

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

# MODELOS TEÓRICOS DE COMPREENSÃO DA DEFICIÊNCIA E ACESSIBILIDADE ATITUDINAL

Rosana de Castro Casagrande

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.14454>

Submetido em: 2025-12-06

Postado em: 2025-12-11 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

## ARTIGO

# MODELOS TEÓRICOS DE COMPREENSÃO DA DEFICIÊNCIA E ACESSIBILIDADE ATITUDINAL

ROSANA DE CASTRO CASAGRANDE<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8341-6199>

[<rosanaccasagrande@uepg.br>](mailto:rosanaccasagrande@uepg.br)

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa, PR, Brasil.

**RESUMO:** Este artigo tem por objetivo apresentar os modelos teóricos de compreensão da deficiência disponíveis na literatura. Do ponto de vista teórico-metodológico este estudo resultou de uma busca por fontes internacionais e nacionais que tratam do tema, por meio de uma pesquisa exploratória e bibliográfica. Como resultado foram elencados nove modelos teóricos de compreensão da deficiência, tratados à luz de pesquisas correlatas. Tais modelos retratam momentos históricos e sociais vigentes, mas mesclam-se na sociedade com indicadores atuais, podendo refletir na compreensão da deficiência e no processo de inclusão educacional e social. Como implicação, defendemos que os modelos teóricos devem ser tratados nas formações docentes em todos os níveis, a fim de ampliar discussões acerca da importância do despertar e da consolidação da acessibilidade atitudinal.

**Palavras-chave:** Acessibilidade atitudinal, modelos de deficiência, inclusão.

## THEORETICAL MODELS FOR UNDERSTANDING DISABILITY AND ATTITUDINAL ACCESSIBILITY

**ABSTRACT:** This article aims to present the theoretical models for understanding disability available in the literature. From a theoretical and methodological perspective, this study relied on a search for international and national sources addressing the topic, through exploratory and bibliographical research. As a result, new theoretical models for understanding disability were identified, analyzed in light of related research. These models portray current historical and social moments, but they intertwine with current societal indicators, potentially reflecting the understanding of disability and the process of educational and social inclusion. As a consequence, we argue that theoretical models should be addressed in teacher training at all levels to broaden the discussion on the importance of awakening and consolidating attitudinal accessibility.

**Keywords:** Attitudinal accessibility, models of disability, inclusion.

## MODELOS TEÓRICOS PARA LA COMPRESIÓN DE LA DISCAPACIDAD Y LA ACCESIBILIDAD ACTITUDINAL

**RESUMEN:** Este artículo busca presentar los modelos teóricos disponibles en la literatura para la comprensión de la discapacidad. Desde una perspectiva teórica y metodológica, este estudio se basó en la búsqueda de fuentes internacionales y nacionales que abordan el tema, mediante investigación exploratoria y bibliográfica. Como resultado, se identificaron nuevos modelos teóricos para la comprensión de la discapacidad, analizados a la luz de investigaciones relacionadas. Estos modelos

retratan momentos históricos y sociales actuales, pero se entrelazan con indicadores sociales actuales, reflejando potencialmente la comprensión de la discapacidad y el proceso de inclusión educativa y social. En consecuencia, argumentamos que los modelos teóricos deben abordarse en la formación docente en todos los niveles para ampliar el debate sobre la importancia de despertar y consolidar la accesibilidad actitudinal.

**Palabras clave:** Accesibilidad actitudinal, modelos de discapacidad, inclusión.

## INTRODUÇÃO

Este artigo tem por objetivo apresentar os modelos teóricos de compreensão da deficiência disponíveis na literatura, tendo em vista a escassez de produções que sistematizem e compilem tais modelos.

A fim de verificar os modelos disponíveis na literatura, este estudo propôs uma busca e análise por fontes internacionais e nacionais (Outhwaite; Bottomore, 1996; Marcílio, 1998, 2009; Karna, 1999; Olkin, 1999; Henderson; Niemann, 2005; Rosa, 2006; Diniz, 2007; Darling; Herckert, 2010; Bryan, 2011; Pardeck; Murphy, 2012; Brewer et al., 2012; Augustini, 2012; Llewellen; Hogan, 2000; Degener, 2017; Sá, 2024, entre outros) que tratam do tema, por meio de uma pesquisa qualitativa, exploratória e bibliográfica. Em relação ao conceito de modelo, nos fundamentamos em Japiassú e Marcondes (1990) e Mota e Bousquat (2021).

Este estudo está organizado em seções conforme os tipos de modelo e nas considerações finais, onde indicamos a relação entre os modelos teóricos e a acessibilidade atitudinal.

## MODELOS TEÓRICOS DE COMPREENSÃO DA DEFICIÊNCIA

É possível compreender o significado de modelo a partir de algumas áreas do conhecimento. Do ponto de vista da perspectiva social, significa a “interpretação de um sistema formal e/ou representação, normalmente por analogia, metáfora ou metonímia, de uma coisa por alguma outra coisa, para fins heurísticos, explanatórios ou de teste” (Outhwaite; Bottomore, 1996, p. 550).

No contexto sociológico, constitui “uma representação abstrata, tal como uma analogia, que nos ajuda a pensar com mais clareza sobre alguma coisa” (Johnson, 1997, p. 268). Mota e Bousquat (2021, p. 849) afirmam que modelos são formas de interpretação concebidas a partir de recursos cognitivos e dependem de quem os constrói, de suas prerrogativas e sua história”.

Concordamos com o conceito de modelo proposto por Japiassú e Marcondes (1990) que explicam a etimologia da palavra, do latim *modulus*, diminutivo de *modus*: medida, paradigma, forma ideal e complementam que se trata de objeto que serve de referência para a construção ou criação de outros ou ainda uma coisa ou pessoa que se toma como inspiração ou ideal a ser imitado ou copiado.

### Modelo Moral ou Modelo Religioso

*“Ele (Deus) faz as coisas ruins para experimentar; mostrar que podemos conviver com deficientes em casa, é como se fosse normal” (relato de uma mãe sobre seu filho com paralisia cerebral) (Rosa, 2006, p. 116).*

Pardeck e Murphy (2012) afirmam que o Modelo Moral ou Religioso é o mais antigo modelo teórico de deficiência e surgiu em decorrência de tradições eclesíásticas, dentre elas a judaico-cristã. No livro intitulado “História social da criança abandonada”, Marcílio (1998) aponta a “preocupação” histórica da igreja católica com as crianças “indesejadas” e rejeitadas pelas famílias. Entre essas crianças,

uma parte significativa possuía algum tipo de deficiência e muitas delas sucumbiram em decorrência de complicações de saúde.

Em resposta a preocupação com o destino dos enjeitados e como enfrentamento ao infanticídio, na Idade Média os mosteiros aceitavam crianças rejeitadas por suas mães e famílias, porém, elas tinham a obrigação de seguirem carreira sacerdotal. Durante o século XII, vigorava a crença no purgatório e no limbo, uma versão infantil do purgatório, o que ampliou para o restante da comunidade o dever de “proteger” as crianças desamparadas. Nessa época, uma das preocupações da igreja era assegurar o sacramento do batismo para todos os recém-nascidos, assim como enfrentar o infanticídio e evitar que essa prática se proliferasse, o que levou à criação da Roda dos Expostos (Marcílio, 1998). Esse mecanismo funcionava como um dispositivo fixado no muro ou em uma janela, onde as crianças rejeitadas eram inseridas. A roda girava em direção ao interior da instituição, onde havia um cordão com uma sineta que avisava a chamada “rodeira” ou vigilante sobre o bebê recém-chegado. Esse mecanismo possibilitava que a pessoa que o abandonava não podia ser identificada. A criança recolhida era entregue a uma “ama-de-leite” e depois a uma “ama-seca” até completar sete anos de idade, quando era encaminhada para atividades produtivas (Marcílio, 1998).

