

EVOLUÇÃO E CRISE DO MODELO LEGAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

EVOLUTION AND CRISIS IN THE SOCIAL MODEL OF DISABILITY

Me. Rafael Diogo Lemos

Centro Universitário Fanor (UNIFANOR)

Dr. Carlos Sergio Gurgel da Silva

Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN)

RESUMO

O presente trabalho visa analisar a evolução dos modelos de abordagem à pessoa com deficiência e suas características no ordenamento jurídico brasileiro. Será avaliado o primeiro modelo sistemático de tratamento à pessoa com deficiência – modelo médico ou científico – e suas repercussões, avanços e principais críticas para compreender a evolução ao modelo social, atualmente utilizado pela Organização das Nações Unidas e ratificado pelo Brasil. Por fim, serão avaliados os meios de concretização deste modelo no Brasil e identificar-se-á sua viabilidade, sob o prisma da igualdade material e da valorização das diferenças, tidos como postulados essenciais no tratamento legal da pessoa com deficiência.

Palavras-chave: Igualdade. Pessoa com deficiência. Inclusão social. Dignidade humana.

ABSTRACT

The present paper aims at analyzing the evolution of different approaches to people with disability and their characteristics in the Brazilian legal system. The first systematic model of treatment to a person with disability will be evaluated – medical or scientific model – and also its repercussions, advances, main criticisms to comprehend the evolution to the social model, currently used by the United Nations and ratified by Brazil. Finally, aspects of this model's application in Brazil will be evaluated and its viability will be identified, under the prism of material equality and valuing diversity, considered as essential postulates in the legal treatment of disabled people.

Keywords: Equality. Disabled people. Social inclusion. Human dignity.

1 INTRODUÇÃO

O tratamento verificado às Pessoas Com Deficiência (PCD) pelo direito reflete a abordagem conferida pela sociedade, sofrendo lenta evolução ao longo da História. De uma perspectiva isolacionista já narrada na Bíblia, passando pela adoção de um modelo de tratamento médico que enxerga a deficiência como uma doença que deve ser “tratada” e, se possível, curada por especialistas de várias áreas até o modelo atual, está em vigor desde a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), assinado em Nova York no ano de 2007.

As alterações nos modelos isolacionista, médico e social, respectivamente, refletiram um novo paradigma que deve ser adotado pela sociedade e pelo poder público, tendo como norte axiológico a concretização da igualdade entre as pessoas e a efetivação da dignidade das pessoas com deficiência. Neste ponto, o modelo social propõe um giro Copérnico na abordagem à PCD, deslocando a deficiência para a sociedade e alçando como um dos desafios do Estado e da sociedade, em meio à superação e exclusão de barreiras que impedem o livre exercício da cidadania da pessoa com deficiência.

A Convenção de Nova York, de 2007, influenciou legislações em diversos países que buscaram adaptar seus ordenamentos jurídicos à nova abordagem proposta pela ONU. No Brasil, este esforço legislativo culminou com a edição do Estatuto da Pessoa com Deficiência (EPCD), Lei 13.146/15, entrando em vigor no país cerca de 7 (sete) anos após a internalização da Convenção no ordenamento jurídico pátrio, através do Decreto Legislativo nº 186/2008.

O EPCD é claro ao definir a pessoa com deficiência como aquela que tem impedimentos a longo prazo, que em interação com uma ou mais barreiras, obstrua sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Como reflexo deste paradigma, o Estatuto alterou o regime de capacidade civil até então vigente, estabeleceu direito à reabilitação e reforçou o direito ao emprego e estímulo ao empreendedorismo como meio de inclusão social e superação das barreiras.

Apesar do inegável avanço no modelo legal, a Convenção, no Direito Internacional, e o EPCD, no ordenamento jurídico interno, tratam as pessoas com deficiência sem quaisquer distinções, abordando suas particularidades em um mesmo contexto, olvidando desafios pessoais e necessidades específicas.

A questão que será tratada no presente artigo é a viabilidade de um tratamento equânime entre as pessoas com deficiência. Buscar-se-á responder a seguinte indagação: o modelo legal atual alcança a isonomia material, proporcionando indistintamente a todas as pessoas com deficiência a plena inclusão social e o exercício da cidadania? Para isso, será perquirida a inclusão da desigualdade no contexto das pessoas com deficiência e os critérios para a valorização da desigualdade para a plena garantia dos direitos individuais das pessoas com deficiência, como também será buscado um modelo de foco na pessoa para a garantia de sua dignidade e de sua cidadania em todas suas dimensões.

