

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLOGICA EM SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E
COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

SILÊNCIO E INVISIBILIDADE

**Iniquidades expressas na comunicação sobre deficiência
em campanhas do Ministério da Saúde, entre 1988 e 2020.**

José Carlos Mendes Moreira Xavier

Rio de Janeiro

2022

JOSÉ CARLOS MENDES MOREIRA XAVIER

SILÊNCIO E INVISIBILIDADE

**Iniquidades expressas na comunicação sobre deficiência
em campanhas do Ministério da Saúde, entre 1988 e 2020.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde (PPGICS/Icict), para obtenção do grau de Mestre em Informação e Comunicação em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Márcia de Oliveira Teixeira
Coorientadora: Prof^a Dra. Cristina Maria Rabelais Duarte

Rio de Janeiro

2022

Xavier, José Carlos Mendes Moreira.

Silêncio e invisibilidade: iniquidades expressas na comunicação sobre deficiência em campanhas do Ministério da Saúde, entre 1988 e 2020. / José Carlos Mendes Moreira Xavier. - Rio de Janeiro, 2022.

xii, 119 f.; il.

Dissertação (Mestrado) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2022.

Orientadora: Márcia de Oliveira Teixeira.

Co-orientadora: Cristina Maria Rabelais Duarte.

Bibliografia: f. 108-119

1. Deficiência. 2. Invisibilidade. 3. Iniquidade. 4. Comunicação visual. 5. Campanhas de saúde. I. Título.

JOSÉ CARLOS MENDES MOREIRA XAVIER

SILÊNCIO E INVISIBILIDADE

**Iniquidades expressas na comunicação sobre deficiência
em campanhas do Ministério da Saúde, entre 1988 e 2020.**

Aprovado em 30 de junho de 2022.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra. Márcia de Oliveira Teixeira – Orientadora
(PPGICS/ICICT/FIOCRUZ)

Prof^ª. Dra. Cristina Maria Rabelais Duarte – Coorientadora
(LIS/ICICT/FIOCRUZ)

Prof. Dr. Wilson Couto Borges – Titular interno
(PPGICS/ICICT/FIOCRUZ)

Prof^ª. Dra. Silvia de Oliveira Pereira – Titular externa
(POSTERR/UFRB)

Prof. Dr. Josué Laguardia – Suplente interno
(PPGICS/ICICT/FIOCRUZ)

Prof^ª. Dra. Anakeila de Barros Stauffer – Suplente externa
(PPGEPS/EPSJV/FIOCRUZ)

AGRADECIMENTOS

Estes agradecimentos são mais que especiais, pois o curso, além de todo o contexto que já envolve a realização de um mestrado, neste caso, foi realizado totalmente de forma remota, online, por conta da pandemia de COVID-19, o que gerou expectativas e sentimentos, digamos, únicos.

À Fiocruz por ter aberto as portas para a realização desta jornada, iniciada em 2020, e que cumpre, agora, sua última etapa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), por terem proporcionado os recursos necessários à pavimentação do caminho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), especialmente aos seus funcionários, aqui representados pela Rosilene Oliveira, pessoa ímpar, sempre atenta na busca pelo melhor para os alunos.

À professora Michele Peres, pelas conversas, dicas e incentivo, mas especialmente por ter me apresentado ao PPGICS, ainda em 2018.

Às(aos) professoras(es) convidadas(os) para compor a banca de defesa desta dissertação, pela acolhida, pelo tempo destinado à leitura e, sobretudo, pelas orientações dirigidas à melhoria do trabalho.

Aos professores com os quais tive o prazer e o privilégio de compartilhar horas de ensino, vivência e amizade, aqui representados pela professora Inesita Araújo, capaz de transcender as telas dos computadores, como se estivéssemos reunidos presencialmente.

Aos professores assistentes, tão solícitos e importantes quanto os titulares, aqui representados pelo professor/amigo Rogério Lannes, tão atencioso e compreensivo com a rotina inexplicável à qual nos submetemos, nesse período de pouco mais de dois anos.

Aos professores coordenadores do curso, Wilson e Igor, talvez aqueles com os quais tenha tido meus primeiros (e únicos) contatos pessoais, neste período de curso. Receptivos, abertos ao diálogo e flexíveis para lidar com a imensa demanda que o cargo exige.

A Kelly Cunha e ao Danilo Souza, produtores e consultores de conteúdos acessíveis, responsáveis pela elaboração dos textos de audiodescrição, com vistas a tornar este trabalho um pouco mais inclusivo.

Aos meus colegas da Turma 2020, os “Quarenteners”, afinal somente com o apoio e o carinho deles a realidade acabou ficando menos fria e virtual. Todos estão em meu coração, para sempre!

À Associação Fluminense de Reabilitação (AFR) e à APAE-Niterói, por terem me abraçado, há e por tanto tempo, permitindo-me compartilhar de sonhos e vidas, me mostrando, literalmente, que o essencial é invisível aos olhos... mas, às vezes, não à uma câmera

fotográfica. Aqui, cito meu amigo Alexandre, da AFR, e minha prima, Norma, da APAE, dois guerreiros na luta pelos direitos das pessoas com deficiência.

A todas as pessoas com deficiência, as que conheci, as que convivi e as que me inspiraram, porque elas têm o direito de serem, simples assim.

Aos meus colegas do grupo de trabalho do projeto SISDEF (Sistema Nacional de Informações sobre Deficiência), cada um com a sua cota de contribuição para este trabalho e, com certeza, para minha vida: Cristina, em especial, pela oportunidade e por confiar em mim; Silvia, pelo carinho e conhecimento compartilhado; Miguel, pela generosidade e humildade; Tuca, pelo coração e alegria; Jéssica e Dani, pela parceria e inteligência; vocês têm sido uma família. Tenho muito orgulho e me sinto privilegiado em compartilhar uma parte da minha vida com vocês.

Às minhas orientadoras, professoras Márcia Teixeira e Cristina Rabelais. Posso afirmar, hoje, com certeza: foram as escolhas perfeitas. Professora Márcia sempre muito perspicaz e questionadora, instigando a reflexão e buscando a qualidade do trabalho. Professora Cristina, descoberta de um seminário, trouxe o elo definitivo com o tema em discussão, além de proporcionar preciosas intervenções e oportunidades, pelas quais serei eternamente grato. Realmente, talvez nunca consiga agradecer por tudo que foi compartilhado, por tanta entrega e, ao mesmo tempo, por permitirem o meu crescimento.

À minha família carioca, meu irmão, afilhado, cunhada e sobrinha, pela compreensão nas ausências.

Aos meus avós, Alda e José, em memória, pois sei que estão especialmente felizes com esta vitória.

À minha sogra, Cristina, pelo apoio incondicional, pela parceria e pelas horas de conversa.

A meus pais, Fátima e José Carlos, por todos os incentivos e por nunca desistirem de sonhar os meus sonhos.

A meus filhos, Pedro, Maria Luiza e Luke, por serem meu coração, minha alma e meu fiel escudeiro de quatro patas, por me fazerem ser melhor, por saberem que, às vezes, o que buscamos é “só” um abraço bem apertado e um cafuné.

A Raquel, por ser o meu eu feminino, por acreditar em mim mesmo quando eu não acreditava, por caminhar ao lado, por dividir a vida, o amor, por ser forte, doce e inteligente, por olhar com cuidado, carinho e respeito para todos, e, finalmente, por ser a base de nossa família.

A Deus por ter me dado força e resiliência para seguir em frente e construir este momento, mesmo diante de tantas barreiras, visíveis e invisíveis.

“O país real, esse é bom, revela os melhores instintos; mas o país oficial, esse é caricato e burlesco.”

Machado de Assis, 1861, s/p.

“A deficiência é a soma das oportunidades perdidas, perdidas porque existem barreiras, porque existe capacitismo.” (informação verbal)

Izabel Maior, 2022, s/p.

“A deficiência não está no corpo, mas sim na relação de uns com os outros.” (informação verbal)

Tuca Munhoz, 2021, s/p.

RESUMO

O presente trabalho é uma análise de documentos imagéticos publicados pelo Ministério da Saúde do Brasil, entre os anos de 1988 e 2020, tendo como marco a publicação da Portaria MS/GM nº 1.060/2002 que criou a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.

A fim de entender o conceito de deficiência que informa os cartazes veiculados em campanhas nacionais de saúde e como o governo brasileiro o representa em sua comunicação, foram analisadas as imagens neles inscritas, especialmente à luz da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

A partir do levantamento realizado, no entanto, chegou-se a um resultado negativo, não tendo sido encontrado, dentro do período inicialmente proposto, entre os anos de 2003 e 2016, nenhum cartaz publicado pelo Ministério da Saúde sobre a deficiência que retratasse alguma campanha específica ou que sequer contivesse pessoas com deficiência. Desta forma, a título de se verificar a profundidade dessa ausência, aumentou-se o recorte de pesquisa, chegando-se a um resultado de cinco cartazes, embora nenhum fosse fruto de campanhas de saúde específicas sobre deficiência.

A análise dos cartazes encontrados e de seus signos, portanto, com o olhar da comunicação visual e da fotografia, foi capaz de demonstrar que a deficiência é ainda um tema pouco debatido e estudado, mesmo em um país com quase 20 milhões de pessoas nessa condição, o que reforça uma realidade social excludente, onde a pessoa com deficiência parece ser diferente das demais, anormal, invisível.

Palavras-chave: Deficiência. Invisibilidade. Iniquidade. Comunicação visual. Campanhas de saúde.

ABSTRACT

This research is based on the analysis of imagetic documents published by the Brazilian Ministry of Health between 1988 and 2020, having the Ordinance MS/GM n° 1.060/2002 that created the National Health Policy for Persons with Disability as a framework.

In order to understand the concept of disability that informs the posters published in national health campaigns and how the Brazilian government represents it in his communication, imagens inscribed on them were analyzed, especially in the light of UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

From the survey carried out, however, within the period initially proposed, from 2003 to 2016, a negative result was reached, without any poster about disability published by the Ministry of Health that portrayed any specific campaign or even contain people with disabilities. In this way, in order to verify the depth of this absence, the research clipping was increased, reaching a result of five posters, although none were the result of specific health campaigns about disability.

The analysis of those posters and their sings, therefore, based on visual communication and photography, was able to demonstrate that disability is still little debated and studied, even in a country with almost 20 million people in this condition, what reinforces a social excluding reality, where people with disability seems to be different from others, not normal, invisible.

Keywords: Disability. Invisibility. Iniquity. Visual Communication. Health Campaigns.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Evolução da Terminologia para Pessoas com Deficiência	p. 28
Figura 2 – Diagrama de interações da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) de 2001	p. 42
Figura 3 – Marcos Legais Federais sobre Deficiência – 1988 a 2020.....	p. 48
Figura 4 – Marcos históricos relacionados às pesquisas populacionais sobre pessoas com deficiência nos recenseamentos nacionais brasileiros	p. 52
Figura 5 – Agenda Social para a Pessoa com Deficiência baseada na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência – Secretaria de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência – 2009	p. 63
Figura 6 – Modelo da Comunicação como um mercado simbólico	p. 69
Figura 7 – Cartaz nº 01 obtido junto ao Ministério da Saúde, com publicação provável entre 1990-1992.....	p. 88
Figura 8 – Cartaz nº 02 obtido junto ao Ministério da Saúde, com publicação provável entre 1995-2002.....	p. 91
Figura 9 – Cartaz nº 03 obtido junto ao Ministério da Saúde, com publicação provável entre 1995-2002.....	p. 94
Figura 10 – Cartaz nº 04 obtido junto ao Ministério da Saúde, com publicação provável em 2002	p. 96
Figura 11 – Cartaz nº 05 obtido no sítio de Internet do Ministério da Saúde, publicado em 2019.....	p. 98
Figura 12 – Nada sobre nós sem nós! (lema do movimento das pessoas com deficiência)	p. 107

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 – Proporção de Pessoas com Deficiência, segundo a idade, registradas no Recenseamento de 2010, com e sem correção pelas diretrizes do Grupo de Washington - Brasil (2010) p. 54
- Gráfico 2 – Proporção de Pessoas com Deficiência, registradas no Recenseamento de 2010, com e sem aplicação da linha de corte do Grupo de Washington, por tipo de deficiência - Brasil (2010) p. 54
- Gráfico 3 – Tipos de Deficiência no Brasil/População Geral - Brasil/Pesquisa Nacional de Saúde 2019 p. 56
- Gráfico 4 – Proporção de pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência, segundo as Unidades da Federação - Brasil/Pesquisa Nacional de Saúde 2019 p. 57
- Gráfico 5 – Proporção de pessoas de 2 anos ou mais de idade que utilizavam um ou mais aparelhos de auxílio obtidos no SUS, no total de pessoas que utilizavam algum aparelho de auxílio, segundo o tipo de aparelho - Brasil/Pesquisa Nacional de Saúde 2019..... p. 58
- Gráfico 6 – Proporção de pessoas com deficiência, na população total, segundo o tipo de deficiência, o sexo e raça/cor - Brasil/Pesquisa Nacional de Saúde 2013..... p. 60
- Gráfico 7 – Proporção de pessoas com limitação funcional para realizar atividades de vida diária, na população de 60 anos ou mais de idade, segundo sexo e raça/cor - Brasil/Pesquisa Nacional de Saúde 2013 p. 60
- Gráfico 8 – Proporção de pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência, segundo o sexo e raça/cor - Brasil/Pesquisa Nacional de Saúde 2019 p. 61

LISTA DE SIGLAS

Abradef	Associação Brasileira de Deficientes Físicos
AFR	Associação Fluminense de Reabilitação
AIPD	Ano Internacional das Pessoas Deficientes
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDPD	Convenção da ONU sobre Direitos das Pessoas com Deficiência
CF	Constituição Federal de 1988
CGU	Controladoria Geral da União
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIDID	Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CONADE	Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência
CORDE	Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
COVID-19	Doença do Coronavírus, descoberta em 2019
EUA	Estados Unidos da América
FCD	Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FM	Frequência Modulada
GW	Grupo de Washington
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBR	Instituto Bahiano de Reabilitação
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

ILM	Independent Living Movement
LBI	Lei Brasileira de Inclusão
LIBRAS	Língua Brasileira de Sinais
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MDG	Millennium Development Goals
MS	Ministério da Saúde
MS/GM	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro
MVI	Movimento de Vida Independente
NID	Núcleo de Integração de Deficientes
NIPPIS	Núcleo de Informação Políticas Públicas e Inclusão Social
NUCOM/SAES	Núcleo de Comunicação da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAP	Programa Apaeano de Prevenção
PcD	Pessoa com Deficiência
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSPD	Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência
PPGICS	Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SIC	Serviço de Informação ao Cidadão
SISDEF	Sistema Nacional de Informações sobre Deficiência
SUS	Sistema único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPIAS	Union of The Physically Movement Against Segregation

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	PERCURSO METODOLÓGICO	17
3	CONTEXTO HISTÓRICO, MODELOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLOGIA DA DEFICIÊNCIA	24
3.1	Breve histórico da deficiência no Brasil e sua evolução conceitual	24
<i>3.1.1</i>	<i>O conceito biomédico da deficiência</i>	29
<i>3.1.2</i>	<i>O conceito social da deficiência</i>	30
<i>3.1.3</i>	<i>O conceito biopsicossocial da deficiência</i>	33
<i>3.1.4</i>	<i>O conceito biopsicossocial em quatro momentos</i>	35
3.2	A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e o conceito biopsicossocial	40
3.3	Disputas sociais e os direitos das pessoas com deficiência: a situação no Brasil	44
3.4	Epidemiologia da deficiência	51
3.5	Política Nacional para as Pessoas com Deficiência: o caso da Saúde	62
4	A COMUNICAÇÃO E A SAÚDE	66
4.1	A comunicação visual através da fotografia	70
4.2	A representação midiática e a análise de imagens	72
4.3	A representatividade do corpo com deficiência	77
<i>4.3.1</i>	<i>O corpo</i>	78
<i>4.3.2</i>	<i>O corpo com deficiência e o estigma</i>	79
5	CAMPANHAS NACIONAIS DE SAÚDE SOBRE DEFICIÊNCIA	83
5.1	Estratégia comunicacional através de cartazes	83
5.2	A expressão imagética da deficiência	85
<i>5.2.1</i>	<i>Análise das imagens inscritas nos cartazes comunicacionais publicados pelo Ministério da Saúde</i>	86
5.3	O conceito da deficiência na comunicação do Governo Federal	100
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
	REFERÊNCIAS	108
	ANEXO A – CALENDÁRIO INCLUSIVO DA DEFICIÊNCIA NO BRASIL	120

1 INTRODUÇÃO

A semente deste trabalho¹ germinou de uma inquietação diante da observação de aspectos que circunscrevem a vida das pessoas com deficiência, como a interação com outras pessoas e a inclusão social, durante a realização de trabalho fotográfico voluntário, em instituições de reabilitação, quando se notou a possibilidade de utilização das fotografias na construção da percepção da deficiência, afinal, segundo Sontag (2006, p. 174), a fotografia tem poderes que podem interferir nas relações entre a imagem e a realidade, sendo capaz de interpretar, prever e interferir em comportamentos. Como já dizia Confúcio (2021, s/p): Uma imagem vale mais que mil palavras!

Em 2018, um convite para a elaboração de exposição fotográfica, em uma dessas instituições, criou uma ponte entre a comunicação e a saúde, entre a fotografia e a comunicação da deficiência. Esta conexão trouxe mais conhecimento sobre as pessoas com deficiência, como acontecem suas relações familiares e, especialmente, as relações sociais, onde é possível ver o surgimento das dificuldades diárias, da discriminação, do capacitismo², das desigualdades e da invisibilidade.

A partir daí nasceu um interesse, ainda maior, em fotografar as pessoas com deficiência, justamente, para mostrar que elas existem, literalmente conferindo-lhes visibilidade, mostrando a que tipo de condições de vida estão expostas, as iniquidades e que, assim como quaisquer outras pessoas, também têm direitos e deveres, e uma posição social.

Esse interesse levou à busca dos estudos, e, conseqüentemente, ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), na FIOCRUZ, cuja missão é participar da formulação, implementação e avaliação de políticas públicas, desenvolver estratégias e executar ações de informação e comunicação no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde, objetivando atender às demandas sociais do Sistema Único de Saúde (SUS) e de outros órgãos governamentais. Ao fim e ao cabo, qual seria o lugar indicado para estudar e falar sobre comunicação e saúde, atuando na interface entre esses dois campos,

¹ Esta dissertação conta com uma versão digital acessível, disponível no Arca - Repositório Institucional da Fiocruz (<https://www.arca.fiocruz.br>).

² O capacitismo é um termo relativamente novo e que denota preconceito dirigido às pessoas com deficiência, seja através de atitudes hostis ou discriminatórias, ou através da superproteção, piedade ou elogios exagerados, justamente, em função de se considerar uma pessoa com deficiência incapaz de realizar determinado ato (UNIFOR, 2021, s/p).

senão no Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, especificamente na linha de Informação, Comunicação e Mediações em Saúde?

Após o ingresso, a ideia inicial era analisar a situação da formação de profissionais especializados, na área de reabilitação, e como as imagens poderiam contribuir para uma qualificação do processo, visando à humanização do atendimento, um dos objetivos do atendimento integral proposto como princípio do Sistema Único de Saúde (PAIM, 2020, p. 50). No entanto, em virtude da pandemia da COVID-19 que assola o mundo desde o início do ano de 2020, a realização da pesquisa se tornou impossível, uma vez que demandava análises de campo. Restou, então, o direcionamento para as análises documentais, o que gerou o estudo apresentado nos próximos capítulos.

Assim, na interface da saúde e da comunicação (deficiência e fotografia), esta pesquisa tem como objeto as expressões imagéticas da deficiência, na comunicação feita pelo Ministério da Saúde, em cartazes de campanhas de saúde sobre deficiência, no Brasil. O objetivo é analisar as imagens concebidas e produzidas para essas campanhas, inscritas nos cartazes, a fim de entender o conceito de deficiência que os informa e os elementos que possam colaborar com a sua compreensão. Interrogar o conceito de deficiência, através da fotografia, enquanto instrumento de comunicação e representação, e o modo como ela constrói, reafirma, desestabiliza concepções parece apontar uma problemática no estudo do tema proposto.

Determinou-se um período de estudo, onde se desenharam condições favoráveis ao tema. Tal período está compreendido entre os anos de 2003 e 2016, vez que nele o governo federal ficou marcado pelo incentivo às políticas sociais³ e porque ele sucedeu à publicação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, em 2002, e à publicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), em 2001, pela Organização Mundial da Saúde, documento que adota a concepção biopsicossocial de deficiência, modelo surgido, grosso modo, com a interação dos outros dois modelos conceituais, o biomédico e o social.

Os documentos escolhidos para análise foram os cartazes publicados pelo Ministério da Saúde, no período referido, por serem meios de comunicação capazes de levar inscritas as

³ Entre os anos de 2003 e 2016, o Brasil foi governado por dois presidentes, Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, ambos do Partido dos Trabalhadores, tendo seguido políticas de governo semelhantes, com uma tendência à defesa dos direitos sociais e das minorias. Em maio de 2016, o então vice-presidente da República, Michel Temer, do PMDB, assumiu interinamente a presidência, após o afastamento da presidente Dilma Rousseff, a qual veio a sofrer o impeachment, jamais retornando ao cargo. Assim, a partir de maio de 2016, a orientação das políticas de governo passou a seguir os rumos ditados por outro governante que, em caráter exemplificativo, teve como uma de suas primeiras medidas a extinção do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, além de posterior corte de direitos trabalhistas e sociais (BIANCHINI, 2018, s/p).

imagens da deficiência e por terem grande difusão, inclusive digital, enquanto suportes materiais utilizados para a propaganda sanitária, nas campanhas de saúde, uma prática historicamente reconhecida em nosso país (PAIM, 2020, p. 27-29). São, sobretudo, instrumentos replicadores de uma comunicação direta e integrantes do plano estratégico de comunicação para vigilância em saúde.

Desta forma, considerando as imagens dos cartazes e as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD), cabe indagar qual a sua relação com os modelos conceituais da deficiência? Dito de outra forma: qual modelo conceitual de deficiência informa os cartazes de campanhas sobre deficiência, publicados pelo Ministério da Saúde, entre os anos de 2003 e 2016?

Partindo-se do fato de esses cartazes terem sido publicados após a PNSPD, seria esperada uma representação da deficiência baseada no modelo biopsicossocial, contudo os levantamentos feitos apontaram para um descompasso entre a política e as ações empreendidas.

O trabalho foi assim estruturado em seis partes: introdução e cinco outros capítulos. Após a introdução, o segundo capítulo detalha o percurso metodológico. O terceiro capítulo busca contextualizar o tema: aborda em suas subseções um breve histórico da deficiência e seus modelos conceituais; detalha o modelo atualmente adotado pela Organização Mundial de Saúde; aborda a disputa em torno dos modelos de deficiência que fundamentam a implementação de políticas públicas no cenário nacional; descreve o contexto epidemiológico da deficiência no Brasil e detalha a política nacional desenhada pelo setor saúde. O capítulo quarto, por seu turno, tem como fulcro analisar a comunicação e a saúde, a fim de tentar demonstrar a posição discursiva dos atores sociais envolvidos; a fotografia, enquanto forma de comunicação visual; a representação midiática e os elementos inscritos nas imagens; e a discussão da dimensão representativa do corpo com deficiência na comunicação. No quinto capítulo, passa-se à discussão central do trabalho, qual seja, as estratégias comunicacionais através de cartazes; a análise da expressão imagética da deficiência; a análise das imagens apresentadas nos cartazes publicados pelo Ministério da Saúde, no período proposto; e uma abordagem do conceito de deficiência adotado pelo governo e representado nas imagens. Finalmente, no capítulo seis, são apresentadas as considerações finais desta pesquisa.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Com vistas a responder às questões surgidas nesta pesquisa e de buscar uma maior compreensão sobre o tema, foram trazidas as epistemologias da deficiência, explorando os conceitos atribuídos ao termo. Abriu-se diálogo com alguns autores capazes de fomentar o debate e contribuir para o percurso metodológico desenvolvido, tendo sido adotado o método da análise documental, com uma abordagem qualitativa dos símbolos expressos nas imagens dos cartazes publicados pelo Ministério da Saúde.

Loizos (2008, p. 137-148) chama a atenção para a pesquisa social com o uso de fotos: “...a imagem... oferece um registro restrito, mas poderoso das ações temporais e dos acontecimentos reais – concretos, materiais.” Para ele, os estudos sociais realizados por meio da fotografia têm que ser interpretados, mas “...ler tanto os registros visuais presentes, como os ‘ausentes’, é uma tarefa de pesquisa possível. Quem falta na fotografia... e por quê? [...] E o que essas ausências implicam?”

Como afirma Godoy (1995, p. 21-22 e 65-71), a pesquisa de abordagem qualitativa se divide em três subtipos: pesquisa documental, estudo de caso e etnografia. Esta proposta, por sua vez, seguiu a primeira linha, lembrando que “...a abordagem qualitativa, enquanto exercício de pesquisa, não se apresenta como uma proposta rigidamente estruturada, ela permite que a imaginação e a criatividade levem os investigadores a propor trabalhos que explorem novos enfoques”.

Para ela, a pesquisa documental pode ser aplicada em diferentes discursos e a todas as formas de comunicação, seja qual for o suporte, conferindo a possibilidade de chegar aos núcleos de sentido das campanhas, através dos cartazes. Assim, busca-se compreender as características, as estruturas ou os modelos que estão por trás da comunicação, levando-se em conta que, dentro da comunicação visual, existem várias formas discursivas: o vídeo, o desenho, pintura, a fotografia, entre outros, mas, em função do viés adotado, face à formação profissional do autor desta pesquisa, e por conta do objeto proposto, tomaram-se as fotografias, enquanto instrumentos de produção de subjetividades (SANTOS, 2000, p. 68), inscritas nos cartazes publicados pelo Ministério da Saúde, por ocasião das campanhas nacionais voltadas para as pessoas com deficiência.

O *corpus*, constituído pelos cartazes, foi obtido através de pesquisas no sítio de Internet e contatos diretos, por correio eletrônico, com a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a Editora, a Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, o Núcleo de Comunicação da Secretaria

de Atenção Especializada à Saúde (NUCOM/SAES) e o Serviço de Informação ao Cidadão (SIC), todos órgãos do Ministério da Saúde, além da Controladoria Geral da União, através do sítio de Internet Fala.Br – Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação, via Lei de Acesso à Informação (Lei 12.527/2011).

Quanto ao recorte proposto, como já mencionado, o período foi definido entre os anos de 2003 e 2016, porque em 2002 foi publicada a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, através da Portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº 1.060/2002, e nos anos seguintes, até 2016, o governo federal, presidido em sequência por Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, ambos do mesmo partido político, tinha por base a defesa dos direitos sociais, com a busca pela redução das desigualdades, especialmente, em prol das minorias, como é o caso das pessoas com deficiência. Seria esperado, então, que, no período originalmente definido para ser estudado, a representação da deficiência estivesse mais próxima àquela defendida, principalmente, pelos movimentos sociais. Contudo, quando da efetivação da pesquisa documental, nenhum cartaz foi encontrado, o que advogou pela ampliação do prazo de busca, com termo inicial estabelecido na promulgação da Constituição Federal de 1988, por ter sido a primeira a prever a proteção de direitos individuais, entre os quais figura o direito à saúde das pessoas com deficiência (artigo 23, II CF/1988), e termo final trazido ao ano de 2020, momento em que foram efetivadas as buscas pelos cartazes e porque a Portaria que publicou a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência ainda se encontra em vigor. Este recorte, embora não venha a ser abordado segundo o viés político de cada governo, foi determinado em grande medida pelo resultado da busca documental, ou seja, entende-se que os cartazes a serem analisados permitirão uma melhor compreensão sobre a representação que se faz sobre a pessoa com deficiência, no Brasil, contribuindo para a compreensão do próprio conceito de deficiência.

Ao longo do processo de estudo, percebeu-se que mesmo a discussão sobre a significação do termo deficiência é latente e atual, destacando-se a coexistência em permanente disputa dos três modelos conceituais existentes, o médico, o social e o biopsicossocial, sendo que a própria Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, em sua parte introdutória, afirma que o conceito de deficiência vem evoluindo constantemente, ao passo das mudanças sociais como um todo e a partir das conquistas alcançadas por esse grupo social (BRASIL, 2007, p. 6 e 7), tendo os estudos e debates se tornado mais recorrentes após a 2ª Guerra Mundial. Assim, para a análise do contexto histórico da deficiência e para o reconhecimento dos distintos modelos conceituais, recorreu-se aos aportes de Diniz (2012). Segundo a autora, a deficiência:

[...] é um campo pouco explorado no Brasil não apenas porque a deficiência ainda não se libertou da autoridade biomédica, com poucos cientistas sociais dedicando-se ao tema, mas principalmente porque a deficiência ainda é considerada uma tragédia pessoal, e não uma questão de justiça social. O desafio está em afirmar a deficiência como um estilo de vida, e também em reconhecer a legitimidade de ações distributivas e de reparação da desigualdade, bem como a necessidade de cuidados biomédicos (DINIZ, 2012, p.11).

A mesma autora (DINIZ, 2012, p. 65), no entanto, ressalva que o modelo médico ainda mantém a soberania sobre os demais, em um espaço caracteristicamente tensionado por argumentações e debates intensos.

No tocante às imagens analisadas, apesar de poderem ser reproduzidas em diferentes suportes, como a pintura, a gravura e o filme, optou-se pela abordagem sociopolítica do real que a fotografia pode proporcionar, enquanto um dos possíveis instrumentos de comunicação. Como relembra Sontag (2003, p. 23), demonstrando a força da realidade contida na fotografia, citando o antigo lema da revista Paris Match: “O peso das palavras, o choque das fotos”.

Como bem salientam Nobre e Gico:

[...] a imagem fotográfica caracteriza-se por conter, na sua composição, códigos culturais selecionados e organizados pelo fotógrafo e captados do cenário sociocultural representado, o que lhe atribui um caráter de fonte detentora de informação, tanto pelo seu conjunto de significados, como pelo seu poder de indicação da existência do que foi fotografado, considerando-se fonte de interpretação da cultura (NOBRE e GICO, 2009, s/p).

Barthes (1984, p. 89), em sua obra, exprime, através do *punctum*, a importância das imagens. Para ele o ponto é “...uma espécie de extracampo sutil, como se a imagem lançasse o desejo para além daquilo que ela dá a ver...”. E, mais adiante, completa, usando o exemplo da fotografia: “Nenhum escrito pode me dar essa certeza. O infortúnio... da linguagem é não poder autenticar-se a si mesma. [...] mas a Fotografia... é indiferente a qualquer revezamento; ela não inventa; é a própria autentificação;” (BARTHES, 1984, p. 128 e 129). Penn (2008, p. 316), citando Barthes (1964), esclarece que “...o sentido de uma imagem visual é ancorado pelo texto que a acompanha, e pelo status dos objetos, tais como alimento ou vestido...”, para justificar a importância do estudo dos sistemas de signos.

A partir daí, importa discutir as expressões imagéticas através da fotografia e o processo comunicacional estabelecido nos cartazes publicados em campanhas de saúde sobre deficiência, bem como as representações e os elementos que compõem as imagens veiculadas, o que foi feito levando-se em conta as retóricas visuais de Garland-Thomson (2001), trazidas aqui por

Luiz (2015), onde a deficiência pode ser enquadrada sob um olhar prodigioso, sentimental, exótico ou realista.

Enquanto uma forma de comunicação constituída por símbolos inscritos em imagens, o ato fotográfico em si é capaz de revelar muito mais do que aquilo que se pode ver.

As fotografias começam, com Atget, a tornar-se provas no processo histórico, o que perfaz sua significação política oculta. Elas já exigem uma recepção num sentido determinado. [...] Elas inquietam o observador; ele sente que deve buscar um caminho determinado até elas (BENJAMIM, 2019, p. 67).

Para Pedrosa e Costa (2017, p. 86):

Produzir imagens é também produzir discursos sobre vida vivida, o presente e o futuro. As fotografias se colocam como um dos possíveis produtos dessa e nessa trama de representar-se que, em determinados momentos, favorecem (ou não) usos e costumes, formas de ver e ver-se e produzir peças com o status de bens culturais de uma sociedade e seus grupos.

Ao apontar uma câmera para uma pessoa, tenha ou não uma deficiência, desvenda-se uma poderosa ferramenta de interlocução e construção de memória, capaz de dar-lhe voz e fazer-lhe dialogar. Neste sentido, Kossoy (2014, p. 35 e 36) atenta para o emprego da fotografia como meio de informação e conhecimento sobre determinado tema, reconhecendo-a como instrumento auxiliar de investigação. Joly (2012, p. 19) classifica a imagem como instrumento de comunicação, confundindo-se com aquilo que representa, servindo para educar e levar ao conhecimento, sendo possível atribuir-lhe, inclusive, poderes mágicos.

Assim, tomando-se as imagens usadas pelo Ministério da Saúde para representar a deficiência e como esta é comunicada nos cartazes é preciso também discutir a posição social ocupada pela pessoa com deficiência, o seu lugar de fala diante dos processos de comunicação e dos sistemas simbólicos, segundo Bourdieu (2000), categorizando os grupos sociais e a luta simbólica expressos nas imagens, por exemplo. Sugere-se que as imagens trazidas nos cartazes têm uma função simbólica, funcionando como instrumentos de integração social, podendo estabelecer uma relação política a fim de conferir legitimação a uma dominação social. Elas têm o poder de construção do senso comum, enquanto comunicam tipificando a pessoa com deficiência, com respeito à sua identidade e posição sociais (BOURDIEU, 2000, p. 10 e 142).

Schmitt (2007) *apud* Oliveira e Nunes, a respeito da análise de imagens, cita:

Todas as imagens, em todo o caso, têm sua razão de ser, exprimem e comunicam sentidos, estão carregadas de valores simbólicos, cumprem funções religiosas, políticas ou ideológicas, prestam-se a usos pedagógicos e mesmo mágicos. Isso quer dizer que participam plenamente do funcionamento e da reprodução das sociedades presentes e passadas (OLIVEIRA e NUNES, 2010, p. 308).

Araújo e Cardoso (2007, p. 75), consideram os modos e canais de circulação da comunicação na saúde, assim como os dispositivos de apropriação, como a pedra de toque da comunicação, devendo haver um melhor conhecimento sobre os mesmos, pois neles se formam os sentidos sociais.