Marcílio (2009) em um trabalho apresentado no IV Congresso Histórico de Guimarães, intitulado “A criança abandonada na história de Portugal e do Brasil”, explicou que coube à igreja católica os primeiros registros de batismos e de óbitos, sendo norma obrigatória distinguir a origem familiar de cada criança: legítima, ilegítima, exposta ou escrava. Dentre as crianças abandonadas, um número significativo apresentava deficiência(s) diversas e, mesmo as que se mantinham em suas famílias, sob viés religioso e alegações diversas, eram consideradas como: castigo divino, punição por um ou mais pecados por si ou seus ancestrais, karma, teste de fé, misticismo ou benção metafísica e ainda oportunidade para crescimento pessoal.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2022), 86,8% dos brasileiros são cristãos, dos quais 64,6% são católicos e 22,2% evangélicos, além de outras manifestações religiosas como testemunhas de Jeová, santos dos últimos dias, budistas, messiânicos, judeus, muçulmanos e os esotéricos. Segundo esse levantamento, o país possui mais templos religiosos do que escolas e hospitais (são 580 mil estabelecimentos religiosos), representando uma ampla diversidade religiosa: igrejas católicas, centros espíritas, terreiros de umbanda e candomblé, templos budistas, sinagogas e mesquitas. Essa quantidade de pessoas religiosas, no país, nos leva a alguns questionamentos: qual o impacto do modelo moral ou religioso da deficiência nas instituições escolares brasileiras? Como as(os) professoras(es) da Educação Básica manifestam suas opiniões e crenças sobre as crianças e jovens com deficiência? Como isso afeta as interações e o processo de aprendizagem escolar das crianças e jovens com deficiência? Qual o impacto desse modelo na acessibilidade atitudinal?

No Brasil, as pesquisas sobre essa temática ainda são escassas para que possamos responder todas as perguntas, mas numa delas, Rosa (2006), da Universidade Católica de Goiás, investigou a relação entre religião e deficiência física na concepção de mães de crianças com paralisia cerebral. A pesquisa objetivou analisar como essas mães buscavam significado para a condição de seus filhos e mostrou que a religião desempenhou um papel de destaque na busca de consolo e significado, com muitas mães associando a deficiência a uma pedagogia divina ou provação. A pesquisa abordou ainda a influência do imaginário religioso judaico-cristão, que relacionava doença a castigo divino e cura ao perdão dos pecados. As falas das mães revelaram num conjunto de sentimentos, desafios e aprendizados, dentre eles a associação da deficiência a um propósito divino ou uma maneira de aprenderem valores, testarem sua fé ou promoverem mudanças em suas vidas. Algumas delas acreditavam na deficiência como provação ou um chamado divino para repensar atitudes e preconceitos. Apesar dos desafios e dificuldades, as mães também destacaram sentimentos de satisfação proporcionadas por pequenos avanços no desenvolvimento dos filhos, assim como suas demonstrações de carinho e momentos de felicidade. A pesquisa de Rosa (2006) é uma evidência de que, mesmo familiares de crianças com deficiência, podem apresentar um modelo de compreensão da deficiência baseado na moral e religião.

Podemos afirmar que o modelo moral e/ou religioso de deficiência se respalda: a) na ideia de que as deficiências são essencialmente um teste de fé ou mesmo de natureza salvífica, segundo a qual os indivíduos e famílias são selecionados por Deus a fim de receberem a oportunidade de se redimirem por meio de sua resistência, resiliência e piedade; e b) na perspectiva de que as pessoas com deficiência

podem passar no teste da fé ao experimentarem a cura física, porém, caso contrário, são consideradas como tendo falta de fé em Deus (Niemann, 2005).

O modelo moral/religioso era a crença mais comum em tempos considerados menos esclarecidos, como na Idade Média, porém, a filosofia por trás dessa crença repousa logo abaixo da superfície das reações emocionais humanas e, dependendo das circunstâncias, a crença está sujeita a reaparecimento e, para a surpresa de alguns, torna-se uma crença poderosa e influente por um período (Henderson; Bryan, 2011, p. 7, tradução nossa).

Embora o modelo moral e / ou religioso de deficiência não seja tão prevalente atualmente, em certas culturas ainda é um tipo de visão predominante, especialmente em “sociedades dominadas por formas religiosas ou mágicas de pensar” (Karna, 1999, p.13), ou ainda em sociedades em que a deficiência ainda é interpretada à luz da religião, como naquelas de viés político de extrema direita, por exemplo.

## **Modelo de Caridade ou Modelo Caritativo-Trágico**

Há duas formas de denominar o modelo que concebe a pessoa com deficiência como vítima e merecedora de caridade e/ou de ajuda: modelo de caridade ou charity model e modelo caritativo-trágico. O modelo denominado de caridade, baseia-se nas ações de ajuda benevolente oferecida às pessoas com deficiência. Esse modelo está no extremo oposto do espectro de ajuda em comparação ao modelo moral/religioso (Henderson; Bryan, 2011). Enquanto no modelo moral/religioso é evidente a visão negativa de algumas deficiências, o modelo de caridade adota uma abordagem cujo objetivo seria “beneficiar” as pessoas com deficiência.

No passado distante, enquanto algumas pessoas com deficiência eram queimadas na fogueira, havia outros grupos que faziam lobby por um tratamento humano/paternalista para pessoas com deficiência. Da mesma forma, no presente, há alguns que defendem a institucionalização e o cuidado em regime de custódia, enquanto outros pedem por mais inclusão de pessoas com deficiência em atividades sociais. Em algum lugar entre os dois extremos está o modelo de caridade (Henderson; Bryan, 2011, p. 8, tradução nossa).

Algumas pesquisas sobre modelos de deficiência, no Brasil (Augustini, 2012; Sá, 2024) apontam que no modelo caritativo, a pessoa com deficiência é interpretada como alguém que possui uma vida trágica e sofrida. Augustini (2012) utiliza o termo modelo caritativo (mesmo que Henderson e Bryan, 2011) e destaca o papel dos cuidadores como únicas pessoas responsáveis pelos serviços prestados às pessoas com deficiência, os quais têm plenos poderes para decidir e atuarem sobre o tipo de atendimento que ela receberá. Ao considerar a pessoa com deficiência como necessitada, esse modelo defende: transporte e prédios especiais; oficinas laborais com foco na empregabilidade; instalações de convivência e escolas especiais. Sá (2024) utiliza o modelo caritativo-trágico para explicar que nele, as pessoas com deficiência são consideradas vítimas das circunstâncias, merecedoras de pena e que requerem ajuda. Esse modelo desconsidera que a pessoa com deficiência tenha autonomia, e que, ao desempenharem suas atividades cotidianas, elas atingem a superação.

O modelo caritativo ou caritativo/trágico pode ser exemplificado por meio de campanhas, muitas delas exibidas em programas televisivos, as quais visualizam e exibem as pessoas com deficiência como vítimas de tragédias pessoais e que precisam de ajuda/caridade (Henderson e Bryan, 2011). Há ainda campanhas de empresas, que comercializam veículos e outros bens, as quais usam especialmente crianças com deficiência para gerar comoção social, colocando-as em papéis de vitimização, tragédia e necessidade de superação, para que possam arrecadar fundos, em uma parte direcionados a instituições especializadas prestadoras de serviços que, em alguns casos, recebem também subsídios governamentais. A intenção não é a demonização dessas campanhas, mas estimular a crítica e a mudança de concepção, de uma visão capacitista e dependente, para uma perspectiva de reconhecimento e valorização das pessoas com deficiência.

Por fim, o modelo caritativo ou modelo caritativo/trágico aos poucos foi diminuindo e deu lugar a uma abordagem denominada de Modelo Paternalista Social, que abordaremos na sequência.

## **Modelo Paternalista Social**

O modelo paternalista social é semelhante ao modelo de caridade, onde as pessoas com deficiência são vistas como pessoas que precisam de proteção. O que fundamenta esse modelo é a ideia de que as pessoas com deficiência são fracas, incapazes de suportar os diversos desafios que enfrentam diariamente. Ao considerarem a pessoa com deficiência, fraca e desprovida de possibilidade de gerenciar sua vida, esse modelo defende que elas precisam ser protegidas pelo membro mais forte da sociedade, ou seja, as pessoas sem deficiência (Henderson e Bryan, 2011).

