

# DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE: MODELOS CONCETUAIS DE REFERÊNCIA

*FICHA INCLUSIVA*



# DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE: MODELOS CONCETUAIS DE REFERÊNCIA<sup>1</sup>

*FICHA INCLUSIVA*

<sup>1</sup>. FICHA elaborada por Ana Isabel Pinto, Catarina Grande e Teresa Leal, docentes da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, no âmbito do Projeto "A Integração de Pessoas com Deficiência no Mercado de Trabalho" (2020). Todos os materiais encontram-se disponíveis em [www.grace.pt](http://www.grace.pt) e <http://portal.amp.pt/pt/>.

# DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE: MODELOS CONCEPTUAIS DE REFERÊNCIA

## *FICHA INCLUSIVA*

Para compreender com profundidade os vários conceitos ligados à deficiência, é importante refletir sobre os modelos que ao longo da História influenciaram as atitudes e os (pre)conceitos relativos à pessoa com deficiência. Neste sentido, esta FICHA irá abordar a **incapacidade tendo por referência os direitos humanos** e ilustrar o contributo dos modelos explicativos até ao momento atual, para uma melhor compreensão dos conceitos de deficiência, incapacidade, barreiras, facilitadores, capacidade, funcionalidade, participação e qualidade de vida.

Apresenta-se uma breve referência a convenções internacionais que constituem marcos históricos na promoção de direitos humanos e algumas iniciativas legislativas que contemplam o pleno direito dos cidadãos com deficiência.

Examina-se depois a mudança de conceitualização da deficiência e incapacidade desde concepções médicas às abordagens do modelo social que sustentam a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (United Nations, 2006) finalizando com a apresentação do modelo biopsicossocial.

Discute-se o conceito de participação, enquanto conceito de natureza multidimensional e apresenta-se a Abordagem das Capacidades (Amartya Sen, 1999) enquanto abordagem que procura definir o conceito de deficiência. Finalmente, descreve-se o modelo de qualidade de vida (Schallock, 2002) e seus contributos nesta área.

# 01. A INCAPACIDADE COMO QUESTÃO CENTRAL DOS DIREITOS HUMANOS

Os direitos das pessoas com deficiência foram reconhecidos pela primeira vez em 1975 na **Declaração da Organização das Nações Unidas (ONU)** sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. A adoção desta importante resolução sobre os direitos das pessoas com deficiência pela ONU reflete uma evolução e mudança de paradigma na abordagem da deficiência. Esta resolução procurava garantir que as pessoas com qualquer limitação ou incapacidade usufruíssem exatamente dos mesmos direitos e das mesmas responsabilidades que toda e qualquer outra pessoa (Gonçalves & Nogueira, 2012).

Já nos anos 80 do séc. XX, a criação da organização **Disabled Peoples' International (1981)**, consultora da ONU, e posteriormente a **European Network for Independent Living (1989)** possibilitaram o surgimento de um novo paradigma na leitura das questões relacionadas com a deficiência (Gonçalves & Nogueira, 2012).

**A Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (United Nations, 2006)** constituiu um marco histórico na garantia e promoção dos direitos humanos de todos os cidadãos e em particular das pessoas com deficiência.

Subscrita por Portugal, a Convenção, no seu artigo 27, reconhece o direito ao trabalho das pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

Abrange-se aqui o direito à oportunidade de manter um trabalho de livre escolha ou a possibilidade de se ser aceite no mercado laboral num ambiente de trabalho que seja aberto, inclusivo e acessível a pessoas com deficiência.

Embora os motivos da menor empregabilidade sejam complexos e multifacetados, é consistente verificar que as pessoas com deficiência são discriminadas em todos os aspetos da participação social (Hall, 2009).

De modo a analisar conceitualmente as iniciativas legislativas e políticas, é útil estabelecer as posições teóricas utilizadas para compreender a deficiência.