O presente trabalho analisará os modelos legais voltados às pessoas com deficiência, findando com uma análise do modelo social circunscrito ao ordenamento jurídico brasileiro. Por derradeiro, passará à análise crítica dos instrumentos adotados pela legislação brasileira e a eventual necessidade da reforma para um modelo voltado ao indivíduo e não ao grupo *pessoa com deficiência*.

2 O MODELO MÉDICO DE ABORDAGEM À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O modelo médico de abordagem à pessoa com deficiência é fundado no binômio fisiologia/patologia, buscando a compreensão de fatores desencadeadores da deficiência e pesquisando tratamentos para sua eliminação. Tratava-se de um modelo de cunho tutelar e assistencialista, que buscava uma aceitação da sociedade, ao passo que colocava seus principais destinatários como meros coadjuvantes na elaboração de políticas públicas a elas voltadas.

As pessoas com deficiência – até então tratadas como “pessoas com necessidades especiais”, “pessoas especiais” ou “pessoas portadoras de deficiência” – eram tidas como pessoas com impedimentos físicos, mentais, intelectuais e/ou sensoriais que os impediam de ter uma participação plena na sociedade e um exercício integral de seus direitos em igualdade de condições com os demais indivíduos.

Esse conceito coletivo de “deficiência” foi cunhado na primeira metade do século XX, em substituição às descrições setoriais como “aleijados”, “surdos” ou “loucos”.¹ A deficiência, segundo o modelo médico, é “expressão de uma limitação corporal do indivíduo para interagir socialmente”².

O modelo médico estipula que a deficiência deve ser combatida com tratamentos próprios, aumentando, significativamente, estudos e pesquisas sobre o tema. Instrumentos tecnológicos para o auxílio às pessoas com deficiência, ainda tidos como revolucionários nos dias atuais, tiveram seus primeiros passos no modelo médico, em especial a partir da década de 60.

Sob a ótica deste modelo, as únicas causas da baixa participação na sociedade e da exclusão das PCD são suas deficiências e suas limitações; excluindo-as, estaria superado o problema de inclusão social, vez que “desapareceria” o preconceito da sociedade para com aquele indivíduo. Assim, a sociedade “estaria isenta de qualquer responsabilidade por atos e processos de discriminação, e por combatê-los e desconstruí-los”³.

A premissa inicial do modelo médico é de origem biológica, relegando a deficiência a um problema adquirido ou nato do indivíduo e que deve ser combatido e curado pelas Ciências médicas. Buscou-se individualizar as deficiências para a elaboração de métodos específicos para a cura ou para a obtenção de melhores resultados, de acordo com as deficiências de cada indivíduo.⁴ O modelo individualizava a deficiência, partindo da ideia de deficiência como um *déficit*, relegando-a a uma condição de vítima e merecedora de assistência social.

No Brasil, o modelo médico viu-se presente até o início da década de 90, em que as políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência buscavam uma cura ou um tratamento especializado para a “doença”. Além do caráter médico, ascendeu a importância da educação para pessoas com deficiência como meio de inclusão social dos educandos.

A década de 30 marcou, no Brasil, o início das preocupações governamentais com a educação inclusiva, fomentando a criação de escolas junto a hospitais especializados, voltados, exclusivamente, ao aluno com deficiência. As ações governamentais consistiam em auxílios técnicos, como o auxílio do Estado de São Paulo ao Instituto Padre Chico e na colaboração a fundações privadas.⁵

O caráter assistencialista marcou políticas públicas e dispositivos normativos sobre a pessoa com deficiência no Brasil até o Século XXI, e, embora em menor grau, ainda são visíveis nos dias atuais. Os principais objetivos buscados pela legislação era uma aceitação ou integração da pessoa com deficiência pela sociedade, consubstanciada, exemplificativamente, na imposição de cotas em concursos públicos e empresas, como um meio de se tentar equiparar as condições das PCD com as demais pessoas, e de prover-lhes dignidade através do exercício de atividade remunerada.