Exemplo desse modelo é a dos empregadores que não contratam pessoas com deficiência por acreditarem que elas não conseguirão desempenhar ade maneira adequada e desejada os requisitos do trabalho e/ou por acreditarem que os funcionários sem deficiência não vão querer trabalhar com a pessoa com deficiência. Outro exemplo seria a dos vizinhos que não convidam pessoas com deficiência para eventos, por acreditarem que elas não gostam de socializar e assim, estariam a protegendo (Henderson e Bryan, 2011).

Esse modelo tem dois efeitos nocivos sobre pessoas com deficiência, segundo Henderson e Bryan (2011): “o primeiro, cria e incentiva a dependência e, segundo, limita as oportunidades de crescimento pessoal e psicológico” (p. 9). Em relação à dependência, Historicamente as pessoas com deficiência foram caracterizadas como aquelas que “não conseguem fazer”. É certo que muitas pessoas não possuem acesso a recursos financeiros, tecnológicos, comunicacionais, entre outros, que as impede de desempenhar várias atividades cotidianas e profissionais. Assim como há pessoas com deficiência que apresentam plenas condições de autonomia mas que não as desenvolvem. Isso exemplifica a diversidade que integra a população das pessoas com deficiência e nos indica o problema em fazer generalizações. É importante considerarmos, a partir das experiências vivenciadas pelas pessoas com deficiência, se o discurso da caridade não ficaria encarnado, gerando impactos na autoestima e no desenvolvimento psicológico dessas pessoas.

Henderson e Bryan (2011) defendem que “a taxa de crianças em idade escolar com deficiência sendo colocadas em classes de educação especial e/ou cursos profissionalizantes é outro exemplo de atitude paternalista”(p. 9). No Brasil há discussões acaloradas do campo acadêmico em relação a essa afirmação. A partir de 2003, houve um aumento progressivo no número de matrículas de estudantes público da Educação Especial (deficiência física, intelectual, visual, auditiva e múltipla, Transtorno do Espectro do Autismo e Altas Habilidades/Superdotação) no ensino regular, a partir do estabelecimento do Programa Educação Inclusiva: direito à diversidade do Ministério da Educação. Por um lado há os defensores da inclusão radical que defendem que, independentemente da condição, todos os estudantes devem frequentar a escola e a sala regular. Por outro lado, há os que afirmam que, a partir das condições atuais do movimento inclusivo educacional brasileiro, é necessário considerar, que crianças com particularidades que exijam atendimento especializado, frequentem as instituições especializadas em complemento a Sala de Recursos Multifuncional (SRM) e outros formatos de inclusão escolar.

### **Modelo de Limitação ou Modelo de Reabilitação Médica/Funcional**

O modelo de limitação ou de reabilitação médica/funcional é, juntamente como o modelo caritativo ou caritativo/trágico, um dos mais antigos e baseia-se na visão de que as pessoas com deficiência são fragmentadas e incompletas, devendo ser reabilitadas/corrigidas. A lógica desse modelo é estabelecer uma comparação entre uma pessoa com deficiência e outra sem essa condição, estabelecendo assim o padrão de normalidade para ambas. Neste sentido, esse modelo relega as pessoas com deficiência a frágeis e inferiores, precisando atingir o padrão de normalidade.

O aspecto de reabilitação/limitação funcional deste modelo destaca necessidade de que a pessoa com deficiência se adapte funcionalmente ao ambiente por meio de ajustes físicos e/ou vocacionais, bem como apoio emocional. Os defensores desse modelo alegam que a maioria das deficiências cria algumas limitações, como decorrentes de lesões graves na medula espinhal ou no caso de deficiências intelectuais de desenvolvimento grave, ou ainda no caso das deficiências múltiplas. Neste caso, há a defesa de dois pontos principais, segundo Hendersen e Bryan (2011): “(1) restaurar a pessoa ao máximo possível do seu nível de funcionamento anterior e (2) auxiliar a pessoa a se adaptar ao seu ambiente” (p.10, tradução nossa).

A oposição a esse modelo fundamenta-se no fato de que a pessoa com deficiência precisa se reabilitar/mudar para se adequar ao meio, se ajustando a ele, ao invés do meio se ajustar para atender às particularidades da pessoa com deficiência. Há outros argumentos contrários a esse modelo que justificam a desconsideração a legislação e políticas inclusivas que incentivam mudanças ambientais a partir das quais as pessoas com deficiência possam desenvolver maior autonomia de gerenciamento desse ambiente.

Não defendemos que as pessoas com deficiência não possam ter acesso a bens tecnológicos e processos terapêuticos que resultem em melhoria de sua qualidade de vida. O que consideramos inapropriado, e o que fundamenta o modelo de reabilitação, é a busca pela “normalidade”, ou seja, o ajustamento, que tem como objetivo desqualificar as particularidades da pessoa com deficiência. Este modelo, junto com o modelo caritativo/trágico acabam perpetuando concepções equivocadas em relação à pessoa com deficiência. A “extensão com que os profissionais médicos e outros de reabilitação dedicam atenção à etiologia da condição tende a segregar pessoas com deficiência em grupos de doenças ou fatores causais” (Hendersen; Bryan, 2011, p. 10).

## **Modelo de Empoderamento**

O modelo de empoderamento possui uma correspondência direta com o nível de controle que as pessoas com deficiências possuem de suas vidas. Refere-se a autonomia ao invés de permissão para que pessoas sem deficiência as defendam ou assumam esse controle. Segundo este modelo, um dos problemas que as pessoas com deficiência enfrentam não está relacionado a sua deficiência e sim em nas atitudes das pessoas sem deficiência sobre o que elas podem/devem ou não fazer. Para este modelo, é de responsabilidade das pessoas com deficiência corrigirem as percepções equivocadas que pessoas sem deficiência têm sobre seus valores para a sociedade (Hendersen; Bryan, 2011).

Este modelo tem aproximações com o modelo afirmativo ou de identidade social, que Sá (2024) define como aquele que apresenta uma visão oposta ao modelo caritativo/trágico, ou seja, compreende a deficiência como uma construção social e baseia-se na noção de identidade social positiva, que são ampliadas com o pertencimento da pessoa com deficiência a um respectivo grupo social que compartilha um estilo e experiência similares de vida com as pessoas com deficiência.

Ao se engajarem, as pessoas com deficiência passam a defender suas particularidades e necessidades, ao invés de aguardar que as pessoas sem deficiência o façam. Deste modo, segundo esse modelo, “As pessoas com deficiência não podem esperar sociedade a mudar a sua atitude paternalista abordagem para lidar com eles até que provar que não são pessoas indefesas (Hendersen; Bryan, 2011, p.12).

Por outro lado, esse modelo de compreensão não delega apenas à pessoa com deficiência resolver todas as suas necessidades particulares sozinha ou derrubar as barreiras que impedem sua inclusão de modo solitário, pois entendemos que, socialmente todos temos algum nível de dependência do outro e, ao assumirmos nossa interdependência, ampliamos e melhoramos nosso vínculo enquanto comunidade e sociedade. O que este modelo destaca como prioritário é que a pessoa com deficiência seja responsável por identificar suas necessidades e a instruir os outros em relação a forma como podem ser auxiliados e em que momentos realmente necessitam de ajuda. Nele, as pessoas com deficiência se engajam, ou seja, não devem esperar que a sociedade mude sem que eles forcem a questão da mudança (Hendersen; Bryan, 2011).

## **Modelo Afirmativo ou Modelo de Identidade Social**

Segundo Sá (2024) este modelo é o que fornece uma visão oposta ao Modelo Caritativo/Trágico, ou seja, que concebe a deficiência como construção social. Baseia-se na noção de identidade social positiva, que são ampliadas com o pertencimento da pessoa com deficiência a um respectivo grupo social que compartilha um estilo e experiência similares de vida com as pessoas com deficiência.