A FORMA DE CONCEPTUALIZAR A DEFICIÊNCIA  
 INFLUENCIA A NOSSA INTERPRETAÇÃO  
 E COMPREENSÃO DE COMO A DEFICIÊNCIA  
 É TRATADA SOCIALMENTE E, EM PARTICULAR,  
 AO NÍVEL DO TRABALHO



## 02. A CONCEPÇÃO DA DEFICIÊNCIA E DA INCAPACIDADE

### Modelos conceituais de referência

Os modelos e as perspectivas sobre a deficiência e a incapacidade foram-se alterando, ao longo da história, desde o modelo centrado nas consequências da doença, até ao modelo focalizado nos componentes da saúde e da funcionalidade. Simeonsson (2006) explica esta mudança de paradigma, referindo três modelos ou três visões acerca da incapacidade: (1) o Modelo Médico, que encara a incapacidade como a manifestação de uma condição de saúde; (2) o Modelo Social, que considera a incapacidade como um constructo social e (3) a perspectiva da funcionalidade do Modelo Biopsicossocial.

### O MODELO MÉDICO

Este modelo parte da premissa que existe um ser humano biologicamente normal e que as variações deste são anormais. Assim, de acordo com esta abordagem, as diferentes variações são referidas como diferentes tipos de deficiência ou incapacidade. Ajustes e soluções estão focados em normalizar o indivíduo através de prevenções e tratamentos.

"O modelo médico considera a incapacidade como um problema da pessoa, causado diretamente pela doença, trauma ou outro problema de saúde, que requer assistência médica sob a forma de tratamento individual por profissionais. Os cuidados em relação à incapacidade têm por objetivo a cura ou a adaptação do indivíduo e mudança de comportamento. A assistência médica é considerada como a questão principal e, a nível político, a principal resposta é a modificação ou reforma política da saúde" (OMS 2004, 21). O foco principal desta perspectiva cinge-se à assistência médica, requerida a nível individual, por profissionais de saúde (Simeonsson, 2006).

A avaliação é focada no diagnóstico e realizada através de métodos psicométricos, nosológicos e nosográficos, que dividem e classificam o indivíduo por grupos ou categorias. Por sua vez, a intervenção é focada na pessoa e tem como principais objetivos a sua recuperação ou adaptação (WHO, 2001).

De acordo com este modelo, de causalidade linear, ser portador de uma deficiência é sinónimo de ter incapacidade, o que representa, necessariamente, uma desvantagem (Peterson, Mpofu & Oakland, 2010).

### MODELO SOCIAL

Como resposta ao Modelo Médico surge o Modelo Social que procura a defesa dos direitos civis de pessoas com incapacidades.

Este modelo considera a incapacidade como um constructo social e não como um atributo individual (Simeonsson, 2006) e o conceito social destaca que **as causas da deficiência não se restringem aos obstáculos naturais da pessoa, mas resultam da interação do indivíduo com as diversas barreiras sociais que estão disseminadas na sociedade.**

O foco da intervenção incide, assim, na inclusão plena do indivíduo considerando o impacto dos facilitadores e das barreiras do ambiente. Deste modo, são imperativas mudanças sociais, atitudinais ou ideológicas, por se considerar que a participação das pessoas com incapacidade, em todas as áreas da sua vida, é da responsabilidade coletiva da sociedade (WHO, 2001). Nesta perspectiva é fundamental sublinhar o significado atribuído ao conceito "incapacidade" e a forma como este se encontra relacionado com o preconceito e com a exclusão social, destacando-se que a deficiência pode ter origem em causas sociais e não apenas na limitação que a pessoa possa sofrer, realçando que se a sociedade não oferecer as condições adequadas de inclusão, irá impossibilitar a participação efetiva das pessoas.

São, no entanto, apontadas algumas limitações aos princípios deste modelo. Se, por um lado, os fatores biomédicos não podem ser ignorados, a conceção da incapacidade não pode ser meramente baseada em fatores sociais, embora se reconheça o seu papel e influência na conceitualização do fenómeno (Harris, 2000).