Diante de um cenário de disputas pelo reconhecimento dos direitos das pessoas com deficiência e, conseqüentemente, pela sua visibilidade social, destaca-se um permanente tensionamento onde a lógica biologizante e estigmatizante insiste em atuar reduzindo as pessoas ao corpo doente ou debilitado, sem tomá-las como atores do tecido social, invisibilizando-as e alijando-as do convívio em sociedade e do usufruto de seus direitos e garantias individuais, constitucionalmente garantidos.

A invisibilidade das pessoas com deficiência, por sinal, é fato que atravessa a discussão da posição social por elas ocupada e que é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde, ao tratar dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio⁴, em seu Relatório Mundial da Deficiência, publicado em 2011:

O relatório MDG 2010 é o primeiro a mencionar as deficiências, citando as oportunidades limitadas que as crianças com deficiência têm de enfrentar, e a conexão entre deficiência e marginalização na educação. A Declaração Ministerial de julho de 2010 reconhece a deficiência como uma questão transversal essencial para a realização das MDGs, enfatizando a necessidade de garantir que as mulheres e meninas com deficiência não estejam sujeitas a formas múltiplas ou agravadas de discriminação, ou excluídas da participação na implementação das MDGs. A Assembléia Geral das Nações Unidas tem realçado a invisibilidade das pessoas com deficiência nas estatísticas oficiais (SÃO PAULO, 2012, p. 12).

Para Santos (2002, p.246-248), ao falar da lógica da classificação social, uma das produtoras de não-existência, perceber a ausência ou a não-existência de algo é reconhecer que isto deve ficar oculto, subjugado por relações sociais desequilibradas, permitindo a naturalização da desigualdade através de um acordo social excludente que não reconhece a cidadania para todos.

Baldin, após citar Goffman, traduz de forma clara uma das relações emanadas do estigma, no que concerne à pessoa com deficiência:

O processo de estigmatizar pune os sujeitos com deficiência, ao longo da história da humanidade; se deu e continua a se dar das mais variadas maneiras, e se manifesta seja com a eliminação (morte) ou com a retirada do convívio social, do mundo do trabalho e dos estudos. O estigma separa, transforma em

⁴ Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio constituíram uma agenda de objetivos acordados entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, entre os quais estavam a erradicação da pobreza extrema e o acesso universal à educação básica, a serem alcançados até 2015, visando a atender às nações mais pobres do mundo e suas populações (SÃO PAULO, 2012, p. 12).

um outro, que passa a ser visto como o que não pertence (e o que o diferencia é o que sustenta o estigma) e, sendo diferente, não pertencendo àquele conjunto de pessoas que se reconhece como ‘normal’, pode ser excluído (BALDIN, 2020, p. 33).

Goffman (1982, p. 141-158), em sua obra, vem reforçar a construção das relações sociais entre indivíduos normais e indivíduos desviantes ou estigmatizados, afirmando ser a manipulação do estigma uma característica geral da sociedade, onde os comportamentos de ambos são parte de um mesmo todo, a favor e contra a ordem social instituída e as instituições sociais básicas, como a classificação por idade, a divisão de papéis entre homens e mulheres, o emprego formal, entre outras.

A respeito do corpo e sua relação com a saúde e com o meio, permitindo a aproximação das discussões sobre a estigmatização e sobre os conceitos da deficiência, Foucault afirma:

Uma existência racional não pode desenrolar-se sem uma ‘prática de saúde’... que constitui, de certa forma, a armadura permanente da vida cotidiana, permitindo a cada instante saber o que e como fazer. Ela implica uma percepção, de certa forma médica, do mundo ou, pelo menos, do espaço e das circunstâncias em que se vive. Os elementos do meio são percebidos como portadores de efeitos positivos ou negativos para a saúde; entre o indivíduo e o que o envolve, supõe-se toda uma trama de interferências que fazem que tal disposição, tal acontecimento, tal mudança nas coisas, irão induzir efeitos mórbidos no corpo; e que, inversamente, tal constituição frágil do corpo será favorecida ou desfavorecida por tal circunstância. Problematização constante e detalhada do meio; valorização diferencial desse circundante em relação ao corpo e fragilização do corpo em relação àquilo que o circunda (FOUCAULT, 2005, p. 107).

Visando a elucidar a natureza do corpo com deficiência como sendo um corpo normal, que apenas segue um caminho diferente, não havendo nele, necessariamente, uma patologia, Canguilhem afirma:

[...] a anomalia só é conhecida pela ciência se tiver sido, primeiro, sentida na consciência, sob a forma de obstáculo ao exercício das funções, sob a forma de perturbação ou de nocividade.

[...]

A anomalia é a consequência de variação individual que impede dois seres de poderem se substituir um ao outro de modo completo. Ilustra, na ordem biológica, o princípio leibnitziano dos indiscerníveis. No entanto, diversidade não é doença. O anormal não é o patológico. Patológico implica *pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada.

[...]

Não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem outras normas de vida possíveis. Se essas normas forem inferiores... às normas específicas anteriores, serão chamadas patológicas. Se, eventualmente, se revelarem equivalentes... ou superiores..., serão chamadas normais. Sua normalidade

advirá de sua normatividade. O patológico não é a ausência de norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida (CANGUILHEM, 2009, p. 52-56).

A deficiência, assim como outros marcadores sociais, sugere ser uma construção social que encontra reforço na lógica capitalista, onde se faz presente a exclusão daqueles que teoricamente estão fora dos padrões de normalidade, fora da ordem instituída. Tal fato se constata em diferentes textos e acontecimentos sócio-políticos ao longo da história humana. Para Nordenfelt, citado por Gaudenzi e Ortega (2016, p. 3065), ao trabalhar os conceitos de saúde, doença e deficiência, especificamente, de uma maneira holística, é possível compreender que as duas últimas não fazem parte da natureza humana, mas são construções produzidas por determinada sociedade e estão sujeitas a julgamentos de valor. Crespo (2009, p. 54), por sua vez, ao falar sobre o início do movimento social das pessoas com deficiência, no final dos anos 1970, compara a posição por elas ocupada à dos negros, homossexuais e mulheres, enquanto outros segmentos populacionais marginalizados. Diniz, Barbosa e Santos (2009, p. 65) seguem a linha de defesa dos valores fundamentais da vida e dos direitos humanos, tratando a deficiência como fenômeno cultural, como uma categoria similar à raça e à orientação sexual, encontrando também semelhanças nas formas de opressão, como o sexismo e o racismo. Barnes, por fim, ao determinar a economia como um dos fatores determinantes na criação da deficiência, resume:

A economia é fundamental. É possível analisá-la por meio de uma abordagem capitalista neoliberal, que diz que os indivíduos devem ter atendidas as condições para cuidar deles mesmos. Mas uma sociedade organizada em torno do mercado, onde há uma série de barreiras que as pessoas em desvantagem por causa de impedimentos ou da pobreza têm de superar, não é uma sociedade igualitária. E explicar deficiência, raça ou qualquer outro -ismo (sexismo, por exemplo) sem referência à economia é uma visão míope, com o perdão do termo, porque não há realidade que seja fundamental para todas as espécies: sem recursos materiais, não há vida. Não importa se é um humano, um gorila, uma ameba; recursos são necessários – alimento, abrigo, água. E a história humana não é nada menos que um catálogo de lutas para acessar e controlar recursos materiais, o que cria conflitos entre diferentes grupos. Então, sem entender a forma como os seres humanos adquirem e controlam a economia, o que leva à cultura, status e a todo esse tipo de coisas, não se pode entender nenhum tipo de opressão (BARNES, 2013, p. 239 e 240).

Este, portanto, é um trabalho acadêmico que busca contribuir para a construção de conhecimento sobre a deficiência, a partir da análise das expressões imagéticas inscritas em cartazes de campanhas de saúde, confrontados a uma política pública específica, e para o movimento social das pessoas com deficiência, trazendo luz a uma questão que costuma atingir as minorias sociais: a invisibilidade.

3 CONTEXTO HISTÓRICO, MODELOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLOGIA DA DEFICIÊNCIA

O conhecimento sobre a deficiência e as discussões sobre seus conceitos ajudaram e ainda ajudam a construir seu contexto histórico, do qual fazem parte movimentos sociopolíticos específicos, em busca de uma sociedade mais inclusiva, especialmente quando se pensa na redução da desigualdade e das iniquidades.

Segundo Mattos:

[...] entender o porquê fazer a inclusão é olhar historicamente para o processo de exclusão desses indivíduos, o qual está pautado em um modelo de normalidade, que tem um modelo padrão a ser seguido, por conseguinte, orientador do ‘como fazer’ (MATTOS, 2016, p. 22).

Entender o que significa deficiência é um desafio para a sociedade, especialmente diante da invisibilidade a que estão expostas as pessoas com deficiência. Historicamente, é possível conceber a deficiência como um conceito aberto, posto que ainda está sendo construído e ajustado à medida que a luta pelo reconhecimento e pelos direitos das pessoas com deficiência alcança novas etapas. Ademais, por se tratar de um tema que precisa ser debatido, deve estar em pauta a busca por um conceito amplo, capaz de representar as diferentes formas de limitação à funcionalidade da pessoa, inobstante as distintas etimologias conferidas aos termos que tratam da deficiência, advindas das mais diversas traduções linguísticas.

Neste cenário de permanente disputa, onde as representações discursivas e os interesses sociais agem de forma parcial, priorizando o corpo padronizado, considerado normal e produtivo, é possível destacar três modelos conceituais históricos da deficiência, na busca pela hegemonia: o biomédico, centrado no indivíduo e associado às condições do corpo deficiente; o social, que busca as interações entre a pessoa com deficiência e o meio em que vive; e o biopsicossocial, modelo mais recente, expresso na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), em 2001, que busca agregar as duas primeiras concepções.

3.1 Breve histórico da deficiência no Brasil e sua evolução conceitual

O histórico de proteção social das pessoas com deficiência, em terras brasileiras, remonta ao tempo do Império, como afirmam Cabral e Ferreira (2013, p. 99-101), com a criação, após

a Proclamação da República, do Instituto Benjamin Constant e do Instituto Nacional de Educação dos Surdos, os antigos Imperial Instituto dos Cegos e Imperial Instituto dos Surdos-Mudos.

Conforme Lanna Júnior (2010, p. 23), a situação das pessoas com deficiência mudou pouco após a instauração da República. Havia novos institutos, mas o atendimento se restringia às pessoas cegas e às pessoas surdas. Apenas no período compreendido entre as décadas de 20 a 50, do século XX, muito em função da industrialização e da expansão urbanística do Brasil, surgiram mais organizações destinadas a pessoas com outras deficiências. Neste período, também surgiram os primeiros centros de reabilitação física, além da primeira Sociedade Pestalozzi, em Belo Horizonte, em 1932, e, da primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), em 1954, no Rio de Janeiro.

Os anos 1950 foram marcados pelo surgimento de organizações filantrópicas de reabilitação, como o Instituto Bahiano de Reabilitação (IBR) e a Associação Fluminense de Reabilitação (AFR), especialmente pela necessidade advinda dos surtos de poliomielite que marcaram a primeira metade do Século XX, pelas iniciativas da sociedade civil em se organizar em prol de familiares com deficiência e de especialistas que haviam trazido da Europa e dos Estados Unidos um modelo de reabilitação pós-2ª Guerra Mundial, construído para reinserir as pessoas no convívio social (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 24-26).

A partir dos anos 1950 e 60 destaca-se o associativismo das pessoas com deficiência, onde as associações eram criadas e geridas por elas próprias. Segundo Lanna Júnior (2010, p. 28), estas associações foram a origem dos movimentos políticos no Brasil que culminaram, na década de 1970, na formação de entidades que passaram a lutar pelos direitos e pela autonomia das pessoas com deficiência, anteriormente limitadas à caridade e ao assistencialismo.

Os movimentos sociais eclodidos nos anos 70, estudos internacionais⁵, como o promovido pelo UNICEF, em 1979, e o Ano Internacional das Pessoas com Deficiência, em 1981, além dos encontros nacionais de entidades de pessoas com deficiência refletiram a defesa dos direitos dessa população, no processo de redemocratização do Brasil e no texto da Constituição Federal de 1988, após um longo período de ditadura militar, caracterizada pelo cerceamento de direitos.

O final da década de 1980 também marcou o surgimento do Movimento de Vida Independente (MVI), no Brasil, uma ideia que surgiu nos EUA e que foi trazida ao país por militantes brasileiros. Sua principal característica era a luta pela inclusão social, uma vez que

⁵ Em 1979, o UNICEF encomendou uma pesquisa sobre crianças com deficiência, onde ficou constatado o desconhecimento que grande parte dos países tinha sobre a deficiência (BRASIL, 1981, p. 4).

as pessoas com deficiência entendiam que não poderiam ficar à margem da sociedade, tendo suas vidas decididas por especialistas e familiares; elas deveriam agir e decidir por si mesmas (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 60).

Esta ideia acabou fomentando o surgimento dos Centros de Vida Independente e, nos anos 2000, do Conselho Nacional dos Centros de Vida Independente, uma entidade que congrega todos os conselhos do Brasil e que tem ascendência sobre o movimento das pessoas com deficiência, tendo já, por exemplo, eleito o presidente do Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CONADE), em 2006, e participado ativamente no processo de internalização da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 61).

A Constituição de 1988 foi o reflexo das lutas e movimentos sociais⁶ pelos direitos e garantias individuais, entre os quais estão os direitos das pessoas com deficiência, mas outros acontecimentos podem ainda ser citados como predecessores da virada para o Século XXI: o início da discussão sobre o Benefício de Prestação Continuada, ainda na Assembleia Nacional Constituinte, vindo a ser regulado, posteriormente, na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), em 1993; a criação da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), em 1986, e que, em 2010 passou a responder como Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência; e a criação do CONADE, em 1999, órgão de deliberação cuja principal atribuição era a de garantir a implantação da Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (atualmente, o CONADE teve suas atividades suspensas, em razão do Decreto nº 9.759/2019) (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 62-79).

O novo milênio representa a busca pela inclusão das pessoas com deficiência, em toda a sua plenitude, não apenas na proteção aos direitos, mas também na garantia de acessibilidade, participação social e política, oferta de emprego, saúde e educação adequadas, promoção da vida cultural ativa, entre outras iniciativas, e está marcado, principalmente, pela assinatura da Convenção da ONU sobre Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada no Brasil em 2009, com status de emenda constitucional (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 82-92).

Reconhecendo que falar sobre a deficiência evoca um cenário de disputa social e política, a Convenção visa a promover, proteger e assegurar o desfrute pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por parte de todas as pessoas com deficiência e

⁶ Os movimentos sociais das pessoas com deficiência serão abordados no item 3.3, adiante.

promover o respeito pela sua inerente dignidade⁷. Cabe, então, trazer a definição, para a ONU, do que seja deficiência, mostrando a sua clara preocupação com a integração social das pessoas com deficiência. Assim, dispõe o artigo 1, segunda parte:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas (ONU, 2006, s/p).

A deficiência é um conceito orgânico que está submetido a diversos tensionamentos, sejam eles sociais, políticos, filosóficos ou econômicos, a partir de um maior conhecimento sobre a concepção dessa condição e sobre a posição da pessoa com deficiência na sociedade, à medida em que esta se encontra mais incluída na estrutura.

Neste sentido, Barnes resume bem a situação das pessoas com deficiência:

As pessoas deficientes são aquelas identificadas, de uma forma ou de outra, como social, biológica, intelectualmente inadequadas. De todo modo, isso é um julgamento de valor, porque, quanto mais sofisticadas ficam as sociedades, mais impedimentos nós criamos: exemplos são as condições como a dislexia ou a numerexia, a incapacidade de ler e a incapacidade de escrever, que não necessariamente ocorrem por falta de inteligência, mas pela forma como o cérebro funciona. Isso não seria um problema em ambientes rurais, onde não se espera que as pessoas leiam muito, mas em sociedades desenvolvidas uma grande questão. Então, o impedimento é comum, mas a deficiência não é uma característica típica de cada sociedade. Isso poderia ser erradicado. Poderíamos criar uma sociedade que eliminasse os impedimentos ou aceitasse o fato de que os seres humanos são diferentes. Nós escolhemos não fazê-lo (BARNES, 2013, p. 238).

Antes do aprofundamento nos modelos conceituais da deficiência, registra-se a linha evolutiva abaixo (figura 1), baseada nos escritos de Sasaki (2007, s/p), sobre a terminologia atribuída às pessoas com deficiência, o que ajuda a entender e construir os modelos, haja vista que estes se adaptam social e historicamente. Segundo o autor (SASSAKI, 2006, p. 1), utilizar “...a terminologia correta é especialmente importante quando abordamos assuntos tradicionalmente evitados de preconceitos, estigmas e estereótipos, como é o caso das deficiências...”. E chama a atenção para a incursão em equívocos capazes de causarem um indevido reforço negativo, perpetuando ainda mais a discriminação e a segregação. O uso correto, como reforça, é, justamente, um dos caminhos para a eliminação das práticas discriminatórias e para a construção da verdadeira inclusão (SASSAKI, 2006, p. 6).

⁷ Vide o preâmbulo, item 5, e os artigos 1 e 3, que destacam o propósito e os princípios gerais da Convenção. (ONU, 2006, s/p).

Figura 1 – Evolução da Terminologia para Pessoas com Deficiência



Fonte: elaborado a partir de SASSAKI, Histórico da terminologia sobre pessoas com deficiência num relance, 2007, s/p.

Em termos práticos, como será visto a seguir, os modelos médico, social e biopsicossocial (ou interacional) da deficiência podem ser resumidos a partir de informações trazidas pela Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (BRASIL, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2019, s/p), que explicam que a deficiência não se trata apenas da análise das estruturas e funções do corpo, mas também do contexto em que vivem os indivíduos, não se restringindo a esses fatores ambientais, uma vez que as funções do corpo também podem fazer diferença na experiência vivida na deficiência.

3.1.1 O conceito biomédico da deficiência

Ao longo dos séculos, são percebidas duas formas padronizadas de tratamento conferido às pessoas com deficiência: ou eram eliminadas, ou protegidas sobre o manto do assistencialismo. Como relata Fonseca:

Na Antigüidade remota e entre os povos primitivos, o tratamento destinado aos portadores de deficiência assumiu dois aspectos básicos: alguns os exterminavam por considerá-los grave empecilho à sobrevivência do grupo e, outros, os protegiam e sustentavam para buscar a simpatia dos deuses, ou como gratidão pelos esforços dos que se mutilavam na guerra (FONSECA, 2000, p. 482).

A partir do Século XX, entretanto, vislumbra-se uma mudança de rumo, com a relevância conferida ao tema, a partir da Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, 1948, s/p) que, em seu artigo 1º, preconiza os princípios da liberdade, da igualdade, da fraternidade e da dignidade da pessoa humana⁸. Havia uma preocupação advinda das mazelas causadas pela 2ª Guerra Mundial e com as milhares de pessoas mutiladas, em um contexto de expansão mundial do Estado de Bem-Estar Social.

O modelo médico ou biomédico é originário dos anos de 1960/70 e remete aos estudos do sociólogo norte-americano Saad Z. Nagi, onde a abordagem da deficiência tem a ver com o comprometimento biológico do indivíduo, causado por doença, trauma ou outra condição de saúde que requer alguma intervenção médica (ou de outro profissional), visando a compensação do problema. Essa teoria apresenta quatro fenômenos: a) patologia ativa: estado de mobilização das defesas do organismo contra infecção, lesão traumática ou alguma outra etiologia; b) impedimento (*impairment*): anormalidades ou perdas anatômicas ou fisiológicas; c) limitação funcional: restrições no desempenho funcional da pessoa; d) deficiência (*disability*): padrão de comportamento que se desenvolve em situações de longo prazo e está vinculado a limitações funcionais. Este modelo desenvolvido por Nagi foi usado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o desenvolvimento da Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades

⁸ “Artigo 1. Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade” (ONU, 1948, s/p).

e Desvantagens (CIDID)⁹, em 1976¹⁰, substituída pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), em 2001, a qual permanece vigente (BERNARDES e ARAÚJO, 2012, p. 2436).

Sobre o modelo biomédico, Marco afirma: “Este modelo, refletindo o referencial técnico-instrumental das biociências, exclui o contexto psicossocial dos significados, dos quais uma compreensão plena e adequada dos pacientes e suas doenças depende” (MARCO, 2006, p. 64).

Ao citar a cegueira como exemplo Diniz resume a natureza biomédica da deficiência ao corpo anormal:

Um corpo cego é um corpo inesperado diante da expectativa do discurso normal. [...] O modelo médico de compreensão da deficiência, assim pode catalogar um corpo cego: alguém que não enxerga ou alguém a quem falta visão – esse é um fato biológico (DINIZ, 2012, p. 9).

Lanna Júnior, ao relembrar o surgimento dos centros de reabilitação física, nos anos 1950, alude ao modelo biomédico da deficiência, onde a superação dos problemas por ela ocasionados estava estreitamente ligada à intervenção de especialistas médicos, fisioterapeutas, psicólogos e outros, repassando papel de destaque a estes, sem levar em conta a pessoa com deficiência (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 26).

3.1.2 O conceito social da deficiência

No final dos anos 1970, como ressalta Diniz (2012, p. 8 e 9), surgiram, nos Estados Unidos e no Reino Unido, os primeiros estudos revolucionários sobre a deficiência, tratando do modelo social, onde o corpo com deficiência deixava de ser descrito como algo anormal,

⁹ “Visando responder às necessidades de se conhecer mais sobre as conseqüências das doenças, em 1976, a OMS publicou a *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*, em caráter experimental. Esta foi traduzida para o Português como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (*handicaps*), a CIDID.

De acordo com esse marco conceitual, *impairment* (deficiência) é descrita como as anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo; *disability* (incapacidade) é caracterizada como as conseqüências da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades; *handicap* (desvantagem) reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da deficiência e incapacidade.

O modelo da CIDID descreve, como uma seqüência linear, as condições decorrentes da doença: Doença ⇒ Deficiência ⇒ Incapacidade ⇒ Desvantagem” (FARIAS e BUCHALLA, 2005, p. 189).

¹⁰ Vale lembrar que nos anos 1970 havia um embate na Organização Mundial da Saúde que contrapunha interesses advindos da Guerra-Fria, gerando tensões entre uma abordagem social e econômica da saúde da população e outra voltada para a tecnologia e doenças, tendo havido discussões sobre a atenção primária à saúde em oposição a uma abordagem centralizada e medicalizada que culminaram com a declaração firmada na conferência de Alma-Ata, na antiga União Soviética. Um cenário que, posteriormente, se desenhou conforme os interesses e a influência dos Estados Unidos e do Banco Mundial, enquanto financiadores de diversas ações levadas à cabo pela OMS (BROWN *et al.* 2006, p. 627-634).

reforçando o que ela chama de “experiência da desigualdade”, um construto inerente às sociedades insensíveis às diferentes formas e estilos de vida.

Fruto das lutas de movimentos de pessoas com deficiência, o modelo social nasceu em contraposição ao modelo médico, baseando-se, grosso modo, nos Direitos Humanos e no fato de que a deficiência estaria nas barreiras e restrições impostas à participação social. Foi assim que surgiram os *Disability Studies*, no eixo EUA-Reino Unido, com as intervenções do *Independent Living Movement (ILM)* e da *Union of The Physically Movement Against Segregation (UPIAS)*, respectivamente (GAUDENZI e ORTEGA, 2016, p. 3062).

Em 1980, a rejeição ao modelo médico e à ideia de que a deficiência precisa ser ‘corrigida’ ganha força, assim como a defesa de que os ‘ajustamentos’ não deveriam ser dos indivíduos deficientes, mas da sociedade, pois ela que era desajustada em relação a estes. Entendia-se que a opressão social e a exclusão dos deficientes não resultavam de suas limitações físico-mentais e que a experiência da desigualdade apenas se manifesta em uma sociedade pouco sensível à diversidade de estilos de vida. Neste contexto, marcado pela ‘primeira geração’ dos acadêmicos e ativistas da deficiência, os estudiosos atentam para a complexidade do conceito de deficiência que, longe de ser sinônimo de um corpo com lesão, também denuncia a estrutura social que oprime a pessoa que apresenta um corpo atípico. Em contraposição ao modelo médico da deficiência, cresce o modelo social da deficiência.

[...]

Habitar um corpo anômalo é uma experiência singular que pode ser descrita de diversas formas, dependendo da experiência subjetiva e do aporte ambiental (GAUDENZI e ORTEGA, 2016, p. 3063).

Um pouco mais adiante, novas discussões e novos conceitos foram estabelecidos com a declaração, pela ONU, em 1981, do Ano Internacional das Pessoas Deficientes (AIPD), quando foi colocado em prática um plano de ação em nível internacional, regional e nacional, com ênfase na equiparação de oportunidades, reabilitação e prevenção de deficiências (CRESPO, 2009, p. 131).

Com o lema “Participação Plena e Igualdade”, o Ano Internacional das Pessoas Deficientes tornou-se um verdadeiro marco no movimento social das pessoas com deficiência. Com grande apoio da mídia, o AIPD serviu para que as organizações representativas das pessoas com deficiência divulgassem à sociedade suas reivindicações e, ao mesmo tempo, através de eventos com centenas de participantes, aprimorassem seu discurso e elaborassem suas estratégias de ação, metas e objetivos para o futuro. O AIPD mudou a maneira como os técnicos e a sociedade em geral percebiam esse segmento da população: (CRESPO, 2009, p. 134).

Depois do AIPD, o movimento das pessoas com deficiência se mobilizou para a criação de organismos estaduais e municipais, integrados por organizações representativas da sociedade civil, que coordenassem as políticas públicas para esse segmento social (SÃO PAULO, 2011, p. 37 e 40).

Segundo Diniz (2012, p. 10), a dificuldade de enfrentamento ao tema já se identifica nas primeiras tentativas de se estabelecer seus conceitos basilares. A deficiência, para ela, por exemplo, é muito mais ampla do que o corpo lesionado; vai além, é um conceito complexo que tem que reconhecer o corpo com lesão por suposto, mas que também deve denunciar as estruturas sociais opressoras.

Em sua obra, ela (DINIZ, 2012, p. 15) atenta para a construção do modelo social, trazendo um pouco da história do movimento das pessoas com deficiência, mostrando a articulação política e intelectual levada à cabo, em contraposição ao modelo biomédico: “...diferentemente das abordagens biomédicas, deficiência não deveria ser entendida como um problema individual... mas, sim, uma questão eminentemente social”.

Citando a união de importantes ativistas como os sociólogos Oliver, Abberley, Finkelstein e Hunt¹¹, especialmente em torno à discussão sobre a definição do que seria a deficiência, Diniz (2012, p. 16 e 17) afirma que a “...experiência da deficiência não era resultado de suas lesões, mas do ambiente social hostil à diversidade física”, uma verdadeira experiência discriminatória.

Quem é deficiente para o modelo social da deficiência? Para responder a essa pergunta, foi preciso enfrentar a tensão entre corpo e sociedade. Seria um corpo com lesão o que limitaria a participação social ou seriam os contextos pouco sensíveis à diversidade o que segregaria o deficiente? O desafio era avaliar se a experiência de opressão e exclusão denunciada pela Upias decorreria das limitações corporais, como grande parte da biomedicina defendia, ou se seria resultado de organizações sociais e políticas pouco sensíveis à diversidade corporal.

[...]

Os objetivos da Upias eram:

1. Diferenciar natureza de sociedade pelo argumento de que a opressão não era resultado da lesão, mas de ordenamentos sociais excludentes. ...o alvo da Upias era aproximar os deficientes de outras minorias sociais, grupos nos quais a tensão entre os conceitos de natureza e sociedade era também intensa. O objetivo era dessencializar a lesão, denunciando as construções sociológicas que a descreviam como desvantagem natural;

2. Assumir a deficiência como uma questão sociológica, retirando-a do controle discursivo dos saberes biomédicos. [...] O modelo social definia a deficiência não como uma desigualdade natural, mas como uma opressão exercida sobre o corpo deficiente. Ou seja, o tema deficiência não deveria ser matéria exclusiva dos saberes biomédicos, mas principalmente de ações políticas e de intervenção do Estado.

Esses dois objetivos abriram caminho para um novo olhar sobre a deficiência. Para o modelo social da deficiência, as causas da segregação e da opressão sofrida por Oliver, por exemplo, deveriam ser buscadas não nas sequelas da poliomielite contraída na infância, mas nas barreiras sociais que dificultavam ou impediam sua locomoção em cadeiras de rodas. Sua dificuldade de

¹¹ Michael Oliver, Paul Abberley, Vic Finkelstein e Paul Hunt podem ser considerados os principais idealizadores do modelo social da deficiência (DINIZ, 2012, p. 14).

locomoção não deveria ser entendida como uma tragédia pessoal fruto de loteria da natureza, mas como um ato de discriminação permanente contra um grupo de pessoas com expressões corporais diversas (DINIZ, 2012, p. 17, 18 e 19).

A autora ainda traz importante contribuição no que tange aos interesses que estariam por trás da segregação das pessoas com deficiência, quando descreve a deficiência como um “resultado do ordenamento político e econômico capitalista, que pressupunha um tipo ideal de sujeito produtivo” (DINIZ, 2012, p. 24).

Enquanto o modelo médico pensa na deficiência como uma decorrência da lesão, o modelo social sugere que o sistema opressor leve as pessoas a experimentarem a deficiência (DINIZ, 2012, p. 24).

Guardadas as devidas ressalvas ao modelo social da deficiência, Diniz aponta:

O resultado desse percurso analítico foi a construção de uma teoria da deficiência como opressão pautada em cinco argumentos:

- 1) a ênfase nas origens sociais das lesões;
- 2) o reconhecimento das desvantagens sociais, econômicas, ambientais e psicológicas provocadas nas pessoas com lesões, bem como a resistência a tais desvantagens;
- 3) o reconhecimento de que a origem social da lesão e as desvantagens sofridas pelos deficientes são produtos históricos, e não resultado da natureza;
- 4) o reconhecimento do valor da vida dos deficientes, mas também a crítica à produção social das lesões;
- 5) a adoção de uma perspectiva política capaz de garantir justiça aos deficientes (DINIZ, 2012, p. 29).

3.1.3 O conceito biopsicossocial da deficiência

Por fim, tem-se o modelo conceitual biopsicossocial, oriundo de uma compreensão sociológica e política em construção, trazida com o modelo social. Surgido com a elaboração da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), pela OMS, em 2001, onde se destacam características dos modelos biomédico e social, ele define a deficiência como uma característica de pessoas com impedimentos de longo prazo que, em interação com barreiras e fatores contextuais, podem limitar a plena participação social (BRASIL, 2019, p. 2).

Omote traz considerações interessantes que, *a priori*, parecem se relacionar com a construção do conceito biopsicossocial da deficiência, a partir de uma necessária compreensão dos contextos em que o indivíduo está inserido:

A definição de deficiência perde o caráter oficial e universal. Passa a ser contingencial. As pessoas começam a compreender que alguém é deficiente somente em um contexto temporal, espacial e socialmente determinado.

Começam a compreender que é necessário especificar os critérios segundo os quais ele é deficiente.

[...]

A conceituação de qualquer deficiência, dentro dessa nova perspectiva, precisa levar em conta os fenômenos de natureza anátomo-fisiológica (lesões, malformações, disfunções, etc.), somato-psicológica (manifestações psicológicas resultantes de alterações constitucionais) e psicossocial (autopercepção, identidade pessoal, autoconceito, etc.) manifestados pela pessoa deficiente, além das reações das audiências, particularmente dos outros significativos e das agências de controle (OMOTE, 1996, p. 130 e 131).

Segundo o mesmo autor, a deficiência não surge com o nascimento de uma pessoa após alguma doença, "...mas é produzida e mantida por um grupo social na medida em que interpreta e trata como desvantagens certas diferenças apresentadas por determinadas pessoas". (OMOTE, 1994, p. 68 e 69). Em semelhante direção seguem Barton, Oliver e Shakespeare (1997, p. 267), ao citarem o preconceito e a discriminação como os maiores problemas a serem enfrentados pelas pessoas com deficiência.

Em 2011, a OMS reconheceu em seu Relatório Mundial sobre a Deficiência a importância da adoção do modelo biopsicossocial:

A deficiência varia de acordo com uma complexa combinação de fatores, incluindo idade, sexo, estágio da vida, exposição a riscos ambientais, status sócio-econômico, cultura e recursos disponíveis – que variam consideravelmente entre as regiões. Em muitos lugares, as crescentes taxas de deficiência estão associadas a um aumento dos problemas crônicos de saúde – diabetes, doenças cardiovasculares, complicações mentais, câncer, e doenças respiratórias – e lesões. O envelhecimento global também tem uma grande influência sobre as tendências relativas às deficiências porque há um maior risco de deficiência entre os idosos. O ambiente tem um enorme efeito sobre a prevalência e extensão da deficiência, e sobre as desvantagens que as pessoas com deficiência enfrentam. As pessoas com deficiências e os domicílios com algum membro deficiente enfrentam as piores realidades econômicas e sociais se comparados às pessoas sem deficiências. Em todos os cenários, as pessoas com deficiência e suas famílias costumam incorrer em custos adicionais para obter um padrão de vida equivalente ao das pessoas não-deficientes (SÃO PAULO, 2012, p. 46).

As disputas pela conceituação da deficiência se confundem com a própria história de lutas das pessoas com deficiência. A aprovação da CIF, em 2001, pela Assembleia Mundial, após a revisão da CIDID (Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens), trouxe as funcionalidades e incapacidades a que pode estar submetido o corpo.

Assim, na avaliação de uma pessoa com deficiência, esse modelo destaca-se do biomédico, baseado no diagnóstico etiológico da disfunção, evoluindo para um modelo que incorpora as três dimensões: a biomédica, a psicológica (dimensão individual) e a social (FARIAS e BUCHALLA, 2005, p. 189).

Para Marco (2006, p. 64): “A perspectiva que tem como referência o modelo biopsicossocial tem-se afirmado progressivamente. Ela proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psicológica e social”. A deficiência está na relação do indivíduo com o meio e os outros, não no seu corpo.