Brewer et al. (2012) explicam que neste modelo, a deficiência é compreendida como um marcador de participação em uma identidade minoritária, assim como gênero ou raça e definida principalmente por um certo tipo de experiência no mundo. Isso significa que a deficiência se trata de uma experiência social e política dos efeitos de um sistema social não projetado para pessoas com essas particularidades. Embora

o modelo de identidade tenha uma relação direta com o modelo social, esse está menos interessado nas maneiras pelas quais os ambientes, políticas e instituições incapacitam as pessoas e mais interessado numa “definição positiva de identidade de deficiência com base em experiências e circunstâncias que criaram um grupo minoritário reconhecível chamado 'pessoas com deficiência’” (Brewer et al, 2012, p. 5, tradução nossa).

Darling e Herckert (2010) afirmam que o Modelo de identidade influenciou muitos na comunidade de pessoas com deficiência nos Estados Unidos, o que inspirou as pessoas com deficiência a adotarem uma autoimagem positiva que destaca e celebra o “orgulho da deficiência” (p. 207).

Embora seja um modelo importante, há críticas que apontam para a obrigação das pessoas com deficiência se identificarem com a cultura de um grupo específico, além do que nega a luta pela igualdade econômica, quando passam a menosprezar a realidade de desigualdade enfrentada (Fraser, 2003 apud Hendersen; Bryan, 2011).

### **Modelo Médico, Modelo Médico-Clínico ou Modelo Biomédico**

A partir de meados do ano 1800, o modelo médico/biomédico de deficiência passou a substituir gradualmente o modelo moral e/ou religioso. O século XVIII ficou marcado pelos avanços da Medicina e o aumento das demandas por reabilitação, tendo como principal exemplo a dos militares gravemente feridos por consequência das guerras. Nesse período a sociedade vivenciava uma mudança de paradigma em relação às pessoas com deficiência, até então decorrente de explicações místicas e fantásticas para a busca pela cura e/ou reabilitação.

O modelo médico/biomédico da deficiência focaliza na doença ou patologia, secundarizando o sujeito que a possui. Nesse modelo, segundo Olkin (1999) a deficiência é um problema médico que está no indivíduo, significando uma falha ou defeito no sistema corporal, sendo anormal e patológico.

Os objetivos da intervenção são a cura, a melhoria da condição física na medida do possível e a reabilitação (ou seja, a adaptação da pessoa com deficiência à condição e ao ambiente). Espera-se que as pessoas com deficiência se beneficiem da variedade de serviços que lhes são oferecidos e passem tempo no papel de paciente ou aluno sendo ajudados por profissionais treinados (Olkin, 1999, p. 26).

Na perspectiva do modelo médico/biomédico, as pessoas com deficiência são consideradas doentes e isso não tem nada a ver com a doença em si, mas com uma categoria da Medicina. Ao considerar as pessoas com deficiência uma categoria médica, resume-se a pessoa a um corpo enfermo e sua aparência. “A fusão entre ciência (medicalização) e corpo (imagem) é uma forte limitação” (Charlton, 2000, p. 56).

Davis (1995) destacava que vivíamos em um mundo de normas em que nos esforçamos para sermos normais ou tentamos deliberadamente evitar esse estado. Desde a década de 1990 nada mudou. Somos experts em classificar, “nossa inteligência, nosso nível de colesterol, nosso peso, altura, desejo sexual, dimensões corporais ao longo de uma linha conceitual, de abaixo do normal a acima da média” (p. 40). As escolas classificam e testam as crianças para determinar onde elas se enquadram numa curva normal de aprendizado e/ou de inteligência. Possivelmente não exista nenhuma área da vida contemporânea em que alguma ideia de norma, média ou média não tenha sido calculada (Davis, 1995). Segundo esse autor, a ideia de “norma” em inglês teria surgido no período de 1840 a 1860. Juntamente com o advento do modelo médico/biomédico, concepções sobre normalidade ganharam força em detrimento a diversidade de corpos e da complexidade da configuração humana.

É possível afirmar que, até a década de 1970, o modelo médico/biomédico foi hegemônico no sentido das orientações de ações no campo da deficiência, tanto na saúde quanto na educação (Barbosa; Diniz; Santos, 2009). Embora a emergência da narrativa biomédica tenha sido a primeira guinada para a garantia dos direitos aos deficientes no século 19, buscando superar o que antes era uma expressão do azar ou do pecado, os impedimentos físicos, sensoriais ou cognitivos da pessoa com deficiência passaram a ser explicados com base na embriologia e na genética, surgindo assim as soluções nos campos da cirurgia ou da reabilitação (Hugues, 2002).

O corpo das pessoas com deficiência tornou-se alvo do poder biomédico, tendo como objetivo a sua normalização. Os saberes médicos passaram a imperar e a ditar o campo da deficiência em termos científicos. Na impossibilidade de atingir a cura ou algum tipo de tratamento, as práticas

médicas/biomédicas realizavam procedimentos que visavam aproximar os corpos das pessoas com deficiência daqueles sem deficiência, como por exemplo, as cirurgias estéticas que alteram o desenho dos olhos de crianças com síndrome de Down (Suzedelis, 2006).

Lígia Assumpção do Amaral, em seu artigo intitulado “Corpo Desviante/Olhar Perplexo”, do ano de 1994, explorou como a sociedade lidava com corpos que não se enquadravam nas normas corporais sociais estabelecidas e destacou comportamentos que verificamos atualmente nas interações sociais com as pessoas com deficiência: perplexidade, estranheza, repulsa, rejeição e negação. Tais comportamentos são debatidos pela autora à luz de conceitos como desvio, anormalidade, anomalia, estereótipos e estigma.

Deste modo, Amaral (1994) descreveu que todos esses sentimentos partem, de um primeiro momento, de uma primeira visualização, no sentido literal, e propôs uma reflexão sobre o modo como “o olhar reconhece o corpo diferente”. Essa afirmação carrega profundas implicações sociais e culturais. Esse reconhecimento não neutro, está carregado de preconceitos e normas que determinam o que é considerado “normal” ou “aceitável”.

Quando um corpo não se enquadra nos padrões preestabelecidos ou no que é socialmente reconhecido como normal, ele é imediatamente rotulado como “estranho”. Se esse corpo não corresponde às expectativas normativas da sociedade, ele é visto com desleixo e, muitas vezes, tratado como uma anomalia. Assim, a diferença corporal não é apenas observada, mas também julgada, marginalizada e estigmatizada, revelando as tensões entre o que é percebido como natural e o que é definido como desvio.

O corpo desviante, denominado por Amaral (1994), refere-se àqueles que se afastam dos padrões considerados normais ou ideais pela sociedade. Isso pode incluir pessoas com deficiências físicas, diferenças corporais ou características que não se encaixam nas normas tradicionais de beleza e funcionalidade. Em muitos momentos históricos, esses corpos sofreram preconceito, estigmatização e exclusão social.

Cabe aqui algumas considerações importantes: Qual a proporção e o impacto atual do Modelo médico/biomédico nas pesquisas em Educação? Por que, até os dias de hoje, esses modelos têm imperado nas pesquisas em Educação e nas ações docentes na Educação Básica?

## **Modelo Social**

O modelo social da deficiência se originou no Reino Unido, constituído com base nos Princípios Fundamentais da Deficiência (1976), um documento escrito e publicado pelo grupo ativista da deficiência, a União dos Deficientes Físicos contra a Segregação (Upias). Michael Oliver, Colin Barnes e Vic Finkelstein foram acadêmicos que objetivaram as ideias propostas no documento, para criação do modelo social da deficiência, sendo a versão mais citada escrita por Oliver (1990).

Segundo Diniz (2007), Paul Hunt, um sociólogo deficiente físico, foi um dos precursores do modelo social da deficiência no Reino Unido, nos anos 1960. Seus primeiros textos procuravam compreender o fenômeno sociológico da deficiência, partindo do conceito de estigma proposto por Erving Goffman.

