

VERDADES E MÍTOS SOBRE A DEFICIÊNCIA E O CAPACITISMO TRUTHS AND MYTHS ABOUT IMPAIRMENT AND ABLEISM

Cordeiro FFT ¹

¹ Fisioterapeuta – Associação Internacional de Especialistas e Pesquisadores em Funcionalidade e CIF.
E-mail: thomazfernanda@hotmail.com.

Correspondência: Fernanda de Freitas Thomaz Cordeiro. Endereço: Av. João Paulo Ables, 670/408, Jardim da Glória, Cotia, São Paulo, CEP: 06711-250. E-mail: thomazfernanda@hotmail.com.

RESUMO

O presente trabalho propõe uma reflexão crítica sobre os mitos e verdades em torno da deficiência e do capacitismo, com base no referencial teórico da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A análise é conduzida a partir da perspectiva do modelo biopsicossocial, que desloca o foco do problema da incapacidade do indivíduo para a interação entre fatores pessoais e contextuais. São discutidos equívocos comuns relacionados à terminologia e à aplicação prática da CIF, evidenciando seu potencial como instrumento para promover uma compreensão mais ampla da funcionalidade humana. Conclui-se que o uso adequado da CIF é essencial para fomentar políticas e práticas verdadeiramente inclusivas.

PALAVRAS-CHAVE: CIF. Deficiência. Capacitismo. Modelo Biopsicossocial. Inclusão. Funcionalidade. Incapacidade.

ABSTRACT

This paper presents a critical reflection on the myths and truths surrounding impairment and ableism, based on the theoretical framework of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The analysis adopts the biopsychosocial approach, which shifts the focus of the disability issue from the individual to the interaction between personal and contextual factors. Common misconceptions regarding ICF terminology and its practical application are discussed, highlighting its potential as a tool for promoting a broader understanding of human functioning. It concludes that the appropriate use of the ICF is essential for the development of truly inclusive policies and practices.

KEYWORDS: ICF. Impairment. Ableism. Biopsychosocial Model. Inclusion. Functioning. Disability.

INTRODUÇÃO

Fernando Fernandes de Pádua é um apresentador e atleta paralímpico brasileiro que, em quatro de julho de 2009, após participação no famoso *reality show*, ‘*Big Brother Brasil*’, sofreu um acidente automobilístico, que o deixou paraplégico. Após o acidente, começou a treinar canoagem em Brasília, enquanto fazia tratamento no Hospital Sarah e, desde então, tem conquistado títulos notórios na modalidade.^{1,2}

Nos primeiros minutos do seu vídeo “O Inquebrável”,³ disponível no Youtube, o paratleta traz uma importante afirmação:

“... deficiência física é uma coisa, incapacidade é outra... elas (as pessoas) tentarem (precisam) entender onde está a deficiência física e onde está a incapacidade”.

Onde está a deficiência e onde está a incapacidade? Esta pergunta introduz este artigo que buscará esclarecer, em profundidade, dúvidas ainda presentes no senso comum sobre estes termos, mas que, infelizmente, são encontradas, reproduzidas e disseminadas também nas políticas públicas, nos meios de comunicação, em certos meios acadêmicos e mesmo na prática profissional. Como apontado por Fernando Fernandes, realmente, é necessário que as pessoas entendam o que é a deficiência, mas, além disso, surge um segundo questionamento: por que essas dúvidas permanecem?

Fundamentamos este debate no arcabouço teórico da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), mais comumente conhecida como CIF. Esta classificação foi publicada no ano de 2001 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), reconhecida como a agência especializada das Nações Unidas responsável por coordenar esforços internacionais para melhorar a saúde global, fundada em 1948. A CIF é o resultado de estudos científicos de campo e consultas internacionais iniciados em 1972, apresentando-se com a proposta de descrever a funcionalidade e a incapacidade, considerando a influência dos fatores contextuais (ambientais e sociais).⁴

● **Mito 1:** Deficiência e incapacidade como sinônimos.

Os termos utilizados na CIF são a designação de conceitos definidos em expressões linguísticas, tais como, palavras ou frases. A maioria dos termos que geram confusão são utilizados com um significado baseado no sentido comum da linguagem falada e escrita do dia a dia. Por exemplo, deficiência, incapacidade, limitação e restrição são frequentemente utilizados com o mesmo significado no contexto cotidiano.