Medeiros, Diniz e Barbosa, sobre a importância do tratamento que deve ser dado ao tema da deficiência, destacam a sua conceituação interacional, assim como faz o modelo biopsicossocial:

A deficiência é, hoje, uma questão central aos debates sobre o justo por pelo menos três razões. A primeira é que uma parcela expressiva das pessoas com deficiência é ameaçada em um dos direitos mais fundamentais à existência, o direito a estar no mundo. Essa experiência de solidão e de afastamento da vida social é resultado de ambientes pouco sensíveis aos impedimentos corporais. Deficiência não é um conceito neutro que descreve corpos com impedimentos, mas o resultado da interação do corpo com impedimentos com ambientes, práticas e valores discriminatórios.

Além disso, a experiência da deficiência deslocou-se do espaço simbólico da alteridade para o da possibilidade de futuro compartilhado por todos aqueles que experimentarem o envelhecimento. [...]

Por fim, porque a deficiência tem implicações não só para a vida das pessoas deficientes, mas também para a de outras pessoas. A vida social em geral e a vida das pessoas com deficiência em particular está permeada por relações de cuidado. As deficientes cuidam e são cuidadas por outras pessoas e isso tem implicações para aquilo que elas são capazes de fazer (MEDEIROS; DINIZ; BARBOSA, 2010, p. 13) (grifos incorporados ao texto original).

3.1.4 O conceito biopsicossocial em quatro momentos

Dentro do recorte proposto, além das contribuições trazidas por autores afeitos ao tema, foram tomados quatro documentos visando à análise do conceito biopsicossocial da deficiência, lembrando que seu surgimento se deve, em grande medida, à luta pelos Direitos Humanos, em 1948, seguida pela pressão de parte da OMS, em defesa da saúde universal, nos anos 1970, preocupada com as consequências das doenças sobre as pessoas, o que ficou evidente após a publicação da CIDID (Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens).

O modelo biopsicossocial trata-se de um conceito ainda em construção, mas que, nos cenários internacional e nacional, é adotado ou, pelo menos, esboçado cronologicamente por importantes e atuais documentos e políticas públicas, como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a Convenção da ONU dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei Brasileira de Inclusão (Estatuto da Pessoa com Deficiência), estes, dentro do recorte temporal inicial desta

pesquisa, e a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, todos publicados no Século XXI, tendo em mente o balizamento fornecido pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, em seus artigos 2, 7 e 25:

Artigo 2

1. Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.
[...]

Artigo 7

Todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.
[...]

Artigo 25

1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ONU, 1948, s/p).

A CIF, publicada em 2001, fala na busca de uma experiência de saúde, no seu todo, e se baseia no modelo biopsicossocial:

Para compreender e explicar a incapacidade e a funcionalidade foram propostos vários modelos conceptuais. Esses modelos podem ser expressos numa dialéctica de ‘modelo médico’ versus ‘modelo social’. O modelo médico considera a incapacidade como um problema da pessoa, causado directamente 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 objectivo 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 da política de saúde. O modelo social de incapacidade, por sua vez, considera a questão principalmente como um problema criado pela sociedade e, basicamente, como uma questão de integração plena do indivíduo na sociedade. A incapacidade não é um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social. Assim, a solução do problema requer uma acção social e é da responsabilidade colectiva da sociedade fazer as modificações ambientais necessárias para a participação plena das pessoas com incapacidades em todas as áreas da vida social. Portanto, é uma questão atitudinal ou ideológica que requer mudanças sociais que, a nível político, se transformam numa questão de direitos humanos. De acordo com este modelo, a incapacidade é uma questão política.

A CIF baseia-se numa integração desses dois modelos opostos. Para se obter a integração das várias perspectivas de funcionalidade é utilizada uma abordagem “biopsicossocial”. Assim, a CIF tenta chegar a uma síntese que

ofereça uma visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social (OMS, 2008, p. 18 e 19).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, publicada através da Portaria MS/GM nº 1.060/2002 do Ministério da Saúde MS/GM, objeto de análise mais detida nos próximos itens deste trabalho, apresenta uma abordagem ao conceito de deficiência baseada no Decreto nº 3.298/1999, e conforme Marcelino (2021, s/p), guardando relação com a CIDID de 1980, defasada quando comparada ao modelo biopsicossocial:

Esta Política Nacional, instrumento que orienta as ações do setor Saúde voltadas a esse segmento populacional, adota o conceito fixado pelo Decreto n.º 3.298/99, que considera ‘deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura e/ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere apesar de novos tratamentos; e incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida’ (BRASIL, 2008, p. 6).

Todavia, a própria Portaria MS/GM nº 1.060/2002, atualizada, em 2008, pelo Ministério da Saúde, reconhece a construção continuada do conceito de deficiência, já trazendo entendimentos mais modernos, como o proposto pelo modelo biopsicossocial, conforme preconizado na CIF.

A prática da inclusão social vem aos poucos substituindo a prática da integração social e parte do princípio de que, para inserir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada de modo a atender às necessidades de todos os seus membros: uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais e pessoais.

Nesse sentido, a inclusão social das pessoas portadoras de deficiências significa possibilitar a elas, respeitando as necessidades próprias da sua condição, o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade. [...]

A deficiência passou a ser compreendida como parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indica necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, 2003). A Classificação Internacional faz referência à participação, definida como a interação que se estabelece entre a pessoa com deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto sócio-ambiental.

Tal conceito significa uma mudança fundamental, que altera profundamente o perfil do tratamento dado pelos governos de todo o mundo às questões que envolvem as pessoas com deficiência, constituindo-se em um guia de orientação que organiza e padroniza as informações sobre a funcionalidade

das pessoas com deficiência, segundo uma nova abordagem, a da sua capacidade efetiva (BRASIL, 2008, p. 9 e 10).

O próximo marco, talvez o mais relevante, é a Convenção da ONU sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, de 2006, incorporada ao texto constitucional brasileiro, em 2009, por meio de emenda à Carta Magna.

Em seu primeiro artigo, segunda parte, a Convenção estabelece a definição:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2007, p. 14).

O texto acima vai em direção ao conceito biopsicossocial da deficiência, à medida que traz a associação dos impedimentos, que têm relação com as alterações na estrutura ou na função do corpo, com as limitações e restrições vividas pelo indivíduo, dentro de determinados contextos, sejam eles socioambientais, psicológicos ou pessoais (MARCELINO, 2021, s/p).

Esta junção e a consequente ampliação do conceito da deficiência foi, ainda, expressamente vinculada ao modelo biopsicossocial na legislação mais recente, qual seja, a Lei Brasileira de Inclusão, nº 13.146/2015, que define:

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

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

- I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
- II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
- III - a limitação no desempenho de atividades; e
- IV - a restrição de participação [...] (BRASIL, 2015, s/p).

Por fim, a Pesquisa Nacional de Saúde, de 2019, cujo módulo sobre a deficiência foi publicado em 2021, embora esteja além do período estudado nesta pesquisa, corrobora e auxilia na compreensão da evolução do conceito de deficiência ao modelo biopsicossocial, conceito este que está em pauta desde o ano de 2001, tendo sido transpassado pelo recorte proposto.

[...] cumpre reiterar que o marco conceitual adotado para investigação das pessoas com deficiência pelo IBGE alinha-se à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF, divulgada pela Organização Mundial da Saúde - OMS (*World Health Organization - WHO*) em 2001 (CIF..., 2008), à Convenção de Direitos da Pessoa com Deficiência e à Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146, de 06.07.2015). Dessa forma, o Instituto reafirma a compreensão da deficiência como produto da interação entre funções e estruturas corporais com limitações

e barreiras sociais e ambientais resultando em restrições de participação em igualdade de condições com as demais pessoas. O chamado modelo biopsicossocial da deficiência – em contraposição a um modelo puramente médico – é considerado fundamental para a concepção das pessoas com deficiência como sujeito pleno de direitos, que deve ser incluído em todas as dimensões da vida em sociedade (IBGE, 2021, p. 29).

Deve-se ter em mente que todos são iguais, sem qualquer distinção, tendo os mesmos direitos. Ou seja, a deficiência não é um marcador que possa justificar qualquer forma de segregação, qualquer classificação, adjetivação ou tipificação de natureza discriminatória. A deficiência, passou e ainda vem passando por transformações conceituais, mas não deve ser outra coisa senão uma característica do indivíduo, assim como a altura, a cor dos olhos, a cor da pele, o gênero, entre outros; ela não deve, em hipótese alguma, definir a pessoa.

A deficiência, assim como outras características, como raça e gênero, é uma construção social e, em uma sociedade capitalista, sustentada pelos meios de produção que visam ao lucro, também tem, insculpida em sua definição, o objetivo de proporcionar a exclusão daqueles que teoricamente estão fora da norma, a fim de aumentar a concentração de poder nas mãos de um grupo cada vez menor, formado por pessoas tidas como normais.

Analisando a igualdade entre pessoas com deficiência e sem deficiência, Mefano (2014, p. 25) lembra que é impossível considerá-las favorecidas na mesma medida, ainda que disponham das mesmas oportunidades e condições de vida, pois as pessoas com deficiência experimentarão não apenas a deficiência, mas uma associação desta com outros impedimentos, como os atitudinais e os arquitetônicos.

Ademais, há que se alertar que a igualdade, em sentido amplo, não deve implicar uma lógica normalizadora da deficiência, sob pena de obscurecer a luta do movimento das pessoas com deficiência, gerando atos discriminatórios. Como afirma Barnes:

[...] disabled people do not fit neatly into able-bodied perceptions of normality. Also the emphasis on normality tends to obscure the need for change. Logic dictates that if disabled people are perceived as 'normal' then there is little need for policies to bring about a society free from disablism (BARNES, 1992, p. 18-19).¹²

A discussão sobre a normalidade não é objeto deste trabalho e, embora venha a ser tangenciada mais à frente, cabe lembrar aqui, conforme ensina Canguilhem (2009, p. 56), que:

¹² [...] pessoas com deficiência não se encaixam perfeitamente nas percepções de normalidade de pessoas aptas. A ênfase dada à normalidade também tende a obscurecer a necessidade de mudança. A lógica dita que, se as pessoas com deficiência são percebidas como 'normais', então há pouca necessidade de políticas para criar uma sociedade livre da discriminação e do preconceito contra pessoas com deficiência (BARNES, 1992, p. 18-19). (tradução livre)

“Não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem outras normas de vida possíveis”. O normal, portanto, depende do contexto vivido e este pode ser alterado com o passar do tempo e com a adaptação do indivíduo. Neste rumo, descreve Omote, reforçando o caráter interacional que deve ser dado à deficiência, enquanto característica da pessoa:

[...] a diversidade ou a variabilidade intraespecífica e as diferenças interindividuais representam um grande patrimônio, do qual pode depender a adaptabilidade da espécie ao seu meio, assegurando, em última instância, a sua sobrevivência. Entretanto, nem todas as características diferentes são intrinsecamente vantajosas. O caráter vantajoso ou desvantajoso as características adquirem em interação com o meio. Se uma característica permite ao seu portador enfrentar eficientemente alguma demanda do meio, torna-se vantajosa; se leva o portador a sucumbir a alguma demanda do meio, torna-se desvantajosa; e muitas qualidades podem, num dado momento de interação do indivíduo com o meio, não ter nenhum sentido de vantagem ou desvantagem.

Pode-se admitir que algumas características são intrinsecamente vantajosas, uma vez que podem favorecer a adaptação ou a sobrevivência de seus portadores, face às demandas relativamente constantes e imutáveis do meio ou talvez até independentemente das demandas do meio. Por extensão, deve-se admitir que há características intrinsecamente desvantajosas. Assim, do ponto de vista dos processos naturais, as diferenças e a diversidade apresentadas pelas pessoas podem ser funcionais ou não em diferentes extensões e em diferentes situações (OMOTE, 2004, p. 288).

3.2 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e o conceito biopsicossocial

Este item objetiva demonstrar a importância da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), apresentando suas características e a defesa do modelo biopsicossocial da deficiência. Para tanto, será utilizado o texto publicado pela própria Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008).

A CIF, elaborada 2001, é uma das famílias de classificações da OMS e, assim como as demais, visa proporcionar:

[...] um sistema para a codificação de uma ampla gama de informações sobre saúde (e.g., diagnóstico, funcionalidade e incapacidade, motivos de contacto com os serviços de saúde) e utiliza uma linguagem comum padronizada que permite a comunicação sobre saúde e assistência médica em todo o mundo entre várias disciplinas e ciências (OMS, 2008, p. 2).

A CIF trata da funcionalidade e da incapacidade associadas às condições de saúde, sendo complementar à CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão), onde elas

estão efetivamente codificadas. Juntas visam a oferecer informações capazes de traçar um panorama da saúde das populações, auxiliando as tomadas de decisão.

“A CID-10 proporciona um ‘diagnóstico’ de doenças, perturbações ou outras condições de saúde, que é complementado pelas informações adicionais fornecidas pela CIF sobre funcionalidade” (OMS, 2008, p. 2).

A OMS indica a CIF como uma classificação de componentes de saúde o que acaba por permitir a interação de diferentes fatores sobre as doenças:

Os ‘componentes da saúde’ identificam o que constitui a saúde... Deste modo a CIF assume uma posição neutra em relação à etiologia de modo que os investigadores podem desenvolver inferências causais utilizando métodos científicos adequados (OMS, 2008, p. 3).

Os principais objetivos da CIF, grosso modo, são proporcionar base científica para o estudo da saúde, estabelecer uma linguagem comum para descrever os estados de saúde, permitir a comparação de dados e estabelecer uma codificação sistemática, com finalidades estatística, científica, clínica, política, social e pedagógica, além de poder ser utilizada para instruir setores como os da economia, da educação e da seguridade social (OMS, 2008, p. 4).

A CIF é um sistema de classificação internacional que visa a descrever a funcionalidade do ser humano e suas restrições, porém o ser humano não é unidade utilizada para o referenciamento.

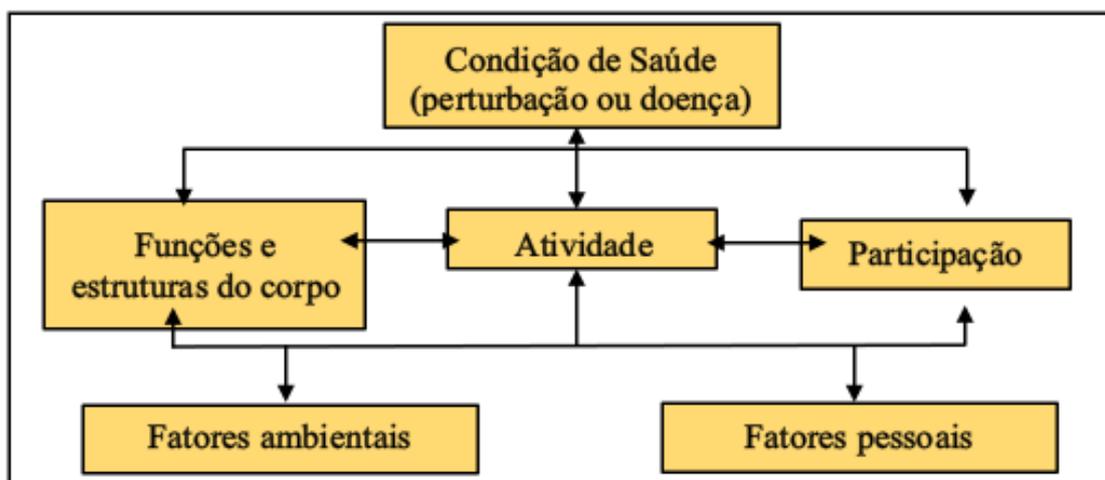
“...a CIF não classifica pessoas, mas descreve a situação de cada pessoa dentro de uma gama de domínios de saúde ou de domínios relacionados com a saúde. Além disso, a descrição é sempre feita dentro do contexto dos factores ambientais e pessoais” (OMS, 2008, p. 7).

Ressalta-se que a deficiência é um dos aspectos de uma das partes da CIF, a que trata das funcionalidades e incapacidades, sendo considerada um problema nas funções ou nas estruturas do corpo, como uma perda ou um desvio. A deficiência, portanto, é apenas uma parte do entendimento sobre o estado de saúde do indivíduo, revelando-se um conceito muito mais complexo, que engloba várias determinantes, não apenas biológicas ou sociais, mas sim uma combinação de ambas, além da interação com outras, como as psicológicas ou as ambientais (OMS, 2008, p. 10 e 11). Neste sentido, afirmam Diniz, Medeiros e Squinca:

Uma pessoa com deficiência não é simplesmente um corpo com lesões, mas uma pessoa com lesões vivendo em um ambiente que oprime e segrega o deficiente. [...] a deficiência não é uma tragédia individual ou a expressão de uma alteridade distante, mas uma condição de existência para quem experimentar os benefícios do progresso biotecnológico e envelhecer. Velhice e deficiência são conceitos aproximados pela ICF e pela nova geração de teóricos da deficiência (DINIZ; MEDEIROS; SQUINCA, 2007, p. 2508).

A título de se chegar a uma melhor compreensão sobre a CIF, de forma breve, vislumbra-se o diagrama abaixo (figura 2), constante do próprio texto da classificação, onde se destacam seus componentes, a fim de se descrever a experiência da saúde.

Figura 2 – Diagrama de interações da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) de 2001



Fonte: OMS, 2008, p. 17 e 18.

Com o objetivo de explicar o quadro acima, a CIF estabelece alguns exemplos, dentre os quais destacam-se os que demonstram que nem sempre uma deficiência será, necessariamente, uma forma de limitar a capacidade de uma pessoa. Diz a classificação:

[...] a funcionalidade de um indivíduo num domínio específico é uma interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os factores contextuais (i.e. factores ambientais e pessoais). Há uma interacção dinâmica entre estas entidades: uma intervenção num elemento pode, potencialmente, modificar um ou vários outros elementos. Estas interacções são específicas e nem sempre ocorrem numa relação unívoca previsível. A interacção funciona em dois sentidos: a presença da deficiência pode modificar até a própria condição de saúde. Inferir uma limitação da capacidade devido a uma ou mais deficiências, ou uma restrição de desempenho por causa de uma ou mais limitações, pode parecer muitas vezes razoável. No entanto, é importante colher dados sobre estes constructos de maneira independente e então, explorar as associações e ligações causais entre eles. Se a nossa intenção é descrever uma experiência de saúde, no seu todo, todos os componentes são úteis. Por exemplo, uma pessoa pode:

- ter deficiências sem limitações de capacidade (e.g., uma desfiguração resultante da Doença de Hansen pode não ter efeito sobre a capacidade da pessoa); [...] (OMS, 2008, p. 17 e 18).

Em seu item 5, ao destacar os modelos de funcionalidade e incapacidade, a CIF acaba por apresentar o conceito do modelo biopsicossocial, sob o qual a deficiência deve ser encarada como fruto de diversas interações, de distintos fatores.

Para compreender e explicar a incapacidade e a funcionalidade foram propostos vários modelos conceptuais. Esses modelos podem ser expressos numa dialéctica de “modelo médico” versus “modelo social”. O modelo médico considera a incapacidade como um problema da pessoa, causado directamente 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 objectivo 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 da política de saúde. O modelo social de incapacidade, por sua vez, considera a questão principalmente como um problema criado pela sociedade e, basicamente, como uma questão de integração plena do indivíduo na sociedade. A incapacidade não é um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social. Assim, a solução do problema requer uma acção social e é da responsabilidade colectiva da sociedade fazer as modificações ambientais necessárias para a participação plena das pessoas com incapacidades em todas as áreas da vida social. Portanto, é uma questão atitudinal ou ideológica que requer mudanças sociais que, a nível político, se transformam numa questão de direitos humanos. De acordo com este modelo, a incapacidade é uma questão política. A CIF baseia-se numa integração desses dois modelos opostos. Para se obter a integração das várias perspectivas de funcionalidade é utilizada uma abordagem “biopsicossocial”. Assim, a CIF tenta chegar a uma síntese que ofereça uma visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social (OMS, 2008, p. 18 e 19).

Como ressalva, no entanto, cabe a observação de que se faz necessária uma revisão da tradução brasileira da CIF, uma vez que há confusão nos termos utilizados. Como alertam Diniz, Medeiros e Squinca (2007, p. 2509), *disability* foi traduzido como incapacidade, sendo mais correta e condizente com a história do movimento das pessoas com deficiência a utilização do termo deficiência. Também há uma imprecisão no uso do termo *impairments*, traduzido como deficiências, quando, na verdade, desde o modelo social, elas representam as lesões. Segundo os autores, na tentativa de se estabelecer uma linguagem universal, a deficiência, enquanto termo principal a ser usado, é entendida como uma “...expressão da desigualdade social”, o que estaria cunhado, por exemplo, na palavra *disablism*¹³, uma representação da ideologia que oprime e segrega o corpo deficiente.

¹³ *Disablism* é a discriminação ou o preconceito social contra pessoas com deficiência. É um termo intimamente associado ao *Ableism*, discriminação em favor de pessoas sem deficiência, origem, em português do termo capacitismo (SCOPE, 2022, s/p).

3.3 Disputas sociais e os direitos das pessoas com deficiência: a situação no Brasil

No Brasil, a finais do século passado, assim como em outras partes do mundo, a deficiência passou a ser o foco de disputas que envolvem o reconhecimento e a ampliação de direitos e mudança na posição social ocupada pelas pessoas com deficiência.

Paralelamente à redemocratização política, começaram a surgir, no seio das associações de pessoas com deficiência, movimentos organizados que caracterizaram o início da luta contra a segregação social, nos moldes da “...luta pela desconstrução de valores éticos que sustentam e legitimam a sociedade capitalista, pautada na desigualdade social” (FILHO e FERREIRA, 2013, p. 103).

Os cuidados com as pessoas com deficiência sempre foram muito atrelados às propostas de reabilitação, incorporando características de assistência social, educação e saúde. A Legião Brasileira de Assistência, inicialmente na condição de órgão público detentor da missão de prover as necessidades das famílias cujos chefes haviam sido mobilizados durante a Segunda Guerra Mundial, passa a ter papel histórico no atendimento às pessoas com deficiência, sendo responsável pela atenção do Estado para com estas [...] (FILHO e FERREIRA, 2013, p. 101).

Os mesmos autores, ao citarem o processo da redemocratização do Brasil, asseveram:

Com o processo de abertura política, desponta no seio da sociedade brasileira uma diversidade de lutas, organizadas de diferentes formas pela sociedade civil. Tal cenário abrange desde partidos políticos, sindicatos, associações corporativas e clubes, até associações voluntárias com objetivos distintos, que surgem como forma de luta e conquista de espaços sociais, econômicos e de inclusão. Para o reconhecimento da cidadania, busca-se compreender aqui os movimentos, associações e segmentos que interagiram com o Estado, viabilizando a construção de políticas sociais destinadas às pessoas com deficiência. As diversas visões sobre a mobilização da sociedade civil seguem referenciais teórico- metodológicos distintos, e têm por base a participação desta sociedade como um processo que imprime o sentido e o significado de um grupo, partindo de pressupostos de identidade e interesses comuns (FILHO e FERREIRA, 2013, p. 93).

“O objetivo comum a todos os grupos era sair da invisibilidade e conquistar a própria cidadania, lutar para que os deficientes deixassem de ser considerados e tratados como cidadãos de segunda classe” (CRESPO, 2009, p. 125).

Conforme relata Crespo (2009, p. 69-81), os anos 1975 a 1985 marcaram o início do movimento das pessoas com deficiência, no Brasil. Elas se organizaram em busca de seus direitos, mas também para que fossem reconhecidas, para que fossem vistas.

Cabe lembrar também que a década de 1970 a 1980 foi proclamada pela *Rehabilitation International*¹⁴ como a Década da Reabilitação e o ano de 1981, como já mencionado, declarado como o Ano Internacional das Pessoas Deficientes (SASSAKI, 2021, s/p).

No entanto, antes mesmo dessa época, algumas organizações já se destacavam, como o Clube dos Paraplégicos de São Paulo, fundado em 1958, a Associação Brasileira de Deficientes Físicos (Abradef), fundada em 1961, responsável pela organização do 1º Encontro de Deficientes Físicos, em São Paulo, momento em que foram “...discutidos amplamente os direitos das pessoas com deficiência em geral” e a Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes (FCD), de 1977, todos constituídos e conduzidos por pessoas que viviam na pele a deficiência, a falta de acessibilidade, a exclusão e o preconceito; foram os precursores de um movimento que trouxe as primeiras vitórias para essa parte da população.

[...] os líderes eram ainda jovens e muitos foram os que colocaram em risco seus empregos, sua carreira acadêmica e, no limite, até mesmo, sua saúde e integridade física, para dedicar-se, abnegadamente, à luta pelos direitos das pessoas com deficiência. É impossível falar de todos eles e, muito menos, contar suas histórias, todas interessantes em suas singularidades e semelhanças (CRESPO, 2009, p. 83).

Sobre as entidades que constituíram efetivamente o movimento das pessoas com deficiência, no final de 1979 e início de 1980, Crespo (2009, p. 95) destaca o caráter “político, mobilizador e aglutinador”, com um objetivo de organização nacional, para reivindicar direitos e denunciar o preconceito e a discriminação.

Até então, vigorava o paternalismo humilhante com relação às necessidades e potencialidades das pessoas deficientes. Até então, era comum que às pessoas com deficiência não fossem permitidos voz e voto nas pequenas e nas grandes decisões que afetavam sua vida. Por demasiado longo tempo, essas pessoas vinham sendo tratadas como se não fossem capazes de falar ou decidir por si mesmas sobre suas necessidades ou como se elas não tivessem a coragem de denunciar publicamente injustiças a que vinham sendo submetidas a título de constituírem uma minoria dentro da população geral (SASSAKI, 2021, s/p).

“Os movimentos sociais de pessoas com deficiência, como tantos outros da sociedade civil brasileira, foram decorrentes do florescimento da participação social, e se baseavam nos laços de identidade e pertencimento, em busca do reconhecimento da sua cidadania” (FILHO e FERREIRA, 2013, p. 105).

¹⁴ A *Rehabilitation International* é uma organização internacional sem fins lucrativos, fundada em 1922, com sede em Nova Iorque, atuante em mais de 100 países, constituída por pessoas com deficiência, agências governamentais, pesquisadores e prestadores de serviço em prol da melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência. Atua na defesa de direitos, promove a colaboração e luta pela construção de políticas e legislações de maior envergadura, além de promover um fórum internacional para trocar de conhecimento e experiências (REHABILITATION INTERNATIONAL, 2021, s/p).

O movimento eclodiu simultaneamente em diversas cidades do País, de início sem nenhuma comunicação ou coordenação entre os grupos. Porto Alegre, Curitiba, Rio de Janeiro, Recife, São Paulo, Salvador, Brasília, Ourinhos e outras cidades registraram a presença de movimentos organizados por pessoas com deficiência que, uma vez estabelecida a comunicação entre eles, começaram a realizar frequentes encontros de âmbitos local, regional e nacional, para uma troca de ideias e tomada de decisões (SASSAKI, 2021, s/p).

Citando Nallin (1990, s/p), uma das fundadoras do Núcleo de Integração de Deficientes (NID), Sasaki (2021, s/p) aponta para o pouco tempo de luta pelos direitos das pessoas com deficiência no Brasil, ressaltando o que pode ter sido um marco histórico: o seu reposicionamento, a fim de lhe conferir voz, trazendo o debate para o campo das ciências sociais e não apenas biológicas. Disse a referida psicóloga:

A mobilização das pessoas deficientes no sentido de uma luta reivindicatória é fato bastante recente na história do nosso país. Os grupos com esta característica começaram a surgir em fins de 1979 e início de 1980, período que coincidiu com o início da ‘abertura’ política que permitiu o debate de vários temas e a organização de diversos setores da comunidade. Antes deste período, a questão das pessoas deficientes era ligada à religião ou à medicina e seus porta-vozes eram os religiosos e os profissionais de reabilitação. O assunto ‘deficiência e deficientes’ era abordado com uma visão caritativa ou científica.

A organização dos grupos com caráter reivindicatório significou que a direção e os objetivos de luta fossem assumidos pelos diretamente interessados: as pessoas deficientes. E a questão dos deficientes passou a ser tema também das Ciências Sociais (NALLIN, 1990, s/p).

Ainda, segundo Sasaki (2021, s/p), vale lembrar que o 1º Encontro Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes, onde foram definidas estratégias do movimento em âmbito nacional, ocorreu em 1980, momento em que surgiu a Coalizão Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes.

Maior, entretanto, ressalta que o comportamento do poder público, no Brasil do século XX, tinha em pauta a normalização do corpo, assentando-se no modelo biomédico da deficiência. Afirmo a autora:

Na área pública no século XX, desenvolveram-se políticas assistencialistas, divorciadas da inserção social. Essas iniciativas correspondem também ao modelo biomédico ou de integração, calcado nos esforços de normalização das pessoas com deficiência para atender os padrões de desempenho e estética exigidos pela sociedade, sem que se alterem seus sistemas e práticas (MAIOR, 2015, p. 1).

Somente a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988, s/p), fruto da Assembleia Nacional Constituinte, após o período da ditadura militar, quando se

consagra efetivamente a proteção aos direitos humanos, consolidando os direitos e garantias fundamentais do cidadão, é possível perceber um movimento político-legislativo em relação à condição social da pessoa com deficiência, destacando-se, entre outros, o artigo 23, inciso II, que trata da proteção à pessoa com deficiência: “Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...] II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;”¹⁵.

Conforme Noronha *et al*, foi no contexto do final do século XX, entre os anos 1980 e 2000, especialmente marcados pela expansão da tecnologia da informação e comunicação, onde a concentração de poder econômico se restringiu a uma pequena minoria, tendo como pano de fundo o crescente processo de urbanização, responsável pelas novas organizações sociais, culturais e populacionais, que o mundo caminhou. Neste cenário de disputas desiguais, o Brasil vivenciou inúmeras mudanças que envolvem aspectos da vida social de vários grupos populacionais e isto se refletiu, obviamente, também nas lutas travadas pelas pessoas com deficiência. Afirmam os autores:

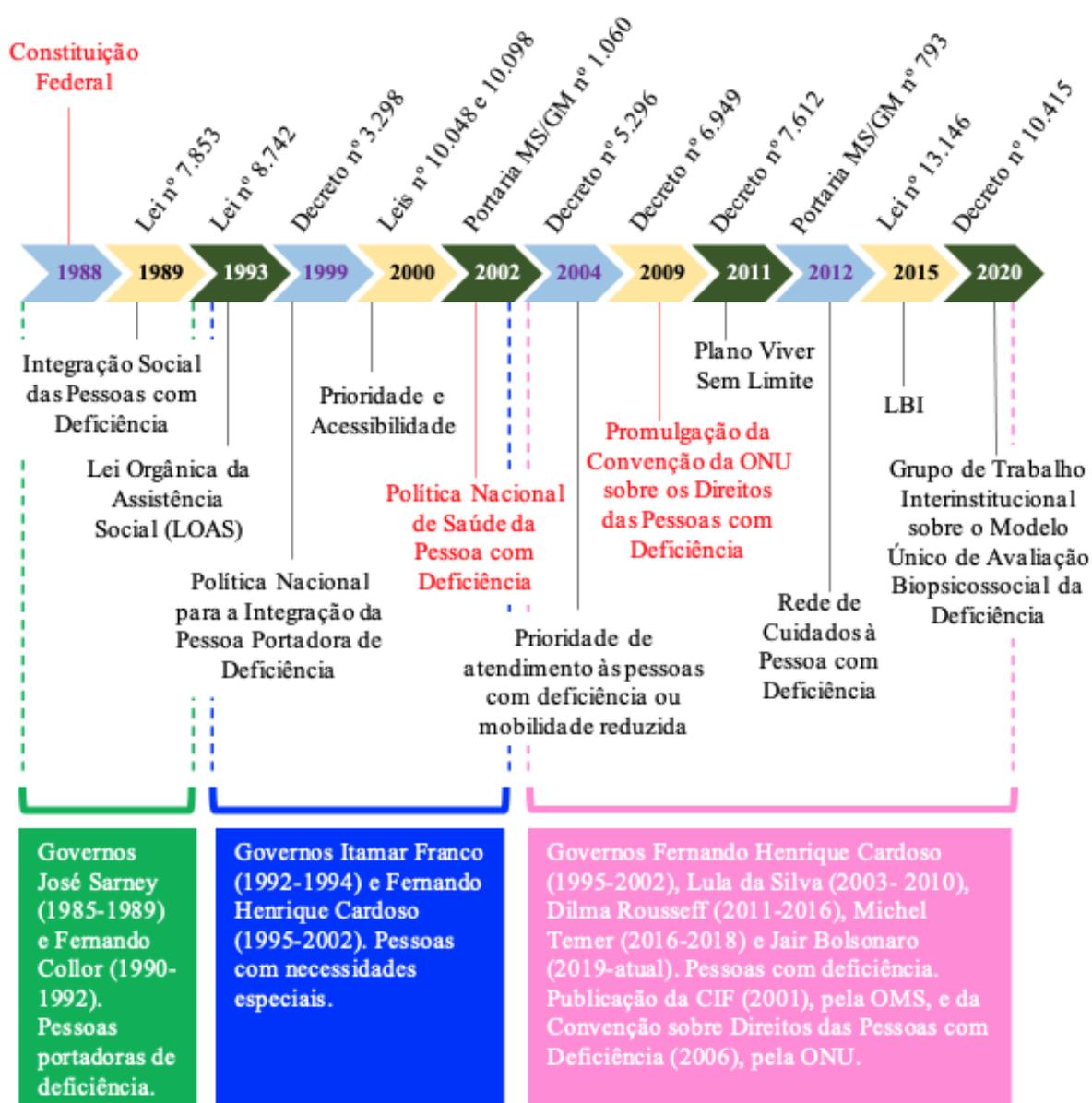
[...] Se é verdade que persistem ainda contingentes populacionais importantes afastados dos benefícios de intervenções efetivas hoje propiciadas pela medicina e saúde pública, grandes massas atualmente encontram-se expostas aos problemas e às situações de uma população mais envelhecida e aos novos desafios colocados pelos traumas decorrentes de agressões e acidentes, e pelas doenças resultantes das condições subnormais de moradia nos aglomerados urbanos e da iniquidade no acesso a bens e serviços (NORONHA *et al*, 2005, p. 153-192).