Tendo em vista o conceito de deficiência elaborado por Barnes (1991), como “a perda ou limitação de oportunidades de participar da vida normal da comunidade em igualdade de condições com os demais, devido a barreiras físicas e sociais” (p. 2), a deficiência passou a um conceito socialmente construído e significado com base nas percepções da sociedade (Llewellyn; Hogan, 2000).

Os defensores do modelo social argumentam que a deficiência está localizada no ambiente social, que consideram excludente e opressivo, e não no corpo e definem o ambiente de forma ampla, a partir dos aspectos físicos, econômicos e políticos e sociais. Nesse contexto, as pessoas com deficiência enfrentam diversas barreiras em todos os aspectos de suas vidas, desde ambientes de trabalho, moradia, oportunidades educacionais, direitos civis, transporte e acesso ao ambiente arquitetônico.

O objetivo dos adeptos do modelo social é compreender e mudar “práticas sociopolíticas e culturais incapacitantes” (Goodley, 2004, p. 123). Os modelistas sociais criticam instalações segregadas, especiais ou adaptadas para pessoas com deficiência, visto que transmitem a mensagem de que indivíduos com deficiência são diferentes dos demais membros da comunidade e não se encaixam no mundo

“normal”. Neste sentido, defendem o uso do design universal para gerar modificações no ambiente tradicional de modo que seja acessível a todos as pessoas, com ou sem deficiência.

Os pontos fortes do modelo social residem no fato de ter introduzido uma nova maneira de profissionais e pesquisadores da área da deficiência pensarem sobre a deficiência e levantado novas questões de pesquisa passíveis de diferentes abordagens metodológicas para melhor compreender o conceito de deficiência (Llewellen; Hogan, 2000).

A partir de uma carta enviada ao jornal *The Guardian*, no dia 20 de setembro de 1972, Hunt deflagrou um movimento de enorme impacto, que gerou a Liga dos Lesados Físicos contra a Segregação, a UPIAS, formada por um grupo de homens com deficiência física, entre eles Michael Oliver, sociólogo, com deficiência física, até hoje considerado um dos precursores do modelo social da deficiência, juntamente com Paul Abberley e Vic Finkelstein. Sobre a UPIAS, Diniz (2007, p. 10) explica que

[...] foi, na verdade, a primeira organização política sobre deficiência a ser formada e gerenciada por deficientes. Instituições antigas, como o Instituto Nacional para Cegos, talvez a mais antiga do mundo, no Reino Unido, ou o Instituto Nacional de Educação de Surdos, no Brasil, eram entidades para os deficientes, isto é, locais onde se confinavam pessoas com diferentes lesões físicas ou mentais, cuidando delas e lhes oferecendo educação. Em geral, o objetivo dessas instituições e centros era o de afastar as pessoas com lesões do convívio social ou o de normalizá-las para devolvê-las à família ou à sociedade.

O Upias deflagrou uma reviravolta no discurso biomédico ao redefinir lesão e deficiência, que passou a ser considerada do ponto de vista sociológico e em termos de exclusão social. “A deficiência passou a ser entendida como uma forma particular de opressão social, como a sofrida por outros grupos minoritários, como as mulheres ou os negros” (Diniz, 2007, p.12). O materialismo histórico foi a inspiração teórica do grupo de sociólogos deficientes que criaram a Upias, o que os levou a conclusão de que a discriminação pela deficiência era uma forma de opressão social (idem). A Upias também foi responsável pelas primeiras redefinições de termos como lesão e deficiência, a partir de um grupo de pessoas com deficiência e não mais pelo discurso biomédico. O modelo social resultou da disputa pelo discurso da deficiência com o modelo médico/biomédico.

O Upias demarcou a primeira fase do modelo social, que fundamentava-se em duas afirmações principais: 1. As desvantagens geradas pela deficiência ocorriam em decorrência das barreiras sociais e não, diretamente, das lesões; 2. Ao retirar as barreiras, as pessoas com deficiência seriam independentes. A essência do modelo social era a independência e as barreiras sociais constituíam seus principais impeditivos e o agente responsável pela geração de barreiras era a organização social capitalista. Essas afirmações permaneceram sem nenhuma contestação durante aproximadamente 20 anos (Diniz, 2007).

A hegemonia do modelo social, criado por um grupo de homens que, embora com deficiência, pertenciam a um segmento da elite, ou seja, homens, brancos com deficiência. A segunda fase do modelo social foi marcada pela crítica do movimento feminista, que passou a destacar temas como: cuidado, dor, lesão, da dependência e da interdependência como temas centrais à vida do deficiente. Elas passaram a defender a subjetividade do corpo com lesão, e passaram a discutir o significado “da transcendência do corpo por meio da experiência da dor, e assim forçaram uma discussão não apenas sobre a deficiência, mas sobre o que significava viver em um corpo doente” e “[...] a convergência de outras variáveis de desigualdade, como raça, gênero, orientação sexual ou idade [...]” (Diniz, 2007, p. 52).

A incorporação das teorias feministas ao modelo social inicial, redefiniu não só a compreensão do corpo deficiente, mas também a falsa ideia de que todos os deficientes desejariam a independência ou seriam capazes de experimentá-la. Passaram a argumentar que todas as pessoas, em fases diferentes da vida, da infância à velhice, ou em decorrência de doenças, tornam-se dependentes. Introduziram a perspectiva da igualdade pela interdependência como um princípio de justiça para as pessoas com deficiência (Diniz, 2007).

Inspirado no ativismo do movimento britânico, o Modelo Social da deficiência se desenvolveu, portanto, em resposta às limitações do Modelo Médico/Biomédico (D'Alessio, 2011). O Modelo social destaca a relação entre uma pessoa com deficiência e o ambiente, enquanto que as abordagens anteriores

afirmavam que a pessoa com deficiência possui desajustes ou incapacidades de se adaptar ou ser adaptado ao meio ambiente. De acordo este modelo, é a sociedade “que incapacita as pessoas com deficiência e, por conseguinte, qualquer solução significativa deve ser dirigida para a mudança social e não para o ajustamento e reabilitação individuais”(Barnes; Mercer; Shakespeare, 2010, p. 163).

A defesa desta abordagem é de que o meio ambiente pode e deve ser “adaptado” para acomodar as necessidades do pessoa com deficiência e não contrário. Hendersen e Bryan (2011) explicam que “[...] manter pessoas com deficiência responsáveis por sua vida ou situação é o mesmo que ‘culpar a vítima’” (p.13). Para esses autores, “o modelo social da deficiência exige que a sociedade enfrente as barreiras que impedem a inclusão em vez de gastar dinheiro com a segregação desta população” (p.13). Esse modelo não pode se limitar à adaptações físicas (como por exemplo remover ou adaptar degraus, escadas, meios-fios, portas estreitas entre outras), mas fortalecer as leis e a política específica para as pessoas com deficiência e sua efetivação prática.

Piccolo (2022) defende a Teoria Social da deficiência, considerando as limitações do Modelo Social e do Modelo Médico:

Em vista disso, uma teoria social da deficiência deverá acrescentar contribuições da Filosofia, Pedagogia, Sociologia, Economia, Política, Antropologia, Psicologia e História aos aportes já produzidos pela ciência médica de modo a ampliar o entendimento sobre o fenômeno, retirando a autoridade desta última como única voz possível de ser considerada. Para tanto, faz-se necessário compreender criticamente os acontecimentos que envolveram processos de exclusão das pessoas com deficiência de modo a entender o porquê de sua existência e como esses processos conduziram a políticas jurídicas e públicas, quer em termos regulatórios ou emancipatórios. Para além disso, é fundamental analisar de maneira concomitante os processos de integração de pessoas com comprometimentos os mais diversos em contextos distintos. Uma história somente de exclusão não é história, mas falseamento da realidade (p. 249).

