



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS  
COLEGIADO DO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

JULIANA TOSTA DE OLIVEIRA

**A POBREZA REVELADA NA AUSÊNCIA: um estudo sobre pessoa com  
deficiência em São Félix – BA**

CACHOEIRA – BA  
2017

JULIANA TOSTA DE OLIVEIRA

**A POBREZA REVELADA NA AUSÊNCIA: um estudo sobre pessoa com  
deficiência em São Félix – BA**

Monografia apresentada ao Colegiado do  
Curso de Serviço Social, da universidade  
Federal do Recôncavo da Bahia, como  
requisito para obtenção do Grau de Bacharel  
em Serviço social.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia de Oliveira  
Pereira.

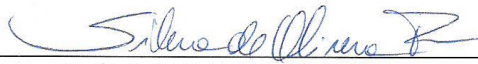
CACHOEIRA – BA  
2017

JULIANA TOSTA DE OLIVEIRA

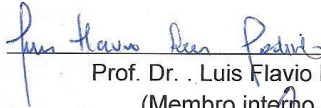
A POBREZA REVELADA NA AUSÊNCIA: um estudo sobre pessoa com deficiência  
em São Félix

Cachoeira – BA, aprovada em 17/10/2017.

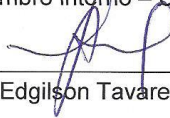
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Silvia de Oliveira Pereira  
(Orientadora – UFRB)



Prof. Dr. Luis Flavio Reis Godinho  
(Membro interno – UFRB)



Prof. Dr. Edilson Tavares de Araújo  
(Membro Interno – UFRB)

Aos que estiveram ao meu lado, fazendo  
desta uma jornada mais leve.

Às pessoas com deficiência de São Félix.

## RESUMO

Em todo o mundo, as pessoas com deficiência vivem situações de privação e violações de direitos, que determinam o seu lugar nas camadas mais pobres das sociedades, constituindo uma relação entre deficiência e pobreza. A deficiência é uma relação social que se construiu, ao longo da história, por meio da exclusão e opressão das pessoas consideradas “anormais” e “incapazes”, colocando-as num lugar de subalternidade, o que fez da deficiência um fator de desigualdade. O presente estudo tem como objetivo discutir acerca das manifestações entre deficiência e pobreza no município de São Félix – BA. Para isso, foram analisados dados secundários, em sua maioria quantitativos, referentes às categorias trabalho, renda, assistência social, educação, saúde e condições de moradia. Os dados foram analisados com base nos principais documentos garantidores dos direitos das pessoas com deficiência: a Constituição Federal de 1988, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência. Identificou-se que no município estudado há uma relação entre deficiência e pobreza, que se expressa pela insuficiência de renda, falta de acesso à saúde, educação e trabalho.

**Palavras-chave:** Pessoa com Deficiência. Pobreza. Trabalho. Participação.

## ABSTRACT

Throughout the world, people with disabilities live in situations of deprivation and violations of rights, which determine their place in the poorest strata of societies, constituting a relationship between disability and poverty. Disability is a social relationship that has been built up through history through the exclusion and oppression of people considered to be "abnormal" and "incapable", placing them in a place of subalternity, which made disability a factor of inequality. The present study aims to discuss the manifestations between disability and poverty in the municipality of São Félix – BA. For this, secondary data were analyzed, mostly quantitative, concerning the categories of work, income, social assistance, education and health. The data were analyzed based on the main documents guaranteeing the rights of persons with disabilities: the Federal Constitution of 1988, the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Brazilian Law on the Inclusion of Persons with Disabilities. It was identified that in the municipality studied there is a relationship between people with disabilities and poverty, which is expressed by insufficient income, lack of access to health, education and work.