O caminho de disputas acima descrito também foi pautado por algumas medidas legislativas, entre as quais estão, por exemplo: a Lei nº 7.853/1989, sobre a Integração Social das Pessoas com Deficiência; a Lei nº 8.742/1993, conhecida como LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social), que define os critérios para a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC), alterada pela Lei nº 14.176/2021, que trata, entre outros assuntos, do auxílio-inclusão e da avaliação biopsicossocial da deficiência; o Decreto nº 3.298/1999, sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência; as Leis nº 10.048 e 10.098, ambas de 2000, sobre prioridade e acessibilidade, respectivamente; a Portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº 1.060/2002, que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD); o Decreto nº 5.296/2004, que regulamenta a prioridade de atendimento às pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida; o Decreto nº 6.949/2009, que

¹⁵ “O direito à saúde implica a garantia pelo Estado da adoção de políticas públicas que evitem o risco de agravo à saúde, devendo ser consideradas todas as condicionantes da saúde, como meio ambiente saudável, renda, trabalho, saneamento, alimentação, educação, bem como a garantia de ações e serviços de saúde que promovam, protejam e recuperem a saúde individual e coletiva” (MENICUCCI, 2011, p. 531).

promulgou Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, já citada, conferindo-lhe o status de Emenda Constitucional, por força do disposto no § 3º do artigo 5º da Constituição Federal; o Decreto nº 7.612/2011, que instituiu o Plano Nacional das Pessoas com Deficiência – Plano Viver Sem Limite; a Portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº 793/2012, que instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS (RCPD) e a Lei nº 13.146/2015, conhecida como Lei Brasileira de Inclusão (LBI) ou Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Figura 3 – Marcos Legais Federais sobre Deficiência – 1988 a 2020



Fonte: elaboração própria.

A figura 3, acima, apresenta a sequência temporal de marcos legais que envolvem os direitos das pessoas com deficiência, além dos respectivos governos federais de cada período e, em especial, a forma como se compreendiam as pessoas com deficiência, chamando à atenção para alguns fatos: a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, publicada em 2002, encontra-se no início de um período histórico no qual houve uma ênfase nas políticas sociais e na demandas das minorias; localizada, mais ou menos, no meio do período total apresentado na figura, ela encontrou bases em princípios como o da inclusão social, em leis como a Constituição Federal de 1988 e respaldo internacional na Convenção da ONU, de 2006, promulgada, no Brasil, em 2009. Tais fatos, além de seu próprio objetivo, corroboram a centralidade dessa política de saúde na garantia de direitos fundamentais, como o direito à cidadania, especialmente no sentido de que, sem saúde, não é possível usufruir outros direitos.

No âmbito federal, como descreve Maior (2015, p. 2), houve a criação de importantes órgãos, alguns já citados, como a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), responsável pela Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE). A CORDE, inclusive, já como Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (atualmente, Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – SNDPD, vinculada ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos), dentro da estrutura da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, foi a responsável pela condução, junto ao corpo social, do processo de ratificação da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Ressalta-se aqui, uma vez mais, a importância da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada na Constituição Federal, convenção que passou a ter status de norma constitucional, trazendo diversas contribuições para essa parte da população, como, por exemplo, a mudança da denominação oficial para pessoa com deficiência.

Por fim, no panorama legal, vale citar ainda o Decreto nº 10.415/20, que instituiu o Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência, cujo objetivo é desenvolver e implementar a avaliação biopsicossocial da deficiência em âmbito federal, um avanço trazido pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, mas ainda não incorporado efetivamente ao sistema de saúde brasileiro.

Há que se destacar que, no cenário político vivido entre 2003 e 2016, como descrito acima, a orientação seguida pelo governo federal estava baseada em políticas sociais, priorizando o reconhecimento de direitos fundamentais e da cidadania, em defesa,

especialmente, das minorias e das populações vulnerabilizadas, visando a dar-lhes maior visibilidade e proporcionar-lhes a inclusão social.

Esses seriam os anos originais de recorte desta pesquisa, quanto à análise de ações políticas desenvolvidas em prol das pessoas com deficiência, justamente por se seguirem à publicação da PNSPD, ou seja, foram os anos onde se esperava uma atuação efetiva do governo federal, no sentido de buscar a implantação de ações em prol das pessoas com deficiência que materializassem as diretrizes da política pública.

Entretanto, segundo alguns autores, como Biancarelli (2014, s/p), a priorização das políticas sociais inclusivas e distributivas, nesse período, esbarrou na falta de investimento e na consequente incapacidade de efetivação de alguns projetos, devido a uma série de questões econômicas e políticas, internas e externas, que afetaram o crescimento do país e suas estratégias sócio-desenvolvimentistas.

Pressupondo a existência desse contexto adverso, de um enfraquecimento comunicacional para e entre os profissionais de saúde, Menicucci (2011, p. 523 e 524), sobre a política social do Governo Lula da Silva (2003-2010), resume:

Na conjuntura de término do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que marcou profundamente a trajetória do Brasil, tanto em relação ao desenvolvimento econômico quanto em relação ao desenvolvimento social em função dos resultados positivos observados em diferentes setores...

[...]

De modo geral, no aspecto endógeno específico do setor saúde, a gestão do governo Lula foi um misto de continuidade e mudança. Foram adotadas medidas de caráter incremental no longo e complexo processo contínuo de implementação do SUS e que aparentemente não trazem nada ou muito pouco de inovações. Mas uma análise mais apurada aponta algumas inovações, seja no campo da organização da assistência, da gestão e da forma de alocação de recursos. Chamo a atenção ainda para o problema persistente do subfinanciamento do SUS, tema mais presente no debate público, e da forma de enfrentamento dessa questão no governo Lula.

Reis e Paim, sobre o período do Governo Dilma Rousseff (2011-2016), afirmam:

[...] apresentou compromissos programáticos que demonstravam a intenção de continuidade do governo Lula, resgatando as transformações existentes no País nos oito anos do citado governo, prometendo continuar avançando e reiterando essa questão em seu discurso de posse. As políticas apresentadas não traziam inovação significativa nem explicitavam compromisso com a RSB, tampouco com o SUS.

[...]

Já as políticas sociais sofreram a influência do neodesenvolvimentismo e restringiram a agenda às políticas de transferência de renda com condicionalidades. O Programa Bolsa Família apresentava resultados positivos, somado ao aumento real de salários, expansão do crédito, aumento de empregos, uma certa redistribuição de renda (em relação aos assalariados) e diminuição da pobreza (REIS e PAIM, 2018, p. 103).

Exatamente por terem sido governos cujos discursos estavam comprometidos com os direitos sociais e com as populações excluídas, entende-se que as práticas comunicacionais deveriam ter sido estrategicamente arquitetadas de forma a contribuir para a diminuição das diferenças, proteger as minorias, informar e comunicar para poder também incluir.

Face ao explicitado até este ponto, portanto, observa-se que a deficiência sempre foi tema de debate, no Brasil e no mundo¹⁶, afetando a uma grande parte da população, tanto no aspecto físico quanto no intelectual, reduzindo a autonomia ou incapacitando o indivíduo, notadamente, nas suas esferas social e política.

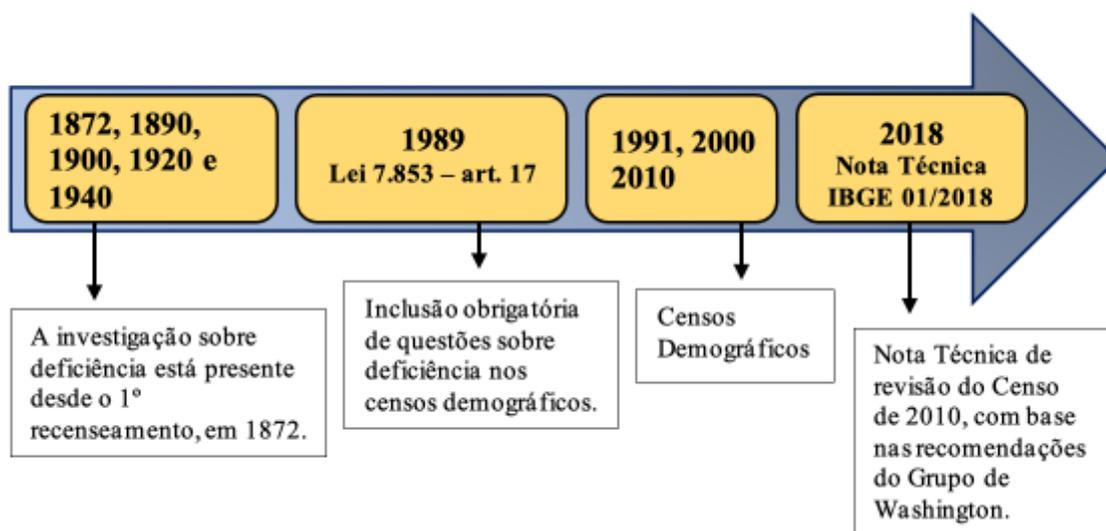
3.4 Epidemiologia da deficiência

A Organização Mundial da Saúde, através de levantamento feito no Relatório Mundial da Deficiência, em 2011, estima que, aproximadamente, 15% da população do mundo apresenta algum tipo de deficiência. Segundo o caderno de Diretrizes e Orientações para a Formação e Especialização de Técnicos em Órteses e Próteses, elaborado pelo Ministério da Saúde, são apontadas como as principais causas da deficiência o envelhecimento populacional, o aumento dos acidentes automobilísticos, os desastres naturais, os conflitos bélicos, étnicos, urbanos e o abuso de drogas, incidindo, majoritariamente, sobre populações socialmente mais vulneráveis (BRASIL, 2014, p. 14).

Na história brasileira, o início das pesquisas sobre as pessoas com deficiência, conforme a figura 4 abaixo, data do final do século XIX, momento em que foi realizada a primeira investigação de deficiências na população. Em seguida, somente em 1989, com a Lei Federal nº 7.853, surgiu a obrigatoriedade de inclusão, a partir do censo demográfico de 1991, de questões sobre as pessoas com deficiência, objetivando tomar conhecimento dessa parte da população. A partir daí, destacam-se os censos, realizados a cada década.

¹⁶ A título de esclarecimento sobre a importância do tema deficiência, de acordo com o calendário inclusivo (Anexo A), há, hoje, no Brasil, 21 datas comemorativas, que, durante todo o ano, procuram manter viva a luta pelos direitos dessas pessoas (UNIFAP, 2021, s/p).

Figura 4 – Marcos históricos relacionados às pesquisas populacionais sobre pessoas com deficiência nos recenseamentos nacionais brasileiros



Fonte: adaptado de BRASIL, Ministério da Saúde, 2019, s/p.

Neste trabalho foram analisadas as três pesquisas realizadas no país sobre contingentes populacionais, as quais também avaliaram e mediram o perfil da pessoa com deficiência: o Censo, de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revisto, em 2018, com base nas recomendações do Grupo de Washington, e as Pesquisas Nacionais de Saúde de 2013 e de 2019, também do IBGE, mas em parceria com o Ministério da Saúde, e que visam a ampliar o conhecimento sobre as características de saúde da população brasileira (IBGE, 2015, p. 7).

No Censo de 2010, pessoas com deficiência eram aquelas, que tinham pelo menos alguma dificuldade em uma ou mais questões por tipo de deficiência, fossem elas visual, auditiva, motora ou intelectual, classificadas por graus de dificuldade: alguma dificuldade, grande dificuldade e não consegue realizar de modo algum. O questionário buscava captar a percepção da população sobre a dificuldade em ouvir, enxergar e caminhar ou subir escadas, mesmo contando com facilitadores como aparelhos auditivos, lentes de contato e bengalas. Também buscava identificar deficiência intelectual e mental através da compreensão do informante sobre a dificuldade em realizar suas atividades habituais, atestada com uma resposta binária de sim ou não (IBGE, 2018, p. 1-2). O marco conceitual utilizado foi o da CIF, divulgada pela OMS, em 2001.

Deficiência é, em grande parte, aquilo que a estrutura física, social e de atitude da sociedade imputa às pessoas que têm restrições em suas funcionalidades. O conhecimento desse modo de vida diferente nos alerta e nos ajuda a entender a deficiência, não como uma circunstância pessoal, mas como uma

estrutura social que estabelece deveres entre os organismos internacionais, órgãos do Estado, movimentos organizados e grupos sociais, contando sempre com a participação das pessoas com deficiência (BRASIL, 2012, p. 28).

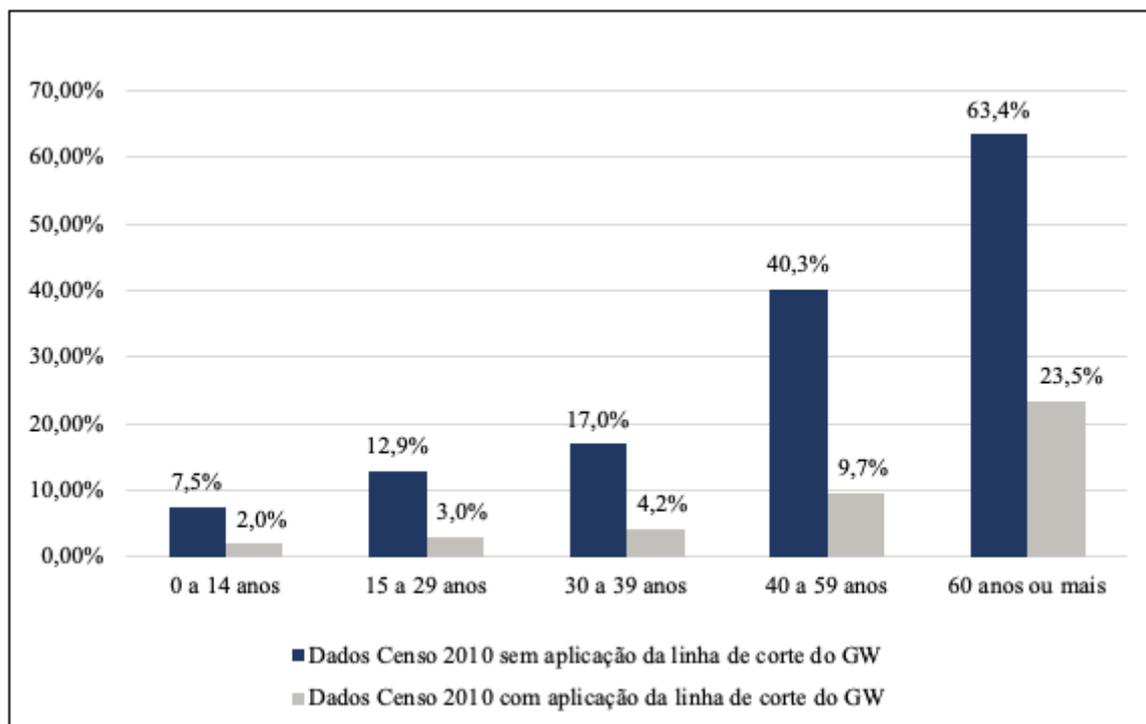
Em 2018, o IBGE lançou uma nota técnica, propondo a releitura dos dados do Censo 2010, à luz das sugestões do Grupo de Washington, um órgão estatístico ligado à ONU, criado com intuito de aumentar a cooperação internacional, que propôs o alinhamento padronizado das normas estatísticas, o que ensejou na retirada do critério alguma dificuldade, nas possibilidades de resposta às questões apresentadas. Assim, segundo o Censo 2010, revisto, o percentual de pessoas com deficiência ficou em 6,7% dos brasileiros, se aproximando, como poderá ser visto adiante, do apurado pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013.

De acordo com o Censo de 2000, havia 24,5 milhões de brasileiros com algum tipo de deficiência, ou seja, 14,5% da população do país. Já no Censo de 2010, identificou-se um contingente de 45,6 milhões de pessoas (23,9%) com algum tipo de deficiência.

No ano de 2018, a partir de sugestões do Grupo de Washington (GW) de Estatísticas sobre Deficiência (vinculado à Comissão de Estatística da ONU), a estatística do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com base no censo de 2010 foi revista sob novos critérios, chegando ao dado de 6,7% da população em geral (APAE, 2019, s/p).

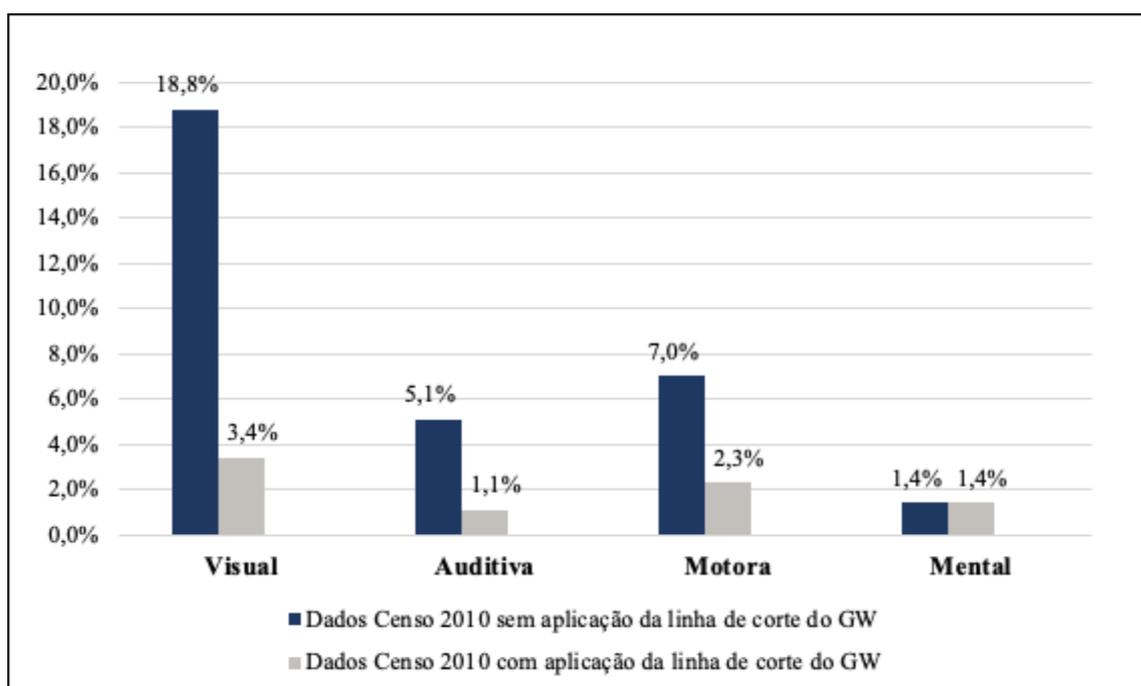
Segundo o IBGE, a releitura com base nas experiências internacionais materializadas nas orientações do Grupo de Washington permitiu que as pessoas com deficiência fossem determinadas pelos graus de muita dificuldade ou de impossibilidade de realização das atividades propostas em uma ou mais perguntas do questionário do Censo 2010. Houve um grande impacto sobre todos os resultados, especialmente sobre o número de pessoas com deficiência visual, como é possível notar no gráfico 2, adiante. No entanto, ressalta-se que a deficiência intelectual manteve o padrão de resposta, inicialmente estipulado, não se aplicando a linha de corte.

Gráfico 1 - Proporção de Pessoas com Deficiência, segundo a idade, registradas no Recenseamento de 2010, com e sem correção pelas diretrizes do Grupo de Washington - Brasil (2010)



Fonte: IBGE, 2018, p. 7.

Gráfico 2 - Proporção de Pessoas com Deficiência, registradas no Recenseamento de 2010, com e sem aplicação da linha de corte do Grupo de Washington, por tipo de deficiência - Brasil (2010)



Fonte: IBGE, 2018, p. 6.

Em 2013, o IBGE, junto com Ministério da Saúde, realizou a Pesquisa Nacional de Saúde, visando a aumentar o conhecimento sobre as características de saúde da população brasileira, o desempenho do sistema nacional de saúde e a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, bem como os fatores de risco associados, havendo uma preocupação com aspectos relacionados à equidade, uma vez que os fatores sociais também influenciam no comportamento saudável (IBGE, 2015, p. 9).

A PNS 2013 chegou a percentuais semelhantes aos do Censo 2010 revisto quando tratou das pessoas com deficiência, estimando uma prevalência de 12,4 milhões de indivíduos com ao menos uma das quatro deficiências, representando 6,2% da população avaliada, na seguinte forma: visual (prevalência de 3,6%), física (prevalência de 1,3%), auditiva (prevalência de 1,1%) e intelectual (prevalência de 0,8%) (BRASIL, Ministério da Saúde, 2019, s/p).

A PNS 2013 avaliou as deficiências temporárias ou permanentes, progressivas, regressivas ou estáveis e intermitentes ou contínuas, considerando todas as faixas etárias, ou seja, desde o nascimento com vida, havendo destaque para a deficiência visual, especialmente para os casos de aquisição por doença ou acidente e na população acima dos 60 anos de idade.

O questionário apresentado era menor e mais simples do que o trazido, posteriormente, na PNS de 2019, por exemplo, não envolvendo a possibilidade do auxílio de recursos, e muitas das questões limitadas a respostas binárias, sim ou não. Uma diferença que ressalta a dificuldade em se quantificar, classificar e determinar, com maior precisão, a deficiência no Brasil e que acaba por se revelar na própria PNS 2019.

Com efeito, a investigação estatística do tema tem passado por mudanças consideráveis ao longo do tempo para se adequar às discussões internacionais e à evolução da própria definição de deficiência. [...] O esforço em adequar e atualizar o tema reflete-se na formulação dos questionários, que passaram por alterações em cada levantamento. Ainda hoje são travados debates sobre como mensurar a deficiência para fins estatísticos, seja nas pesquisas amostrais ou censitárias (IBGE, 2021, p. 28).

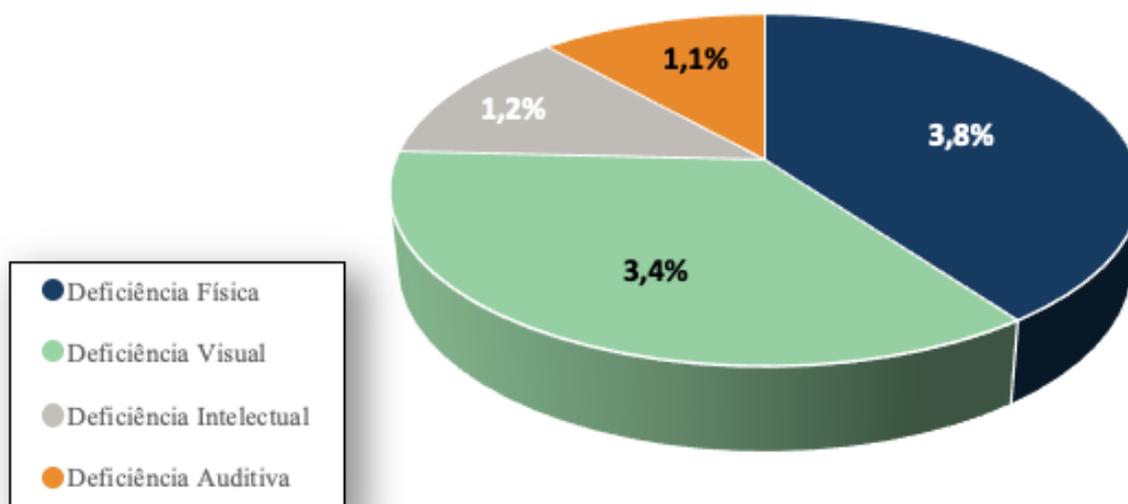
Publicada em 2021, a PNS 2019 trata especificamente das pessoas com deficiência em seu módulo G, tendo sido realizada com base nas diretrizes acordadas no Grupo de Washington, expressando a preocupação em adotar o conceito biopsicossocial da deficiência.

[...] o Instituto reafirma a compreensão da deficiência como produto da interação entre funções e estruturas corporais com limitações e barreiras sociais e ambientais resultando em restrições de participação em igualdade de condições com as demais pessoas. O chamado modelo biopsicossocial da deficiência – em contraposição a um modelo puramente médico – é considerado fundamental para a concepção das pessoas com deficiência como sujeito pleno de direitos, que deve ser incluído em todas as dimensões da vida em sociedade (IBGE, 2021, p. 29).

Como parte de seus resultados, conforme o gráfico 3, abaixo, a PNS 2019 apontou um novo percentual de 8,4% de cidadãos brasileiros com alguma deficiência (3,8% para deficiência física; 3,4% para deficiência visual; 1,2% para deficiência intelectual e 1,1% para deficiência auditiva), a partir dos dois anos de idade, tendo sido consideradas com deficiência aquelas pessoas que responderam ter muita dificuldade ou não conseguir de modo algum realizar determinadas tarefas, em uma ou mais questões.

O questionário usado na captação das informações na PNS foi elaborado de acordo as melhores práticas definidas pelo Grupo de Washington, do qual o IBGE é membro. Esse questionário foi aplicado para todos os moradores de 2 anos ou mais de idade, sendo que para crianças com menos de 5 anos, houve adaptações das perguntas para viabilizar a captação (IBGE, 2021, p. 8).

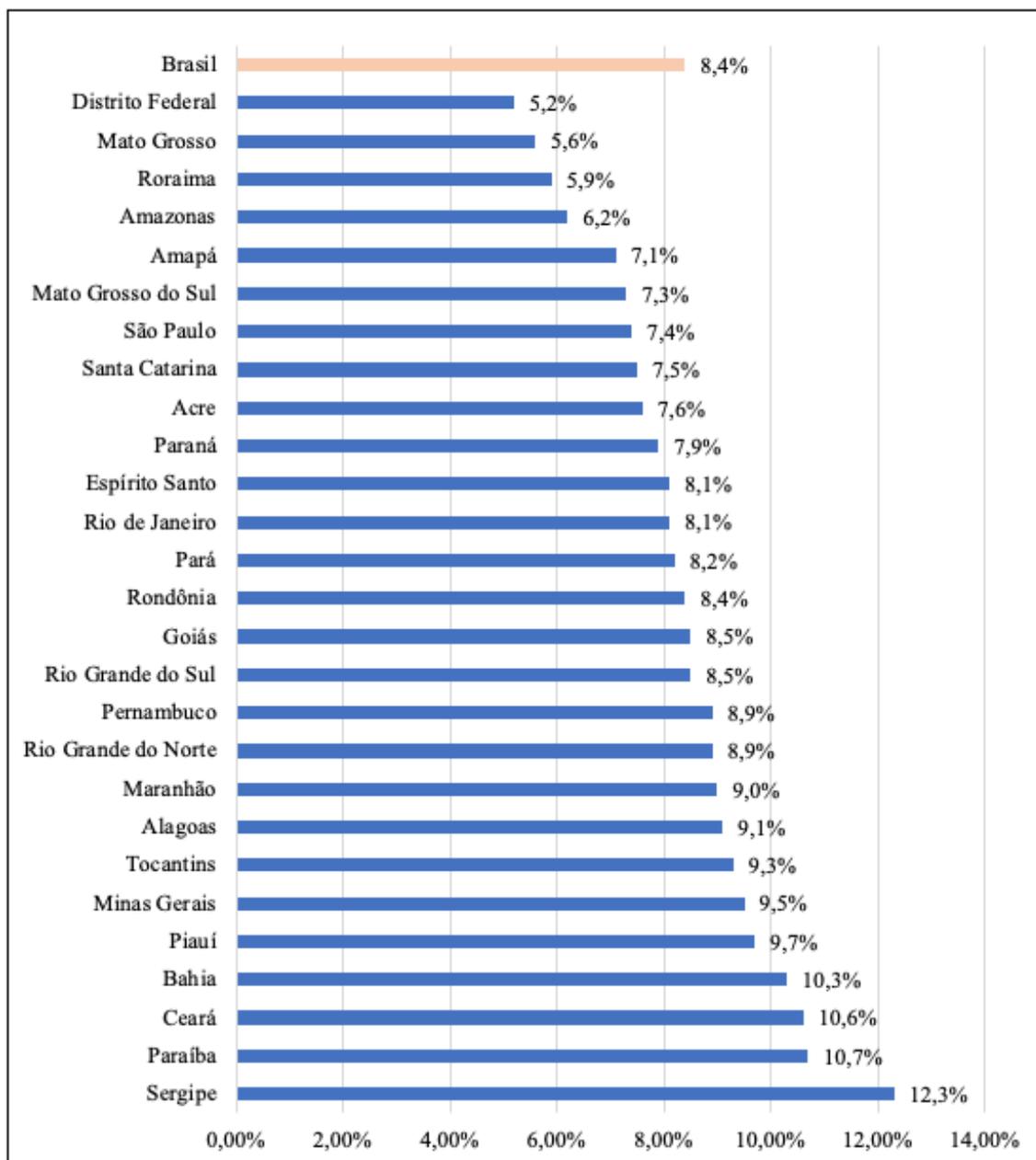
Gráfico 3 - Tipos de Deficiência no Brasil/População Geral - Brasil/Pesquisa Nacional de Saúde 2019



Fonte: elaboração própria com base em IBGE, 2021, p. 36-42.

Ainda sobre os resultados da PNS 2019, é válido trazer o gráfico 4, que segue abaixo, onde se pode constatar a proporção de pessoas com deficiência, com mais de dois anos de idade, por unidade federativa, o que permite perceber que cinco Estados da região Nordeste do Brasil figuram entre os que apresentam maior proporção de população com deficiência, ressaltando a importância de definir com maior precisão e detalhamento os contornos da relação, já consagrada na literatura, entre deficiência e pobreza.

Gráfico 4 - Proporção de pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência, segundo as Unidades da Federação - Brasil/Pesquisa Nacional de Saúde 2019

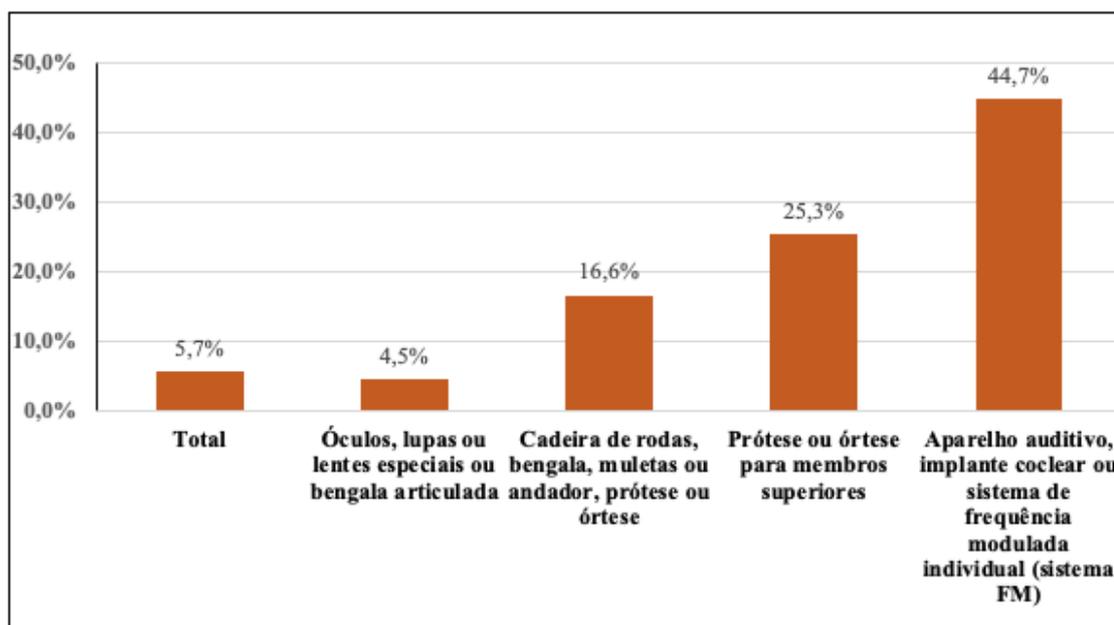


Fonte: IBGE, 2021, p. 30.

O módulo sobre deficiência está baseado em instrumentos desenvolvidos pelo Grupo de Washington: o conjunto curto de questões sobre deficiência (*short set of disability questions*); o conjunto estendido de questões sobre funcionalidade (*extended set of questions on functioning*); e o módulo sobre funcionalidade infantil (*child functioning*), abrangendo uma gama mais vasta de domínios funcionais, desde as ações de enxergar, ouvir e andar, até a comunicação, ansiedade e depressão, identificando, entre toda a população, as pessoas que têm maior sujeição a sofrerem restrições à sua participação social.

Pela análise do questionário utilizado nas pesquisas, verifica-se a maior complexidade da PNS 2019, em comparação ao Censo 2010 e à PNS 2013, havendo, inclusive, pela primeira vez, perguntas sobre o conhecimento da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), além de uma abordagem sobre o uso de aparelhos de auxílio, por parte das pessoas com deficiência, e a forma de obtenção desses aparelhos, o que demonstrou a importância do Sistema Único de Saúde, conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 5 - Proporção de pessoas de 2 anos ou mais de idade que utilizavam um ou mais aparelhos de auxílio obtidos no SUS, no total de pessoas que utilizavam algum aparelho de auxílio, segundo o tipo de aparelho - Brasil/Pesquisa Nacional de Saúde 2019



Fonte: IBGE, 2021, p. 48.

Apesar de sua amplitude e da ancoragem a documentos recentes que entendem a deficiência sob a lente do modelo biopsicossocial, como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), de 2001, a Convenção da ONU sobre Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), de 2006, e a Lei Brasileira de Inclusão, de 2015, a PNS 2019 não soluciona completamente uma das principais questões levantadas por esta pesquisa: a invisibilidade da pessoa com deficiência, uma vez que deixa de fora de sua análise pessoas com deficiência múltipla e todas as crianças menores de 2 anos de idade.