Durante o longo processo de desenvolvimento da CIF, o termo “desvantagem” foi abandonado e o termo “incapacidade” foi utilizado para abranger as três perspectivas – corporal, individual e social. Assim, a CIF descreve a deficiência como um problema na função ou na estrutura do corpo, como uma perda ou um desvio significativo. Neste conceito, a deficiência está no corpo, mas, e a incapacidade? A CIF utiliza o termo “incapacidade” para designar um fenômeno multidimensional que resulta da interação entre as pessoas e o seu ambiente físico e social. Portanto a incapacidade não está no corpo e nem está no indivíduo.

No Brasil, tal confusão entre os termos pode ser justificada e, ao mesmo tempo, perpetuada por erros na tradução do inglês para o português, presentes inclusive na legislação nacional, como ocorre na Lei nº 13.146/2015, conhecida como Lei Brasileira de Inclusão [Figura 1]. *Impairment* no Inglês deve ser traduzido para o português como Deficiência, enquanto *Disability* como Incapacidade.⁵⁻⁷

Pessoa com deficiência (**impairment**)?

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

§ 1º A **avaliação** da deficiência (**incapacidade**), quando necessária, será **biopsicossocial**, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

I - os impedimentos (**as deficiências**) nas funções e nas estruturas do corpo;

II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais (**fatores contextuais - ambientais e pessoais**);

III - a **limitação** no desempenho de **atividades**; e

IV - a **restrição de participação**.

Figura 1: Trecho da Lei nº 13.146/2015 com acréscimos destacados em cor laranja.

Fonte: A autora (2025).

Observe que o chamado “Estatuto da Pessoa com Deficiência”, na verdade, deveria ser denominado “Estatuto da Pessoa com Incapacidade”, já que a descrição do Artigo 2º da Lei Brasileira de Inclusão é de incapacidade e não de deficiência. Assim, em seu primeiro parágrafo, fala-se da avaliação da incapacidade, e não da deficiência, que deve ser biopsicossocial, conforme

apontado na CIF. Mais ainda, no inciso I o termo “impedimento” está sendo utilizado em substituição à “deficiência”, termo mais adequado para descrever problemas nas funções e estruturas do corpo.⁵⁻⁷

● **Mito 2:** A terminologia utilizada na CIF foi desenvolvida sem a participação das pessoas com deficiência, portanto não é um modelo explicativo completo para a deficiência.

Na contramão deste mito, o processo de revisão da CIF beneficiou, desde o seu início, das contribuições de pessoas de todos os segmentos e também das suas organizações. A instituição *Disabled Peoples' International*, em particular, participou com muito do seu tempo e energia no processo de revisão e a CIF reflete essa importante contribuição.

Além disso, a OMS reconhece a importância da participação plena das pessoas com deficiência e das suas organizações na revisão contínua desta classificação já que a CIF se propõe a servir de base para a avaliação e a medição da funcionalidade em muitos contextos científicos, clínicos, administrativos e de política social. Torna-se de suma importância, portanto, o cuidado para que a CIF não seja mal utilizada em detrimento dos interesses de todos, conforme descrito nas Diretrizes Éticas da classificação, em seu ‘Anexo 6’. Assim, espera-se que as próprias pessoas contribuam para a utilização e desenvolvimento da CIF em todos os sectores, como investigadores, gestores e legisladores, desenvolvendo protocolos e ferramentas baseadas na CIF.

Exemplos práticos desta iniciativa são o aplicativo ICF mobile, que foi desenvolvido para estimular que os próprios indivíduos fizessem a classificação da sua situação de vida.

● **Mito 3:** Falar que uma pessoa com deficiência experimenta incapacidade é uma visão negativa.

Na CIF, o aspecto negativo ou positivo não está associado ao indivíduo, mas ao contexto, ou seja, quando o efeito do fator ambiental na funcionalidade é negativo, o fator ambiental é considerado como uma barreira enquanto que quando o efeito do fator ambiental na funcionalidade é positivo, o fator ambiental é considerado como um facilitador. Já a extensão desses efeitos, positivos ou negativos na funcionalidade, apresentam-se na CIF através dos qualificadores de desempenho, que podem variar em uma escala quantitativa, de 0-100%, ou qualitativa, entre leve a completa. Assim, incapacidade e funcionalidade são termos neutros que ganham significado negativo ou positivo com o uso dos qualificadores. Enquanto a incapacidade indica os aspectos negativos da interação entre um indivíduo e seus fatores contextuais (ambientais e pessoais), a funcionalidade indica os aspectos positivos dessa interação.

É sempre necessário destacar que a CIF não é uma classificação de pessoas. Como é descrito na própria classificação, em seu 'Anexo 5', ela é uma classificação das características de saúde das pessoas dentro do contexto das situações individuais de vida e dos impactos ambientais.