**Key words:** Disabled Persons. Poverty. Work. Participation.

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Situação de ocupação de pessoas com 10 anos ou mais de idade, residentes em São Félix, na semana de referência, por existência de pelo menos uma das deficiências investigadas	47
GRÁFICO 2 – Pessoas de 10 anos ou mais de idade, residentes em São Félix, ocupadas na semana de referência, segundo classes de rendimento nominal mensal de todos os trabalhos	48
GRÁFICO 3 – Pessoas de 10 anos ou mais de idade, residentes em São Félix, por classes de rendimento nominal mensal	49
GRÁFICO 4 – Pessoas com deficiência beneficiárias do BPC, residentes em São Félix	52
GRÁFICO 5 – Pessoas residentes em São Félix por existência de deficiência e frequência à escola ou creche	55
GRÁFICO 6 – Pessoas de 0 a 17 anos de idade, residentes em São Félix, por existência de deficiência e frequência à escola ou creche	55
GRÁFICO 7 – Pessoas de 5 anos ou mais de idade, residentes em São Félix, por existência de deficiência e alfabetização	56
GRÁFICO 8 – Pessoas de 15 anos ou mais de idade, residentes em São Félix, por existência ou não de pelo menos uma das deficiências investigadas e nível de instrução	57
GRÁFICO 9 – Pessoas com deficiência, residentes em São Félix, cadastradas no CadÚnico por existência de água canalizada no domicílio	62
GRÁFICO 10 – Pessoas com deficiência, residentes em São Félix, cadastradas no CadÚnico por forma de abastecimento de água	62
GRÁFICO 11 – Pessoas com deficiência, residentes em São Félix, cadastradas no CadÚnico por existência de banheiro no domicílio	63
GRÁFICO 12 – Pessoas com deficiência, residentes em São Félix, cadastradas no CadÚnico por forma de escoamento sanitário	63
GRÁFICO 13 – Pessoas com deficiência, residentes em São Félix, cadastradas no CadÚnico por tipo de iluminação	64

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Expectativa de vida e taxas de mortalidade, por categoria de desenvolvimento do país	60
QUADRO 2 – Estabelecimentos de saúde do município de São Félix	69



## **LISTA DE SIGLAS**

CDPD – Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

CF – Constituição Federal de 1988

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

DSS – determinantes sociais da saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LBI – Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência

MUNIC – Pesquisa de Informações Básicas Municipais

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBF – Programa Bolsa Família

PNSPPD – Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TABCAD – Tabulador de Informações do CadÚnico

TRAPPOS – Grupo de Pesquisa sobre Trajetórias Participativas e Políticas Sociais

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 DEFICIÊNCIA E POBREZA: uma relação construída social e historicamente .....</b>	<b>16</b>
2.1 Construção da concepção de deficiência: notas sobre a história.....	16
2.2 Pobreza .....	23
2.3 Trabalho .....	35
<b>3 PESSOA COM DEFICIÊNCIA E POBREZA EM SÃO FÉLIX - BA: o dito e o não dito em informações sócio demográficas .....</b>	<b>41</b>
3.1 São Félix: de importante centro urbano à decadência .....	43
3.2 Faixas de renda e acesso ao trabalho e à assistência social.....	46
3.2.1 <i>Trabalho e renda</i> .....	46
3.2.2 <i>Assistência Social: a transferência de renda</i> .....	51
3.3 Educação .....	54
3.4 A pobreza como um determinante das condições de saúde .....	59
3.4.1 <i>Condições de vida e moradia</i> .....	60
3.4.2 <i>Serviços de saúde e reabilitação</i> .....	66
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>74</b>

## 1 INTRODUÇÃO

É crescente o número de evidências que apontam para a existência de uma relação entre deficiência e pobreza. Pesquisas mostram que as pessoas com deficiência se encontram nas camadas mais empobrecidas e excluídas socialmente. Estudo realizado em Salvador aponta a prevalência de deficiência física de 6,2% entre os moradores de favelas e 1,8% entre os que não residiam em favelas (SANTOS, LESSA, 1989). Levantamento realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde constatou o predomínio de deficiências nas áreas mais marginalizadas de países desenvolvidos e em desenvolvimento (MAIOR, 1997 apud SOUZA, PIMENTEL, 2012, p. 230).

Como informa a Organização Mundial da Saúde (OMS), esta é uma relação bidirecional: “a deficiência pode aumentar o risco de pobreza, e a pobreza pode aumentar o risco de deficiência” (2012, p. 10). Souza e Pimentel denunciam o “típico circuito de retroalimentação constituído por desigualdade, pobreza e deficiência”, no qual a desigualdade e a pobreza influenciam na aquisição da deficiência e na conservação da exclusão social, fruto da relação entre os três fatores (2012, p. 235).

A perspectiva de deficiência adotada nesta pesquisa tem por base o modelo social de deficiência, que compreende a deficiência como um fenômeno complexo fruto da interação entre corpos com impedimentos e barreiras econômicas, sociais e culturais, e entende a deficiência como manifestação da diversidade humana. Esse modelo denuncia uma relação entre a participação dos indivíduos com impedimentos e as barreiras impostas pela sociedade – quanto maiores forem essas barreiras, menor será o nível de participação dos indivíduos com impedimentos (DINIZ *et al.*, 2010). Ele contesta o modelo biomédico da deficiência, que “sustenta que há uma relação de causalidade e dependência entre os impedimentos corporais e as desvantagens sociais vivenciadas pelas pessoas com deficiência” (DINIZ *et al.*, 2010, p. 66).