O módulo Pessoas com deficiência na PNS de 2019 foi aplicado para todos os moradores de 2 anos ou mais de idade e tem como objetivo principal gerar indicadores socioeconômicos, educacionais e de saúde de pessoas com deficiência. A identificação das pessoas com deficiência se deu a partir da mensuração do grau de dificuldade de algumas atividades que a pessoa

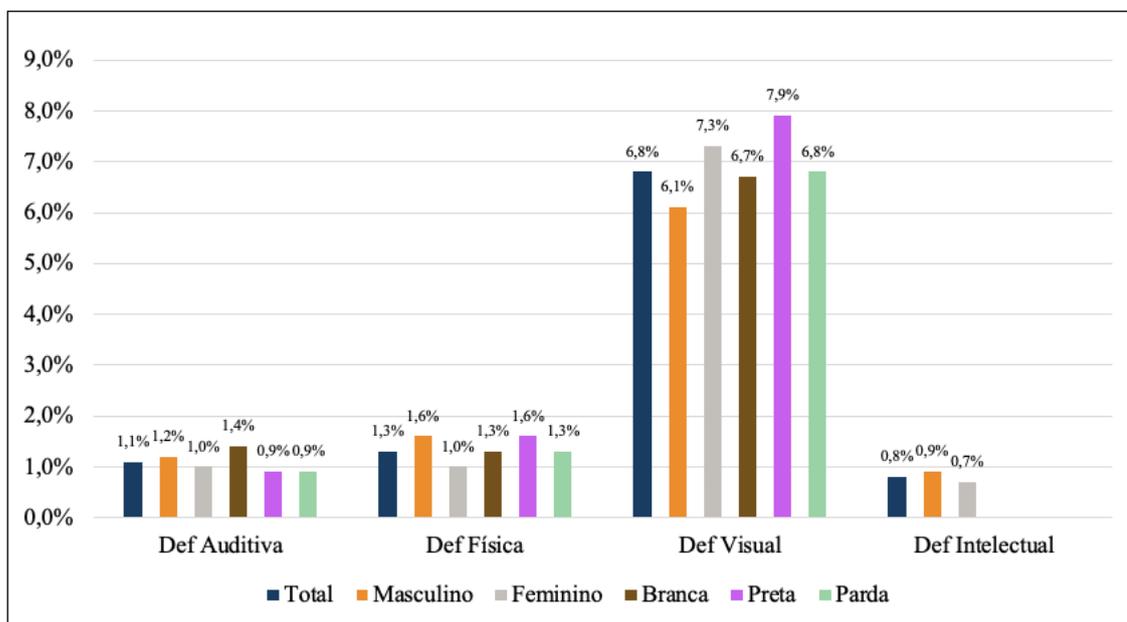
possuía ao realizá-las, além de abordar o uso de aparelhos de auxílio e a forma de obtenção desses aparelhos. Conforme as recomendações do Grupo de Washington para as categorias de resposta, elas devem obedecer a uma escala de dificuldade: ‘nenhuma dificuldade’, ‘alguma dificuldade’, ‘muita dificuldade’ ou ‘não consegue de modo algum’.

Nesse passo, para os indicadores ora apresentados, considerou-se pessoa com deficiência aquela que tenha respondido apresentar muita dificuldade ou não conseguir de modo algum em uma ou mais questões relativas às dificuldades sejam de enxergar, de ouvir, de se locomover, de realizar movimentos nos membros superiores ou de realizar tarefas habituais em decorrência de limitações nas funções mentais ou intelectuais, independente do uso de aparelhos de auxílio. Considerando os diversos tipos de deficiência captadas pela PNS de 2019, verificou-se também se a pessoa fazia uso de algum recurso ou aparelho de apoio e se os mesmos foram obtidos pelo SUS (IBGE, 2021, p. 29).

Além disso, é interessante registrar que a pesquisa utiliza o termo mental para classificar as pessoas com deficiência intelectual (IBGE, 2021, p. 33, 35 e 45). Esse termo parece divergir do entendimento de especialistas ligados ao movimento das pessoas com deficiência, pois estaria vinculado às doenças mentais, como os distúrbios de natureza psiquiátrica, privilegiando o modelo biomédico. Sasaki (2006, p. 3 e 8) corrobora uma tendência mundial ao recomendar o uso do termo intelectual como o mais apropriado, por referir-se às limitações no desenvolvimento cognitivo e não ao funcionamento da mente como um todo, entendimento que parece mais afeito à Convenção da ONU sobre Direitos das Pessoas com Deficiência, de 2006, que fala em impedimentos de natureza mental, intelectual ou sensorial, e à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, de 2001, que já sinalizava para a distinção entre funções mentais e funções intelectuais (OMS, 2008, p. 40-49).

Sobre outro aspecto, vale a constatação do perfil sociodemográfico encontrado: as pessoas com deficiência, em sua maioria, são mulheres de raça negra, o que demonstram os gráficos abaixo, de forma exemplificada, ainda que a PNS 2013 faça uma diferenciação quanto à deficiência e à funcionalidade de indivíduos com mais de 60 anos, separando os resultados.

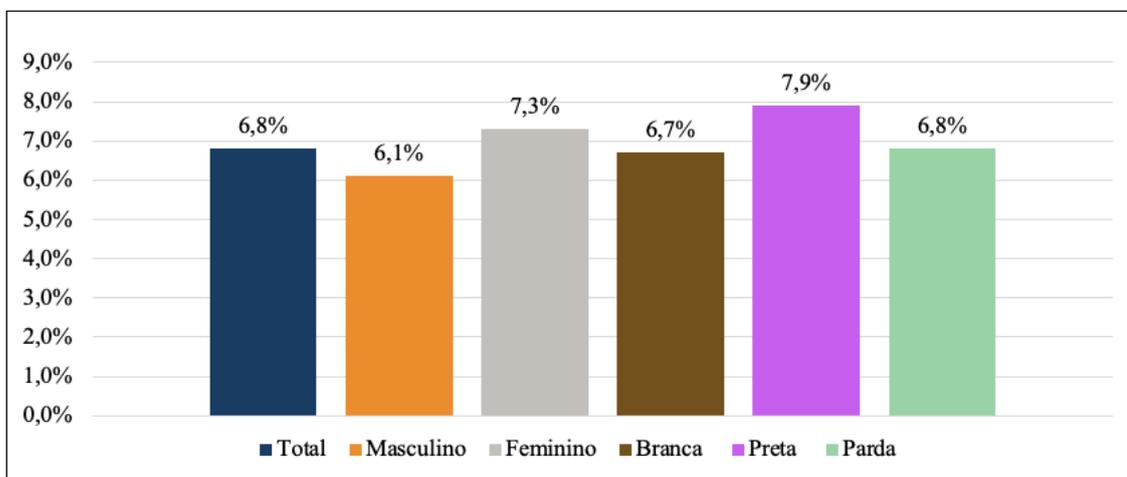
Gráfico 6 - Proporção de pessoas com deficiência, na população total, segundo o tipo de deficiência, o sexo e raça/cor - Brasil/Pesquisa Nacional de Saúde 2013



Fonte: Elaboração própria a partir de dados citados na PNS 2013. IBGE, 2015, p. 23-29.

O gráfico acima, elaborado com base na PNS 2013, consolida quantas pessoas tinham deficiência, segundo o tipo de deficiência, o sexo e a raça/cor, dentro da população total do Brasil, porém, em seus resultados não foram encontrados dados sobre os percentuais de pessoas com deficiência intelectual dentro das raças avaliadas.

Gráfico 7 - Proporção de pessoas com limitação funcional para realizar atividades de vida diária, na população de 60 anos ou mais de idade, segundo sexo e raça/cor - Brasil/Pesquisa Nacional de Saúde 2013

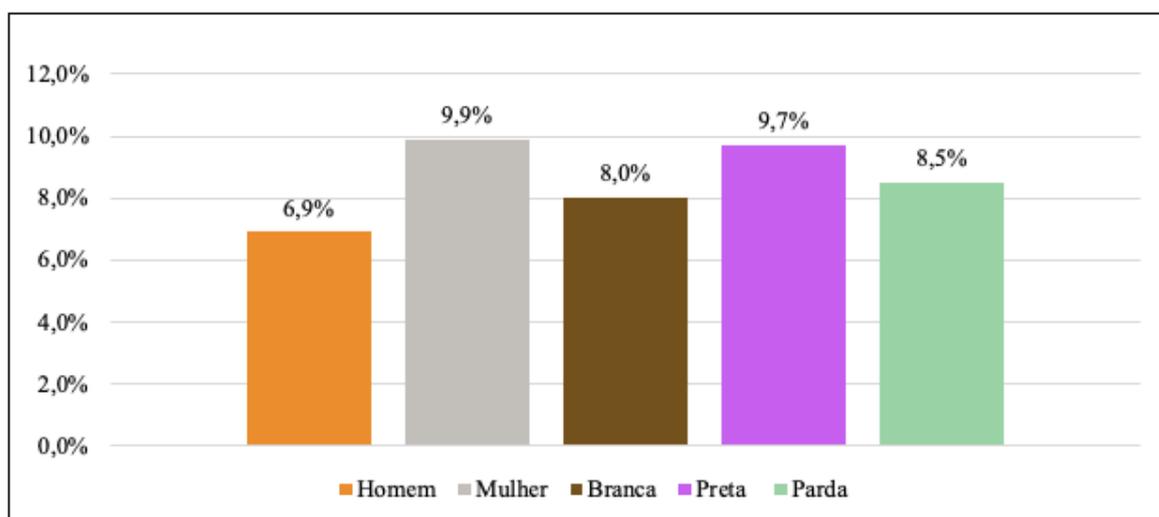


Fonte: Elaboração própria a partir de dados citados na PNS 2013. IBGE, 2015, p. 30.

Os gráficos acima, números 6 e 7, ainda merecem uma pequena consideração, pois envolvem, diretamente, a concepção da deficiência também sob o caráter da funcionalidade do indivíduo. Neste aspecto, considerando-os em conjunto, tomando a funcionalidade como concepção mais ampla, ao invés da deficiência vinculada ao corpo, agregando-se a população maior de 60 anos, é possível encontrar as prevalências sociodemográficas citadas, quanto ao sexo e à raça/cor, destacando-se a primazia de ocorrência entre as mulheres de raça negra. Mesmo no recorte das deficiências do gráfico 6, analisando as deficiências auditiva, física e visual, é possível perceber que o somatório dos percentuais indica uma diferença mínima para as mulheres, com 10% do total, e da raça negra, com 10,4% do total.

Apesar de a PNS 2019, em suas análises, considerar as pessoas a partir dos dois anos de idade, pode-se atestar pelo gráfico a seguir, número 8, que ela corrobora os números das pesquisas anteriores, determinando o perfil sociodemográfico da pessoa com deficiência brasileira média, definindo-a como uma mulher negra. Ou seja, entre todas as pessoas que participaram da PNS 2019, 9,9% eram mulheres com deficiência, enquanto 6,9% eram homens com deficiência. E, entre as pessoas que se declararam negras, 9,7% eram pessoas com deficiência, o maior percentual entre todas as raças avaliadas. Outrossim, é importante lembrar que a PNS 2019 já aborda as mudanças ocorridas na temática da deficiência, ressaltando a importância de adequação ao contexto internacional, bem como da adoção do conceito de deficiência, sob o prisma da Convenção da ONU sobre Direitos das Pessoas com Deficiência, além do senso cooperativo estabelecido com a criação do Grupo de Washington para Estatísticas sobre as Pessoas com Deficiência.

Gráfico 8 - Proporção de pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência, segundo o sexo e raça/cor - Brasil/Pesquisa Nacional de Saúde 2019



Fonte: Elaboração própria a partir de dados citados na PNS 2019. IBGE, 2021, p. 32.

3.5 Política Nacional para as Pessoas com Deficiência: o caso da Saúde

Políticas públicas devem ser implementadas pelos governos, com base em informações, visando a garantir a materialização de direitos e deveres, estabelecidos nos mais diversos instrumentos legais. Ou seja, garantir que, na prática, todos e todas, especialmente os mais vulneráveis, sejam tratados com equidade e desfrutem de seus direitos, sejam homens ou mulheres, negros, índios ou brancos, tenham ou não uma deficiência. Conforme Vasconcelos *et al* (2016, p. 4), a efetividade de uma política pública se deve à sua visibilidade e à tradução dos saberes afeitos à determinada população, enquanto alvo dessa política.

As pessoas com deficiência têm os mesmos direitos que as pessoas sem deficiência. No entanto, elas nem sempre conseguem clamar por seus direitos nas mesmas condições em que o fazem as pessoas sem deficiência, devido a desvantagens impostas pela restrição de funcionalidades e pela sociedade, que lhes impõe barreiras físicas, legais e de atitude. Essas barreiras são responsáveis pelo distanciamento que existe na realização dos direitos das pessoas com e sem deficiência. O objetivo do governo é eliminar essa lacuna e equiparar as condições das pessoas com deficiência, pelo menos, ao mesmo nível das pessoas sem deficiência na realização de seus direitos (BRASIL, 2012, p. 14).

Neste sentido, a produção de informações, ou seja, saber quem são e onde estão as pessoas com deficiência, é condição capaz de orientar de forma mais assertiva as políticas públicas que venham a ser implementadas por quaisquer governos. Pereira *et al* (2021, p. 229-244) lembram que o pleno exercício dos direitos envolve muitos fatores e um deles é a implementação de políticas públicas em prol de grupos sociais fragilizados, como é o caso das pessoas com deficiência.

Podem existir diferentes políticas públicas, cada uma atendendo a uma área e um ente específico. Elas podem ser das áreas da saúde, da economia, da social e podem estar em qualquer um dos três âmbitos federativos, sejam nacionais, estaduais ou municipais, onde serão coordenadas por órgãos específicos. No caso deste estudo, o documento analisado foi uma política pública de saúde específica para as pessoas com deficiência, de âmbito nacional, elaborada logo após a publicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, pela OMS, tendo-se ainda em mente os preceitos trazidos pela Convenção da ONU sobre Direitos das Pessoas com Deficiência e pela Constituição Federal de 1988, diplomas que vieram a fortalecer e reconhecer os direitos humanos e os direitos fundamentais a todas as pessoas com e sem deficiência.

Historicamente, as políticas públicas de saúde, no Brasil, remetem ao início do século XX tendo o binômio educação e comunicação se fortalecido nas décadas seguintes, momento em que foram desenvolvidos diversos materiais informativos e educativos, visando a corrigir os hábitos da população e a instruí-la sobre a prevenção contra as doenças, uma característica presente no campanhismo¹⁷ que, de certa forma, permanece, até os dias atuais, vinculada à atuação governamental, sendo, no entanto, atravessada pelo debate dos direitos à informação e à comunicação relacionados ao direito à saúde (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p. 23-25).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a primeira voltada especificamente para as pessoas com deficiência, foi publicada através da Portaria MS/GM nº 1.060/2002 do Ministério da Saúde, ainda utilizando a terminologia Pessoa Portadora de Deficiência, comprometida com uma agenda social de inclusão (Figura 5). Teve como principais propósitos a reabilitação e a proteção à saúde das pessoas com deficiência, prevenindo agravos que pudessem gerar novas deficiências, com vistas a sua inclusão social, sendo o processo de promoção da saúde considerado como meio para a consecução dos seus objetivos (BRASIL, 2008, p. 27).

Figura 5 – Agenda Social para a Pessoa com Deficiência baseada na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência – Secretaria de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência – 2009



Fonte: BRASIL, 2009, s/p.

¹⁷ O campanhismo era uma prática adotada pelo governo até a década de 1960, posteriormente, enfraquecida, nos governos militares, quando a saúde pública deixou de ser o centro dos investimentos, em detrimento da assistência médico-hospitalar privatista (CARDOSO, 2001, s/p).

Uma das diretrizes definidas para se alcançar os objetivos propostos por essa política pública de saúde foi a de prevenção de deficiências, ressaltando como fatores decisivos o conhecimento da prevalência das doenças e deficiências e a adoção de medidas destinadas a reduzir ou eliminar as causas de deficiências. Entre as medidas preventivas propostas estavam as ações de natureza informativa e educativa, voltadas para a população em geral, relacionadas ao atendimento pré-natal e à detecção precoce de deficiências, além da conscientização e formação de recursos humanos qualificados para prestação de atenção eficiente (BRASIL, 2008, p. 35).

Aqui, chama à atenção o fato de a política pública analisada ter definido que deveriam ser promovidas determinadas ações, referindo-se, expressamente, entre outras diretrizes, à elaboração e difusão de “...campanhas de comunicação social que esclareçam e estimulem a população em geral e os segmentos de risco...”, alertando para a importância de se adotar hábitos de vida saudáveis, a importância da vacinação, entre outras medidas (BRASIL, 2008, p. 36). Mesmo com essa determinação, não foram encontradas campanhas específicas sobre a deficiência, muito menos cartazes que tratassem do tema, no período inicial de recorte desta pesquisa.

No tocante às campanhas de comunicação social, muitos podem ser os mecanismos de difusão adotados, porém, talvez por ser um hábito histórico surgido com o campanhismo, no Brasil, e que ainda encontra aplicação prática, a utilização de cartazes comunicacionais em campanhas de saúde seja uma prática recorrente. Cardoso (2001, s/p) argumenta que o sanitarismo campanhista era o modelo hegemônico, no Brasil, até o período da ditadura militar, mas que sua decadência, após a saúde pública ter sido preterida em prol de um modelo de assistência privada, não significou a sua “...total extinção, nem a de sua principal prática, as campanhas de saúde pública”. Estas, ainda que estejam, atualmente, associadas à atenção básica, são ainda reconhecidas como uma tradição, “...tanto na lógica de organização de serviços e na resistência à descentralização de ações, como na forma de priorizar questões de saúde”. Diante desse quadro, visando à prevenção e o controle de doenças, ou à promoção de práticas saudáveis, em que pese a ausência de políticas públicas eficazes, capazes de agir sobre os determinantes socioeconômicos da saúde (CARDOSO, 2001, s/p), os cartazes ainda podem ser vistos como uma estratégia comunicacional de grande penetrabilidade, desde que cheguem às unidades básicas de saúde e que contenham mensagens e imagens compreensíveis ao maior número de pessoas possível, sendo, portanto, capazes de comunicar para promover a saúde.

Ademais, para que não restem dúvidas, cumpre destacar que o próprio Ministério da Saúde assume a responsabilidade, enquanto gestor do Sistema Único de Saúde (SUS), por

várias ações previstas na Portaria, entre as quais estão as campanhas publicitárias para a promoção de práticas visando à prevenção de deficiências, bem como o agravamento das já existentes (BRASIL, 2008, p. 52), lembrando que a igualdade da assistência à saúde, o direito à informação e a integralidade de assistência, entendida como um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos são alguns dos princípios que regem o SUS (art. 7º da Lei 8.080/90).

A pessoa com deficiência tem direito a ser atendida no SUS, tendo suas necessidades de saúde assistidas por meio de ações de promoção, prevenção e reabilitação, incluindo a aquisição de recursos, tais como órteses e próteses (BRASIL, 2009, s/p).

Não obstante, como recorda Mefano (2014, p. 30-58), o SUS brasileiro apresenta muitas falhas, entre as quais estão o subfinanciamento, a má gestão, a carência de atendimento de média e alta complexidade, o que, somado à uma exclusão histórica e estrutural, impõe às pessoas com deficiência ainda mais barreiras rumo à inclusão, como a falta de acessibilidade e mobilidade urbana, para chegar às unidades de saúde, e a ausência de profissionais e equipamentos aptos a lidar com pacientes com deficiência. A autora chama a atenção ainda para a ausência de pesquisas e de dados científicos, no Brasil, sobre as condições de saúde das pessoas com deficiência, havendo, no entanto, evidências de que elas apresentam piores condições de saúde se comparadas às pessoas sem deficiência. Condições que acabam por contribuir para a restrição a direitos básicos, garantidos constitucionalmente, entre os quais se destacam o direito à saúde, nos artigos 6º, 23, inciso II e 30, e o direito à comunicação, previsto nos artigos 5º, inciso IX, 220 e seguintes, e inscrito entre as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, quando esta prevê ações de promoção da saúde, ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação (BRASIL, 2008, p. 29).

4 A COMUNICAÇÃO E A SAÚDE

A Comunicação e sua ampliação são fundamentos de luta pela democratização das sociedades, e, assim como a Saúde, é uma área central no cenário atual, afinal, além da constante busca por saúde, pela maior longevidade e por qualidade de vida, há uma presença maciça dos meios de comunicação e da cultura visual, associada à Internet, às tecnologias e à necessidade de ser visto, representando um processo que confere significado à vida, onde a circulação de bens materiais e simbólicos se faz permanentemente (ARAÚJO, 2018, p. 1).

Diante deste contexto, como ressaltam Araújo e Cardoso (2007, p. 93), comunicação, saúde e democracia estão intrinsecamente ligadas e este vínculo pode ou não favorecer às reivindicações atuais da saúde. Assim, entendem as autoras, é fundamental o exercício da intersetorialidade com vistas a aproximar saúde e cultura, a fim de que a comunicação possa exercer o seu papel social.

A comunicação e a saúde devem ser analisadas não apenas em separado, mas também como um único campo, interconectado, denominado Comunicação e Saúde, onde seus elementos se articulam e trabalham em conjunto, onde se tem presente uma política de saúde associada aos direitos à informação e à comunicação, conforme apresentado em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, em meio ao processo da Reforma Sanitária Brasileira (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p. 26-29).

Existem distintas abordagens sobre os campos da comunicação e da saúde, a maioria se referindo a formas instrumentais da comunicação, como comunicação em saúde ou comunicação na saúde. Em igual medida, a comunicação também pode se referir à atuação das assessorias de comunicação social, à divulgação científica e à comunicação organizacional. No entanto, ao dialogar com a comunicação e com a saúde, especialmente ao analisar as políticas públicas e as práticas comunicativas que atuam na saúde, cabe pensá-las em conjunto como um único campo, o da Comunicação e Saúde (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p. 22 e 25).

Além disso, assim como a deficiência, a comunicação também possui seus modelos conceituais, como o informacional, de Shannon e Weaver¹⁸, introduzido no Brasil sob a perspectiva desenvolvimentista, que, resumidamente, objetiva a transmissão de uma informação, de um emissor a um receptor, da forma mais fiel possível. Este modelo ainda orienta gestores a utilizarem-se da prática comunicativa limitada à transferência de informações

¹⁸ Claude Shannon e Warren Weaver foram dois pesquisadores norte-americanos que desenvolveram o modelo informacional de comunicação, a fim de otimizar a transferência de informações telegráficas entre aparelhos (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p. 43).

a receptores que, na maioria das vezes, desconhecem o tema, restringindo ou eliminando o diálogo e as diferenças sociais, além de impedir que se compreenda a realidade vivenciada em maior medida (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p. 43-50), podendo sugerir, *a priori*, uma proximidade à instrumentalidade dos cartazes de campanhas de saúde.

Por outro lado, sob a ótica do modelo da comunicação dialógica (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p. 50-52), considera-se que ambos os pólos comunicacionais possuem conhecimento, sendo, ao mesmo tempo, emissores e receptores; possuidores de conhecimentos que não podem ser ignorados na prática comunicacional. Desta forma, talvez seja possível pensar em uma troca parcial de informações, entendendo que a comunicação visual, objeto de interesse deste trabalho, a partir do momento em que apresenta mensagens, elementos e linguagens plurais e inclusivas, permite a reflexão, produzindo um diálogo sem palavras com o espectador, uma retórica da conotação, responsável por constituir a significação pela imagem, onde esta não é aquilo que representa, mas sim um sistema de signos que se serve de seus elementos constitutivos para falar de alguma coisa (JOLY, 2012, p. 82-84). Kossoy (2014, p. 31), neste sentido, atenta para a capacidade da fotografia em comunicar, como se fossem palavras.

Cabe alertar, a esta altura, que se trabalha, nesta dissertação, com a ideia da comunicação dialógica e polifônica, entendida como um “...processo dinâmico de construção de sentidos...” impregnado de antecedentes e significados específicos, onde o ponto focal repousa na mobilidade dos atores sociais, interlocutores. Assim, deve-se pensar no campo da Comunicação e Saúde em uma dimensão política e interacional, atentando-se a princípios e direitos dos cidadãos, em busca do aperfeiçoamento do sistema público de saúde, e sob a perspectiva de que a comunicação é fundamental para o controle social, uma ferramenta inexorável na produção, circulação e apropriação de sentidos da saúde, incorporando as lutas pelos direitos à informação e à comunicação (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p. 25-30). E, dentro deste campo, observar que a comunicação através das imagens e da fotografia representa uma das formas de comunicação, devendo, entretanto, ser capaz de “...fazer circular e consumir os sentidos sociais que se manifestem por meio de discursos” (ARAÚJO, 2004, p. 168), onde todas as posições e interlocutores têm legitimidade para falar e serem ouvidos, não se detendo apenas à transmissão de uma informação de forma linear, ao receptor.

No mesmo diapasão, vale destacar que este trabalho tomou um recorte temporal que contém a Convenção da ONU sobre Direitos das Pessoas com Deficiência, de 2006, que,

promulgada em 2009, no Brasil, fortalece a importância da comunicação¹⁹, como ferramenta de instrução de direitos humanos e das garantias individuais das pessoas com deficiência.

Preâmbulo. [...] v) Reconhecendo a importância da acessibilidade aos meios físico, social, econômico e cultural, à saúde, à educação e à informação e comunicação, para possibilitar às pessoas com deficiência o pleno gozo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, [...]

Artigo 2. [...] ‘Comunicação’ abrange as línguas, a visualização de textos, o braille, a comunicação tátil, os caracteres ampliados, os dispositivos de multimídia acessível, assim como a linguagem simples, escrita e oral, os sistemas auditivos e os meios de voz digitalizada e os modos, meios e formatos aumentativos e alternativos de comunicação, inclusive a tecnologia da informação e comunicação acessíveis; [...]

Artigo 4 [...] h) Propiciar informação acessível para as pessoas com deficiência a respeito de ajudas técnicas para locomoção, dispositivos e tecnologias assistivas, incluindo novas tecnologias bem como outras formas de assistência, serviços de apoio e instalações; [...]

Artigo 9. Acessibilidade. [...] 1.A fim de possibilitar às pessoas com deficiência viver de forma independente e participar plenamente de todos os aspectos da vida, os Estados Partes tomarão as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, ao meio físico, ao transporte, à informação e comunicação, [...] (BRASIL, 2009, s/p).

Vale lembrar, em consonância a Bourdieu (2000, p.14), que a análise e a compreensão dos processos comunicacionais, através de seus discursos e objetos discursivos, entre os quais estão as imagens e a fotografia, irão permitir demarcar o lugar do poder simbólico na constituição da realidade, o poder de fazer ver e fazer crer, constituindo a realidade em relações sociais determinadas, entre os sujeitos que exercem esse poder e os que a ele estão submetidos.

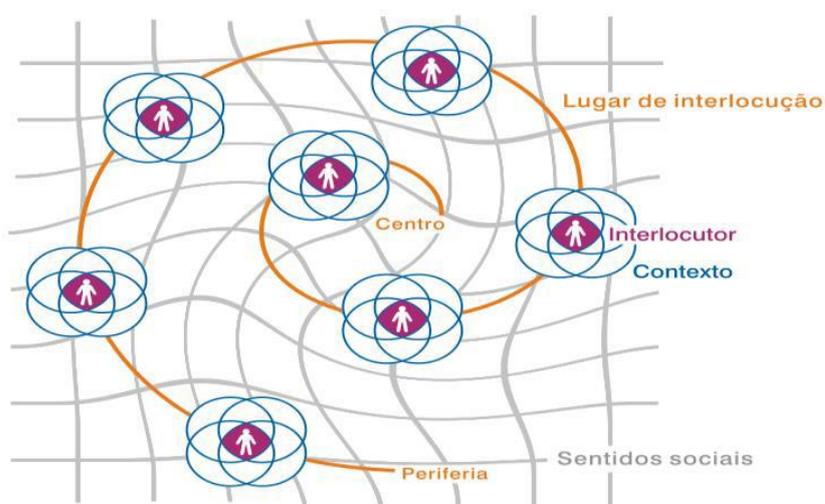
Os sistemas simbólicos, como instrumentos de conhecimento e de comunicação, só podem exercer um poder estruturante porque são estruturados. O poder simbólico é um poder de construção da realidade que tende a estabelecer uma ordem gnoseológica: o sentido imediato do mundo, (e em particular, do mundo social) [...] (BOURDIEU, 2000, p. 9).

Neste sentido, conforme o modelo de comunicação proposto por Araújo (2004, p. 167), as disputas políticas e sociais ocorrem em um mercado simbólico, um modelo que representa as práticas comunicativas dialógicas, onde os sentidos sociais, ou bens simbólicos, são produzidos, circulam e são consumidos pelas pessoas (ou interlocutores) que dele participam, onde os negociam em busca do poder simbólico, o poder de constituir a realidade.

¹⁹ A CDPD tem seus objetivos reconhecidos pela ONU como uma das metas do desenvolvimento sustentável, para 2030 (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável), entre as quais estão a igualdade de oportunidades, a redução das desigualdades e a promoção da inclusão social, econômica e política para todos, independentemente de idade, gênero, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição econômica ou outra (ONU, 2021 e 2022, s/p).

Segundo esse modelo (figura 6), reticular, multipolar, multidirecional, há uma permanente tensão na disputa por poder, expondo os interlocutores, pessoas ou comunidades, à uma contínua negociação por bens simbólicos, aproximando-se de posições móveis, mais centrais ou mais periféricas, conforme ostentam maior ou menor poder simbólico (ARAÚJO, 2004, p. 173).

Figura 6 – Modelo da Comunicação como um mercado simbólico



Fonte: ARAÚJO, 2004, p. 173.

Há que se considerar, portanto, diante do estabelecimento das relações de poder na sociedade, as imagens e a fotografia, aqui analisadas sob o aspecto comunicacional e não como objetos puramente estéticos e artísticos, como mediadoras da construção social de sentidos, onde os discursos são capazes de promover transformações, dinamizando o fluxo de interlocutores, negociando os lugares de interlocução (ou lugares de fala) e estabelecendo o equilíbrio de forças no cenário social (ARAÚJO, 2004, p. 173-176).

Como afirma Martín-Barbero (2006, p. 16-17), “...a comunicação se tornou para nós questão de mediações mais que de meios, questão de cultura e, portanto, não só de conhecimentos, mas de re-conhecimento”. Não por acaso a importância que deve ser dada às práticas comunicacionais e seus sentidos, em articulação com movimentos sociais.

4.1 A comunicação visual através da fotografia

A indissociável busca pela saúde no modo de vida da sociedade ocidental, também se reflete na busca pela imagem perfeita. Assim, em uma era pautada pela difusão massiva de imagens de todos os tipos, onde a comunicação digital, em rede, tem estabelecido novas representações e diversas possibilidades de significação da condição humana, em busca de sentido²⁰ e reconhecimento, nada mais propício que pensar e discutir a comunicação visual (SACRAMENTO e BORGES, 2021, p. 11).

Neste sentido, descreve Sontag (2007, p. 195): “Uma sociedade capitalista requer uma cultura com base em imagens. Precisa fornecer grande quantidade de entretenimento a fim de estimular o consumo...”.

Assim, lembrando que este trabalho está centrado na análise das imagens fotográficas e de suas subjetividades, segundo Kossoy (2014, p. 31-32), é preciso compreender “...o papel cultural da fotografia: o seu poderio de informação e desinformação, sua capacidade de emocionar e transformar, de denunciar e manipular”. O mesmo autor afirma ainda que as fotografias são elaboradas por um processo que envolve uma série de componentes, técnicos, culturais, estéticos e ideológicos. Luiz (2015, p. 35) é precisa ao afirmar que a imagem fotográfica reflete um modo de expressão, havendo nela “...indícios iconográficos (in)voluntários que, aliados a subsídios de outras naturezas, a carregam de sentido. Portanto, detalhe algum pode ser desconsiderado ainda que pareça insignificante, pois pode ser decisivo para a análise”.

As imagens trazidas com a fotografia, enquanto elementos estruturados, se assemelhariam à língua, tendo também uma dimensão política, enquanto instrumento de imposição ou de legitimação da dominação, contribuindo para a construção das relações de poder, um poder simbólico (BOURDIEU, 2000, p. 9-11). Daí, a importância de se analisar como são as imagens construídas nos cartazes, como é feita a composição das fotografias, quais os sentidos e discursos são representados, quais as políticas públicas de saúde estão expressas e qual a posição das pessoas com deficiência, a fim de contribuir para a construção de saber, ampliando a comunicação para e com as pessoas com deficiência. Através deste caminho espera-se atingir os objetivos específicos desta pesquisa, associando a descrição dos modelos conceituais da

²⁰ Pensando no modelo de comunicação multipolar proposto por Araújo (2004, p. 173), talvez seja possível admitir que a representação, como descrevem Sacramento e Borges (2021, p. 11), denote um campo de disputas por sentidos, no plural, que podem se somar na busca pelo poder.

deficiência às diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e à estratégia de comunicação do governo federal.

Para Pedrosa e Costa (2017, p. 82), o ato fotográfico representa o passado e o presente, pois registra um acontecimento passado, atualizado no presente. Sempre que a fotografia é revisitada, neste momento, lhe é atribuído um sentido a sua representação, conferindo ou não visibilidade ao discurso inscrito, ao autor (quem produziu a fotografia) e à audiência (a quem a fotografia se dirige). No mesmo sentido, Sontag (2007, p. 183) afirma que a fotografia fornece não apenas um registro do passado, mas um modo de lidar com o presente.

Produzir imagens é também produzir discursos sobre vida vivida, o presente e o futuro. As fotografias se colocam como um dos possíveis produtos dessa e nessa trama de representar-se que, em determinados momentos, favorecem (ou não) usos e costumes, formas de ver e ver-se e produzir peças com o status de bens culturais de uma sociedade e seus grupos.

Assim, representar é mediar e mediatizar, articulando concepções de pessoas individuais ou grupos por meio de objetos e artefatos de diversas e variadas ordens. E a fotografia é um desses aparatos simbólicos de representação a partir do momento que substitui um objeto por outro (PEDROSA e COSTA, 2017, p. 86).

Pode-se pressupor, a partir das falas de Sontag, Pedrosa e Costa, que a fotografia adquire uma posição central, enquanto forma de representação, produzindo discursos sociais impregnados de poder, sob a ótica de Bourdieu (2000, p. 14) e Araújo (2004, p. 167-176), materializando o espaço-tempo e permitindo que nele o espectador se movimente. Segundo Sontag (2007, p. 196), essa força se deve ao fato de ser a fotografia realidade material por si mesma, embora Pedrosa e Costa (2017, p. 87) alertem de forma precisa que “...um conjunto visual passa pelo filtro de uma pessoa conforme seu universo sociocultural...”, havendo interpretações que variam, por exemplo, “...de acordo com experiências relacionadas às faixas etárias e às diferenças individuais”.