Ainda no 'Anexo 5', é demonstrada uma preocupação adicional da OMS de evitar uma visão negativa das pessoas, que pode associar-se ao menosprezo, aos estigmas e às conotações inadequadas das pessoas, ao procurar expressar as categorias na CIF de maneira neutra. Entretanto, a OMS admite que mesmo com esforços por utilizar na CIF uma linguagem neutra que previna a privação dos direitos ou os preconceitos, isto não dispensa o importante princípio de que as pessoas têm o direito e devem ser chamadas da forma que melhor desejarem.

Então, por que este erro persiste? Seria o desconhecimento da terminologia? Um fator é claro: o real problema está passando despercebido! Qual é a atitude dos indivíduos e da sociedade em relação à incapacidade? Ela deixou de existir? Teria sido erradicada?

Com o caso ilustrativo abaixo, utilizamos o exemplo de *Stephen Hawking*, físico teórico, cosmólogo e autor britânico, reconhecido por sua contribuição à ciência, sendo um dos mais renomados cientistas do século.

No caso ilustrado na **Figura 2**, uma pessoa com deficiência grave, como o famoso cientista, experimenta mais funcionalidade se residir em um ambiente favorável, como ocorria com Stephen Hawking. No entanto, experimenta maior incapacidade se morar em um ambiente desfavorável, como pode ocorrer, por exemplo, em algumas cidades do interior do Brasil, com pouco ou nenhum acesso a tecnologias de acessibilidade, serviços de saúde e de assistência social. É necessário destacar que estamos falando da mesma pessoa, com o mesmo grau de deficiência física e o mesmo nível de inteligência, o que evidencia a influência do ambiente.

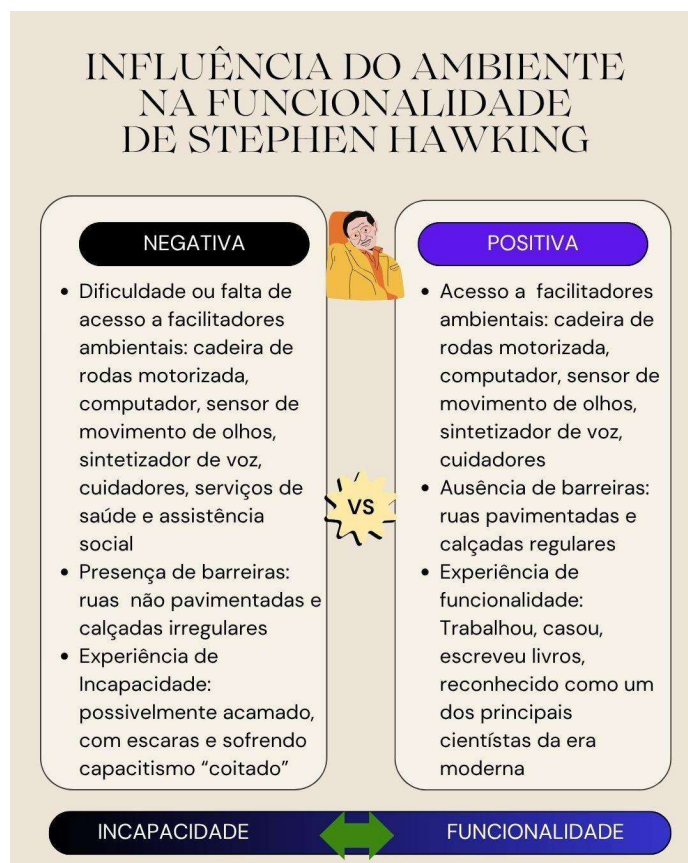


Figura 2: Influência do Ambiente na Funcionalidade.

Fonte: A autora (2025).

● **Mito 4:** Somente pessoas com deficiências têm incapacidade.

Todos os seres humanos estão naturalmente sujeitos a experimentar a incapacidade.⁸ Funcionalidade e incapacidade são termos opostos, mas, na vida diária não são excludentes e todos nós os experimentamos, ao mesmo tempo, em maior ou menor grau. Portanto, associar a incapacidade à presença de deficiência ou a funcionalidade à ausência de deficiência é um erro grave. Nas experiências de vida, uma pessoa que apresenta deficiência vivencia tanto incapacidade como funcionalidade [Figura 3].



Figura 3: Funcionalidade e Incapacidade Estão Presentes na Experiência de Vida.

Fonte: A autora (2025).