### **Modelo de Grupo Minoritário, Modelo Cultural ou Modelo do Conceito Sociopolítico**

O modelo de grupo minoritário/cultural ou do conceito sociopolítico é relativamente novo e promove a ideia de reconhecer pessoas com deficiência como um grupo minoritário com características culturais únicas (Hendersen; Bryan, 2011). Grupos minoritários identificam-se entre si e no caso das pessoas com deficiência encontram roteiros de desigualdades em comum, como por exemplo Educação Especial inclusiva de má qualidade e empregos com baixos salários em decorrência da falta de acesso, permanência e aprendizagem em cursos de formação a nível superior.

Os grupos minoritários/culturais das deficiências podem ser representados pela “diversidade de grupos dentro da cultura das deficiências: mulheres com deficiência; minorias étnicas/raciais; e pessoas com deficiências intelectuais, emocionais e físicas, para mencionar apenas algumas” (Hendersen; Bryan, 2011, p.11). As diversidades que compõem o grupo das pessoas com deficiência é um fator que amplia as barreiras, considerando a sobreposição de singularidades para as quais a sociedade ainda não se desenvolveu suficientemente a fim de derrubá-las ou superá-las. Devido a intersecção de particularidades, por exemplo, “as pessoas de minorias étnico-raciais com deficiência, sofrem dupla discriminação - etnia/raça e deficiência - e mulheres étnicas/raciais sofrem tripla discriminação ao adicionar gênero” (Hendersen; Bryan, 2011, p.11).

A compreensão desse modelo permite maior visibilidade aos problemas enfrentados pelas pessoas com deficiência, considerando que nesses grupos são maiores os índices de preconceito, injustiça, violências de todos os tipos, desigualdade e negligência.

O modelo de grupo minoritário também denominado modelo sociopolítico, é uma extensão do modelo social. Nos Estados Unidos, seus defensores acreditavam que ele oferecia uma perspectiva mais ampla sobre o ambiente. Esse modelo surgiu do movimento de direitos das pessoas com deficiência nos anos 1970, no qual os envolvidos questionavam o modelo médico e a autoridade dos profissionais da saúde, que controlavam todas as decisões relacionadas ao tratamento de pessoas com deficiência, silenciando sua voz, particularmente nas decisões que afetavam suas vidas.

A reivindicação dos ativistas dos direitos das pessoas com deficiência enfatizou a necessidade de uma mudança significativa na abordagem da pesquisa sobre deficiência. Eles argumentaram que os acadêmicos sem deficiência, muitas vezes desinformados sobre as experiências dessas pessoas, traziam vieses para suas pesquisas. Portanto, defendiam que os próprios pesquisadores com deficiência deveriam liderar os estudos sobre o tema, devido à sua compreensão profunda das questões envolvidas (Longmore, 2003). Essa perspectiva levou acadêmicos como Harlan Hahn e Paul Longmore a desenvolverem a abordagem de "grupo minoritário".

Nas décadas de 1970 e 1980, essa abordagem se tornou central para a pesquisa e o avanço dos estudos sobre deficiência nos Estados Unidos (Hahn, 1985, 1988; Longmore, 2003). Assim como outros grupos minoritários definidos por raça, gênero ou orientação sexual, os defensores do modelo de grupo minoritário sustentaram que as pessoas com deficiência compartilham experiências comuns de opressão, isolamento e discriminação. De acordo com Hahn (1988), a opressão sofrida pelas pessoas com deficiência decorre da violação de dois valores fundamentais da sociedade ocidental moderna: a valorização da aparência física (especialmente no caso de deficiências físicas) e a ênfase na autonomia pessoal.

O modelo de grupos minoritários considera deficiência e incapacidade como conceitos distintos. O termo deficiência é usado para se referir a uma doença mental ou física, lesão ou enfermidade que afeta o corpo ou a mente da pessoa; deficiência é definida como "o produto da interação entre indivíduos e o ambiente" (Hahn, 1991, p. 17). "A deficiência não é um defeito ou deficiência pessoal [mas sim] principalmente o produto de um ambiente incapacitante" (Hahn, 1991, p. 17). Como tal, é o ambiente que deve ser ajustado para atender às necessidades da pessoa e não o contrário.

Nos Estados Unidos, o modelo de grupo minoritário é particularmente importante na história da deficiência, pois foi fundamental na aprovação e promulgação de leis de direitos das pessoas com deficiência e no desenvolvimento do ativismo.

O modelo de grupo minoritário enfrenta críticas devido à sua simplicidade excessiva, que ignora fatores cruciais como variáveis individuais, familiares e culturais que afetam a independência e produtividade de uma pessoa com deficiência. Além disso, o modelo é criticado por não considerar adequadamente o papel do corpo na experiência da deficiência e por focar principalmente em políticas públicas para combater a discriminação. Para educadores de justiça social, uma das críticas mais relevantes é que o modelo de grupo minoritário pode ser visto como um modelo de déficit, reforçando estereótipos de pessoas com deficiência como vítimas que necessitam de apoio.

O chamado modelo cultural da deficiência surgiu no contexto dos Estados Unidos, onde a deficiência tem sido analisada de maneira interdisciplinar por pesquisadores das ciências sociais e humanas como Michalko (2002) e Titchkosky (2007), com destaque para teóricos da cultura surda, como por exemplo, Holcomb (2013). Esse modelo se distingue dos demais ao considerar um conjunto de fatores culturais, que podem envolver aspectos médicos e sociais, focando na maneira como as distintas concepções de deficiência e não deficiência funcionam dentro de uma cultura específica (Junior; Schipper, 2013).

Um dos aspectos importantes do modelo cultural, foi apontado por Snyder e Mitchell (2006) ao argumentarem que determinados "locais culturais de deficiência" foram criados em nome das pessoas com deficiência. Locais nos quais essas pessoas ficaram, muitas vezes, depositadas, contra sua vontade, entre eles: sistemas de caridade; sanatórios e manicômios; "indústria internacional de pesquisa sobre deficiência; oficinas protegidas para 'multi-deficientes'; representações médicas e documentais da deficiência; e tendências atuais de pesquisa acadêmica sobre deficiência" (p. 3).

Baseados em conceitos modernistas, esses espaços fabricados promovem, de maneira específica, estratégias para "classificar e patologizar as diferenças humanas (hoje conhecidas como deficiências) e gerenciá-las por meio das instituições" (Snyder; Mitchell, 2006, p. 4-5). Esses locais devem ser diferenciados do "movimento pelos direitos das pessoas com deficiência, da cultura da deficiência, do movimento de vida independente e de outras organizações de pessoas com deficiência fundadas na experiência" (Snyder; Mitchell, 2006, p. 4).

## **Modelo de Direitos Humanos**

O Modelo de Direitos Humanos possui relação direta com o Modelo Social de deficiência. Embora alguns pesquisadores os tratem como sinônimos, há diferenças marcantes entre eles, conforme Quadro 1:

Quadro 1: Diferenças entre os modelos social e de direitos humanos

<b>Modelo Social</b>	<b>Modelo de Direitos Humanos</b>
Destaca os fatores sociais subjacentes que moldam a compreensão da deficiência.	Oferece uma estrutura teórica para a política de deficiência que enfatiza a dignidade humana das pessoas com deficiência.
Focaliza, em sua primeira fase, nas barreiras de acesso e independência das pessoas com deficiência. Na segunda, estaca as mulheres, idosos e cuidadores, mas o foco é social.	Incorpora os direitos humanos de primeira e segunda geração, abrangendo o conjunto de direitos humanos, civis, políticos, econômicos, sociais e culturais.
Falha em considerar a realidade da dor e do sofrimento na vida de algumas pessoas com deficiência.	Respeita o fato de algumas pessoas com deficiência serem confrontadas por situações de vida tão desafiantes e que tais fatores devem ter tido em conta no desenvolvimento de teorias de justiça social relevantes.
Não presta a devida atenção à importância da política de identidade.	Oferece espaço para identificação cultural e das minorias.
Crítica as políticas de saúde pública que defendem a prevenção de deficiências.	Reconhece o fato de que a política de prevenção formulada de maneira adequada pode ser considerada uma instância de proteção dos direitos humanos para pessoas com deficiência.
Explica de maneira útil as causas da pobreza.	Oferece propostas construtivas para melhorar a situação de vida das pessoas com deficiência.