O paradigma médico-científico está sendo, gradativamente, superado pela sociedade, ao passo que já foi ultrapassado pela legislação internacional, e, no Brasil, pela ratificação da Convenção de Nova York, mais recentemente, pelo advento da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, em 6 de julho de 2015.

Esta legislação, logo de início, supera o paradigma de aceitação, sendo nomeada de Lei de Inclusão da Pessoa com Deficiência, definindo em seus primeiros artigos a deficiência como um conceito social em desenvolvimento, que une características físicas a barreiras (sociais, físicas, arquitetônicas e outras), que, em conjunto, excluem a pessoa com deficiência da sociedade e impedem o pleno exercício da cidadania e da igualdade.

A adoção do novo modelo e a superação do paradigma médico-assistencialista se dá em um ambiente de superação do conceito de deficiência como uma “tragédia” ou uma “doença”, e a opressão e o estigma que traz à pessoa. O novo paradigma desloca a deficiência para a sociedade e estimula o reconhecimento da diferenciação, tratando o antigo conceito de deficiência como meras características individuais, além de suplantando a ideia de dependência da pessoa com deficiência.

¹BAMPI; GUILHEM; ALVES, 2010.

²*Idem, ibidem.*

³WERNECK, 2004. p. 17.

⁴GONZÁLEZ, 2006.

⁵ROGALSKI, 2010.

3 A ADOÇÃO DO MODELO SOCIAL E OS REFLEXOS NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

A Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) foi pioneira ao abordar os direitos das pessoas com deficiência, estabelecendo vedação à discriminação e o comando de igualdade nos critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência (art. 7º, XXXI), assim como a promoção da integração à vida comunitária, habilitação e reabilitação (art. 203, IV) e a acessibilidade a logradouros, edifícios de uso público e transportes coletivos (art. 227, §2º e 244).

A edição da Lei 13.146/15 trouxe inovações formais e, sobretudo, materiais na abordagem à pessoa com deficiência, modificando a nomenclatura, até então utilizada “pessoa portadora de deficiência”, para pessoa com deficiência, em consonância com a atual legislação internacional e os conceitos hodiernos; e, mais importante, uma mudança comportamental, não mais se devendo buscar a “integração” da pessoa com deficiência, consoante exposto no art. 203, IV da CRFB/88, e sim para um conceito de inclusão que pressupõe a igualdade e a promoção da dignidade e da cidadania do indivíduo com deficiência.

A mudança de paradigmas iniciada pela ratificação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, através do Decreto 6.949, de 25 de agosto de 2009, e consolidada com a Lei 13.146/15, enquadrando-se no conceito de bloco de constitucionalidade dada a aplicação do art. 5º, §2º, da CRFB/88⁶, se deu no sentido de reconhecer a dignidade de todos e fortalecer a isonomia fática das pessoas com deficiência sem descuidar do fortalecimento da cidadania delas.

A Convenção da Pessoa com Deficiência baseia-se nos princípios “*in dubio pro capacitas*” e da “intervenção mínima”⁷, e traz, dentre outras mudanças, a alteração da antiga nomenclatura “pessoa portadora de deficiência” para “pessoa com deficiência”, assim como o reconhecimento da deficiência como um conceito em evolução, a necessidade da superação de barreiras sociais, e o reconhecimento da diversidade das pessoas com deficiência como temas primordiais na elaboração de qualquer política que preveja a inclusão social da PCD.

Um importante paradigma reforçado pelo modelo social é a superação do antigo conceito de dependência da pessoa com deficiência. Ao deslocar a deficiência para a sociedade e voltar as atenções ao indivíduo tem-se que todos os seres humanos são interdependentes e, por isso, não há que se tratar eventuais cuidados especiais a algumas pessoas sob um viés preconceituoso, mas, tão somente, um aspecto de sua característica pessoal. As diferenças entre as pessoas não são mais qualitativas – entre pessoas com ou sem deficiência – e sim quantitativas, com relação as quais e em qual medida cada indivíduo se faz dependente de outros.

3.1 A PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA SOCIEDADE: OS PARADIGMAS DA EXCLUSÃO, ACEITAÇÃO E INCLUSÃO

Os modelos de tratamento conferidos às pessoas com deficiência são definidos pela doutrina, em geral, como o modelo de prescindência, o modelo médico (ou de reabilitação) e o modelo social. A alteração desses modelos leva, também, a uma mudança de paradigmas na abordagem sóciojurídica das pessoas com deficiência, que são, respectivamente, os paradigmas da exclusão, da integração (ou da adaptação social) e da inclusão.