Aproveitando o exemplo de Fernando Fernandes, em relação à prática da canoagem, ele experimenta funcionalidade, com o uso de facilitadores ambientais, enquanto uma pessoa sem deficiência pode experimentar incapacidade. Por outro lado, ele experimenta incapacidade para andar, enquanto a outra pessoa pode experimentar funcionalidade. Neste exemplo, ambos experimentam funcionalidade e incapacidade. Portanto, a experiência de incapacidade é inevitável para todos nós ao longo da vida, podendo ser experimentada em maior ou menor grau, em algumas atividades e não em outras.

A partir deste entendimento, fica claro que a CIF deve ser utilizada para descrever a situação de vida de todos e não somente das pessoas com deficiência. Por exemplo, para pessoas com fibromialgia, devido ao conjunto de sintomas e comorbidades, para os indivíduos com HIV – *Human Immunodeficiency Viruses*, devido aos estigmas ou discriminação nas relações interpessoais ou no trabalho, para as pessoas idosas, devido às restrições que vão surgindo com o processo de envelhecimento, para a gestante, devido às limitações temporárias da gravidez... Em todos estes exemplos o modelo conceitual da CIF, ou seja, o modelo biopsicossocial, apresenta-se como uma ferramenta indispensável para evidenciar a incapacidade, muitas vezes, invisível à sociedade.

Outro exemplo claro e muito esclarecedor, que está apresentado na própria CIF, e reforça que um indivíduo pode apresentar deficiência, sem apresentar limitação da sua capacidade ou do seu desempenho, ou seja, sem apresentar incapacidade, pode ocorrer com pessoas com algumas deformidades resultantes da Doença de Hansen.

Parece estranho, mas tal dificuldade expressa não só uma visão ainda preconceituosa da sociedade contemporânea em relação às pessoas com deficiência, mas ainda sua dificuldade de reconhecer o ser humano e suas vulnerabilidades e, conseqüentemente, os fatores que influenciam a sua saúde. Todo ser humano é sujeito ao envelhecimento, ao adoecimento, à morte e também, mas não menos frequente e importante, à incapacidade.

Portanto, o modelo biopsicossocial adotado na CIF justamente organiza o nosso pensamento sobre os componentes de saúde, favorecendo esta compreensão.

● **Mito 5:** A CIF traz uma linguagem muito técnica, que não alcança a realidade das pessoas com deficiência, podendo favorecer o capacitismo.

Seguindo no tema preconceito, ele ainda existe sim, mas, recentemente, com um novo nome: capacitismo. O capacitismo, do inglês *ableism*, refere-se ao preconceito e à discriminação contra pessoas com deficiência, onde pressupõe-se que alguém com deficiência é incapaz ou inferior. Na prática, manifesta-se em tratamentos e comunicação que excluem ou diminuem a pessoa, bem como em barreiras físicas e atitudinais que impedem o exercício pleno de direitos. O termo é de uso recente no Brasil (aproximadamente na última década), mas reflete concepções históricas profundas.

A partir do exposto, fica evidente que o mito de que a CIF é muito técnica expressa novamente o desconhecimento sobre a CIF, sobre o modelo de funcionalidade e incapacidade e de sua terminologia, como pode ser visto nos fragmentos de texto abaixo:

Texto de Romeu Sasaki,⁹ disponível na Revista Reação:

“Os conceitos ‘ableism’, ‘handicapism’ e ‘disablism’ foram construídos com os seguintes componentes vocabulares: ‘able’ (o capaz), ‘handicapped’ (o incapacitado ou o incapaz) e ‘disabled’ (o deficiente), além do sufixo ‘ism’ (doutrina, sistema, teoria, tendência, corrente etc., com sentido pejorativo). Em consequência, a tradução destas três palavras para a língua portuguesa deveria seguir as terminologias da época, resultando em: ‘capacitismo’ = ‘ableism’; ‘incapacitismo’ = ‘handicapism’; ‘deficientismo’ = ‘disablism’. Hoje, na era do termo

‘pessoas com deficiência’, fica complicado traduzir aquelas palavras tão antigas e tão cheias de percepções equivocadas”.

O texto, que carece de profundidade científica, é concluído com a seguinte afirmação:

*“Estamos no século 21, em plena era da inclusão....Seria de se esperar que os conceitos ‘capacitismo’ e ‘incapacitismo’ ou ‘deficientismo’ já tivessem sido banidos... **a adequação dos sistemas sociais comuns**, transformando-os de tal maneira que todas as pessoas, quaisquer que sejam suas características, necessidades e habilidades, possam exercer ativamente a sua cidadania junto às demais pessoas na sociedade geral. Este é o desafio a ser enfrentado com urgência por todas as sociedades que desejam ser inclusivas”.*

Bom, este é justamente o objetivo da CIF. A CIF é de propriedade de todos os seus utilizadores. Ela é, com estas características, o único instrumento aceito internacionalmente, que tem como objetivo obter melhores informações sobre o fenômeno da incapacidade e da funcionalidade, utilizando para isto de uma linguagem padrão e neutra para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde, para melhorar a comunicação entre diferentes utilizadores, tais como, profissionais de saúde, investigadores, políticos e decisores e o público, incluindo pessoas com incapacidades.