Fonte: Adaptado de Degener (2017)

Como abordado, o modelo de direitos humanos abrange uma estrutura politicamente focada na dignidade humana alcançada por meio dos direitos humanos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. Esse modelo explora as condições de existência das pessoas com deficiência, apontando seus desafios e a necessidade de justiça social. Por meio das políticas e do direito, busca propor metas para melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência.

### **Modelo Biopsicossocial**

O Modelo médico-clínico ou biomédico para compreensão da deficiência baseia-se essencialmente no corpo com lesão, restringindo-se aos seus aspectos biológicos (Diniz, 2007). Essa perspectiva ainda vigora no contexto educacional e sobre a organização de serviços e políticas voltados às pessoas com deficiência, sendo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Agravos Relacionados à Saúde - CID seu modo predominante de avaliação. De forma complementar a esse modelo isolado de deficiência, foi proposto o modelo biopsicossocial, que reúne os modelos médico-clínico ou biomédico e o modelo social.

Na década de 1980, a OMS propôs a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens - CIDID, aplicando o conceito de desvantagem e ampliando a visão acerca dos fatores biológicos, ao considerar o ambiente e as relações pessoais e sociais como aspectos que interferem e modificam a experiência da pessoa com deficiência. Em 2001, como resultado de pesquisas e estudos científicos, a OMS elaborou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) com a proposta de uma nova perspectiva relacionada a funcionalidade que abrangeu as categorias a) Funções e Estruturas do Corpo; b) Atividades e Participação; e c) Fatores Contextuais (ambientais e pessoais) (OMS, 2001).

Com o objetivo de elaborar um modelo nacional único de avaliação da deficiência, no ano de 2007 foi criado um Grupo de Trabalho Interministerial com os objetivos de levantar os modelos de classificação utilizados no Brasil e no mundo e propor estratégias de atuação governamental. Entre seus integrantes, que se reuniram durante dez meses, havia profissionais especialistas nas áreas de deficiência e representantes de órgãos governamentais (Di Nubila et al., 2011). Dos estudos desse grupo, resultou

um projeto para elaboração de um modelo brasileiro, pautado na Convenção da ONU e na CIF, finalizado em 2012 e denominado Índice de Funcionalidade Brasileiro – IFBr.

O IFBr fundamenta-se nas classificações da CIF, sendo composto por 41 atividades de vida diária, distribuídas em sete domínios (sensorial, comunicação, mobilidade, cuidados pessoais, vida doméstica, educação/trabalho/vida econômica e socialização/vida comunitária). Esses domínios estão relacionados a pontuações para classificação do nível de dependência do indivíduo em relação a outras pessoas ou a produtos e tecnologias (Verzolla, 2023).

A funcionalidade é o aspecto central do IFBr, que apresenta quatro escalas de independência para as atividades e abarca todas as deficiências, de modo a identificar barreiras relacionadas aos ambientes físico, social e atitudinal, tanto em adultos quanto crianças e jovens. Por meio de pontuações (25, 50, 75 e 100), adaptadas da Medida de Independência Funcional – MIF, voltadas aos aspectos motor, cognitivo, de autocuidado e de comunicação, são avaliados no total 18 domínios, da dependência total a independência completa (Riberto et al., 2001; Verzolla, 2023).

O modelo biopsicossocial é adotado no Brasil, desde 2009, para acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) e a políticas de proteção social e assistencial, por meio de transferência de renda a pessoas com deficiência (Verzolla, 2023). O Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M) foi concluído em 2019. Mantendo o índice de avaliação da independência, esse instrumento foi aprovado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CONADE, como instrumento viável e adequado para avaliação da deficiência, no país. O Decreto n.º 10.415/2020 instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial para acompanhamento do Modelo Único, com representantes do governo federal e CONADE, tendo como principal objetivo a “formulação de propostas sobre a regulamentação do artigo 2º da LBI e análise de impactos orçamentários” (Verzolla, 2023, p.166).

O Brasil foi um dos países signatários da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, da Organização das Nações Unidas – ONU, que preconiza a promoção do exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por parte das pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação em razão da deficiência (ONU, 2006).

A Lei Brasileira de Inclusão ou Estatuto da Pessoa com Deficiência, em consonância com a ONU, assim denominam pessoa com deficiência: [...] aquela que tenha impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (Brasil, 2015, p. 1).

Sobre a avaliação da pessoa com deficiência, o parágrafo 1º, artigo 2º, da LBI (Brasil, 2015) determina que seja pautada no modelo biopsicossocial e realizada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar a qual deve considerar não apenas os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo, mas também os fatores sociais, ambientais e psicológicos, assim como a limitação no desempenho de atividades e a restrição de participação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo que de modo insuficiente, a compreensão da deficiência tem modificado significativamente ao longo da história, de abordagens puramente médicas para a incorporação de perspectivas sociais e de direitos humanos. Essa mudança não é apenas acadêmica, pois produz um impacto profundo na forma como a sociedade percebe e interage com pessoas com deficiência, influenciando diretamente o conceito e a prática da acessibilidade, especialmente a acessibilidade atitudinal. Este texto explorou a intrínseca relação entre os principais modelos teóricos de compreensão da deficiência, argumentando que a superação de preconceitos e estereótipos é fundamental para a construção de uma sociedade inclusiva.

Historicamente, modelos como o religioso e o trágico-caritativo dominaram as compreensões sobre a deficiência e mesmo nos dias atuais é possível notá-los, mesmo que de forma velada, nos mais diversos espaços, especialmente em nosso país, majoritariamente marcado por posicionamentos religiosos.

O modelo médico de deficiência dominou o entendimento e as políticas públicas e ainda vigora especialmente nos contextos educacionais públicos e privados. Neste modelo, a deficiência é vista como

um problema individual, inerente à pessoa, uma disfunção ou doença que precisa ser curada, reabilitada ou tratada. Nele, a atenção está focada na "normalização" do indivíduo para que ele se adapte à sociedade e não o contrário. As implicações desse modelo para a acessibilidade atitudinal são profundamente negativas, visto que validam percepções distorcidas das pessoas com deficiência como incapazes, dependente de ajuda e assistência. A acessibilidade, sob essa ótica, pode ser percebida como um esforço para "compensar" a limitação do indivíduo, em vez de uma responsabilidade social de remover barreiras. Não desconsideramos a importância dos elementos biológicos e médicos que buscam a identificação das doenças, transtornos e síndromes, seus sinais e sintomas, mas defendemos que, especialmente no contexto educacional, os aspectos educacionais e didático-pedagógicos é que devem prevalecer.

Consideramos que os modelos social e dos direitos humanos constituem o despertar e a consolidação da consciência atitudinal. Estes modelos revolucionários deslocam o foco do "problema" individual para as barreiras sociais e ambientais que impedem a participação das pessoas com deficiência nesses âmbitos. Esses modelos têm um impacto transformador na compreensão da acessibilidade atitudinal que, segundo a Lei Brasileira de Inclusão (Brasil, 2015) refere-se à remoção de barreiras, visando garantir a participação plena e igualitária da pessoa com deficiência na sociedade.

Mais recente e abrangente, o modelo dos direitos humanos, consolida as contribuições do modelo social e as eleva ao patamar de direitos fundamentais e defende que a deficiência é uma questão de direitos humanos e que as pessoas com deficiência são titulares de todos os direitos e liberdades fundamentais, em igualdade de condições com as demais pessoas. A deficiência, nesse contexto, é considerada como parte da diversidade humana e deve ter garantido a participação plena e efetiva de todos em todas as dimensões sociais. Ao identificar as barreiras atitudinais como um dos principais obstáculos à inclusão, desloca-se a responsabilidade sobre a sociedade para mudança nas percepções, preconceitos e comportamentos. Neste sentido, não é a pessoa com deficiência que precisa se "adaptar", mas a sociedade que necessita se reestruturar para ser inclusiva.