O primeiro modelo considerava que as causas que originam a deficiência são de cunho religioso ou, de certo modo, divinas, considerando as pessoas que nasceram com alguma deficiência inúteis, por não contribuírem com a sociedade e merecedoras de ostracismo ou, até mesmo, da morte, por serem um lembrete constante da punição divina à pessoa ou a seus familiares.

Este modelo, utilizado fortemente até o início do século XX, pode ser exemplificado com o estabelecimento do *jure pátrio*, pela Lei das XII Tábuas que estabelecia que “o filho nascido monstruoso seja morto imediatamente”.

O modelo médico (ou de reabilitação) surgiu no final da Primeira Guerra Mundial, com a necessidade de cuidados aos milhares de feridos. Passou a considerar que as causas que dão origem à deficiência são científicas e, como tal, necessitam ser estudadas e podem ser melhor compreendidas e, algumas vezes, até curadas. As pessoas não são mais consideradas como inúteis, uma vez que passam a ser estudados os meios de aceitação social, tentativas de reabilitação e reingresso das pessoas na sociedade.

⁶LEMOS, 2015.

⁷MENEZES, 2015.

O paradigma de exclusão dá lugar ao paradigma de integração, em que a sociedade “aceitava” a existência e a convivência com pessoas diferentes, desde que estas se adaptassem às regras comuns e ao cotidiano da sociedade. Elas eram tratadas igualmente sob a ótica formal, sem considerar diferenças justificativas para eventual tratamento desigual.

Trata-se, inegavelmente, de uma evolução no tratamento das pessoas com deficiência. Não mais se falava em expurgá-las do convívio social, mas as “aceitavam” como partes integrantes da sociedade. A evolução dos estudos médicos sobre reabilitação física, desenvolvimento de medicamentos, intervenções cirúrgicas e genéticas são contribuições importantes que, até hoje, se fazem presentes e devem ser fomentadas no acompanhamento da pessoa com deficiência.

Por derradeiro, o modelo social, surgido em meados da década de 60, no Reino Unido, como uma resposta às abordagens médicas, estabelece que a deficiência não deve ser entendida como um problema individual, mas como uma questão eminentemente social, transferindo, então, a responsabilidade pelas limitações e desvantagens da pessoa com deficiência para a sociedade, que deverá arcar com o ônus de superá-las. Medeiros e Diniz (apud LEMOS, 2017) explicam que:

O ponto de partida teórico do modelo social é de que a deficiência é uma experiência resultante da interação entre características corporais do indivíduo e as condições da sociedade em que ela vive, quer dizer, da combinação de limitações impostas pelo corpo com algum tipo de perda ou redução de funcionalidade (‘lesão’) a uma organização social pouco sensível à diversidade corporal.

O conceito social traz consigo o paradigma da inclusão, estabelecendo que não basta a sociedade “aceitá-los”, e sim sendo iguais em direitos e obrigações a qualquer outro membro da sociedade. O paradigma de inclusão, proveniente do conceito inclusivo de direitos humanos, os trata como cidadãos aptos a terem uma vida com total independência e pleno desenvolvimento de todas as capacidades individuais.

Esse modelo justifica ações afirmativas, como políticas de cotas no trabalho, temas como educação inclusiva, supressão de barreiras físicas e arquitetônicas, possibilitando o exercício de direitos fundamentais básicos de qualquer cidadão, dentre outras. Adota-se o conceito material de isonomia, em substituição à igualdade formal, aplicada sob o modelo médico/reabilitador. Os princípios da dignidade humana, da igualdade material e da solidariedade são norteadores no paradigma inclusivo que fundamenta axiologicamente os textos normativos sobre pessoa com deficiência após a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em vigência desde 2008.

A necessária inclusão das pessoas com deficiência à sociedade envolve questões de identidade dos cidadãos, solidariedade, autonomia e dignidade humana. A ordem jurídica, como conjunto de normas eticamente impregnadas, deve conter mecanismos para a promoção da coexistência, com igualdade de direitos entre todos os indivíduos, fomentando uma inclusão com sensibilidade para as diferenças. Deverá haver um equilíbrio entre o necessário reconhecimento das pessoas com deficiência, como um grupo social, ao passo que não deverão ser tratados à margem da sociedade, sendo igualmente cidadãos, partes integrantes de toda a sociedade e sujeitos de direitos e obrigações como qualquer outra pessoa.