Na CIF, a capacidade se refere a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma ação, sem a influência do seu ambiente, considerando apenas o impacto das alterações presentes no corpo, enquanto o desempenho descreve o que o indivíduo faz no seu ambiente de vida habitual, portanto sob a influência do seu ambiente.

E o capacitismo? O que é?

Observando a descrição do ‘Capítulo 4’ de fatores ambientais na CIF, temos o trecho abaixo:

“Este capítulo trata das atitudes que são as consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores, normas, crenças religiosas e outras. Essas atitudes influenciam o comportamento individual e a vida social em todos os níveis, dos relacionamentos interpessoais e associações comunitárias às estruturas políticas, económicas e legais; como por exemplo, atitudes individuais ou da sociedade sobre a confiança, merecimento e valor de

um ser humano que podem motivar práticas positivas e honrosas ou negativas e discriminatórias (e.g. estigmatização, estereotipia e marginalização ou negligência para com a pessoa). As atitudes classificadas são as dos indivíduos relativamente à pessoa cuja situação está sendo descrita. Elas não se aplicam à própria pessoa. As atitudes individuais são categorizadas de acordo com os tipos de relacionamentos listados no 'Capítulo 3'. Valores e crenças não são codificados separadamente das atitudes pois pressupõe-se que eles sejam as forças motrizes das atitudes".

Desta forma, o capacitismo é compreendido como uma barreira ambiental atitudinal dentro da CIF, podendo ser descrita dentro do modelo biopsicossocial, inclusive estabelecendo a extensão dos seus efeitos negativos na funcionalidade da pessoa através dos qualificadores.

Assim, utilizando-se a terminologia padronizada da CIF, pode-se descrever em que grau (0-4 ou ausência-completo) o capacitismo, descrito através das categorias e410-499, pode impactar negativamente as atividades e participação, como trabalho (d850) e atividades de recreação e lazer (d920), entre outros.

Portanto, ao ratificar a definição de deficiência e aprimorar a definição de incapacidade no contexto biopsicossocial, a CIF oferece ferramentas para enfrentar o capacitismo, deslocando o foco da deficiência e destacando o papel do ambiente. Se a incapacidade resulta da interação com barreiras, então a solução passa pela adequação do ambiente (o que inclui as atitudes sociais). Além disso, CIF aponta as barreiras que devem ser removidas (atitudinais, arquitetônicas, urbanísticas, dos transportes, tecnológicas e de comunicação) e os facilitadores (tecnologias, políticas públicas, assistência à saúde) que precisam ser adicionados para potencializar a funcionalidade das pessoas, adequando o ambiente ao indivíduo e não o contrário.

● **Mito 6:** A “*corponormatividade*” presente na CIF naturaliza relações de exclusão, favorece o preconceito e a exclusão contra a pessoa com deficiência.

A CIF não desconsidera a influência das alterações presentes no corpo. Pelo contrário, elas fazem parte do modelo biopsicossocial e precisam ser avaliadas a partir de instrumentos padronizados pelos profissionais da saúde para que se possa identificar não somente as deficiências mas, também, as potencialidades, e para que se possa elaborar um plano de cuidado adequado, que considere as particularidades de cada paciente e a influência dos fatores ambientais. Por exemplo, num cenário clínico, a memória deve ser avaliada através da aplicação de testes padronizados e, embora não seja possível efetivamente "observar" a função do cérebro,

é necessário presumir, a partir dos resultados dos testes, qual a gravidade do comprometimento desta função. Em um enfoque, como o proposto na CIF, onde a funcionalidade é compreendida como o resultado da interação entre o indivíduo e os seus fatores contextuais, considerando ainda o que o indivíduo pode realizar no seu contexto, esta informação contribui para uma visão mais positiva, substituindo o enfoque negativo focado na deficiência.

Nas políticas públicas também a CIF é indispensável, em conjunto com a CID, para apontar necessidades das pessoas, possibilitando o planejamento de ações de inclusão eficazes (acessibilidade, educação inclusiva, empregos adaptados) com base em dados consistentes que fundamentam a elaboração de estratégias contrárias ao capacitismo.