### MODELO BIOPSISSOCIAL

O Modelo Biopsicossocial incorpora a informação do diagnóstico médico e psicológico com os aspetos psicossociais, considerando que todos os fatores têm impacto na saúde e no funcionamento do indivíduo (Peterson, Mpofu & Oakland, 2010). Esta perspectiva contempla, não só a variabilidade intra e interindividual das diferentes dimensões da incapacidade como a natureza idiossincrática e complexa do indivíduo com incapacidades, recorrendo a uma abordagem abrangente para documentar a sua funcionalidade. O foco incide, assim, na funcionalidade do indivíduo e não no diagnóstico (Simeonsson & Hebbeler, 2006).

De acordo como o Paradigma Biopsicossocial deve considerar-se de igual forma a pessoa e a sua saúde (funções e estruturas físicas/mentais), o ambiente (os elementos físicos, psicológicos e sociais que, revelando-se adequados, constituem um facilitador ou, pelo contrário, se forem inadequados, representam uma barreira) e a interação recíproca entre estes elementos, da qual resultam os conceitos de participação (que varia de completa a restrita) e o de realização de atividades (que varia de completa a limitada) (Felgueiras, 2009; WHO, 2001).

Tendo como enquadramento conceptual o modelo biopsicossocial, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001) define a **funcionalidade enquanto um constructo abrangente que engloba (1) as funções e estruturas do corpo** (i.e., as alterações dos sistemas fisiológicos ou das estruturas anatómicas), **(2) as atividades e a participação** (i.e., a execução de tarefas num contexto natural – noção de desempenho, ou contexto padronizado – noção de capacidade).

A incapacidade é conceptualizada enquanto chapéu que alberga (1) as deficiências (i.e., desvios, perdas ou problemas de funcionamento nas funções e nas estruturas do corpo) e (2) as limitações da atividade e as restrições na participação (i.e., dificuldades ou problemas na concretização do pretendido) (WHO, 2001).

Com base nesta conceptualização da funcionalidade, é possível elaborar um **perfil individualizado e documentar o funcionamento do indivíduo, descrevendo quer as suas características idiossincráticas, quer os fatores contextuais.**

Assim, é reconhecido o papel central do ambiente e, deste modo, é possível identificar os facilitadores e as barreiras ambientais (e.g., atitudes de diferentes membros da comunidade, serviços e políticas, bem como a existência de apoios tecnológicos e de apoios de carácter físico, emocional, de proteção e assistência) para planificar intervenções, tendo em conta a interação do indivíduo com o meio, e documentar a severidade das dificuldades para cumprir as exigências que tem que enfrentar no dia-a-dia.

## Questões sobre a Participação

A participação tem vindo a ser considerada, pelas políticas internacionais, um direito humano fundamental. Em 2005, a United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) apresentou um conjunto de diretrizes fundamentais, destacando a necessidade da inclusão ser compreendida como um processo de procura ininterrupta de formas mais eficazes de dar resposta à diversidade das necessidades das pessoas, principalmente, das crianças e jovens.

A participação pode ser considerada um conceito multidimensional (Almqvist, Uys, & Sandberg, 2007). A sua operacionalização tem vindo a ser discutida ao longo dos últimos tempos, particularmente desde a publicação da **Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pela OMS**, que define a participação como "o envolvimento numa situação de vida real" (WHO, 2001). Esta classificação, como quadro de referência universal, veio operacionalizar uma mudança de paradigma, que ao abandonar o modelo médico, assume o modelo biopsicossocial, integrando a funcionalidade e incapacidade humana (Felgueiras, 2009). A CIF (WHO, 2001) sublinha que a participação implica a interação do indivíduo com o meio físico e social e contempla também, a sua motivação para participar nas atividades. Deste modo, considera que podem existir restrições à participação por fatores relativos à própria pessoa, referentes à sua capacidade para executar uma tarefa, ou por fatores do ambiente físico, social ou atitudinal, que têm impacto no desempenho, constructo que permite descrever aquilo que a pessoa faz em contexto natural (WHO, 2007).

**De acordo com o modelo biopsicossocial, preconizado na CIF (WHO, 2001), a incapacidade é um fenómeno universal da condição humana.**

A incapacidade deixa de ser considerada um atributo que define ou caracteriza uma pessoa ou grupos específicos, tal como acontecia com a visão biomédica e categorial assente no modelo do défice (Felgueiras, 2009). Assim, qualquer pessoa em qualquer momento da sua vida pode ter um problema de saúde que, num ambiente pouco adequado, pode conduzir a uma incapacidade.