Este conceito não é imune às críticas por ser utópico, no sentido de que a mera eliminação de barreiras ou concessão de oportunidades diferenciadas para o exercício do direito à educação ou ao trabalho são suficientes para o desenvolvimento integral das capacidades da pessoa com deficiência, tornando-a completamente independente. Diante de casos severos de deficiência, estas atitudes isoladamente, pouco ou em nada, contribuirão para a concretização dos direitos da pessoa com deficiência, sendo necessária a adoção em conjunto de outros parâmetros que discutam a vulnerabilidade desse grupo em situação ainda em desvantagem.

Busca-se, então, uma aplicação concomitante do modelo médico com o modelo social, relativizando-se o lema “os limites são sociais e não do indivíduo”, defendendo-se que os cuidados médicos, psicoterápicos e farmacêuticos são indispensáveis para a plena vida em sociedade daquelas pessoas com deficiência mais debilitante, e as políticas públicas não devem buscar somente as pessoas independentes, mas “criar condições para que o cuidar seja exercido”. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência assume, em seu preâmbulo, a premência em reconhecer a diversidade das pessoas com deficiência, sendo ilegítimo tratá-las de igual forma, como se houvesse somente um tipo de deficiência ou as dificuldades e limitações sofridas fossem as mesmas para todos.

A mera eliminação de barreiras físicas às pessoas com deficiência não implica que elas não existem e que não fazem parte da rotina destas pessoas. Liz Crow afirma, categoricamente, que sua vida tem duas fases, uma antes e depois do modelo social. Descobre, por exemplo, que seu corpo não era responsável por todas as dificuldades, que eram causadas por barreiras externas (visíveis ou não) construídas pela sociedade. Por outro lado, testemunha que:

External disabling barriers may create social and economic disadvantage but our subjective experience of our bodies is also an integral part of our everyday reality. What we need is to find a way to integrate impairment into our whole experience and sense of our selves for the sake of our own physical and emotional well-being and, subsequently, for our individual and collective capacity to work against disability.⁸

A dor e o desafio interno da deficiência podem ser tão sacrificantes que as barreiras externas são dificuldades secundárias. É premente pensar a deficiência sob seu conceito objetivo e científico, explorando o modelo médico-científico de tratamento, a interpretação individual da deficiência e, por último, a influência do contexto social sobre a deficiência, com a necessária inclusão do deficiente à sociedade, eliminando-se quaisquer barreiras, tangíveis e intangíveis, ao pleno desenvolvimento de suas capacidades individuais, sem que seja perdido de vista o fato de que a inclusão eficiente dar-se-á com a conjugação da eliminação de barreiras existentes (arquitetônicas, preconceituosas, etc) e com a necessária aceitação da pessoa com deficiência às suas limitações e/ou necessidades.

3.2 O NOVO REGIME DE CAPACIDADE CIVIL E A NOVA CURATELA NO CÓDIGO CIVIL

O Estatuto da Pessoa com Deficiência alterou, significativamente, o regime de capacidade civil previsto no Código Civil (CC), estabelecendo uma importante alteração conceitual com relação à capacidade civil. Esta mudança é a aplicação direta do novo conceito de pessoa com deficiência e de sua análise sob um viés social, que deslocou a deficiência para a sociedade e que equiparou todos os seres humanos, independentemente de suas particularidades.

A constatação da deficiência não é mais capaz, *per se*, de atribuir incapacidade ao indivíduo, apesar da possibilidade de vir a ter a capacidade limitada para a prática de certos atos, em decorrência de situações transitórias ou permanentes que impossibilitem a pessoa de exprimir sua vontade.