Sob essa perspectiva, a acessibilidade atitudinal vai além de uma recomendação ou uma boa prática, sendo uma obrigação de todos e um direito das pessoas com deficiência. A discriminação baseada na deficiência viola os direitos humanos e atitudes capacitistas são formas de discriminação que impedem o exercício da cidadania e a participação plena das pessoas com deficiências.

Defendemos que a relação entre os modelos teóricos de compreensão da deficiência e a acessibilidade atitudinal é de profunda interdependência, haja visto seu impacto direto no contexto existencial das pessoas com deficiência e no acesso à seus direitos.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, L. A. *Corpo desviante: olhar perplexo*. Psicol. USP [online], São Paulo, v. 5, n. 1-2, p. 245-268, 1994.

AUGUSTIN, I. R. L. *Concepções de membros do Conselho Municipal de Educação acerca da educação da pessoa com deficiência intelectual*. 2012. 113f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Educação) - Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2012.

Disponível em: <https://repositorio.ucs.br/xmlui/handle/11338/644?show=full>. Acesso em: 13 abr. 2025.

BARNES, C. *Disabled people in Britain and discrimination: A case for anti-discrimination legislation*. Association with the British council of organisations of disabled people. London, 1991.

BARNES, C.; MERCER, G. *Disability*. Cambridge: Polity Press, 2001.

BARNES, C.; MERCER, G.; SHAKESPEARE, T. The social model of Disability. In: GIDDENS, A.; SUTTON, P. *Sociology: introductory readings*. 3. ed. Cambridge: Polity Press, 2010. p. 161-166.

BAUWENS, J.; HOURCADE, J. J.; FRIEND, M. Cooperative teaching: a model for general and special Education. *Remedial and Special Education*, v. 10, n. 2, p. 17-22, 1989.

BRASIL. *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, Brasília, DF, 7 jul. 2015.

Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm). Acesso em: 15 maio 2025.

BREWER, E.; BRUEGGEMANN, B.; HETRICK, N.; YERGEAU, M. Introduction, background, and history. In: BRUEGGEMANN, B. *Arts and humanities*. Thousand Oaks: Sage, 2012. p. 1-62.

CHARLTON, J. I. *Nothing about us without us: disability oppression and empowerment*. London: University of California Press, 2000.

COOK, L.; FRIEND, M. *Co-teaching: Guidelines for creating effective practices. Focus on Exceptional Children*, v. 28, n. 3, p. 1-16, 1995.

D'ALESSIO, S. *Inclusive education in Italy: a critical analysis of the policy of integrazione scolastica*. Rotterdam: Sense Publishers, 2011.

DARLING, R. B.; HECKERT, D. A. Orientations Toward Disability: Differences over the Lifecourse. *International Journal of Disability, Development and Education*, v. 57, n. 2, p. 131-143, jun. 2010.

DAVIS, L. J. *Enforcing normalcy: disability, deafness, and the body*. London: Verso, 1995.

DEGENER, T. A new human rights model of disability. In: DELLA FINA, V.; CERA, R.; PALMISANO, G. *The United Nations convention on the rights of persons with disabilities: a commentary*. Switzerland: Springer, 2017. p. 41-60.

DI NUBILA, H. et al. 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*, v. 11, n. 10, p. 1-5, maio 2011.

DINIZ, D. *O que é deficiência*. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.

GOODLEY, D. The place of people with 'learning difficulties' in disability studies and research: introduction to this special issue. *British Journal of Learning Disabilities*, v. 32, p. 49-51, 2004.

DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2004.00279.x>.

HAHN, H. *Can disability be beautiful?* Social Policy: Winter, 1988.

HAHN, H. Disability Policy and the Problem of Discrimination. *American Behavioral Scientist*, [s. l.], v. 28, p. 293-318, 1985.

HENDERSON, G.; BRYAN, W. *Psychosocial aspects of disability*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher, 2011.

JOHNSON, A. G. *Dicionário de Sociologia: guia prático da linguagem sociológica*. Tradução: Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

KARNA, G. *United Nations and the rights of disabled persons*. New Delhi: A. P. H, 1999.

LLEWELLYN, A.; HOGAN, K. *O uso e o abuso de modelos de deficiência*. Deficiência e Sociedade, v. 15, n. 1, p. 157-165, 2000.  
DOI: <https://doi.org/10.1080/09687590025829>.

MARCILIO, M. L. *História social da criança abandonada*. São Paulo: Hucitec, 1998.

MARCÍLIO, M. L. A criança abandonada na história de Portugal e do Brasil. In: CONGRESSO HISTÓRICO DE GUIMARÃES, 4., 2009, Guimarães. **Anais** [...]. Guimarães: [s. n.], 2009.

MICHALKO, R. *The difference that disability makes*. Philadelphia: Temple University Press, 2002.

NIEMANN, S. Persons with disabilities. In: BURKE, M.; CHAUVIN, J.; MIRANTI, J. *Religious and spiritual issues in counseling: applications across diverse populations*. New York: Brunner-Routledge, 2005. p. 105-134.

OLIVER, M. *The Politics of Disablement*. Basingstoke: MacMillan, 1990.

OLKIN, R. *What psychotherapists should know about Disability*. New York: Guilford Press, 1999.

ONU. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol*. New York: UN, 2006.

OUTHWAITE, W.; BOTTOMORE, T. *Dicionário do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

PARDECK, J. A.; MURPHY, J.W. *Disability issues for social workers and human services professionals in the twenty-first century*. New York: Routledge, 2012.

PEREIRA, L. D.; BARBOSA, M. L. N. Validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) para pessoas com deficiência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, e00139916, 2017.

PICCOLO, G. M. Porque devemos abandonar a ideia de educação inclusiva. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 44, e260386, p. 1-7, jan./abr. 2023.  
DOI: <https://doi.org/10.1590/ES.260386>.

PRESCOTT CLARKE, P. *Employment and Handicap*. London: Social and Community Planning Research, 1990.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M. H.; FILHO, D. J.; SAKAMOTO, H.; BATTISTELLA, L. R. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 45-52, jan./abr. 2001.  
Disponível em: <https://revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102274>. Acesso em: 10 jul. 2025.

ROSA, S. M. *A relação entre religião e deficiência física para as mães de crianças com paralisia cerebral*. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2006.

SÁ, M. C. *Intersetorialidade e modelos de compreensão da pessoa com deficiência*. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=ye1vPeG\\_ISA](https://www.youtube.com/watch?v=ye1vPeG_ISA). Acesso em: 14 abr. 2025. 1:16:24.

SNYDER, S.; MITCHELL, D. *Cultural locations of Disability*. Chicago: University of Chicago Press, 2006.

SUZEDELIS, A. K. Adding burden to burden: cosmetic surgery for children with Down syndrome. *Virtual Mentor: American Medical Association Journal of Ethics*, v. 8, n. 8, p. 538-540, 2006.

TTCHKOSKY, T. *Reading and writing disability differently*. Toronto: University of Toronto Press, 2007.

VERZOLLA, B. L. P. Perspectivas de utilização do modelo biopsicossocial de avaliação da deficiência na área de educação escolar no Brasil. *Revista Educação Especial em Debate*, Espírito Santo, v. 8, n. 15, p. 161-179, jan./jun. 2023.

Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/reed/article/view/41577>. Acesso em: 20. jun. 2025.

**Submetido:**

**Aprovado:**

**Editor(a) de seção:**

## **DECLARAÇÃO SOBRE DISPONIBILIDADE DE DADOS**

Os dados da pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

## **DECLARAÇÃO DE AUTORIA**

Autor 1 – Coordenadora do projeto, coleta e análise de dados e escrita do texto. Revisão da escrita final.

## **DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE**

A autora declara que não há conflito de interesse com o presente artigo.

## Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.