A incapacidade passa a ser considerada enquanto conceito dinâmico e relativo por se tratar de um conjunto complexo de condições que resultam da interação da pessoa com o meio.

QUALQUER PESSOA EM QUALQUER MOMENTO  
DA SUA VIDA PODE TER UM PROBLEMA DE SAÚDE  
QUE, NUM AMBIENTE POUCO ADEQUADO, PODE  
CONDUZIR A UMA INCAPACIDADE.



O meio ambiente assume um papel preponderante na maior ou menor funcionalidade do ser humano, através da existência de barreiras ou de facilitadores, determinantes na participação e na qualidade de vida do indivíduo.

A literatura neste domínio acrescenta que a participação nas atividades do quotidiano e, especificamente, no contexto escolar e laboral, constituem direitos humanos (Eriksson & Granlund, 2004). Contudo, as pessoas com deficiência e incapacidade normalmente apresentam uma participação mais restrita em atividades da vida diária (King et al., 2003; Dumitru, 2017). Esta situação pode ser justificada pela existência de uma falha de ajuste entre o funcionamento do indivíduo e o ambiente em que este deseja participar, resultando, inevitavelmente, numa diminuição da sua participação (WHO, 2001; King et al, 2003; Lawlor, Mihaylov, Welsh, Jarvis & Colver, 2006).

PARA UMA VERDADEIRA MUDANÇA DE PARADIGMA É FUNDAMENTAL QUE SE OPEREM MUDANÇAS AO NÍVEL DA DEFINIÇÃO DAS POLÍTICAS E DAS ESTRATÉGIAS RELATIVAS ÀS ALTERAÇÕES E MODIFICAÇÕES AMBIENTAIS, QUE FAVOREÇAM A IGUALDADE DE OPORTUNIDADES E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL (FELGUEIRAS, 2009).

### **A Abordagem das Capacidades de Amartya Sen**

Apesar de o senso-comum facilmente definir o que é ter uma deficiência, nas investigações de natureza social não há um grande consenso. As diferentes definições de deficiência têm consequências a nível social, económico e político ao nível do indivíduo e ao nível da sociedade em geral (Mitra, 2006). Um dos modelos mais utilizados para definir deficiência nas ciências sociais é o modelo da abordagem das capacidades de Sen (1999). Esta abordagem foca a capacidade da pessoa para funcionar, isto é, o que a pessoa consegue fazer e o que consegue ser. Este autor explora os conceitos de capacidade, funcionamento, incapacidade e conjunto de capacidades: a capacidade é entendida como uma oportunidade prática ou liberdade para atingir algo, o funcionamento é o que o indivíduo consegue obter a partir daquilo que consegue ser ou fazer; a incapacidade é a privação de capacidades ou funcionamentos, que resultam das características do indivíduo em interação com os recursos disponíveis e o ambiente; e o conjunto de capacidades são os funcionamentos que cada um tem a liberdade de escolher (Saleeby, 2007).

Na abordagem das capacidades, a incapacidade deve ser analisada a dois níveis: privação de capacidades ou privação de funcionamentos. As capacidades são apontadas como oportunidades que não são diretamente observáveis (e.g. considera-se que um rapaz de 21 anos que tenha uma paralisia cerebral tem uma deficiência se a sua oportunidade prática para ter um emprego estiver condicionada, comparativamente aos seus pares, que vivem no mesmo meio e têm aproximadamente os mesmos bens). A privação dessas capacidades surge quando o indivíduo é privado dessas oportunidades devido a uma deficiência. Deste modo, a incapacidade é designada como incapacidade potencial. Na privação do funcionamento, o foco é colocado no que o indivíduo aprecia fazer (ou ser) e no que o indivíduo consegue fazer (ou ser). Assim, a incapacidade a nível de funcionamento é referida como incapacidade real. Segundo esta abordagem, a privação pode resultar da natureza da deficiência, de obstáculos presentes nos contextos (físico, económico, social, político e cultural) e/ou de restrições económicas que limitam os recursos e implicam maiores custos para atingir um determinado nível de vantagem ou bem-estar (Saleeby, 2007).