A fotografia, portanto, pode ser vista como um potente instrumento de representação discursiva, sendo que, especificamente nas fotografias de pessoas com deficiência, Luiz, ancorando seu raciocínio em Garland-Thomson (2001), afirma:

[...] as fotos absolvem os observadores da responsabilidade a respeito de seus olhares direcionados aos observados, ao mesmo tempo que permitem uma forma mais intensa de olhar do que uma real troca social poderia suportar. Portanto, a fotografia da deficiência proporciona ao espectador o prazer do inexplicável, desinibido e insistente olhar. Essa “autorização” para fitar torna-se um poderoso dispositivo de argumentação que pode ser produzido para manipular ou conduzir os espectadores a determinadas ideologias (LUIZ, 2015, p. 35).

As fotografias são representações imagéticas que contam histórias não com palavras, mas com elementos visuais e convenções, e a forma como as imagens públicas o fazem, assim como as inscritas nos cartazes em estudo, é capaz de moldar a maneira como se entende o outro (GARLAND-THOMSON, 2010, p. 23).

Oliveira (2021, p. 42-60), ao citar os desdobramentos do movimento feminista entre o final dos anos 1960, até 1980, sintetiza a importância da representação fotográfica das pessoas com deficiência, desde as visualidades médicas, dos movimentos históricos e das mobilizações sociais, até as discussões onde o corpo passou a figurar no centro do debate político e ideológico, na disputa de poder, mas levando em consideração a imposição das barreiras sociais, físicas, políticas, econômicas e culturais nas vidas das pessoas com deficiência, pois a partir delas a deficiência passa a ser considerada uma forma de opressão e não uma doença.

Cabe, agora, então, discutir as imagens, suas representações e seus signos, especialmente, levando em consideração os estudos realizados por Peirce (1978), Barnes (1992), Garland-Thomson (2010), Barthes (2012) e Joly (2012).

4.2 A representação midiática e a análise de imagens

Para se discutir as expressões imagéticas dos cartazes publicados pelo Ministério da Saúde e os elementos nele inscritos, especialmente as fotografias, primeiro se faz necessário compreender a sua constituição e o seu propósito. Portanto, analisar a expressão de uma imagem e o contexto em que está inserida, passa pela busca de sua representação na arena social de disputas e, conseqüentemente, pelos objetivos com a mensagem, além da identificação dos símbolos nela inscritos.

O grande problema na representação se deve ao fato de que a maioria das peças midiáticas produzidas se preocupa, na maior parte das vezes, justamente, em criar um estereótipo das pessoas com deficiência, baseando-se em experiências mais próximas ao senso comum, como o uso de cadeiras de rodas ou pessoas com síndrome de *down*, ou seja, elas tentam reproduzir a diversidade e a realidade dessas pessoas utilizando imagens que podem gerar distorções e uma falsa representação, em sua maioria, facilmente detectáveis. Como exemplo, é possível citar a representação de pessoas com deficiência feita por atores ou modelos que são pessoas sem deficiência, e que, por mais hábeis que sejam, jamais conseguirão representar tudo que se passa com uma alguém que realmente necessita de uma cadeira de rodas, de uma prótese ou possui uma deficiência intelectual, entre outras realidades.

Barnes aborda muito bem esta questão quando afirma:

*Although, the misrepresentation of disability in charity advertising is of particular concern this report deals with the media as a whole: notably books, films, television, radio and the press. This is because the images used by charity advertisers are derived mainly from representations of disabled people in other cultural forms, and because the negative impact of charity advertising can only be fully appreciated when viewed alongside these depictions*²¹ (BARNES, 1992, p. 5).

Na mesma obra, o referido autor ainda acrescenta, como já afirmado neste trabalho, que os impedimentos são as limitações a que determinadas pessoas estão expostas, como as restrições ambientais e as barreiras físicas, enquanto a deficiência em si estaria vinculada a um complexo sistema de restrições sociais impostas sobre as pessoas com deficiência por uma sociedade discriminatória (BARNES, 1992, p. 5).

Chamam à atenção as formas depreciativas, patéticas e dignas de pena apresentadas pelas representações midiáticas de pessoas com deficiência, conforme Barnes (1992, p. 8-10), como se fossem pobres coitados, pessoas más, dependentes, sempre fora dos padrões corporais tidos como normais. O autor, inclusive, é contundente ao comentar sobre a violência histórica pela qual passam as pessoas com deficiência, muitas vezes tendo suas condições associadas à bruxaria, chegando aos casos em que se sugeria o infanticídio para as crianças com deficiência.

Várias são as representações das pessoas com deficiência e, normalmente veiculadas em mídias secundárias, na maioria das vezes, são negativas, inferiorizantes, totalmente desvinculadas, desconexas e desrespeitosas, incapazes de mostrar a realidade das pessoas com deficiência, subestimando-as e alijando-as do mercado de trabalho, do mercado de consumo e da vida social (BARNES, 1992, p. 17).

Ao contrário, as representações devem enxergá-las e retratá-las como pessoas comuns que têm os seus impedimentos, mas que são totalmente capazes de se relacionar socialmente em qualquer contexto, desde que haja equidade.

Sacramento e Borges (2021, p. 15), nesta direção, tocam, justamente, na questão da invisibilidade, comentada anteriormente, ao demonstrarem a importância da representação imagética, em especial a midiática, caracterizando-a como um espaço de negociação e disputa, onde grupos sociais podem fazer circular seus discursos.

²¹ Entretanto, a má representação da deficiência na publicidade de caridade é uma preocupação particular deste relatório, em se tratando da mídia como um todo: principalmente livros, filmes, televisão, rádio e imprensa. Isso ocorre porque as imagens usadas pelos anunciantes de caridade são derivadas principalmente de representações de pessoas com deficiência em outras formas culturais e porque o impacto negativo da publicidade de caridade só pode ser totalmente apreciado quando visto ao lado dessas representações (BARNES, 1992, p. 5). (tradução livre)

O trabalho de representação é fundamental para demonstrar a capacidade que muitos meios de comunicação têm de mostrar, repetidas vezes, certas imagens, histórias, situações, de modo que pareçam naturais ou familiares demais em detrimento de outras que, ocultadas, invisibilizadas, reificadas em estereótipos, se tornam marginalizadas, estranhas, excluídas e rechaçadas, gerando prejuízos para os grupos sociais representados. Por exemplo, se vemos apenas imagens de pessoas com deficiência como marginalizadas ou como vítimas, ao sermos apresentados por uma nova perspectiva, uma nova abordagem, uma nova luz, digamos, como sensuais ou engraçadas, é comum que não nos sintamos familiarizados com essas representações a partir de nosso entendimento sobre a pessoa com deficiência, baseado num acúmulo de experiências com representações mais recorrentes, que são a nós mais familiares (SACRAMENTO e BORGES, 2021, p. 15-16).

Percebe-se, com o exemplo fornecido pelos autores, a importância de se buscar uma representação que talvez possa ser chamada de mais inclusiva, na medida em que permita perceber a diversidade presente nas várias formas de deficiência, que seja capaz de mostrar o que realmente se passa com as pessoas representadas, a fim de que não exista espanto ou marginalização quando analisada sobre outros enfoques, e para que não fique encoberta pelos estereótipos intencionalmente produzidos por determinados grupos sociais em disputa e por outras formas de pensar e lidar com a deficiência, inclusive sob uma perversa retórica eugênica.

Kosminsky ressalva que a visualidade apresenta questões sociais, além das históricas e das corporais (KOSMINSKY, 2013, p. 91). Sacramento e Borges, alertam para as facilidades de representação das realidades sociais diárias, algo como uma resposta pronta às dificuldades que se instauram no cotidiano das relações sociais. Assim, o processo de estereotipagem tende a naturalizar determinadas representações, em detrimento de outras que passam a ser marginalizadas. Segundo os autores:

A representação, assim como o estereótipo, produz a realidade que representa. Além disso, a eficácia dos estereótipos reside na maneira como eles invocam um consenso. É preciso conhecer o papel da representação na produção e na consolidação de consensos, especialmente no modo como as representações são usadas para excluir, policiar fronteiras, conceder ou negar direitos a indivíduos e grupos. Essa é a função política mais poderosa do estereótipo: manter definições nítidas de limites, opondo, precisamente, o que e quem faz parte de um grupo, estabelecendo uma fronteira, e o que e quem está fora, ocupando o lugar do Outro (SACRAMENTO e BORGES, 2021, p. 60).

Diante deste panorama, em uma sociedade onde as dinâmicas relacionais funcionam dentro de determinados contextos sociais e culturais, os estereótipos contribuem com a modelagem de identidades e com a estigmatização, o que termina por fomentar e empoderar determinados discursos midiáticos e determinadas narrativas, retirando-se das pessoas com deficiência a condição de atores da arena política. Há a consolidação de uma mídia que prima

pela saúde como sinônimo de uma determinada aparência, onde o corpo passa a ser o “...capital de visibilidade e reconhecimento...” na busca pelo bem-estar pessoal (SACRAMENTO e BORGES, 2021, p. 61-68).

Posto que as imagens têm uma representatividade intencionada, cabe buscar os códigos que as compõem, analisar a composição dos cartazes, face ao conceito da deficiência, ao estilo de uma decupagem, com o fito de entender, mas não justificar, seus objetivos; e, para isso é possível seguir a teoria semiótica, conforme Pierce (1978), Barthes (2012) e Joly (2012).

Realizar uma análise mais aprofundada da semiótica, inclusive suas relações com a comunicação em saúde e o modelo de mercado simbólico fugiria aos objetivos e limites desta dissertação, portanto buscou-se uma abordagem visando à compreensão de que as imagens devem ser analisadas conforme o seu aspecto de significação e não pelo seu caráter estético ou pela emoção; é considerar o seu modo de produção de sentido, quer dizer, a forma como provocam interpretações e quais signos elas comportam (JOLY, 2020, p. 28-29).

Além disso, Joly (2012, p. 32-33) traz a lembrança de que a teoria da semiótica, segundo Peirce (1978), prevê um significante, um objeto e um significado, indo um pouco além do que Barthes (2012) apresenta, como será visto adiante. Ou seja, no caso das fotografias aquilo que se percebe do signo seria o seu significante, o que elas representam seria o objeto, além de conter o próprio significado em si, aquilo que ela quer significar.

A imagem como signo icônico é uma representação visual, portanto, que pode comportar uma série de sentidos, a depender de vários elementos, mas que sempre será forma de se buscar a semelhança com outra coisa. Conforme Joly:

O exemplo da ‘imagem’ é ainda mais eloquente e pode ajudar a compreender melhor sua natureza de signo: uma fotografia (significante) que apresenta um grupo alegre de pessoas (referente) pode significar, de acordo com o contexto, ‘foto de família’ ou, em uma publicidade, ‘alegria’ ou ‘convívio’ (significados) (JOLY, 2012, p. 34).

Representar significa querer dizer uma coisa através da semelhança, mas que pode se desviar para o bem ou para o mau, como afirma Joly (2012, p. 39-40), ao se assemelhar demais ou de menos ao objeto representado. Daí, a distinção entre imagem registro, no caso da fotografia, quando há uma grande semelhança ao real, pois feita a partir de ondas emitidas pelo próprio objeto, e a imagem fabricada, como as imagens científicas, produzidas para imitar algo que não é real.

Barthes (2012, p. 47-67), por exemplo, propôs buscar os signos inscritos nas imagens, se existem e quais seriam, seguindo o modelo linguístico de Saussure (1949, s/p), onde o significante está ligado ao significado. É uma possibilidade que parece atender aos anseios desta

pesquisa, mas que será tomada sem perder de vista o referente (objeto), conforme a teoria de Peirce (1978), mencionada por Joly (2012), e a relativização fornecida pelo contexto de emissão e de recepção da mensagem inscrita nas imagens.

A linguagem visual é contínua e com isso, ao se analisar uma imagem, deve-se também fazer uso da imaginação, através do princípio da permutação (JOLY, 2012, p. 52), o que possibilita realizar associações mentais, com base em conhecimentos prévios que permitirão diferentes interpretações.

[...] esse tipo de interpretação exigia um pouco de imaginação. É esse o caso, pois, para compreender melhor o que a mensagem me apresenta concretamente, devo me esforçar para imaginar que outra coisa poderia ver nela. Na realidade, as possibilidades de escolha são sempre tantas e tão variadas que o esforço não é tão intenso assim. Em compensação, é sempre muito instrutivo. Por exemplo, o simples fato de observar na publicidade, no jornalismo, na política ou em qualquer outro lugar, que determinado argumento me é apresentado por um homem (e não por uma mulher) é necessariamente significativo e tem de ser interpretado. É claro que a interpretação vai ter de se basear em um certo número de dados verificáveis ou admitidos para não se tornar totalmente fantasiosa.

[...] o mesmo vai ocorrer em uma mensagem visual, na qual os elementos percebidos, descobertos por permutação, encontrarão sua significação não apenas por sua presença, mas também pela ausência de certos outros que são, contudo, mentalmente associados a eles. [...] (JOLY, 2012, p. 53-54).

Ademais, conforme descreve Joly (2012, p. 54-55), ainda devem ser feitas mais algumas considerações, antes de se analisar uma imagem, quais sejam, avaliar a sua função, o contexto (ou referente) de seu surgimento e para quem ela é dirigida. E, apesar de todas as técnicas e métodos possíveis para o estudo de uma imagem, especialmente a fotografia, é inimaginável pensá-la sem levar em conta a sensibilidade, a personalidade, a cultura e todas as influências que atuam sobre o fotógrafo, o que lhe fazem executar a foto de determinada maneira.

Sob este prisma, vale relembrar os escritos de Barthes (1984, p. 127-128) que afirma que a natureza da fotografia é de ratificar aquilo que ela representa, tamanha a sua força, ainda que se considere esse registro fotográfico como algo que aconteceu, dando-o como fato e, portanto, deixando de fora a possibilidade de haver imagens intencionalmente pensadas, construídas, artificialmente reais. Algo que ele mesmo desconstrói ao caracterizar a fotografia como subversiva, não por ser perturbadora ou estigmatizante, mas por fazer pensar, por sugerir mais do que as palavras (BARTHES, 1984, p. 62), por ser capaz de pungir (*punctum*), de atrair o olhar e o pensamento em busca, inclusive, daquilo que não se deixa ver, invocando todos os sentidos possíveis.

Por fim, para entender as possíveis relações entre imagem e observador, também será levada em consideração a classificação proposta por Garland-Thomson, abordada por Luiz (2015, p. 35-36), que estabelece quatro retóricas visuais da deficiência: a imagem prodigiosa (exalta as diferenças para obtenção de admiração); a sentimental (há uma ótica de caridade, onde a pessoa com deficiência é vista como vítima); a exótica (onde a pessoa com deficiência aparece como estranha, diferente de quem a observa); e a realista (minimiza as diferenças, com o objetivo de buscar a identificação entre a pessoa com deficiência e o observador da imagem). Esta última abordagem parece mais adequada na busca pela redução das desigualdades, mas será utilizada sob um viés que aqui será introduzido e denominado como integrativo, na intenção de se aproximar ao conceito biopsicossocial da deficiência.

4.3 A representatividade do corpo com deficiência

Uma das questões a se levantar na discussão sobre a representação da deficiência está relacionada, diretamente, ao corpo e como derivam, a partir daí, consequências capazes de moldar comportamentos baseados em lógicas sociais que podem, por exemplo, classificar, enaltecer, criticar ou estigmatizar o indivíduo.

Dessa forma, cabe refletir sobre corpo e normalidade, sobre a busca incessante pelo corpo perfeito, padronizado, em conjunto ao corpo com deficiência e os estigmas criados pelo homem, enquanto ser social. Neste sentido, toma-se a contribuição de Butler (2015) sobre a construção do corpo, ao dissertar sobre questões de gênero:

Conceber o corpo como algo construído exige reconceber a significação da construção mesma. E se certas construções parecem constitutivas, quer dizer, se têm esse caráter de ser aquilo “sem o qual” não poderíamos sequer pensar, podemos sugerir que os corpos somente surgem, somente perduram, somente vivem dentro das limitações produtivas de certos esquemas reguladores generizados em alto grau (*highly gendered regulatory schemas*) (BUTLER, 2015, p. 15).

A discussão sobre o corpo e suas diversidades merece, assim, uma análise mais aprofundada, capaz de permitir a reflexão sobre os modelos conceituais da deficiência, sem perder de vista as disputas de poder engendradas no meio social.

4.3.1 O corpo

Visando a uma análise mais detalhada das imagens inscritas nos cartazes, objetos de estudo desta dissertação, e uma melhor compreensão sobre o corpo e as diferentes possibilidades para a construção social de um conceito do mesmo, bem como para que seja feita uma aproximação do conceito de estigma, foi estabelecido diálogo com Martins (2015), que recorre à noção de corpo múltiplo, apresentada por Mol (2002) e trazida aqui através da contextualização na deficiência (MARTINS, 2015, p. 264). Segundo este autor, a proposição levantada por Mol (2002), “...verifica como o mesmo corpo é diferentemente performado”, sendo definido “...através de discursos e dispositivos diversos e que, por isso, não definem o mesmo objeto”. Assim, todas as possibilidades de ver são constituintes do corpo múltiplo, com significados distintos, mas sem que isso o fragmente em diversos corpos.

Martins, aliás, traz uma outra contribuição muito valiosa, ao citar Douglas (1973), fazendo a correlação entre corpo físico e corpo social. Para o autor citado o corpo físico é percebido a partir de uma construção social do mesmo, uma visão construída por determinada sociedade (MARTINS, 2015, p. 264).

Mais adiante, Martins (2015, p. 265) também recorre a Foucault e Canguilhem, para demonstrar a posição central que o corpo passou a ter nas discussões sobre as ciências biológicas e sobre a normalidade. Por isso, vale trazer tais contribuições: Foucault (2005, p. 107-109), constata que a própria existência de um indivíduo implica em uma prática de saúde, de forma diária, onde o corpo passa a ter centralidade, pois sobre ele se darão os efeitos do meio em que está inserido, sejam eles efeitos positivos ou negativos. Passa a haver uma atenção ao corpo, que remonta a períodos da Grécia e da Roma antigas, onde a medicina evoca o que seria considerado bom para a vida e, conseqüentemente, para o corpo, estabelecendo padrões (biomédicos) e relações de poder. Para Foucault a importância central do corpo e do saber médico tem a ver com as formas de poder e de definição do que é normal, no sentido da construção de realidades, especialmente na cultura ocidental. Uma constatação que encontra albergue nos estudos de Canguilhem (2009, p. 12-15), sobre o normal e o patológico: ele ensina que o processo de doença faz parte do ser humano. Desta forma, estar doente seria algo normal à vida, o que, logicamente, implicaria no fato de que o estado de anormalidade, aquilo que é diferente à norma, nada tem a ver com alguma patologia. Segundo o filósofo, “...diversidade não é doença. O anormal não é o patológico” (CANGUILHEM, 2009, p. 53).

Tomando-se, portanto, as contribuições teóricas de Butler (2015) e de Mol (2002), Foucault (2005) e Canguilhem (2009) através de Martins (2015), é possível começar a construir um raciocínio que irá colaborar com a compreensão do corpo com deficiência e com a sua estigmatização.

4.3.2 O corpo com deficiência e o estigma

A partir das contribuições ulteriores, é possível seguir adiante no que Martins classifica como uma definição moderna do corpo com deficiência, cujo fundamento encontra respaldo no saber médico.

A questão central que decorre da moderna invenção da deficiência prende-se, pois, com a “des-socialização” das suas implicações através de um ancoramento médico. Identificam-se os efeitos de um investimento cultural e político marcado pelos discursos e práticas da medicina, vocacionado a negligenciar as condições sociais mais amplas da vivência e a privilegiar os discursos de profissionais em detrimento da reflexividade das pessoas com deficiência (MARTINS, 2015, p. 266).

Conforme discorre Martins (2015, p. 269-270), embasado na proposta de Butler (2015) sobre a materialização do corpo deficiente, é possível perceber que a deficiência emerge enquanto uma condição patológica, referenciada no modelo biomédico, em uma espécie de privilégio das condições naturais, onde as diferenças corporais estariam ligadas ao biopoder, a fim de legitimar relações sociais medicalizadas impregnadas por fatores culturais, sociais e políticos que atuam em conjunto sobre os indivíduos, objetificando seus corpos.

Concretamente, trata-se de perceber em que medida a objetificação da deficiência contribui para cristalizar o lugar central de uma limitação sensorial, contribuindo para a invisibilização dos estigmas culturais que decorrem dessa mesma objetificação, e para que se mantenham intocadas as formas vigentes de hierarquização social (MARTINS, 2015, p. 270).

Neste ponto, cabe trazer a obra de Santos (2002, p. 246-250), que contribui para a argumentação da invisibilização política dos corpos com deficiência, na medida em que propõem a produção de não-existência, baseada na naturalização das diferenças, que sustenta uma desqualificação da pessoa, tornando-a invisível, ininteligível ou descartável, de forma irreversível. Constrói, então, uma sociologia das ausências, onde o ignorante, o residual, o inferior, o local e o improdutivo, refletem o desperdício da experiência social.

Se é verdade os corpos e as suas diferenças jamais escapam às relações sociais que lhes dão significado, as linguagens da emancipação precisam urgentemente do contributo das pessoas que, ao serem marcadas pelo estigma

da deficiência, estiveram longamente apartadas de uma presença condigna no espaço público. Nas vidas e nas “vozes” das pessoas com deficiência vivificam metáforas que se opõem às “velhas naturezas” da modernidade ocidental, essas metáforas configuram, cada vez mais, uma ecologia de “corpos não doces”, os corpos materializados na árdua resistência aos guiões da normalidade (MARTINS, 2015, p. 271).

A união dos argumentos apresentados acima permite localizar o corpo da pessoa deficiência como algo fora da normatividade social moderna e contra a qual deve-se lutar, afinal, como já relatado, a produção de ausência, de invisibilidade, contribui, ainda mais, para a exclusão e para a estigmatização estruturais a que estão submetidas as pessoas com deficiência.

Para se pensar o estigma, é interessante, em primeiro lugar, trazer a contribuição de Omote (2004, p. 289), sobre as diferenças. Para ele, as diferenças inerentes à cada pessoa adquirem um caráter vantajoso ou não em determinadas circunstâncias e momentos, havendo cinco determinantes: o ator, ou a pessoa que ostenta a referida diferença, a sociedade, ou audiência, cuja função é julgar o ator, as circunstâncias sobre as quais acontece esse julgamento, o alvo e extensão do dano causado com a diferenciação. Este processo seria o responsável por apontar se determinada característica da pessoa, o ator, entraria para o rol de diferenças abomináveis, o que leva à necessidade de análise do desvio, enquanto relação entre a pessoa percebida como desviante, as pessoas que assim a tratam e o contexto em que isso ocorre.

Não custa insistir que a condição de desviante ou deficiente é contingencial. O que não se modifica com as audiências ou as circunstâncias é a posse de alterações anátomo-fisiológicas que impõem limitações no funcionamento do seu portador. Ainda que a audiência sequer desconfie da presença do problema, se está presente, irá exercer seus efeitos sobre o funcionamento do indivíduo.

[...]

No manejo das categorias de desvios, as semelhanças entre os membros de uma mesma categoria bem como as diferenças entre os membros dessa categoria e os de outras categorias tendem a ser enfatizadas e exacerbadas. Ao mesmo tempo, as diferenças entre os membros de uma mesma categoria, bem como as semelhanças entre os membros dessa categoria e os de outras categorias, são negligenciadas. Desse modo, cria-se a ilusão de uma grande homogeneidade intracategorial e heterogeneidade intercategorial, o que pode justificar o tratamento relativamente padronizado e indiferenciado destinado a pessoas identificadas e tratadas como integrantes de uma mesma categoria de desvio, tratamento esse considerado especializado para essa categoria de desviantes, não servindo para atender a nenhuma necessidade de integrantes de outras categorias, as quais deverão dispor de outros tratamentos especializados, específicos para cada categoria (OMOTE, 2004, p. 292-293).

A partir dessa percepção, fica mais fácil de se compreender como determinados grupos sociais são qualificadas como desviantes, identificando os limites das relações sociais e os

tratamentos a serem dispensados aos integrantes de cada grupo, em especial, pelos membros de outros grupos. Surgem a exclusão e a segregação, responsáveis por marcar a pessoa desviante como socialmente inferior, o que Omote (2004, p. 293) descreve como uma identidade social deteriorada, da qual se deve manter distância, evitando o contato: nasce o estigma.

Segundo Omote (2004, p. 294), estigma, atualmente, se refere à condição social de desgraça e descrédito, uma afirmação que segue os ensinamentos de Goffman:

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável – num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim deixamos de considerá-lo uma criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando seu efeito de descrédito é muito grande... e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real.

[...]

O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem honroso nem desonroso (GOFFMAN, 1982, p. 12-13).

O estigma tem por finalidade o controle social, enquanto prática inerente à coletividade humana, uma vez que são criadas normas de conduta para seus integrantes. Diante destas normas, estipulam-se padrões, formas de fiscalização e de tratamento aos que não os seguem (OMOTE, 2004, p. 295).

Busca-se, por fim, como sugere Omote, o entendimento sobre a construção das características inerentes às pessoas desviantes, de forma que haja o surgimento do estigma, não sendo considerado simples violação das normas. Parece haver certas circunstâncias sociais que determinam o surgimento do estigma, especialmente quando a violação às normas ocorre de forma repetida (OMOTE, 2004, p. 297).

Especificamente acerca da deficiência, Baldin (2020, p. 18-19) descreve que os corpos de pessoas com deficiência são estigmatizados porque causam estranhamento, porque não se adequam aos padrões, sendo tratados como insuficientes, precários, reconhecidos pelo seu tipo de deficiência e não pelo que são ou fazem, esquecendo-se que cada indivíduo desenvolve habilidades específicas, de acordo com suas capacidades e sua forma de funcionamento. Vieira *et al* (2019, p. 86-87), aludindo ao modelo biomédico de centralidade do corpo, ainda fortemente ativo no contexto social, expressam uma possibilidade de reforço do estigma em detrimento das possibilidades de vida disponíveis às pessoas com deficiência, de forma a

normalizar seus corpos e a categorizar as mudanças nas suas condições de vida como algo individual, ignorando os benefícios trazidos com o auxílio recebido por essas pessoas.

Os corpos, em constante modificação, devem ser vistos como fonte de informação, tendo em mente que todos, inclusive os com deficiência, geram uma imagem e esta gera uma narrativa que pode ser positiva ou negativa. Por isso, é fundamental prestar atenção à forma como são desenvolvidas as estratégias comunicacionais, especialmente as que tratam da pessoa com deficiência (BALDIN, 2004, p. 23). É necessário eliminar os processos de estigmatização da pessoa com deficiência, assim como o sentimento de não pertencimento imbricado na estrutura social que insiste por nomear e mediatizar a deficiência e não a pessoa.

5 CAMPANHAS NACIONAIS DE SAÚDE SOBRE DEFICIÊNCIA

Este capítulo tem por fim analisar as imagens inscritas em cartazes específicos, vinculados a políticas e à ação estatal, publicados em campanhas nacionais de saúde sobre deficiência, por meio da abordagem imagética da comunicação, conforme Peirce (1978), através de Joly (2012), Barthes (1984 e 2012), Garland-Thomson (2010) e Luiz (2015), porém se faz necessária uma contextualização mínima das campanhas nacionais de saúde, levadas a cabo pelo Ministério da Saúde, especificamente no que toca às pessoas com deficiência.

As campanhas nacionais de saúde, conforme Cardoso (2001, s/p), desde o século passado, foram importantes formas de atuação na saúde pública brasileira, tendo sido, talvez, o maior expoente do sanitarismo campanhista, prevalente até o surgimento da ditadura militar, nos anos 1964, como já analisado. No entanto, segundo a referida autora, as campanhas ainda hoje se fazem presentes, seja “...na lógica de organização de serviços e na resistência à descentralização de ações como na forma de priorizar questões de saúde”, visando a prevenção e o controle de doenças ou fatores de risco, além das que objetivam a difusão de práticas saudáveis, ampliando a informação sobre pautas específicas e conscientizando a população.

Neste sentido, a abordagem das imagens inscritas nos cartazes selecionados para esta pesquisa, buscou analisar a que possíveis doenças e/ou fatores de risco as campanhas estão associadas ou a quais práticas saudáveis se referiam, de forma que se pudesse identificar a posição governamental frente às pessoas com deficiência, além, é claro, de considerar os aspectos imagéticos e seus impactos sobre os interlocutores.

5.1 Estratégia comunicacional através de cartazes

Baseando-se nos objetivos descritos acima, e como já afirmado neste trabalho, as campanhas de saúde costumam ser, particularmente, utilizadas pela administração pública para se fazer presente e conferir visibilidade a determinados temas. Cardoso afirma:

[...] as campanhas mobilizam recursos extraordinários – no sentido de sua magnitude e também no de rompimento com a oferta “ordinária” de serviços de saúde –, sem que seja necessário alterar a organização do sistema como um todo. Possuem, portanto, a capacidade de conferir visibilidade espetacular a fenômenos antes mantidos à sombra, embora presentes na vida da população e, não raro, dos serviços. Atuando dentro da lógica da mídia, permitem, igualmente, altas taxas de projeção de seus executores, aumentando o cacife político de ministros e secretários de saúde que, muitas vezes, se candidatam a cargos eletivos ao final e/ou durante sua gestão.

Essas propriedades fazem das campanhas um recurso vantajoso tanto para aqueles momentos políticos em que interessa às autoridades criar um fato que catalise as atenções e abra espaço na mídia como para aquelas situações em que são pressionadas pelos movimentos sociais a responder a problemas de saúde até então ausentes da agenda sanitária oficial (CARDOSO, 2001, s/p).

Vale, também, trazer à luz, de forma sucinta, a discussão sobre prevenção e promoção da saúde, afinal, como afirmam Vasconcelos *et al* (2016, p. 3), estes conceitos são confundidos entre si e isto acaba por afetar os objetivos comunicacionais a serem atingidos por determinada política pública.

Segundo os autores citados, há uma confusão sobre os conceitos de prevenção e promoção da saúde, onde este acaba sendo preterido em prol daquele, usado com maior recorrência, embora não se saiba exatamente delimitar as diferenças entre os dois. Neste caso, ressaltam a importância da interdisciplinaridade com a comunicação, enquanto ferramenta estratégica para que se atinjam ambas, prevenção e promoção, e destacam que, embora já se entenda que a promoção é mais ampla, com um viés político, social e técnico do processo saúde-doença-cuidado, as políticas públicas, no Brasil, insistem em trabalhar com a comunicação sob um aspecto mais preventivo, como informativa de ações que objetivam evitar o adoecimento (VASCONCELOS *et al*, 2016, p. 3-5).

Várias estratégias podem ser adotadas em campanhas sanitárias, inclusive, atualmente, quando a comunicação se encontra frente à novas possibilidades tecnológicas do mundo virtual sem fronteiras, capaz de produzir discursos e dar vozes a diferentes atores sociais. Entretanto, ressalta-se que, nesta pesquisa, as campanhas são abordadas pela sua vertente imagética, com maior relevância para a fotografia, onde serão observados os signos das imagens e aquilo que eles representam.

Diante deste contexto, em acordo ao que escreve Costa (1977, p. 32), as campanhas, usualmente, se utilizam de mecanismos de propaganda ostensiva, onde se destacam os cartazes, com o objetivo de priorizar a Saúde Pública, demonstrando os perigos de certas enfermidades ou apenas conscientizando a população, mas buscando, em último termo, um envolvimento de toda a sociedade para combater o inimigo definido pelos órgãos gestores da saúde.

Essa definição comum às campanhas vem a corroborar o que Cardoso atesta: o reconhecimento de objetivos prioritários, alvos das campanhas, materializam a ausência de políticas públicas específicas capazes de alterar de forma significativa os determinantes socioeconômicos que causam o problema de saúde pública em questão, contentando-se com medidas paliativas (CARDOSO, 2001, s/p).

O que se percebe é que, mesmo com a diversificação das práticas comunicacionais em saúde, nas décadas de redemocratização do Brasil, com a Reforma Sanitária, com a criação do Sistema Único de Saúde e, mais recentemente, com programas de educação em saúde, os cartazes ainda encontram espaço na execução das propostas de informação e comunicação.

5.2 A expressão imagética da deficiência

Analisar a expressão de uma imagem aposta em um suporte, seja ele físico ou digital, passa pela compreensão dos signos ou sinais expressados, além daqueles cujo autor da comunicação pretende incorporar de forma indireta. Como afirma Joly (2012, p. 29), deve-se considerar o “...modo de produção de sentido das imagens, ou seja, a maneira como provocam significações, isto é, interpretações...” nas pessoas que dialogam com a informação visualmente comunicada.

No caso da expressão imagética da deficiência, em virtude das considerações feitas anteriormente, neste trabalho, entende-se que a imagem deve ser clara, verdadeira, capaz de demonstrar a pessoa de forma inclusiva e participativa e a deficiência sob a ótica do modelo biopsicossocial, que considera a deficiência como um resultado da interação da pessoa com o meio em que vive.

Para isso, não se deve olvidar que é necessária uma comunicação aberta, dialógica, que traga a reflexão e que considere as pessoas com deficiência como atores sociais, produzindo sentidos que devem afastar a imagem do corpo com deficiência como um estigma, reconduzindo o olhar a uma interação socialmente frutífera, equânime e que, acima de tudo, considere o ser humano.

Há que se lembrar, como descrevem Sacramento e Borges (2021, p. 61), que a expressão imagética é uma forma de representação (no caso em tela, da deficiência) e assim está repleta de relações de poder capazes de determinar discursos e formatar identidades, contribuindo decisivamente para uma maior inclusão e, também, para o próprio amadurecimento do conceito de deficiência.

No tocante à expressão fotográfica, deve-se lembrar que todas as análises precisam levar em consideração o contexto de onde e quando foram feitas, as normas que estavam buscando seguir, os autores das imagens, sempre que possível, pois as suas bagagens culturais influenciarão definitivamente a produção final, e a relação estabelecida com os observadores.

Neste aspecto, vale lembrar algumas limitações impostas a esta pesquisa, vez que, em função da pandemia de COVID-19 e das mudanças nas equipes do Ministério da Saúde, ao longo dos anos, não foi possível estabelecer contato com os gestores que encomendaram as peças analisadas, muito menos as agências e fotógrafos que as executaram.