O dispositivo legal acima citado, afirma, ao contrário do que pugnava a redação anterior, que aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade podem ser considerados incapazes relativamente a certos atos ou à maneira de os exercerem. A nova redação exclui o conceito de enfermidade ou doença mental e passa a adotar dicção conseqüente com a nova legislação. A incapacidade, assim, não decorre do *status* da deficiência e sim da impossibilidade de exprimir sua vontade, por situações transitórias ou permanentes.⁹

O EPCD estatui, expressamente, que a existência de deficiência não afeta a plena capacidade civil. Com isso, a alteração do regime de capacidade tornou-se indispensável, de modo a compatibilizar o instituto ao novo modelo de abordagem à pessoa com deficiência. Todavia, a alteração do regime de capacidade – em que a pessoa, por situação permanente ou transitória, não puder expressar sua vontade, poderá ser declarada relativamente incapaz – desafia a lógica e acaba por contrariar a *mens legis* da Lei de Inclusão, e impossibilita, em muitos casos, a vida da pessoa com deficiência.

A incapacidade relativa, tal qual prevista pelo art. 4º do Código Civil, implica a simples assistência da pessoa relativamente incapaz para praticar os atos da vida civil. Na assistência, o ato é praticado pelo próprio indivíduo e apenas acompanhado pelo assistente. Este regime não beneficia um grande número de pessoas com deficiência, que não têm qualquer problema em expressar vontade e acabam por prejudicar aqueles que encontram-se impossibilitados de expressá-la integralmente. O que é acontece “é que acaba o sujeito que se encontra incapaz de exprimir sua vontade impossibilitado de realizar qualquer ato, posto que, por um lado, não o fará pessoalmente e, por outro, não possui representante que possa agir em seu nome”¹⁰.

⁸CROW, 1996.

⁹REQUÃO, 2016.

¹⁰REQUIÃO, *op. cit.* p. 162.

O EPCD, seguindo a *ratio* de reforçar a autonomia e a capacidade das pessoas com deficiência, instituiu a tomada de decisão apoiada, que consiste num processo em que a pessoa com deficiência elege pelo menos duas pessoas idôneas, com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhes os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade. A utilização das medidas de apoio observará os limites impostos pela própria pessoa com deficiência em relação ao apoio que deverá ser prestado pelas pessoas por ela indicada.

O novo equiparou juridicamente as pessoas com deficiência às demais no regime de capacidade, relegando ao último plano a curatela, nos termos do art. 84, §1º, da Lei 13.146/15. A lei afirma também que a curatela é medida protetiva extraordinária, observada às condições de cada caso, e durará o menor tempo possível.

A curatela afetará, exclusivamente, os direitos patrimoniais e de natureza negocial, não alcançando o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

3.3 A CURATELA E A INCOMPATIBILIDADE COM O CONCEITO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O novo regime de capacidade desloca a questão, até então centrada na pessoa com deficiência, para a impossibilidade, transitória ou permanente, de manifestar sua vontade. É importante, ainda, a alteração no regime de interdição e curatela, relegando essa ao último plano e mantendo-a o menor tempo possível, bem como criando medidas de apoio que favoreçam a manifestação da decisão pela pessoa com deficiência, mesmo com o apoio de duas ou mais pessoas de sua confiança e eleitas pelo próprio apoiado.

A nova definição de curatela é expressa ao limitá-la aos aspectos patrimoniais e negociais da pessoa, mantendo intocáveis os direitos sobre o próprio corpo, sobre a sexualidade, o matrimônio, à privacidade, ao trabalho e ao voto, conforme dispõe o art. 85, da Lei 13.146/15, reforçado pelo art. 6º deste mesmo dispositivo legal.

O novo regime legal da pessoa com deficiência introduzido no Brasil pela Convenção de Nova York, de 2007, e reforçado pela Lei Brasileira de Inclusão, ao passo de evoluir, significativamente, no reforço da autonomia, da dignidade e da capacidade da pessoa com deficiência, bem como promover atos de promoção da igualdade material, olvida uma importante característica que é a necessária "diferenciação" da pessoa com deficiência.

A abordagem social trazida pela Convenção de Nova York e pelo EPCD promove uma visão holística da pessoa com deficiência e sua necessária interrelação com o meio ambiente e com outras pessoas. No entanto, voltando-se para uma visão meramente finalística, o modelo adotado pelo EPCD acaba por equiparar todas as pessoas com deficiência e tratá-las igualmente e, em sua suposta igualdade, diferentemente das demais.