Entretanto, esclarecimento ainda maior deve ser lançado à temática da “*corponormatividade*”. Iniciamos esta análise a partir dos fragmentos abaixo, extraídos do texto abaixo de título “O que é deficiência” de autoria de Deborah Diniz,¹⁰ não publicado em revista científica, portanto, sem valor científico. Mesmo assim, sem uma explicação clara, esse texto dela costuma ser mencionado com frequência:

“Por fim, foram as feministas que mostraram que, para além da experiência da opressão pelo corpo deficiente, havia uma convergência de outras variáveis de desigualdade, como raça, gênero, orientação sexual ou idade. Ser uma mulher deficiente ou ser uma mulher cuidadora de uma criança ou adulto deficiente era uma experiência muito diversa daquela descrita pelos homens com lesão medular que iniciaram o modelo social da deficiência. Para as teóricas feministas da segunda geração, aqueles primeiros teóricos eram membros da elite dos deficientes, e suas análises reproduziam sua inserção de gênero e classe na sociedade.

A crítica feminista vem sendo extensa nos estudos sobre deficiência. Grande parte das feministas não discorda da tese de que as estruturas sociais oprimem o deficiente, em especial os deficientes mais vulneráveis. Há não só uma relação de proximidade entre o feminismo e as premissas teóricas do modelo social, como também enorme preocupação de que a crítica feminista não se converta em um bloco opositor às conquistas argumentativas do modelo social perante o modelo médico. Deve-se entender a crítica feminista como parte de um processo de revigoração e expansão do modelo social, e não como uma crítica externa e opositora.

Os argumentos feministas apresentam uma dupla face: por um lado, revigoram a tese social da deficiência e, por outro, acrescentam novos ingredientes ao enfrentamento político da

questão. As perspectivas feministas desafiaram tanto os teóricos do modelo social quanto os proponentes do modelo médico: ambos se confrontaram com questões jamais discutidas no campo da deficiência. Há três pontos que resumem a força da argumentação feminista nos estudos sobre deficiência...

Foi assim que o corpo com lesões, além de se ver convertido em ordinário pela ideologia da normalização, se viu domesticado pela ideologia que supõe a possibilidade total de controle do corpo. O deficiente produtivo seria aquele que controlaria seu próprio corpo e, portanto, seria capaz de exibir suas capacidades e habilidades. O resultado dessa separação radical entre lesão e experiência da deficiência foi que o corpo com lesões ficou confinado às narrativas biomédicas, sendo ainda um objeto de controle disciplinar médico...

A novidade das teóricas feministas foi a releitura dos pressupostos do movimento social da deficiência, em especial os ideais do corpo ordinário e da independência, à luz da experiência não só das mulheres deficientes como também das cuidadoras”

Apesar do texto trazer contribuições ao apontar para um outro público, também negligenciado, o das cuidadoras, e de tratar de minorias,¹¹⁻¹⁸ como pessoas com deficiência e mulheres, que devem ter seus direitos sociais resguardados, estes grupos possuem realidades e necessidades totalmente diferentes. Um atendimento de saúde com qualidade voltado para pessoas com deficiência, independente da sua expressão sexual, não pode prescindir de um conhecimento aprofundado sobre anatomia e fisiologia humana e de um cuidado baseado em evidências científicas, mesmo que esse considere os aspectos psicológicos e sociais. Nesta perspectiva, é necessário colher dados sobre a anatomia e fisiologia, comparando-os com valores padrão, de maneira independente, para então, conseguir explorar as associações e ligações causais entre os demais componentes do modelo biopsicossocial.

De modo similar, respeitando as necessidades e características individuais, o atendimento, por exemplo, a uma pessoa que se autodenomina transgênero homem, com 50 anos, apesar de dizer que seu gênero é masculino, o seu corpo foi geneticamente programado como mulher, e será necessário avaliar as taxas hormonais comparando com os valores normais neste período, devido à queda esperada na menopausa e o risco associado de osteoporose e fraturas.

Desta forma, se a intenção é descrever uma experiência de saúde, no seu todo, todos os componentes, inclusive o físico, são úteis e indispensáveis. Mais ainda, poderia ser acrescentado

o componente espiritual, que reconhecidamente influencia na saúde, mas sem excluir nenhum dos demais.

- **Mito 7:** Somente as pessoas com deficiência precisam de cuidados e assistência.