5.2.1 Análise das imagens inscritas nos cartazes comunicacionais publicados pelo Ministério da Saúde

Antes da análise específica dos cartazes publicados pelo Ministério da Saúde, no período de pesquisa referido, são necessárias algumas considerações.

Inicialmente, objetivou-se uma abordagem das imagens da deficiência expressas nos cartazes, entre os anos de 2003 e 2016, e, para isso, foram feitos levantamentos diretos, via Internet, e solicitações indiretas, via e-mail, ao Ministério da Saúde e à Controladoria Geral da União (CGU), através dos órgãos responsáveis pela guarda do material informativo comunicacional²², especialmente, pela impossibilidade de busca *in loco*, face à pandemia da COVID-19.

Estas pesquisas não retornaram nenhum cartaz, porém foram encontrados cinco, todos fora do recorte temporal proposto inicialmente, também não tendo sido publicados em campanhas de saúde específicas sobre a deficiência, mas sim em campanhas de saúde com temas preventivos, em especial ao se referirem a campanhas de vacinação contra determinadas doenças que se não cuidadas ou evitadas podem levar à deficiência da própria pessoa ou de seu filho, no caso de mulheres grávidas. Segundo os próprios órgãos requeridos, e como será visto a seguir, quatro desses cartazes não possuíam registro temporal, não sendo possível determinar por quanto tempo foram utilizados, mas sendo possível identificar suas épocas prováveis de circulação, apenas em função da logomarca do governo federal. Como foi dito, nenhum dos cartazes foi publicado entre os anos de 2003 e 2016; quatro o foram antes deste recorte, tendo sido um no governo do Presidente Fernando Collor (1990-1992), três durante o período de governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e um, mais recente, no governo do Presidente Jair Bolsonaro (2018-atualidade).

²² A pesquisa foi realizada através de troca de mensagens de correio eletrônico, junto à Biblioteca Virtual em Saúde e à Editora do Ministério da Saúde, além de consultas realizadas aos sites Fala.Br e do próprio Ministério, conforme descrito no capítulo sobre a metodologia adotada.

Apesar do principal resultado desta pesquisa ser a ausência de campanhas nacionais de saúde voltadas à pessoa com deficiência e, conseqüentemente, de cartazes específicos, no recorte proposto, lembrando que tais peças deveriam ser cotejadas à atuação dos governos de Lula da Silva e Dilma Rousseff, e em virtude da escassez de informação sobre a deficiência, optou-se por fazer uma breve análise das imagens inscritas nos cinco cartazes encontrados, a fim de se entender o conceito de deficiência informado pelo governo brasileiro e a representação da pessoa com deficiência, ao longo das últimas décadas.

Outra consideração que deve ser feita é sobre o perfil da pessoa com deficiência. No Brasil, conforme expresso anteriormente neste trabalho, os últimos instrumentos que mediram e avaliaram a deficiência, foram o Censo de 2010 e as PNS de 2013 e de 2019, não existindo, até o presente ano, quando foi criado o SISDEF – Sistema Nacional de Informações sobre Deficiência²³, um compilado de dados e indicadores uniformemente organizados. Assim, face às latentes discussões acerca da deficiência e mesmo sobre sua conceituação, entende-se ser importante a análise do perfil social imagético representado nos cartazes, lembrando que as citadas pesquisas encontraram uma prevalência das deficiências nas mulheres da raça negra.

A partir de agora, então, terá início a análise, propriamente dita, dos cinco cartazes encontrados na pesquisa documental realizada, os quais, repita-se, foram publicados em campanhas diversas, nenhuma delas voltada para as pessoas com deficiência, mas, tendo em vista serem os únicos materiais publicados com alguma relação ou menção à deficiência, desde a promulgação da Constituição, em 1988, até o ano de 2020²⁴, entende-se cabível e pertinente analisá-los.

²³ Em 21/03/2022 foi lançado o SISDEF - Sistema Nacional de Informações sobre Deficiência, uma plataforma de tecnologia de informação e análise de dados relacionados às políticas públicas para as pessoas com deficiência, fruto de uma parceria entre a Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, órgão vinculado ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, e o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – ICICT/Fiocruz. O SISDEF vem a possibilitar a ampliação do quantitativo de indicadores e concentrá-los em uma única plataforma acessível (NIPPIS. 2022, s/p).

²⁴ O ano de 2020 foi tomado como recorte temporal final, pois o retorno às pesquisas documentais foi obtido em janeiro de 2021, conforme contato via correio eletrônico com o Serviço de Atendimento ao Usuário da Biblioteca do Ministério da Saúde.

Figura 7 – Cartaz nº 01 obtido junto ao Ministério da Saúde, com publicação provável entre 1990-1992

SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA



UMA CONQUISTA DO CIDADÃO

MINISTÉRIO
DA SAÚDE



O cartaz acima circulou por um curto período, devido à saída precoce do ex-presidente Fernando Collor, com a população ainda em adaptação à nova realidade democrática do país, parecendo sugerir um reforço aos direitos conquistados pelos brasileiros, inclusive as pessoas com deficiência, com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

No entanto, é possível analisar a imagem e a comunicação objetivada com a mesma. Neste sentido, chama à atenção o fato de o cartaz não possuir fotografias, mas apenas desenhos de pessoas, várias por sinal, de várias idades, porém com uma notada maioria do sexo masculino e, aparentemente, devido às características dos desenhos, todas de raça branca, destacando-se, ainda, a imagem de uma mulher grávida, no quadrante superior direito, cuja presença causa, no mínimo, espanto, ao associar gravidez e deficiência. Trata-se, no contexto geral, de uma imagem genérica que, aliada a um texto genérico, busca representar a importância da saúde das pessoas com deficiência, embora não traga nenhuma amostra de pessoas reais ou fatos cotidianos aos quais estas pessoas estão submetidas. Igualmente, não se fala nos direitos adquiridos por essas pessoas e nem como, objetivamente, pode acontecer a promoção de sua saúde.

Conforme Joly (2012, p. 32-36), segundo a teoria de Peirce (1978), a imagem em si seria o significante, o grupo de pessoas seria o referente ou objeto e o contexto, como a época de publicação, após a CF de 1988, por exemplo, informador do(s) significado(s).

Em detida análise dos signos imagéticos, é possível perceber uma aparente preocupação em demonstrar a diversidade de ocorrências da deficiência, trazendo-se pessoas cegas, cadeirantes, entre outros, porém, face ao caráter abstrato da peça comunicacional, é difícil compreender quais seriam as outras deficiências representadas. Seria este um retrato da própria dificuldade em nomear as pessoas com deficiência? Em dar-lhes voz e vez na sociedade? Afinal, como representar alguém que não se conhece? Talvez seja possível deduzir, a partir daí, que os produtores deste cartaz não tinham proximidade ao tema, não conheciam a realidade das pessoas com deficiência, não sabiam quais eram os tipos de deficiência ou sequer conheciam, efetivamente, alguém com deficiência.

Percebe-se, outrossim, que a representação imagética aponta para uma tentativa de demonstração de acolhimento, como se as pessoas com deficiência sempre necessitassem de amparo. Não chega a haver um caráter depreciativo, porém a aparente carência e, até mesmo, o reconhecimento tardio do direito à saúde da pessoa com deficiência, expresso no texto que acompanha a imagem, sugerem uma posição inferior das pessoas com deficiência em relação às sem deficiência. Neste sentido, apesar de não ser possível uma determinação precisa sobre qual conceito de deficiência o cartaz adota, talvez haja uma sugestão ao modelo biomédico,

devido à centralidade dada aos corpos, característica que denota a pessoa com deficiência como diferente daquelas sem deficiência.

Em busca do *punctum* da imagem, conforme Barthes (1984, p. 62), seria possível atribuí-lo ao quadrante inferior direito do cartaz, onde, talvez não por acaso, se destaquem as representações de homens brancos, sem uma deficiência aparente e dispensando o uso de órteses, próteses e materiais especiais.

No tocante à comunicação, em especial ao que se espera do observador desta imagem, podem ser feitas as seguintes análises: segundo a classificação de Garland-Thomson, descrita em Luiz (2015, p. 35-36), esta é uma imagem cuja retórica reforça o caráter sentimental, onde as pessoas com deficiência são vistas sob o prisma da caridade, como vítimas de uma segregação e que, a partir da obtenção de direitos, entre os quais está o direito à saúde, passam a integrar o resto da sociedade onde é possível, teoricamente, exercer plenamente todos os direitos fundamentais do ser humano. Assim, sob o ponto de vista do processo comunicacional dialético, em um mercado simbólico, este cartaz acaba por gerar o que se sugere como um poder simbólico enviesado, uma vez que, tendo o poder de fazer crer, conforme Bourdieu (2000, p.14), implica em uma representação deveras distante da realidade da maior parte da população com deficiência.

Figura 8 – Cartaz nº 02 obtido junto ao Ministério da Saúde, com publicação provável entre 1995-2002



Fonte: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/cartazes/grandes/ca0274g.jpg>.

O segundo cartaz trazido ao trabalho, ao que tudo indica, foi publicado antes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria MS/GM nº 1.060/2002), uma vez que a logo do governo federal o situa entre os anos de 1995 e 2002, período sob a administração do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, excluindo a análise em conjunto às diretrizes da política. Sob o aspecto histórico-político, o momento de sua circulação foi mais amplo do que o primeiro cartaz analisado, tendo havido uma sequência no poder devido à reeleição presidencial. O período ficou marcado pela estabilidade econômica, advinda com o Plano Real e o fim da hiperinflação, além da criação de programas sociais, como o bolsa-escola e o bolsa-alimentação²⁵.

Segundo informações obtidas junto à Biblioteca do Ministério da Saúde, conforme se atesta nas mensagens anexadas ao final deste trabalho, este cartaz não teve qualquer relação direta com uma campanha nacional de saúde especificamente voltada para pessoas com deficiência, o que permite supor ter sido uma peça publicada para ilustrar alguma campanha de vacinação. Pelas imagens inseridas, nota-se uma diferença imediata em relação ao primeiro cartaz analisado, uma vez que se passou a utilizar fotografias efetivamente, porém mantendo-se um estereótipo de raça branca, sem que seja possível determinar se alguém tem deficiência. Nota-se que todos são crianças e que, não por acaso, a flor ao centro se assemelha muito ao símbolo da APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), identificado, inclusive, no quadrante inferior direito, acompanhando da sigla PAP, cujo nome, Programa Apaeano de Prevenção, sustenta o mote textual apresentado no cartaz, Prevenção de Deficiências – O ciclo da vida agradece, um claro complemento às imagens, no sentido do que descreve Joly (2012, p. 54-55).

A estética imagética permite uma análise que remete ao ciclo da vida, com o nascimento da criança ao centro e o seu desenvolvimento em uma espiral que parte no sentido horário até chegar ao menino mais velho, com uma idade aproximada entre 9 e 12 anos. Há um claro objetivo de punção visual nesta espiral evolutiva, como ensina Barthes (1984, p. 62), de modo que o referente da imagem (PEIRCE, 1978 e JOLY, 2012) justifique o texto, afinal, a prevenção de doenças, ainda na infância, provavelmente pela vacinação, pode evitar o desencadeamento de algumas deficiências, ensejando a continuidade do ciclo da vida. Esta é uma referência estrita ao que viria a ser publicado na Portaria MS/GM nº 1.060/2002 que, em sua diretriz 3.3, reafirma a importância dos programas de vacinação na prevenção de deficiências, aludindo a ações informativas com ênfase nas campanhas de combate à poliomielite, ao sarampo e à rubéola.

²⁵ FUNDAÇÃO FERNANDO HENRIQUE CARDOSO. 2022, s/p.

Em outro ponto, lembrando que as expressões imagéticas são impregnadas de poder, como afirmam Sontag (2007, p. 196) e Sacramento e Borges, (2021, p. 61), contribuindo para a formatação de discursos sociais, cabe ressaltar a importância dada à vacinação e o quanto a sua ausência pode interromper o ciclo da vida de uma criança, uma clara mensagem dirigida aos pais, mas que, sob uma ótica mais detida e crítica, parece um tanto quanto excludente, pois incute um raciocínio capacista de que o ciclo da vida só estaria obedecendo seu caminho “normal” caso a criança não apresentasse nenhuma deficiência em seu desenvolvimento. Em oposição a este argumento, uma pessoa ou, no caso, a criança pode ter uma deficiência por vários outros motivos que não a doença advinda da falta de vacinação, além do que viver com uma deficiência não significa estar fora do ciclo natural da vida; dependendo do caso, pode-se viver muito bem e até melhor que uma pessoa sem deficiência. Assim, conforme a classificação de Garland-Thomson (2010), trazida aqui por Luiz (2015, p. 35-36), na relação imagem-observador, neste caso, seria possível pensar na pessoa com deficiência sob a retórica sentimental, pois o cartaz estaria enfatizando a pessoa com deficiência como uma coitada, já que ela estaria fora do ciclo “normal” da vida. Mais uma nítida preocupação com os processos de prevenção de doenças e não com a promoção da saúde que, inclusive, poderia estar direcionada a ambas as pessoas, com e sem deficiências.

Figura 9 – Cartaz n° 03 obtido junto ao Ministério da Saúde, com publicação provável entre 1995-2002



Fonte: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-27707>.

O terceiro cartaz guarda muitas semelhanças com o segundo, especialmente pelo momento de sua veiculação, durante o governo do ex-presidente Fernando Henrique, entre os anos de 1995 e 2002, e por se tratar de uma indicação à uma campanha vacinal (contra a paralisia infantil), em uma referência direta à atuação preventista.

Em termos imagéticos, apesar de também não ser uma campanha voltada para as pessoas com deficiência, percebe-se uma imagem direta com esta referência, haja vista a pessoa cadeirante. Cabe salientar um novo paradigma, mais inclusivo, já que a pessoa é uma mulher, porém a raça permanece sendo a branca. E, apesar de não ser possível determinar se a pessoa da foto é em realidade uma pessoa com deficiência, muito menos se seria uma criança, fica evidente o ponto focal (BARTHES, 1984) de atenção dado à cadeira diante do ambiente inacessível propiciado pela escadaria à sua frente.

Outros detalhes que merecem atenção são o ponto de fuga fornecido pela parte superior da escada, onde se lê em letras garrafais Ministério da Saúde, como se o órgão representasse a salvação para quem se vacinar, e o tom avermelhado, carregado, trazendo uma conotação dramática à cena, o que permite associá-la à retórica sentimental de Garland-Thomson (2010), onde a pessoa na cadeira de rodas seria a vítima de uma sociedade que é naturalmente excludente. Uma representação da exclusão estabelecida enquanto relação de poder no sentido de buscar o discurso da anormalidade relacionada à deficiência, reforçado pelo próprio texto que reverbera o capacitismo estrutural, como se a vida de um cadeirante tivesse sempre que ser mais difícil do que a vida de alguém sem deficiência. A análise do ambiente e das condições de vida são deixadas de lado, simplesmente ignorando o aspecto relacional que deve nortear a definição da deficiência.

Há indícios iconográficos latentes, como a cadeira de rodas, e, embora impossível atestar-lhes veracidade (se a pessoa seria mesmo cadeirante, por exemplo), conforme Luiz (2015, .35), carregam a imagem de sentidos poderosos que involuntária ou voluntariamente constroem uma relação de poder (BOURDIEU, 2000) fundada, uma vez mais, na prevenção de doenças e incapaz de traduzir uma verdadeira política pública inclusiva e promotora de saúde. Uma relação que reforça o estigma do corpo anormal, fora do padrão, incapaz de viver em sociedade, como afirmam Goffman (1982, p. 12-13) e Omote (2004, p.293-297). Uma sociedade, como mostrado no cartaz, que não se preocupa em ser inclusiva ou em tornar os espaços acessíveis, afinal, se você for, se tornar ou quando se tornar uma pessoa com deficiência ou, simplesmente, envelhecer e tiver a mobilidade reduzida, não conseguirá transitar por espaços cujo acesso é feito somente por escadas.

Figura 10 – Cartaz nº 04 obtido junto ao Ministério da Saúde, com publicação provável em 2002



**MINHA MÃE TEVE RUBÉOLA
NA GRAVIDEZ.
POR ISSO EU NASCI CEGA.**

**TODA MULHER DE 12 A 39 ANOS DEVE SE VACINAR.
É GRÁTIS. DE 15 DE JUNHO A 5 DE JULHO NOS POSTOS DE SAÚDE.**

LEVE SEU CARTÃO DE VACINA.

SECRETARIAS ESTADUAL
E MUNICIPAL DE SAÚDE

MINISTERIO
DA SAÚDE



Fonte: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-27881>.

A quarta peça analisada também foi publicada durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, mas é possível afirmar que isto aconteceu no ano de 2002, uma vez que a logo do cartaz foi a utilizada naquele ano, em comemoração ao oitavo ano de governo.

Assim como o cartaz precedente, este também se dirigia a uma campanha vacinal, no caso de prevenção à rubéola, uma doença capaz de causar a cegueira no bebê, ainda durante a sua gestação, um tema citado, expressamente, na diretriz 3.3 da Portaria MS/GM nº1.060/2002. Portaria que entrou em vigor em junho de 2002, mas que não conseguiu ser atendida com ações comunicacionais específicas sobre as pessoas com deficiência.

A imagem inscrita no cartaz, em si, parece pouco informativa, inclusive pela diagramação adotada, com o rosto preenchendo todo o quadro, o que torna impossível saber se a mulher retratada seria uma filha que se tornou cega por conta da rubéola que acometeu sua mãe ou uma mãe, ainda grávida, conclamada a participar da campanha vacinal, a fim de evitar a doença que possa atingir seu bebê. Mais uma vez, a raça branca aparece com centralidade discursiva e o aspecto estético (simetria, maquiagem, cabelo, pele, sorriso, entre outros) não parece remeter à figura da mulher média brasileira, o que levanta o questionamento sobre a função, o contexto e a quem a imagem foi dirigida (JOLY, 2012). O ponto focal (BARTHES, 1984) sugerem ser os olhos, ainda que cobertos pelo texto, mas a escassez de elementos imagéticos, aliada à construção visual, induzem à uma baixa representatividade das pessoas com deficiência, contribuindo para o incremento de sua invisibilidade (SACRAMENTO E BORGES, 2021).

O componente textual, por sua vez, com referência à cegueira, está posicionado justamente à frente dos olhos da mulher, parecendo ser a representação da dificuldade ou da falta de visão. Neste cartaz, o texto exerce um papel complementar fundamental à imagem e, como afirmado anteriormente, deve ser analisado em conjunto a ela (PEIRCE, 1978 e JOLY, 2012). É um texto forte devido ao seu caráter acusador, pois vem a culpar a mãe pela deficiência que sua (seu) filha(o) pode vir a ter, em função da doença por ela contraída, o que não parece acompanhar os ideais e os princípios de um sistema de saúde inclusivo e promotor da saúde. Um texto que também reforça a ótica sentimental imposta à pessoa com deficiência (GARLAND-THOMSON, 2010 e LUIZ, 2015), reduzida a uma vítima da falta de vacinação e do comportamento negligente de sua mãe.

Figura 11 – Cartaz nº 05 obtido no sítio de Internet do Ministério da Saúde, publicado em 2019



Fonte: <https://tinyurl.com/33y5ykw>.

Por fim, o quinto cartaz, acima estampado, foi obtido diretamente no sítio de internet do Ministério da Saúde, na área Campanhas de Saúde, no ano de 2019, sob a administração do presidente Jair Bolsonaro, sendo esse, a título de conhecimento, o último documento imagético encontrado, dentro de uma campanha de saúde, onde é possível estabelecer alguma correlação com a deficiência. No ano de 2020, prazo final de recorte da pesquisa documental, modificado após os resultados iniciais negativos, e mesmo nos de 2021 e 2022, como verificado até o momento da redação deste texto, não foram encontradas campanhas específicas sobre a deficiência, nem campanhas com outros temas, como a prevenção de doenças ou a vacinação, onde tenha sido possível encontrar cartazes que tangenciassem o tema.

Uma vez mais, então, em virtude da escassez de material comunicacional sobre a deficiência, entende-se oportuno analisar mais este cartaz, inclusive para que, posteriormente, caso se entenda cabível, seja possível traçar um paralelo comportamental entre a atuação de diferentes governos. Neste aspecto, cumpre lembrar também que depois da entrada em vigor da Portaria MS/GM nº 1.060 de 2002, nenhum outro cartaz publicado pelo Ministério da Saúde

foi encontrado, mesmo em outra campanha nacional de saúde, ainda que não tratasse especificamente da deficiência: uma lacuna de 17 anos até o cartaz trazido acima, o que consolida uma prática excludente, passiva e omissa do poder público, reforçando a invisibilização das pessoas com deficiência.

A representação imagética desse quinto cartaz alude, como no terceiro, à pessoa cadeirante, porém, à parte da discussão sobre a veracidade da condição das pessoas na foto, chama muito a atenção o fato de a pessoa na cadeira de rodas estar invisível, algo que parece ir de encontro ao cerne da discussão desta pesquisa: a (in)visibilidade das pessoas com deficiência. Um cartaz que pretende ser inclusivo e que traz outra construção visual com, ao que tudo indica (pela silhueta e pelo texto), uma mulher, distanciando-se das montagens artificiais de anos pregressos, não poderia, de forma alguma, ter “apagado” a pessoa com deficiência, reforçando a sua não-existência (SANTOS, 2002), transmitindo toda a importância da mensagem, toda a responsabilidade, e, por que não, o poder de fala (BOURDIEU, 2000) à figura do homem, pai, que, através de sua conduta negligente, veio a “inflingir” um “mal” à sua filha, como se a deficiência fosse um castigo, justamente um posicionamento que este trabalho quer contribuir para afastar.

A imagem inscrita no cartaz, ademais, assim como nos outros cartazes apresentados, dialoga com o sentimentalismo apresentado nas retóricas da deficiência (GARLAND-THOMSON, 2010 e LUIZ, 2015), situando a pessoa com deficiência como uma vítima da (falta de) atitude de outrem; o que é sustentado no texto que acompanha a foto e que com ela deve ser analisado (JOLY, 2012). Traz também um reforço à estigmatização do corpo deficiente (GOFFMAN, 1982 e BARNES, 1992), enquanto aprisiona a pessoa em uma imagem disforme, por si só capaz de reduzi-la ainda mais.

Em termos de estética visual, o *punctum* da fotografia (BARTHES, 1984) parece ser a mulher cadeirante, talvez por estar invisível, talvez por ter tido seu corpo colorido na cor rosa e submetido a uma cena de tons bem contrastados. O fato é que a sua ausência torna a imagem perturbadora, inquietante e, para aqueles que são pessoas com deficiência ou conhecem o movimento, inferiorizante, desrespeitosa.

5.3 O conceito da deficiência na comunicação do Governo Federal

O objetivo deste item seria analisar qual conceito de deficiência foi adotado pelo Governo Federal, quando publicou cartazes de campanhas de saúde voltadas para pessoas com deficiência, no período de recorte inicial da pesquisa, entre os anos de 2003 e 2016. No entanto, como informado nos itens anteriores, nenhum cartaz foi publicado no período temporal referido, o que acabou por motivar um alargamento do recorte para os anos de 1988 a 2020, período no qual a busca retornou apenas cinco cartazes, nenhum específico sobre a deficiência ou publicado em uma campanha específica, voltada para as pessoas com deficiência. Todos estavam inseridos no contexto de diferentes campanhas de saúde, a maioria tratando de campanhas vacinais preventivas, com publicação anterior à entrada em vigor da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, exceto pelo cartaz nº 05, de 2019.

Dito isto, em continuação à análise dos cinco cartazes apresentados, decidiu-se por buscar qual o conceito de deficiência informado através das imagens inscritas, a fim de se traçar um panorama evolutivo da atuação dos distintos governos do período. Para tanto, apresenta-se, aqui, um breve recordatório sobre os três modelos conceituais trazidos nesta dissertação, no terceiro capítulo, os quais coexistem, atualmente, em um cenário discursivo tensionado em uma disputa pela hegemonia: o biomédico, o social e o biopsicossocial. O primeiro tem a ver com o comprometimento biológico do indivíduo, causado por doença, trauma ou outra condição de saúde, estando direta e inteiramente associado ao corpo deficiente (BERNARDES e ARAÚJO, 2012). O segundo, por sua vez, guarda relação direta com o ambiente em que vive a pessoa; ou seja, o ambiente social é o responsável, face a diversos fatores, como a falta de acessibilidade e a discriminação, por proporcionar a experiência da deficiência a alguém (DINIZ, 2012). Por último, o modelo biopsicossocial, forjado em época mais recente, presente na CIF (2001) e na Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006), é uma junção dos dois primeiros conceitos, transitando na área da funcionalidade dos corpos. A deficiência é o resultado da interação do corpo com impedimentos ou redução de funcionalidades com ambientes discriminatórios, capazes de limitar a participação social (MEDEIROS; DINIZ; BARBOSA, 2010).

Diante das análises feitas no item anterior, onde a comunicação da deficiência a posicionou, em sua maioria, em uma retórica sentimentalista, onde a pessoa com deficiência esteve sempre associada à uma condição inferiorizante, vista como coitada ou passível de pena, é possível afirmar que a deficiência foi tomada sob o modelo biomédico, o qual restringe a

pessoa ao corpo deficiente. Mesmo o primeiro cartaz (Figura 7) parece se restringir aos corpos, às diferentes formas da deficiência, sem se preocupar em mostrar as interações destes corpos com o ambiente social em que vivem. O cartaz número 02 (Figura 8), onde também não há qualquer tipo de alusão à interação social, se restringe ao desenvolvimento humano e sequer permite definir se as crianças das fotos são pessoas com deficiência. Por outro lado, o terceiro cartaz (Figura 9), apesar de também conter uma linguagem inferiorizante, associada à incapacidade, se aproxima do conceito social da deficiência, quando imprime a falta de acessibilidade de um ambiente à uma pessoa com deficiência por conta de uma barreira física, a escadaria. O cartaz número 04 (Figura 10), talvez, seja o que mais tenha se afastado de qualquer conceito da deficiência. A foto utilizada não permite sequer determinar que a pessoa objeto da imagem é cega, como sugere o texto que a acompanha. E, o último cartaz, número 05 (Figura 11), já mais recente e único de onde provavelmente pudesse se esperar um acompanhamento das diretrizes da política pública analisada, bem como a abordagem do conceito biopsicossocial da deficiência, dado o seu tempo de existência, não muda o perfil de atuação comunicacional do governo e, sob ótica mais ajustada, agrava ainda mais a situação, visto que traz inscrita uma pessoa com deficiência literalmente invisível, apagada, tornando quase impossível a não associação ao modelo conceitual biomédico, restrito ao corpo doente, anormal (CANGUILHEM, 2009) ou ausente (SANTOS, 2002).

Resta claro, portanto, pelo menos pela análise das peças comunicacionais anexadas, que a deficiência, para diferentes governos brasileiros, desde 1988 até 2020, restringiu-se, e ainda se restringe, ao corpo, consubstanciando e fortalecendo o conceito biomédico da deficiência, conceito que vai contra o defendido pela ONU, pela CIF, pela Constituição Brasileira, por distintos dispositivos legais infraconstitucionais, pelo movimento social das pessoas com deficiência e, especialmente, pelas próprias pessoas com deficiência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de um pressuposto histórico de luta social e permanente construção conceitual da deficiência, de ativismo pela acessibilidade, pela inclusão e pelo reconhecimento e equiparação de direitos, o objetivo deste trabalho foi analisar as imagens da deficiência, inscritas nos cartazes publicados pelo Ministério da Saúde, em campanhas de saúde voltadas para as pessoas com deficiência, entre os anos de 2003 e 2016, tendo como ponto de partida a publicação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência - PNSPD, em 2002, a fim de entender o conceito de deficiência que os informava, além de descrevê-los, contextualizando suas diferenças.

A *priori*, tinha-se em mente questões como a distinção, nas imagens, dos diferentes modelos conceituais da deficiência; a construção dessas imagens inscritas nos cartazes; as deficiências que tiveram maior visibilidade, caso tenha havido; e se esses cartazes, instruídos pelas diretrizes da PNSPD, conseguiram comunicar a deficiência sob o modelo conceitual biopsicossocial.

Especificamente, no tocante à expressão da deficiência nas imagens dos cartazes utilizados nas campanhas de saúde, em correlação às diretrizes da PNSPD e aos demais documentos colecionados, como a Convenção da ONU sobre Direitos das Pessoas com Deficiência (2006) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF (2001), tendo como pressuposto a abordagem da deficiência sob a ótica do modelo biopsicossocial, era de se esperar que a expressão imagética da deficiência, em publicações oficiais, incorporasse uma comunicação clara, inclusiva, dialógica, capaz de promover a saúde, e não apenas alertar para a prevenção, entendendo e expressando a pessoa com deficiência para além do seu corpo, como sujeito de direitos e deveres, igual a qualquer outro cidadão, atendendo assim a princípios que regem o Sistema Único de Saúde brasileiro, conforme o artigo 7º da Lei 8.080/90, como o que visa à defesa da integridade física e moral das pessoas (inc. II) e o que garante igualdade de assistência à saúde, sem qualquer tipo de preconceito (inc. IV), além do especificado na Lei Orgânica da Assistência Social, como o dispositivo que cita a promoção da integração da pessoa com deficiência à vida em sociedade (art. 2º, inc. I, d).

A partir dessa proposta, pressupondo-se um cenário favorável às pessoas com deficiência, haja vista a publicação da PNSPD, em 2002, esperava-se encontrar, nos cartazes comunicacionais oficiais do Ministério da Saúde, uma expressão da deficiência mais aproximada ao conceito biopsicossocial, concepção reconhecida pelos organismos

internacionais, pela literatura especializada, pelas normas e pelos movimentos sociais. Entretanto, como foi demonstrado, no período de pesquisa proposto, inexistiu qualquer cartaz que, veiculado pelo Ministério da Saúde, estivesse relacionado a alguma campanha de saúde voltada para as pessoas com deficiência, que tratasse das pessoas com deficiência ou sequer fizesse qualquer tipo de referência ao tema, fato que motivou um alargamento do recorte, com o termo inicial tendo retrocedido a 1988, por conta do marco da promulgação da Constituição Federal, expressamente defensora dos direitos das pessoas com deficiência, e com o termo final tendo avançado a 2020, momento em que se desenvolveram os levantamentos documentais para este trabalho.

A ideia inicial do novo recorte temporal foi apenas proporcionar uma maior possibilidade de obtenção de resultados positivos, ou seja, encontrar algum documento publicado que se enquadrasse nas características propostas. Porém, o retorno se restringiu a apenas cinco cartazes, dos quais nenhum foi a consecução ou estava relacionado a campanhas de saúde específicas voltadas para as pessoas com deficiência, o que potencializou a crença de que a análise se fazia relevante, justamente para tentar consolidar a hipótese que veio se desenhando ao longo da pesquisa: a invisibilidade das pessoas com deficiência, causada por práticas estruturais excludentes e, quiçá eugênicas, dentre as quais está a comunicação, sobre e para as pessoas com deficiência.

Em um país, segundo a PNS de 2019 (IBGE, 2021, p. 29), com, aproximadamente, 18 milhões de pessoas com deficiência, não haver campanhas de saúde específicas sobre o tema ou não haver imagens de pessoas com deficiência em outras campanhas é um reforço à condição de invisibilidade estrutural. Ademais, considerando a funcionalidade de um indivíduo e as demandas por maior acessibilidade e mobilidade urbana, pode-se adicionar um outro elemento de análise, relevante, embora não seja objeto deste trabalho: o Brasil, segundo a PNS de 2019 (IBGE, 2021, p. 62), tem pouco mais de 3 milhões de pessoas com mais de 60 anos que necessitam de auxílio funcional para exercer suas tarefas diárias, ou seja, o Brasil está envelhecendo e a redução de funcionalidade será um aspecto cada dia mais comum na vida da população.

Quanto à análise, propriamente dita, dos cartazes encontrados, baseando-se no novo recorte proposto, entre os anos de 1988 e 2020, restou claro e evidente o descompasso entre as poucas imagens selecionadas e utilizadas pelo Ministério da Saúde, ao longo de diferentes períodos, com diferentes políticas, e a conceituação biopsicossocial da deficiência, conceituação mais recente, defendida pelos movimentos sociais das pessoas com deficiência, prevista na Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da

OMS, de 2001, na Convenção da ONU sobre Direitos das Pessoas com Deficiência, de 2006 (incorporada ao texto constitucional brasileiro, em 2009) e no Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Brasileira de Inclusão), de 2015.

Quanto à Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, (Portaria MS/GM nº 1.060/2002), instrumento legal tomado como base para o cotejamento junto aos cartazes, haja vista suas diretrizes, é importante ressaltar que não há qualquer menção ao conceito biopsicossocial, mas há o reconhecimento da deficiência como parte ou expressão de uma condição que, não necessariamente, indica a presença de doença, baseando-se na CIF, trazendo as nuances do conceito social da deficiência, em uma clara demonstração de que a luta pela nomeação conceitual da deficiência é algo que está posto.

Ao analisar a PNSPD, ademais, foi possível encontrar diretrizes que vão muito além da mensagem com foco apenas na vacinação para prevenção de doenças que podem causar deficiências, mensagem esta que foi a maior motivação nos poucos cartazes encontrados. Tais diretrizes como, por exemplo, a promoção da qualidade de vida e a assistência integral à saúde da pessoa com deficiência, podem ser encontradas nos parágrafos do item 3, fundamentadas no seguinte propósito:

A presente Política Nacional do setor saúde, dentro do contexto das políticas governamentais e à luz dos direitos universais do indivíduo, tem como propósito reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano - de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social - e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. A consecução desse propósito será pautada no processo de promoção da saúde, considerando, sobretudo, a possibilidade que enseja para a efetiva articulação entre os diversos setores do governo e a efetiva participação da sociedade. Além disso, o alcance do propósito desta Política requer a criação de ambientes favoráveis à saúde das pessoas portadoras de deficiência e a adoção de hábitos e estilos saudáveis, tanto por parte destas pessoas, quanto daquelas com as quais convivem, os quais constituem condições indispensáveis para a qualidade de vida buscada por esse processo (BRASIL, 2002, p.4).

Percebe-se, portanto, pela leitura do trecho acima, uma amplitude muito maior no que concerne à promoção da saúde das pessoas com deficiência, do que o efetivamente constatado na ausência de campanhas e cartazes, no período proposto, e representado nas cinco peças encontradas, o que cristaliza uma realidade excludente da pessoa com deficiência.