O tratamento legal da pessoa com deficiência deve partir de dois conceitos básicos, quais sejam, o pluralismo das necessidades e das dificuldades experienciadas pelos indivíduos e pela constante evolução na abordagem à pessoa com deficiência, seja em métodos de tecnologia assistida ou mesmo em tratamento e de abordagem psicossocial. Apesar da necessidade de regras de promoção de igualdade e de fortalecimento da cidadania e da dignidade, o tratamento unitário das pessoas com deficiência se afigura como uma contradição no seio de um sistema que pugna pela valorização das diferenças.

A alteração significativa no regime de capacidade civil, de curatela e interdição, olvida casos extremos de impossibilidade absoluta de manifestação, de vontade, locomoção e, até mesmo, realizar atos cotidianos. Por outro lado, ao limitar a curatela aos aspectos patrimoniais e negociais, e permitindo contrair matrimônio ou constituir união estável, exercer direitos sexuais e reprodutivos, deixa uma porta aberta aos aspectos patrimoniais da pessoa com deficiência, em especial aqueles relacionados à sucessão e ao regime de bens matrimoniais.

A alteração de foco trazida pelo modelo social, deslocando a deficiência para a sociedade, não é capaz de excluir as dificuldades vivenciadas pelas pessoas com deficiência, e são características que, *per se*, podem impossibilitar a vida normal do indivíduo. Essas características não diminuem a pessoa com deficiência, mas devem ser avaliadas em uma elaboração de planos legislativos e de políticas públicas para as PCD. Liz Crow reflete que:

In contrast, the medical model makes the removal of disadvantage contingent upon the removal or 'overcoming' of impairment - full participation in society is only to be found through cure or fortitude. Small wonder, therefore, that we have focused so strongly on the importance of disabling barriers and struggled to dismantle them. In doing so, however, we have tended to centre on disability as 'all'. Sometimes it feels as if this focus is so absolute that we are in danger of assuming that impairment has no part at all in determining our experiences. Instead of tackling the contradictions and complexities of our experiences head on, we have chosen in our campaigns to present impairment as irrelevant, neutral and, sometimes, positive, but never, ever as the quandary it really is.¹¹

É necessária a adoção de um novo modelo que dialogue as características de cada indivíduo com o conceito de pessoa com deficiência do modelo social, sem “preconceitos” sobre qualquer indivíduo. Dificuldades e traços pessoais são inerentes a todos os seres humanos e não podem ser excluídos pela legislação que trata igualmente pessoas com diferenças tão sensíveis e tão significativas entre si.

O conceito de pessoa com deficiência deve revolver ao conceito de pessoa, fortalecendo aspectos como igualdade material, cidadania e dignidade, mas sem descuidar de um conceito inerente ao ser humano, que é sua individualidade. Lucia Busatta resume que a tutela da pessoa com deficiência traz a pessoa ao centro das políticas públicas, sendo indispensável a assunção da diversidade como valor constitucional, decorrente do conceito de pluralismo, sem o qual não há que se falar em valorização da pessoa, nem na possibilidade da diferenciação de cada ser humano.¹²

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo médico de abordagem à pessoa com deficiência configurou-se como o primeiro passo de tratamento sistemático e multidisciplinar com foco específico na PCD. Esse modelo representou um avanço significativo ao paradigma excludente e cruel do tratamento anteriormente conferido ao indivíduo com deficiência, que era tratado como “aberrações” e, sumariamente, excluídos do convívio social.

O tratamento médico teve seu ápice no período posterior à Segunda Guerra Mundial, em que houve um aumento significativo de indivíduos amputados ou vítimas de outros acidentes decorrentes dos conflitos bélicos. As atenções voltaram-se às medidas médicas que possibilitassem devolver à pessoa à vida anterior, ou, quando restasse o impossível, diminuísse suas dificuldades à vida normal. Esse período foi marcado por invenções de novas tecnologias e métodos que, até hoje, são utilizados para tratamento médico da pessoa com deficiência.

O critério então adotado da PCD, frente à sociedade, era de sua necessária “adaptação”, ou seja, de prover meios necessários para que o indivíduo conviva em sociedade como qualquer outra pessoa. Esse critério não levava em consideração diferenças básicas de cada indivíduo e que o conceito de igualdade material pressupõe a desigualdade fática, ou seja, de que todos os homens são essencialmente iguais, mas faticamente diferentes, com aptidões, capacidades e restrições próprias.

