptação razoável, a ser melhor desenvolvido no capítulo seguinte, pode ser compreendido como as modificações e ajustes necessários e adequados que não acarretem ônus indevido ou desproporcional, observados caso a caso, a fim de assegurar que as pessoas com deficiência possam gozar ou exercer, em igualdade de oportunidades com os demais sujeitos sociais, todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.