Como vimos acima, no ‘tópico 4’, a CIF foi idealizada para descrever a funcionalidade e a incapacidade de todos. Assim, a CIF é útil num âmbito muito largo de aplicações, por exemplo, em segurança social, na avaliação da gestão dos cuidados de saúde, em inquéritos à população a nível local, nacional e internacional. Ela oferece uma estrutura conceitual para a informação aplicável aos cuidados de saúde pessoais, incluindo a prevenção, a promoção da saúde e a melhoria da participação, removendo ou atenuando as barreiras sociais e estimulando a atribuição de apoios e de facilitadores, permitindo ainda a comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas com os cuidados de saúde, entre serviços, e em diferentes momentos ao longo do tempo. É também útil no estudo dos sistemas de cuidados de saúde, tanto em termos de avaliação como de formulação de políticas.

Neste tópico, considerando ainda tudo o que foi descrito nos tópicos anteriores, fica evidente que, se todos experimentamos a incapacidade, todos precisaremos, em algum momento e de forma particular, de cuidados de saúde e assistência social. Portanto, a classificação apresenta-se como um instrumento poderoso para uma política baseada em evidências, pois fornece dados confiáveis e comparáveis que permitem fundamentar uma mudança. A noção política de que a incapacidade resulta tanto das barreiras ambientais como das condições de saúde ou deficiências deve ser transformada primeiramente num programa de investigação e depois em evidências válidas e confiáveis. Essas evidências podem desencadear uma verdadeira mudança social para as pessoas com incapacidades em todo o mundo.

É importante lembrar que no Brasil todos têm direito a cuidados de saúde, independentemente de raça, sexo, idade, condição social, nacionalidade, opinião política ou religião. O direito à saúde é garantido pelo Estado através do Sistema Único de Saúde (SUS). De forma paralela, a assistência social também é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, destinado a garantir a proteção social e o atendimento às necessidades básicas, inclusive as de saúde, de quem se encontra em situação de vulnerabilidade.

Atores envolvidos tanto no cuidado de saúde, quanto na assistência à saúde e direito social, portanto, precisam estar preparados para atender as necessidades da população, inclusive de pessoas com deficiência, desenvolvendo suas ações para além do diagnóstico e dos cuidados, mas através de iniciativas intersectoriais que promovam e oportunizem, a participação social.¹¹

● **Mito 8:** A CIF carece de um modelo dinâmico de “desabilitação/habilitação”.

Críticos apontam, por exemplo, que a CIF carece de um modelo dinâmico de “desabilitação/habilitação” – ou seja, não descreve como as transições de funcionalidade acontecem ao longo do tempo. Afirmam que essa lacuna dificulta compreender mecanismos de mudança (e de combate ao capacitismo) de forma explícita.

Esse questionamento, em si, já demonstra um desconhecimento sobre o modelo dinâmico de saúde e seus componentes, assim como, a terminologia adotada na CIF. Como classificação, a CIF não estabelece um modelo de "processo" de funcionalidade e incapacidade. No entanto, ela pode ser utilizada por profissionais que possuam domínio sobre o modelo biopsicossocial para descrever o processo fornecendo os meios para a descrição dos diferentes construtos e domínios. Ela permite, como processo interativo e evolutivo, fazer uma abordagem multidimensional da classificação da funcionalidade e da incapacidade e fornece as bases para os utilizadores que desejam criar modelos e estudar os diferentes aspectos deste processo.

CONCLUSÃO

Deficiência não é incapacidade e a omissão ou confusão desta verdade tem sido um artifício prejudicial para o desenvolvimento de uma sociedade realmente inclusiva. A incapacidade não é um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto complexo de experiências, muitas das quais criadas pelo ambiente social. Assim, a solução do problema requer uma ação social, de responsabilidade coletiva, no sentido de utilizar as ferramentas já disponíveis e de aplicar a legislação vigente, que já prevê as medidas necessárias para diminuir as barreiras e ampliar os facilitadores ambientais de forma a assegurar a participação plena e efetiva das pessoas que hoje vivem experiências de incapacidade no Brasil.

A CIF é a ferramenta desenvolvida com o rigor científico necessário e aceita internacionalmente, que descreve apropriadamente a funcionalidade e a incapacidade, devendo ser a referência para investigação, gestão, legislação e para as políticas públicas, conjuntamente com a CID. Assim, toda referência bibliográfica que traduzir a palavra “*disability*” como “deficiência”, e não como “incapacidade”, é uma referência inadequada, assim como aquelas que usam a palavra “impedimento” para se referir às alterações de ordem física, mental, intelectual e sensorial.