O modelo médico foi, gradativamente, sendo superado pelo modelo social, que teve sua consagração na Convenção da Organização das Nações Unidas para as Pessoas com Deficiência, realizada em Nova York, em 2007. Esse modelo conceituou o modelo social, deslocando o conceito de deficiência para a sociedade e afirmando que a deficiência era decorrente de uma interação de características do indivíduo a barreiras sociais que, em conjunto, impossibilitam ou dificultam a plena inclusão social e o exercício da cidadania, autonomia e dignidade.

Tal modelo relegou o paradigma de “adaptação” do indivíduo à sociedade e obrigou essa e ao Poder Público a aceitarem todos indistintamente, independentemente de diferenças ou características pessoais, colocando como dever de todos os Estados, a exclusão ou superação de barreiras que afastassem a pessoa com deficiência da sociedade e do exercício de seus direitos individuais. Com isso, é inegável a evolução no sentido da concretização da igualdade e da valorização da diferença existentes entre todos os indivíduos.

Todavia, a efetivação desse modelo social, pelo ordenamento jurídico pátrio, carece de uma melhor individualização, levando-se em conta os aspectos individuais e pessoais e, sobretudo, aptidões e dificuldades de cada pessoa com deficiência. O deslocamento da deficiência do indivíduo para a sociedade trouxe, como

¹¹CROW, 1996.

¹²BUSATTA, 2016.

lado negativo, a caracterização unitária de toda deficiência, sem se atentar às dificuldades próprias que cada indivíduo vivencia em sua rotina.

Desta forma, faz-se premente repensar o modelo social adotado, de modo a permitir uma maior individualização, valorização das diferenças e concretização plena da isonomia fática, consagrada no art. 5º da CRFB/88.

REFERÊNCIAS

BAMPI, L. N. da S.; GUILHEM, D.; ALVES, E. D. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, 2010.

BUSATTA, L. L'universo delle disabilità: per una definizione unitaria di un diritto diseguale. *In*: CORTESE, F.; TOMSI, M. **Le definizioni nel diritto**. Trento: Facoltà di Giurisprudenza. 2016.

CROW, L. Including All of Our Lives: Renewing the social model of disability. *In*: MORRIS, J. (ed.). **Encounters with strangers: feminism and disability**. London: Women's Press, 1996.

FREITAS, M. N. de C.; SOUTO, J. F.; SIMAS, A. L. B. Inclusão de pessoas com deficiência no trabalho: percepção dos universitários. **Revista Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 16, 2014.

GONZÁLEZ, M. L. Modelos Teóricos e Investigación em el Ámbito de la Discapacidad. Hacia la Incorporación Personal. **Docencia e investigación**, v. 31, n. 16, ene./dic. 2006.

LE MOS, R. D. D. Cotas trabalhistas para pessoas com deficiência: uma análise principiológica. **Revista de Direito do Trabalho**, São Paulo, v. 41, n. 164, p. 65-84, 2015.

LE MOS, R. D. D. Direito ao trabalho como elemento de inclusão social da pessoa com deficiência: Análise da Lei no 13.146/2015. **Revista de informação legislativa**, Brasília, 54 n. 214 abr./jun. 2017.

MENEZES, J. B. **O Direito protetivo no Brasil após a convenção sobre a proteção da pessoa com deficiência**: impactos do novo CPC e do Estatuto da Pessoa com Deficiência. *Civilistica.com*, 2015. Disponível em: <http://civilistica.com/o-direito-protetivo-no-brasil/>. Acesso em: 08 mai. 2017.

REQUÃO, M. **Estatuto da Pessoa com Deficiência, Incapacidades e Interdição**. Salvador: Juspodivm, 2016.

ROGALSKI, S. M. Histórico do Surgimento da Educação Especial. **Revista de Educação do IDEAU**, v. 5, n. 12, 2010.

WERNECK, C. **Manual da Mídia Legal**: comunicadores pela saúde. Rio de Janeiro: WVA Editora, 2004.

SOBRE OS AUTORES

Rafael Diogo Lemos

Graduado em Direito. Especialista em Direito Processual Civil (UVA-CE). Mestre em Direito pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Brasil.

Contato: rafael.diogo@gmail.com

Carlos Sergio Gurgel da Silva

Graduado em Direito. Especialista em Fundamentais e Tutela Coletiva (FESMP). Mestre em Direito pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Brasil. Doutor em Direito pela Universidade de Lisboa, UL, Portugal.

Contato: csergio@uern.br