No que diz respeito à avaliação do nível de vida, é importante ter em conta os recursos económicos e as necessidades de quem tem incapacidade, pois existe uma relação bidirecional entre capacidade e pobreza.

É IMPORTANTE TER EM CONTA OS RECURSOS ECONÓMICOS E AS NECESSIDADES DE QUEM TEM INCAPACIDADE, POIS EXISTE UMA RELAÇÃO BIDIRECIONAL ENTRE CAPACIDADE E POBREZA.

Neste modelo, a capacidade não é vista como uma habilidade física ou mental, mas como uma oportunidade prática, e o funcionamento é definido como o que a pessoa foi capaz de alcançar, por aquilo que fez. Deste modo, a deficiência é vista como a degradação das capacidades e do funcionamento, que resulta das características do sujeito, do ambiente e daquilo a que o sujeito tem alcance (salário, bens essenciais, etc.) (Mitra, 2006), ou seja, **a deficiência é vista como uma diminuição das capacidades ou como uma diminuição das funcionalidades.**

No que diz respeito à definição de deficiência, este modelo apresenta várias vantagens: é possível distinguir a deficiência em termos de capacidades (potenciais deficiências) e em termos de funcionamento (deficiências reais); salienta a influência que as características pessoais e o ambiente têm nas deficiências; por fim, acentua o impacto que a economia de um país pode ter na deficiência das pessoas, pelos investimentos que implicam, quer da própria pessoa, quer dos sistemas nacionais e governativos (Mitra, 2006).

## O MODELO DE QUALIDADE DE VIDA

Segundo Schalock (Schalock et al., 2002), o interesse pela qualidade de vida tem origem em três fontes. A primeira consiste numa mudança a nível das crenças que consideravam que os avanços científicos, médicos e tecnológicos só por si resultariam numa melhoria da vida humana. Esta visão começou a ser substituída por uma outra que considerava o bem-estar como resultado não só destes avanços, mas de uma combinação complexa entre estes e valores, perceções e condições ambientais. A segunda fonte prende-se com o movimento de normalização que acentua a importância dos serviços da comunidade, e a terceira com os movimentos em prol dos direitos e a sua ênfase num planeamento centrado na pessoa e na autodeterminação.

Nos últimos anos, o conceito de qualidade de vida tem vindo a ser adotado como quadro de referência para a investigação e para as políticas e práticas na área social e da saúde. O trabalho desenvolvido pelo grupo de especialistas no domínio da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde reflete esta visão. Consideram que *"Qualidade de Vida é a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive, sendo o resultado da interação entre os seus objetivos e expectativas e os indicadores disponíveis para o seu ambiente social e cultural"* (WHOQOL Group, 1995 – Adaptado por Sousa et al., 2007, p.42).

Para pessoas com incapacidades, viver uma vida considerada de qualidade requer, frequentemente, um suporte para além daquele que é tipicamente necessário em pessoas sem incapacidades da mesma idade e etapa de vida. Este apoio pode traduzir-se de várias formas tais como oportunidades estruturadas e adaptações sociais ou ambientais. A presença de incapacidades está frequentemente associada a limitações da participação na vida em sociedade, o que coloca estas pessoas em risco de exclusão de situações e oportunidades geralmente disponíveis aos outros membros da comunidade.

A qualidade de vida passa, assim, por criar ambientes que permitam o acesso de todos aos espaços e aos recursos da comunidade (Schalock et al., 2002).

A PRESENÇA DE INCAPACIDADES ESTÁ FREQUENTEMENTE ASSOCIADA A LIMITAÇÕES DA PARTICIPAÇÃO NA VIDA EM SOCIEDADE, O QUE COLOCA ESTAS PESSOAS EM RISCO DE EXCLUSÃO DE SITUAÇÕES E OPORTUNIDADES GERALMENTE DISPONÍVEIS AOS OUTROS MEMBROS DA COMUNIDADE.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Almqvist, L., Uys, C. J. E., & Sandberg, A.** (2007) Patterns of engagement of children with and without developmental delay. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3, 1, 65-75.