Portanto, o caminho a ser perseguido é a apropriação da CIF e do seu modelo conceitual, o que reverbera na necessidade de mudanças sociais que, em nível político, se transformam numa questão de direitos humanos.

A deficiência está no corpo, a incapacidade está na política e em uma sociedade incapaz de reconhecer e de lidar com as diferentes necessidades, o que requer um enfrentamento intersetorial estimulado e controlado por uma sociedade consciente e ativa.

REFERÊNCIAS

1. UOL Celebridades [Internet]. Fernando Fernandes sofre acidente de carro e não sente as pernas. UOL 2009:1. Disponível em: <https://celebridades.uol.com.br/ultnot/2009/07/06/ult4233u419.jhtm>. Acesso em 05 ago 2025.
2. UOL Splash, notícias [Internet]. Como Fernando Fernandes, apresentador do 'No Limite', ficou paraplégico?. Disponível em: <https://www.uol.com.br/splash/noticias/2022/01/07/fernando-fernandes-acidente-paraplegico.htm>. Acesso em 05 ago 2025.
3. Trip TV [Internet]. Fernando Fernandes: o inquebrável. 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5nAO7TivDLs>. Acesso em 07 out 2025.
4. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org. Coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla). -1 ed., 3. Reimpr. Atual. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2020.
5. Jardim PM. Deficiência e incapacidade: A importância do consenso na terminologia em saúde funcional. Revista CIF Brasil. 2020;12(1):6-15.
6. Martins AC, Araújo ES. Deficiência não é incapacidade: O que isso significa? Rev. CIF Brasil. 2015;3(3):18-27.
7. Cruz BMS, Balco EM. Disability: deficiência ou incapacidade. Rev. CIF Brasil. 2023;15:74-86.
8. Kittay EF. The ethics of care, dependence, and disability. Ratio Juris 2011;24(1):49-58.
9. Sassaki RK. Capacitismo, incapacitismo e deficientismo na contramão da inclusão [Internet]. Revista Reação. 2014;17(96):10-12. Disponível em: <https://www.sociedadeinclusiva.com.br/2020/05/01/capacitismo-incapacitismo-e-deficientismo-na-contramao-da-inclusao/>. Acesso em 10 ago 2025.
10. Diniz D. O que é deficiência?. São Paulo: Brasiliense, 2007. 96 p. (Coleção Primeiros Passos).
11. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Linha de cuidado da pessoa com deficiência física e pessoa ostomizada no Estado do Espírito Santo [Internet]. Vitória: SESA-ES 2022. 84 p. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/LINHA%20DE%20CUIDADO_REAB_F%C3%8DSICA%20E%20OSTOMIAS_RCPD_ES.pdf. Acesso em 10 ago 2025.
12. Silva DF, Alves, CF. Aceitação familiar da criança com deficiência: revisão sistemática da literatura. Psicol. cienc. prof. 2021;41(spe3):1-15.
13. Barbeto DC, Vieira PAR, Henriques FN, Poletto MF. Capacitismo: reflexões sobre a nossa prática. Encontros e Jornadas Científicas SARA; 2022 (poster 2972):1-12.
14. Correa VCR, Jurdi APS, Silva CCB. Mães com deficiência e maternidade: cotidiano, redes de apoio e relação com a escola. Rev. Bras. Ed. Esp., 2022;28 (e0159):335-348.

15. Santos DBC, Cardoso LCC, Torales APB, Reis FP, Oliveira CCC, Lima SO. Qualidade de vida e sobrecarga de mães de crianças com microcefalia. *Enfermería Actual de Costa Rica* [Internet]. 2023. Disponível em: <https://archivo.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/49858/55995>. Acesso em 15 ago 2025.
16. Campbell FK. Refusing able(ness): a preliminary conversation about ableism. *MC Jornal* 2008; 11(3). Disponível em: <https://journal.media-culture.org.au/index.php/mcjournal/article/view/46>. Acesso em 15 ago 2025.
17. Paixão DP, Santos MCL, Feitosa FVV, Carvalho WBO, Vasconcelos LB, Silva RM et al. Saúde mental de mães de crianças com deficiência: uma revisão de escopo. In: Silva PF, org. *Educação, trabalho e saúde: caminhos e possibilidades em tempos de pandemia - volume 2*. São Paulo: Científica Digital; 2022. p. 191-202.
18. Cruz LO. Maternidades atípicas: uma reflexão antropológica através de redes sociais sobre mães de crianças autistas [TCC Pré-impressão]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2021. Disponível em: <https://pergamum.ufpel.edu.br/pergamumweb/vinculos/000od4/000od4a6.pdf>. Acesso em 19 ago 2025.