Não se trata de negar a prevenção de deficiências ou a reabilitação, assim como a manutenção dos programas de vacinação, sejam eles quais forem, mas uma política pública e, em especial, a PNSPD não se resume a isso. Vários outros fatores são necessários para que se

promova e se garanta a saúde das pessoas com deficiência, pautada nos ideais humanitários da Convenção da ONU, de 2006, sobre as Pessoas com Deficiência, na Constituição Federal de 1988 e nos princípios do SUS, em especial o que prevê a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral (Lei Orgânica da Saúde – nº 8.080/1990).

Por todo o exposto, após as análises das imagens inscritas nos cartazes, o que se percebeu foi uma predominância do conceito médico da deficiência, onde se desenvolveu uma comunicação de expressões restritas ao corpo ou a sua ausência, sob um tom nefasto assemelhado ao movimento eugênico, com um perfil sociodemográfico distinto ao levantado nas duas últimas pesquisas nacionais de saúde, em uma ação que se distanciou das bases legais e dos interesses defendidos pelas pessoas com deficiência, mesmo quando os governos tinham mais aproximação às políticas sociais. Esperava-se encontrar, informado nos cartazes, um conceito da deficiência que se aproximasse ao menos do modelo social, dada a época de publicação, mas, acima de tudo, uma comunicação que expressasse a deficiência de forma mais inclusiva, sendo instrumentos de propagação e difusão de informação de qualidade, capaz de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência e para a redução das iniquidades estruturais a que estão expostas. Por outro lado, ao retratar as pessoas com deficiência, se estabeleceu uma correlação com sentidos de piedade, solidariedade e compaixão, como se a deficiência as tornasse anormais, donas de um corpo não funcional, digno de pena e que necessita ser ajudado. É o que se pode ver na homogeneidade dos rostos, no primeiro cartaz; na prevalência da deficiência física, nos cartazes 03 e 05; na composição e nas cores carregadas do cartaz 03, relegando a pessoa com deficiência a um status inferior, onde ela é incapaz de chegar ao seu objetivo; na artificialidade do cartaz 04, onde a pessoa com deficiência aparece apenas com um rosto extremamente simétrico e maquiado, incapaz de atestar a veracidade de sua condição; e, por fim, no apagamento das pessoas com deficiência, nos cartazes 03, onde a pessoa aparece de costas, e 05, onde a pessoa com deficiência sequer aparece, não passando de uma silhueta disforme.

A comunicação, especialmente através de imagens, por parte do governo federal e, no caso, do Ministério da Saúde, enquanto processo dialético de interlocução com a sociedade, proporcionando uma atitude reflexiva, deveria ter sido feita de forma abrangente, compreensível e, especialmente, plural e inclusiva, para que a deficiência deixasse de continuar vinculada ao corpo e ao assistencialismo. Ser uma pessoa com deficiência, com afirma Barnes (2013, p. 238) é ser “...qualquer pessoa e todas as pessoas...”, afinal os impedimentos chegarão em algum momento, caso se aumente, cada vez mais, a expectativa de vida.

A deficiência não deve ser encarada como uma pena ou fardo para a pessoa, o que importa dizer que as campanhas comunicacionais não devem tratá-la como um processo de doença, restrita ao caráter biomédico, mas sim como uma condição cujo tratamento tem de primar pela inclusão e pela promoção da saúde. Como descreve Omote, a inclusão também passa pela tolerância com as diferenças, pela solidariedade para com o próximo e pelo desenvolvimento de uma cultura de acolhimento das deficiências:

Precisamos então retomar uma velha e boa recomendação, qual seja a de identificar a extensão em que a presença de uma determinada condição incapacitadora - orgânica, cognitiva, comportamental, linguística, social e cultural - limita efetivamente o funcionamento de uma pessoa e a extensão em que ela necessita de recursos especiais - adaptação de materiais e de atividades, programas especiais ou suplementares e ajustamento de procedimentos instrucionais. Qualquer forma de abordagem diferenciada precisa obedecer às peculiaridades e necessidades especiais apresentadas pela pessoa. Deve também ficar claro que a presença de uma dessas condições incapacitadoras não implica inevitavelmente alguma forma de limitação para toda e qualquer pessoa. A extensão do prejuízo sofrido é multideterminada, sendo a patologia apenas uma das fontes de determinação (OMOTE, 2004, p. 301-303).

Embora seja possível levantar o argumento de subfinanciamento para o desenvolvimento de campanhas nacionais de saúde especificamente voltadas para as pessoas com deficiência, os objetivos das políticas públicas, entre as quais está a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, encontram barreiras no próprio desconhecimento sobre a realidade vivida por essas pessoas, fato que pode ser constatado na dificuldade em se estabelecer o conceito biopsicossocial como hegemônico. Assim, somadas à ausência de campanhas e de uma comunicação efetiva, há o fortalecimento do estigma que colabora por perpetuar uma lógica biológica que prima pelo corpo perfeito e não pelas suas funcionalidades ou pela sua interação com o meio. À medida que os cartazes não apresentam imagens e linguagens plurais, restringem a representatividade das pessoas com deficiência, fabricando discursos, em busca da legitimação de uma falsa normalidade.

Há que se buscar a inclusão plena, o respeito aos direitos fundamentais, tratar as pessoas com deficiência como iguais, colocando em prática, efetivamente, as políticas públicas e, acima de tudo, o lema do movimento das pessoas com deficiência “Nada sobre nós sem nós!”, que, segundo Sassaki (2007, Nada sobre nós, sem nós: Da integração à inclusão – Parte 2, p. 20-30), reflete a necessidade de se pensar a atuação estatal inclusiva, diferentemente do que se viu nos cartazes objetos desta pesquisa, instrumentos de reforço da invisibilidade, propagadores de mais desinformação e exclusão.

Naturalizar as desigualdades não pode ser a regra. Não cabe mais a representação depreciativa das pessoas com deficiência, resultado de uma visão entranhada em diversas estruturas sociais, ideologicamente comprometida com uma ordem na qual essas pessoas não têm respeitado o seu lugar de fala, onde se deparam, a cada instante, como uma violação a um direito básico. Essa dimensão ideológica, imagens grotescas, não podem mais gerar um afastamento da realidade. É necessário continuar as pesquisas para conferir visibilidade às pessoas com deficiência e a outros grupos sociais minoritários; para transformar o modelo informacional de comunicação em um modelo dialógico, multidimensional; para desenvolver práticas comunicacionais alinhadas aos direitos e aos interesses das pessoas com deficiência, seja no âmbito institucional, formal ou na roda de conversa, afastando o preconceito, a desinformação, combatendo a ordem social que segrega e, até mesmo, nega o direito à vida.

Figura 12 – NADA SOBRE NÓS SEM NÓS! (lema do movimento das pessoas com deficiência)



Fonte: Elaboração própria com base no círculo da inclusão (RADABAUGH, 2017, s/p).

REFERÊNCIAS

APAE. A pessoa com deficiência no Censo Demográfico de 2020. Brasília: Federação Nacional das Apaes, 2019. Disponível em: <<https://apaebrital.org.br/noticia/a-pessoa-com-deficiencia-no-censo-demografico-de-2020>>. Acesso em: 26 mar. 2021.

ARAÚJO, Inesita Soares de. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *In: Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, n. 14, p. 165-177, set. 2003-fev. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/mXPrpPYcQxGMCJZ3jN9CHGB/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 mar. 2021.

_____. Comunicação e Saúde: uma interface e seus contextos. *In: MONTAGNER, Miguel Ângelo; MONTAGNER, Maria Inez. Manual de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, CRV, 2018. Texto cedido pela autora. 2020.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. Comunicação e Saúde. Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

ARAÚJO, Inesita Soares de; MOREIRA, Adriano De labor; AGUIAR, Raquel. Doenças negligenciadas, comunicação negligenciada. Apontamentos para uma pauta política e de pesquisa. *In: RECIIS – R. Eletrônica de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v. 6, n.4 – Suplemento, Fev., 2013. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/706>>. Acesso em: 20 jun. 2022.

ASSIS, Machado de. Comentários da semana. *In: Diário do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: 1861. Disponível em: <<https://www.pensador.com/frase/MTY0MTQ1OA/>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

BALDIN, Arthur Acosta. A deficiência, o corpo e a mídia: por uma comunicação com a pessoa e não com a sua deficiência. Dissertação de mestrado apresentada à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, com exigência parcial para obtenção de título de Mestre em Comunicação e Semiótica. São Paulo: PUC-SP, 2020. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/23198/2/Arthur%20Acosta%20Baldin.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2021.

BARNES, Colin. Deficiência e Políticas Sociais. Entrevista concedida a Debora Diniz. *In: SER Social*. Brasília, v. 15, n. 32, p. 237-251, jan/jun. 2013. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/13043>. Acesso em: 26 jan. 2022.

_____. Disabling Imagery and the Media. An Exploration of the Principles for Media Representations of Disabled People. Halifax: The British Council of Organisations of Disabled People and Ryburn Publishing Limited, 1992. Disponível em: <<https://disability-studies.leeds.ac.uk/library/author/barnes.colin/>>. Acesso em: 21 set. 2021.

BARTHES, Roland. A Câmara Clara. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1984.

_____. Elementos de Semiologia. São Paulo: Editora Cultrix, 2012.

BENJAMIN, Walter. Pequena história da fotografia. *In: Magia e técnica, arte e política – ensaios sobre a literatura e história da cultura.* São Paulo: Editora Brasiliense, 2019.

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves; ARAÚJO, Teresa Cristina Cavalcanti Ferreira de. Deficiência, políticas públicas e bioética: percepção de gestores públicos e conselheiros de direitos. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9):2435-2445, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/5YqYsgQjtbMvwWDsxnTymfS/?lang=pt>>. Acesso em: 19 maio. 2021.

BIANCARELLI, André M. A Era Lula e sua questão econômica principal: crescimento, mercado interno e distribuição de renda. *In: Revista do Instituto de Estudos Brasileiros.* São Paulo, nº 58, Junho de 2014, p. 263-288. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0020-38742014000100012>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BIANCHINI, Lia. Fim de Governo. Após dois anos do golpe, Temer deixa um Brasil destruído. *In: Brasil de Fato.* Curitiba, 28 de dezembro de 2018. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2018/12/28/apos-dois-anos-do-golpe-temer-deixa-um-brasil-destruido>>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BOURDIEU, Pierre. O Poder Simbólico. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 2000.

BRASIL. Ano Internacional das Pessoas Deficientes. Comissão Nacional. Relatório de Atividades. 1981. Disponível em: <<https://www.livrosgratis.com.br/ler-livro-online-6806/ano-internacional-das-pessoas-deficientes---1981>>. Acesso em: 1 abr. 2022.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_03.07.2019/art_23_.asp>. Acesso em: 8 set. 2019.

_____. Decreto nº 3.298/1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, Casa Civil, 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm>. Acesso em: 5 set. 2019.

_____. Decreto nº 6.949/2009. Promulga a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 5 set. 2019.

_____. Lei nº 8.080/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 10 jan. 2022.

_____. Lei nº 13.146/2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: Presidência da República, 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm#art124>. Acesso em: 04 out. 2021.

_____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Avaliação Biopsicossocial da Deficiência. 2019. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/apresentacoes-em-eventos/audiencias-publicas-2019/apresentacao-liliane-cristina-bernardes-mdh>>. Acesso: 18 maio. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Pessoa com Deficiência: Avanços e Desafios. Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília, Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<https://tinyurl.com/yuxwczf5>>. Acesso em: 02 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. Censo Demográfico de 2020 e o mapeamento das pessoas com deficiência no Brasil. 2019. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/arquivos/cinthia-ministerio-da-saude>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

_____. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, Editora MS, 2008. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.

_____. Portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº 1.060/2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html>. Acesso em: 10 jan. 2021.

_____. Portaria nº 793/2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 24 jun. 2020.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Especial para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília: setembro de 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=424-cartilha-c&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192> Acesso em: 04 out. 2021.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República – SDH/PR. Cartilha do Censo 2010: Pessoas Com Deficiência, 2012. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/754>> Acesso em: 17 mar. 2021.

_____. Técnico em Órteses e Próteses. Diretrizes e Orientações para a Formação e Especialização. Brasília, Ministério da Saúde, 2014, p. 14. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tecnico_orteses_proteses_diretrizes_orientacao_fornecimento.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

_____. Viver sem Limite – Plano Nacional das Pessoas com Deficiência. Brasília, Secretaria de Direitos Humanos – SDH. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência – SNPD, 2013, p. 69-83. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/pessoa-com-deficiencia/cartilha-viver-sem-limite-plano-nacional-dos-direitos-da-pessoa-com-deficiencia/view>>. Acesso em: 24 jun. 2020.

BROWN, T. M.; CUETO, M; FEE, E. A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 13, pp. 623-647, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v13n3/04.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2022.

BUTLER, Judith. *Corpos que Importam. Sapere Aude – Belo Horizonte: v.6 - n.11, p.12-16 – 1º sem. 2015.* Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1740575/mod_resource/content/2/BUTLER.%20Judith.%20Bodies%20that%20matter_introdu%C3%A7%C3%A3o%20em%20port.pdf>. Acesso em: 08 set. 2020.

CABRAL, Adilson; FERREIRA, Gildete. Movimentos Sociais e o Protagonismo das Pessoas com Deficiência. *In: SER Social, Brasília, v. 15, n. 32, p. 93-116, jan/jun, 2013.* Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/13030/11385>. Acesso em: 17 mar. 2021.

CAMPANHOLI, Julie A. M. *O uso da fotografia na prática docente.* São Paulo: Mackenzie. Revista Pandora n. 49, 2012.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico.* 6ª edição. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2009.

CARDOSO, Janine Miranda. “Comunicação, Saúde e Discurso Preventivo: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de Aids veiculadas pela TV (1987-1999)”. Dissertação de mestrado. Escola de Comunicação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – ECO/UFRJ. Rio de Janeiro, 2001.

CONFÚCIO. *Pensador. Frases.* Disponível em: <<https://www.pensador.com/autor/confucio/>>. Acesso em: 12 ago. 2021.

COSTA, Nilson do Rosário. *Oswaldo Cruz e a Questão da Saúde.* *Saúde em Debate – Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde*, nº 4, jul/ago/set., 1977. Disponível em: <https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.4&pesq=Oswaldo+Cruz+e+a+Quest%E3o+da+Sa%FAde&x=40&y=5>. Acesso em: 24 fev. 2022.

CRESPO, Ana Maria Morales. *Da invisibilidade à construção da própria cidadania.* Tese apresentada à Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em História. São Paulo: USP, 2009. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-28052010-134630/pt-br.php>>. Acesso em: 09 jun. 2021.

DINIZ, Debora. *O que é deficiência.* Coleção Primeiros Passos, nº 324. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2012.

DINIZ, Debora; BARBOSA, Livia; SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. *In: SUR – Revista Internacional de Direitos Humanos*, v. 6, n. 11, dez. 2009, p. 65-77. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sur/a/fPMZfn9hbJYM7SzN9bwzysb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03 nov. 2021.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; SQUINCA, Flávia. Reflexões sobre a versão em português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *In: Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(10), p. 2507-2510, out, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csp/a/TgD9wYJLfpXPnG4KSP36rZK/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jan. 2022.

EDWARDS, Elizabeth. *Antropologia e Fotografia. Cadernos de Antropologia e Imagem II*. Rio de Janeiro: UERJ, 1996.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *In: Revista Brasileira de Epidemiologia*, n. 8(2), 2005. Disponível em: <<https://tinyurl.com/wcmpcund>>. Acesso em: 03 mar. 2021.

FILHO, Adilson Vaz Cabral; FERREIRA, Gildete. Movimentos Sociais e o Protagonismo das Pessoas com Deficiência. *In: SER Social*, Brasília, v. 15, n. 32, p. 93-116, jan./jun. 2013. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/13036>. Acesso em: 09 jun. 2021.

FIOCRUZ. Sobre o ICICT. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <<https://www.iciet.fiocruz.br/sobre-o-iciet>>. Acesso em: 16 mar. 2021.

FONSECA, M. Proteção Jurídica dos Portadores de Deficiência. *In: IBAP - Instituto Brasileiro de Advocacia Pública & Editora Esplanada ADCOAS*. São Paulo, Dezembro de 2000.

FOUCAULT, M. História da sexualidade: o cuidado de si. V. 3. São Paulo: Edições Graal, 2005.

_____. Em defesa da sociedade. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2019.

FLUSSER, Vilém. *Filosofia da Caixa Preta*. São Paulo: Editora Hucitec, 1985.

FUNDAÇÃO FERNANDO HENRIQUE CARDOSO. FHC e Ruth. Disponível em: <<https://fundacaofhc.org.br/ruth-e-fhc/fernando-henrique-cardoso>>. Acesso em: 25 abr. 2022.

GALVÃO, Lígia Ferreira. Que(m) nomeia a deficiência? Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia. São Paulo: USP, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-30112011-111315/>>. Acesso em: 26 fev. 2021.

GARLAND-THOMSON, Rosemarie. Picturing People with Disabilities. *In: SANDELL, Richard; DODD, Jocelyn; GARLAND-THOMSON, Rosemarie. Re-presenting Disability:*

activism and agency in the museum. Nova Iorque: Routledge, 2010. Disponível em: <<https://tinyurl.com/af6m4unt>>. Acesso em: 14 fev. 2022.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10):3061-3070, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.16642016>>. Acesso em: 26 jan. 2021.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa Qualitativa – Tipos Fundamentais. *In: Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 35, n. 3, Mai/Jun, 1995.

GOFFMAN, Erving. Estigma – Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

GOHN, Maria da Gloria. Teorias dos Movimentos Sociais. Paradigmas clássicos e contemporâneos. São Paulo: Loyola, 1997.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Nota Técnica 01/2018. Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. 2018. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2021.

_____. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018. Perfil das Despesas no Brasil. Rio de Janeiro: 2020. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101761>>. Acesso em: 27 jan. 2022.

_____. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, Acidentes e Violências. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=294525>>. Acesso em: 26 mar. 2021.

_____. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Informações sobre Domicílios, Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2021.

JOLY, Martine. Introdução à análise da imagem. 14ª Edição. São Paulo: Papyrus Editora, 2012.

KOSMINSKY, Doris. Visualidade e visualização: olhar, imagem e subjetividade. *In: SZANIECKI, B.; DIAS LESSA, W.; MARTINS, M.; MONTA, A. S. Dispositivo fotografia e contemporaneidade*. Rio de Janeiro: NAU/PPD ESDI/UERJ, 2013. p. 90-109.

KOSSOY, Boris. Os Tempos da Fotografia: O Efêmero e o Perpétuo. São Paulo: Ateliê Editorial, 2014.

LANNA JÚNIOR, Mário Cléber Martins (Comp.). História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil. - Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/alesp/biblioteca-digital/obra/?id=21097>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

LOIZOS, Peter. Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. *In*: BAUER, Martin W. e GASKELL, George. Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

LOPES, Ariel. Lula foi o presidente que mais fez inclusão social no Brasil, diz propaganda do PT. *In*: Humanista. Jornalismo e Direitos Humanos. Porto Alegre, 27 de setembro de 2018. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/humanista/2018/09/27/lula-e-o-presidente-que-mais-fez-inclusao-social-no-brasil-diz-propaganda-do-pt/>>. Acesso em: 14 abr. 2021.

LUIZ, Karla Garcia. Investigando Fotografias de Pessoas com Deficiência nas Capas da Revista Sentidos. Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/133233>>. Acesso em: 03 dez. 2021.

MAIOR, Izabel. Breve trajetória histórica do movimento das pessoas com deficiência. *In*: Textos de Apoio. Programa Estadual de Prevenção e Combate à Violência contra Pessoas com Deficiência. São Paulo: 2015. Disponível em: <<http://violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br/pdf/textosApoio/Texto2.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2021.

_____. Palestra no 1º Seminário Brasileiro sobre Avaliação Biopsicossocial da Deficiência. Fiocruz. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=0E_7A3ZiXPY>. Acesso em: 14 abr. 2022.

MARCELINO, Miguel Abud. Deficiência – Compreendendo a evolução dos conceitos. Palestra proferida no Webinário Nacional sobre dados e informações sobre deficiência. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos e Instituto Olga Kos de Inclusão Cultural. Brasília: setembro de 2021. Texto cedido pelo autor. 2021.

MARCO, Mario Alfredo de. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *In*: Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v. 30, nº 1, jan/abr. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022006000100010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 mar. 2021.

MARTÍN-BARBERO, Jesús. Dos Meios às Mediações – Comunicação, cultura e hegemonia. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1997.

MARTINS, Bruno Sena. A reinvenção da deficiência: novas metáforas na natureza dos corpos. *In*: Fractal: Revista de Psicologia, v. 27, n. 3, p. 264-271, set.-dez. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1653>>. Acesso em: 08 set. 2020.

MATTOS, Beatriz Marques de. Deficiência: da conceituação aos posicionamentos de universitários. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Faculdade de Ciências, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como requisito à obtenção do título de Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Bauru: UNESP, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/147058>>. Acesso em: 26 fev. 2021.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; BARBOSA, Livia. Deficiência e igualdade: o desafio da proteção social. *In: Deficiência e Igualdade*. MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; BARBOSA, Livia (Orgs). Brasília: Letras Livres e Editora UNB, 2010.

MEFANO, Vania. Política Pública para a pessoa com deficiência: Brasil e experiência internacional. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2014. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14409>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

MENICUCCI, Telma. A política de saúde no governo Lula. *In: Saúde Soc. São Paulo*, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011. Disponível em: <<https://tinyurl.com/yzwrw4ap>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

MOREIRA, Nádia Xavier. Segregados a incluídos – políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil. Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito à disciplina “Seminário de Tese II”. Rio de Janeiro: 2012. Disponível em: <https://www.marinha.mil.br/dasm/sites/www.marinha.mil.br/dasm/files/Segregados_0.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2021.

MUNHOZ, Tuca. Reunião do Grupo de Trabalho de Comunicação do projeto SISDEF – Sistema Nacional de Informações sobre Deficiência. Dezembro, 2021.

NALLIN, Araci. A organização das pessoas deficientes: Reflexões sobre dez anos de luta. São Paulo, 1990.

NIPPIS. Sobre o SISDEF. Disponível em: <<https://nippis.icict.fiocruz.br/sisdef/>>. Acesso em: 23 mar. 2022.

NOBRE, Itamar de Moraes; GICO, Vânia de Vasconcelos. O uso da imagem fotográfica no campo da sociologia da saúde: uma experiência na formação de alunos do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Rio Grande do Norte, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400015>. Acesso em: 15 jun. 2019.

NORONHA, José Carvalho de; PEREIRA, Telma Ruth; VIACAVA, Francisco. As condições de Saúde dos Brasileiros: duas décadas de mudanças (1980-2000). *In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio e SUÁREZ, Julio Manuel (Orgs). Saúde e Democracia – História e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

OLIVEIRA, Fatine Conceição. Corpos sem filtros. Textualidades afetivas de mulheres com deficiência no Instagram. Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Comunicação Social. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2021. Texto cedido pela autora.

OLIVEIRA, Terezinha; NUNES, Meire Aparecida Lóde. Análise Iconográfica: um caminho metodológico de pesquisa em história da educação. *In: Revista Contrapontos – Eletrônica*, Vol. 10 – n. 3 – p. 307-313 / set-dez 2010. Disponível em: <<https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rc/article/view/2100>>. Acesso em: 03 nov. 2020.

OMOTE, Sádio. Deficiência e Não-Deficiência: Recortes do Mesmo Tecido. *In: Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 1, n. 2, p. 65-73. São Paulo: 1994. Disponível em: <<https://www.idea.ufscar.br/materiais/memorial/artigos-sadao-omote>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

_____. Estigma no tempo da inclusão. *In: Rev. Bras. Ed. Esp.* Marília: Set.-Dez. 2004, v.10, n.3, p.287-308. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/46865883-Estigma-no-tempo-da-inclusao-1-stigma-in-the-time-of-%20inclusion.html>>. Acesso em: 04 out. 2021.

_____. Perspectivas para conceituação de deficiências. *In: Revista Brasileira de Educação Especial*, 2(4), 127-135. São Paulo: 1996. Disponível em: <<https://www.idea.ufscar.br/materiais/memorial/artigos-sadao-omote>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

OMS. Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde: Actividades e Participação Factores Ambientais. 2008. Disponível em: <http://www.periciamedicadf.com.br/cif2/cif_portugues.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2021.

ONU. Convenção da ONU sobre Direitos das Pessoas com Deficiência, 2006. Disponível em: <<https://www.fundacaodorina.org.br/a-fundacao/deficiencia-visual/convencao-da-onu-sobre-direitos-das-pessoas-com-deficiencia/>>. Acesso em: 4 set. 2019.

_____. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/sdg-crpd-resource.aspx>>. Acesso em: 15 out. 2021.

_____. Declaração Universal dos Direitos do Homem, 1948. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>>. Acesso em: 8 set. 2019.

_____. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Redução das desigualdades. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/10>>. Acesso em: 30 abr. 2022.

OSORIO, Claudia; MAIA, Miguel. Fotografias Co-Produzidas da Situação de Trabalho: imagens em ato da atividade em saúde. *Informática na Educação: teoria e prática*. Porto Alegre, v. 13, n.2, jul/dez, 2010. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/InfEducTeoriaPratica/article/view/12447>>. Acesso em: 27 abr. 2020.

PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag *et al.* Repercussão de políticas inclusivas segundo análise das pessoas com deficiência. *In: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 19(3) Jul-Set 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0498.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva Paim. O que é o SUS? Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.

PEDROSA, Stella Maria Peixoto; COSTA, Ana Valéria de Figueiredo da. Fotografia e Educação: possibilidades na produção de sentidos dos discursos visuais. *In: Nuances: estudos sobre Educação, Presidente Prudente/SP*, v. 28, n. 1, p. 78-94, Jan/Abril, 2017. Disponível em: <<https://revista.fct.unesp.br>>. Acesso em: 19 ago. 2021.

PENN, Gemma. Análise semiótica de imagens paradas. *In*: BAUER, Martin W. e GASKELL, George. Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

PEREIRA, Silvia de Oliveira *et al.* Pessoa com deficiência em Cachoeira e São Félix: eu estou aqui? *In*: Serviço Social no Recôncavo: temas em debate. SILVA, Albany Mendonça; SILVA, Andréa Alice Rodrigues; PEREIRA, Ilzamar Silva; SOUSA, Simone Brandão (Orgs.) Cruz das Almas: Editora UFRB, 2021. Texto cedido pelos autores. 2021.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *In*: Revista de Saúde Pública, vol. 29, nº 4, São Paulo, agosto, 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101995000400010&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 abr. 2021.

PINTO, Danielle. O fotógrafo cego. Disponível em: <http://photos.uol.com.br/materia.asp?id_materia=312>. Acesso em: 12 mar. 2019.

PIZZIO, Alex; VERONESE, Marília Veríssimo. Possibilidades conceituais da sociologia das ausências em contextos de desqualificação social. *In*: Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2008, v. 11, n. 1, p. 55-67. São Paulo, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172008000100005>. Acesso em: 19 mar. 2021.

RADABAUGH, Mary P. Práticas e Desafios da Educação Inclusiva. Capítulo 1 – Inclusão: o que é? Amankay – Instituto de Estudos e Pesquisas, 2017. Disponível em: <<https://www.guiadoeducadorinclusivo.org.br/capitulos/capitulo-1>>. Acesso em: 19 abr. 2022.

REHABILITATION INTERNATIONAL. History. 2021. Disponível em: <<http://www.riglobal.org/about/#history>>. Acesso em: 05 set. 2021.

REIS, Camila Ramos; PAIM, Jairnilson Silva. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). *In*: Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n. 58, p. 101-114, jul, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2021.

SACRAMENTO, Igor; BORGES Wilson Couto. Representações Midiáticas da Saúde. Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

SANTOS, Boaventura de Sousa. A construção multicultural da igualdade e da diferença. Oficina do Centro de Estudos Sociais. Coimbra, nº 135, 1999. Disponível em: <<https://ces.uc.pt/pt/publicacoes/outras-publicacoes-e-colecoes/oficina-dos-ces/numeros/oficina-135>>. Acesso em: 16 out. 2020.

_____. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. Revista Crítica de Ciências Sociais, 63, outubro, 2002: 237-280. Disponível em: <http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/Sociologia_das_ausencias_RCCS63.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2021.

SANTOS, Patrícia Lessa dos. A imagem enquanto fonte de pesquisa: a fotografia publicitária. *Iniciação Científica Cesumar*, v. 2, n.2, p.63-68, Ag-Dez 2000. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/download/27/285>>. Acesso em: 14 fev. 2022.

SANTOS, Wederson Rufino dos. Pessoas com Deficiência: nossa maior minoria. *In: Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18 [3], p. 501-519, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28 set. 2020.

SÃO PAULO. Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Memorial da Inclusão. 30 anos do AIPD: Ano Internacional das Pessoas Deficientes 1981-2011. / Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Memorial da Inclusão. – São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://uniapae.apaebrasil.org.br/wp-content/uploads/2019/10/30-ANOS-DO-AIPD-ANO-INTERNACIONAL-DAS-PESSOAS-DEFICIENTES-1981-2011.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2021.

_____. Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Relatório Mundial sobre a Deficiência. Relatório mundial sobre a deficiência/World Health Organization, The World Bank (tradução Lexicus Serviços Linguísticos). São Paulo: 2012. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9788564047020_por.pdf?ua=1>. Acesso em: 09 jun, 2021.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Histórico da terminologia sobre pessoas com deficiência num relance. 2007. Texto cedido pelo autor. 2021.

_____. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. 8ª edição. Rio de Janeiro: WVA, 2010.

_____. Nada sobre nós, sem nós: Da integração à inclusão – Parte 2. *Revista Nacional de Reabilitação*, ano X, n. 58, set./out. 2007, p.20-30. Disponível em: <<https://www.sinprodf.org.br/wp-content/uploads/2012/01/nada-sobre-n%C3%93s-sem-n%C3%93s2.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2022.

_____. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. 2006. Texto cedido pelo autor. 2021.

_____. Uma Breve História dos Movimentos de Pessoas com Deficiência. São Projeto de financiamento coletivo *Romeu Sassaki – Sociedade Inclusiva*. São Paulo, 2021. Disponível em: <<http://apoia.se/romeusassaki>>. Texto cedido pelo autor. 2021.

SCOPE. Disablism and Ableism. 2022. Disponível em: <<https://www.scope.org.uk/about-us/disablism/>>. Acesso em: 13 abr. 2022.

SHAKESPEARE, Tom; WATSON, Nicolas. Defending the Social Model. *In: BARTON, Len e OLIVER, Mike (Editores). Disability Studies: Past Present and Future*. Leeds: The Disability Press, 1997, p. 263-273. Disponível em: <<https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Barton-introduction.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2021.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CORDOVA, Fernanda Peixoto. Unidade 2 – A Pesquisa Científica. In: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.). Métodos de Pesquisa. Série Educação à Distância. 1ª Edição. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2020.

SONTAG, Susan. Diante da dor dos outros. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.
_____. Sobre Fotografia. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SOUZA, Solange Jobim; LOPES, Ana Elisabete. Fotografar e Narrar: a produção do conhecimento no contexto da pessoa. Rio de Janeiro: PUC-Rio. Cadernos de pesquisa, n. 116, p. 61-80, julho/2002.

UNIFAP – Universidade Federal do Amapá. Calendário Inclusivo. Núcleo de Acessibilidade e Inclusão. Macapá, 2021. Disponível em:
<<https://www2.unifap.br/nai/documentos/calendario-inclusivo/>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

UNIFOR – Fundação Edson Queiroz/Universidade de Fortaleza. Saiba o que é capacitismo e por que é importante combatê-lo. Fortaleza, 2021. Disponível em: <<https://www.unifor.br/-/saiba-o-que-e-o-capacitismo-e-por-que-e-importante-combate-lo>>. Acesso em: 30 dez. 2021.

VASCONCELOS, Wagner Robson Manso de; OLIVEIRA-COSTA, Mariella Silva de; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Promoção ou prevenção? Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde no Brasil de 2006 a 2013. In: RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. 2016, abr.-jun. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/download/1019/pdf_1019>. Acesso em: 01 mar. 2022.

VIEIRA, Daniella Koeller Rodrigues *et al.* Possíveis ferramentas para abordagem do cuidado à pessoa com deficiência e doenças raras na atenção primária. In: VIEIRA, Daniella Koeller Rodrigues (org.). Pessoas com deficiência e doenças raras: o cuidado na atenção primária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

WIKIPEDIA. Governo Michel Temer. Disponível em:
<https://pt.wikipedia.org/wiki/Governo_Michel_Temer#Pol%C3%ADtica_de_justi%C3%A7a_e_direitos_humanos>. Acesso em: 28 dez. 2021.

WIKIPEDIA. Iconografia. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Iconografia>>. Acesso em: 02 nov. 2020.

ANEXO A – CALENDÁRIO INCLUSIVO DA DEFICIÊNCIA NO BRASIL

- 04/01 – Dia Mundial do Braile
- 29/02 – Dia Mundial das Doenças Raras
- 21/03 – Dia Internacional da Síndrome de Down
- 02/04 – Dia Mundial da Conscientização sobre o Autismo
- 23/04 – Dia Nacional da Educação do Surdo
- 18/05 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial
- 26/05 – Dia Nacional do Combate à Cegueira pelo Glaucoma
- 18/06 – Dia do Orgulho Autista
- 27/06 – Dia Internacional do Surdocego
- 21-28/08 – Semana Nacional da Pessoa com Deficiência Intelectual e Múltipla
- 22/08 – Dia da Pessoa com Deficiência Intelectual
- 30/08 – Dia Mundial da Conscientização da Esclerosa Múltipla
- 10/09 – Dia Universal da LIBRAS
- 21/09 – Dia Nacional da Luta das Pessoas com Deficiência
- 26/09 – Dia Nacional do Surdo
- 10/10 – Dia Nacional e Mundial da Saúde Mental
- 11/10 – Dia Nacional da Pessoa com Deficiência
- 10/11 – Dia Nacional da Prevenção e Combate à Surdez
- 03/12 – Dia Internacional da Pessoa com Deficiência e da Pessoa com Deficiência Física
- 05/12 – Dia Nacional da Acessibilidade
- 13/12 – Dia Nacional da Pessoa Cega

Fonte: UNIFAP, 2021, s/p.