**Dumitru, A.** (2017). *Study on the barriers and support for participation to social life of children with disabilities. Euromentor Journal*, 7 (1), 131-147.

**Eriksson, L., & Granlund, M.** (2004). *Conceptions of participation in students with disabilities and persons in their close environment. Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 16 (3), 229-245.

**Felgueiras, I.** (2009). A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) e seus contributos para a reconceptualização da deficiência e da incapacidade. In G. Portugal (Org.), *Ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias: o percurso e a presença de Joaquim Bairrão* (pp. 47-62). Aveiro: Theoria Poiesis Praxis, Universidade de Aveiro.

**Gonçalves, J., & Nogueira, J. M.** (2012). O Emprego das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade – Uma abordagem pela igualdade de oportunidades. *Lisboa: Ministério da Solidariedade e Segurança Social*.

**Hall, S. A.** (2009). The social inclusion of people with disabilities: a qualitative meta-analysis. *Journal of ethnographic & qualitative research*, 3 (3).

**Harris, J.** (2000). Is there a coherent social conception of disability?. *Journal of medical ethics*, 26(2), 95-100.

**King, G., Lawm, M., King, S., Rosenbaum, P., Kertoy, M. K., & Young, N. L.** (2003). A conceptual model of the factors affecting the recreation and leisure participation of children with disabilities. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 23(1), 63-90.

**Lawlor, K., Mihaylov, S., Welsh, B., Jarvis, S., & Colver, A.** (2006). A qualitative study of the physical, social and attitudinal environments influencing the participation of children with cerebral palsy in northeast England. *Pediatric rehabilitation*, 9(3), 219-228.

**Mitra, S.** (2006). The capability approach and disability. *Journal of disability policy studies*, 16(4), 236-247. OMS (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: OMS.

**Peterson, D., Mpofu, E., & Oakland, T.** (2010). Concepts and Models in Disability, Functioning, and Health. In Mpofu, E and Oakland, T (Eds.), *Rehabilitation and Health Assessment: Applying ICF Guidelines*. (pp. 3-26). United States: Springer Publishing Company.

**Saleeby, P. W.** (2007). Applications of a capability approach to disability and the international classification of functioning, disability and health (ICF) in social work practice. *Journal of social work in disability & rehabilitation*, 6(1-2), 217-232.

**Sen, A.** (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.

**Schallock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., ... & Parmenter, T.** (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Report of an international panel of experts. *Mental retardation*, 40(6), 457-470.

**Simeonsson, R.J.** (2006). Defining and classifying disability in children. In M. J. Field, A. M. Jette & L. Martin (Eds.), *Workshop on Disability in America, a New Look: summary and papers* (pp. 67-87). Washington, DC The National Academies Press.

**Simeonsson, R.J. & Hebbeler, K.** (2005). ICF and ICD codes provide a standard language of disability in young children. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59 (2006), 4, 365-373.

**Sousa, J., Casanova, J. L., Pedroso, P., Mota, A., Gomes, A., Seiceira, F., ... & Alves, T.** (2007). *Mais Qualidade de Vida para as Pessoas com Deficiências e Incapacidades-uma estratégia para Portugal. Mais Qualidade de Vida para as Pessoas com Deficiências e Incapacidades-uma estratégia para Portugal*. Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.

**Swain, J., French, S., & Cameron, C.** (2003). *Controversial issues in a disabling society*. McGraw-Hill Education (UK).

**UNESCO** (2005). *Guidelines for Inclusion: Ensuring Access to Education for All*. Paris: UNESCO. Retirado a dezembro de 2016 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001373/137333e.pdf>.

**United Nations.** (2006) Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: United Nations General Assembly A/61/611 – 6 December 2006. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm>.

**WHO** (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization

**WHO** (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health, Children & Youth Version: ICF-CY*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