As pessoas com deficiência são aquelas que têm “impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou

mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2016, p. 8-9).

São vários os fatores através dos quais o surgimento da deficiência pode levar a piores resultados socioeconômicos. O principal deles é a falta de acesso ao mercado de trabalho - “tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, pessoas com deficiência em idade de trabalhar apresentam baixas taxas de empregabilidade e taxas muito mais altas de desemprego do que pessoas sem deficiências” (OMS, 2012, p. 243).

As pessoas com deficiência que conseguem ingressar no mercado de trabalho se encontram em desvantagem com relação às outras pessoas. Elas costumam ganhar menos, e, em vários países, a maioria delas exerce trabalho não remunerado, em casa ou em empresa familiar (OMS, 2012, p. 244-247).

Os custos extras decorrentes da deficiência – custos com terapias, reabilitação<sup>1</sup>, tecnologias assistivas – também podem fazer com que famílias que tenham pessoas com deficiência sejam mais pobres.

A pobreza, entendida como um fenômeno estrutural, fruto do sistema de produção capitalista, que expropria e explora a classe trabalhadora para a garantia da mais valia, não pode ser vista apenas como insuficiência de renda, “é também desigualdade na distribuição da riqueza socialmente produzida; é não acesso a serviços básicos; à informação; ao trabalho e a uma renda digna; é não participação social e política” (SILVA, 2010, p. 157). E é assim que a pobreza se manifesta na vida das pessoas com deficiência, para além da desigualdade de renda, como é possível perceber no Relatório Mundial sobre a Deficiência, que revela a falta de acesso a serviços de saúde, educação, assistência, ao mercado de trabalho etc. (OMS, 2012).

São Félix está localizada no recôncavo Baiano, a cerca de 100 km da capital do estado, Salvador. O município viveu período próspero, desde a colonização até meados do século XX, no qual teve grande influência no desenvolvimento econômico

---

<sup>1</sup> Existe uma diferenciação entre habilitação – que pretende contribuir para o máximo desenvolvimento da funcionalidade de pessoas que nascem com alguma deficiência ou a adquire na primeira infância – e reabilitação – que visa possibilitar a recuperação das funcionalidades perdidas após o desenvolvimento de uma deficiência (OMS, 2012). Neste trabalho, o termo reabilitação engloba os dois processos.

do estado. Atualmente, São Félix não apresenta nenhuma atividade econômica significativa, capaz de reverter a condição de pobreza em que vive a maioria de sua população.

A motivação para essa pesquisa se deve a minha participação no Grupo de Pesquisa sobre Trajetórias Participativas e Políticas Sociais (TRAPPOS), que desenvolve projetos de pesquisa e extensão sobre políticas sociais e a participação de sujeitos historicamente vulnerabilizados, e tem se dedicado à temática da pessoa com deficiência, e a conversas com a coordenadora do TRAPPOS e orientadora desse trabalho, Silvia Pereira, que me fez atentar para o tema.

Sou moradora de Cachoeira, cidade vizinha a São Félix, onde vivi por muitos anos, e tenho educado o meu olhar para a percepção das desigualdades que afetam as pessoas com deficiência na região. Esse olhar se tornou mais apurado durante a vivência do estágio curricular no CRAS de São Félix, especialmente na realização do projeto de intervenção com pessoas com deficiência e familiares. Ali, pude perceber o quão invisibilizada é essa população, por isso minha escolha por realizar a pesquisa no município.

Partindo do pressuposto de que em São Félix – BA a deficiência está relacionada à pobreza, o estudo pergunta como se manifesta essa relação, no âmbito da saúde, educação, assistência social, trabalho e renda e condições de moradia, e tem como objetivo geral analisar as manifestações da relação entre deficiência e pobreza no município em questão. O estudo apresenta os seguintes objetivos específicos:

- Identificar informações sociodemográficas, do município em estudo, relativas às Pessoas com Deficiência;
- Identificar manifestações da relação entre pessoa com deficiência e pobreza no município estudado, nas áreas da saúde, educação, trabalho e renda, assistência social e condições de moradia;
- Articular as perspectivas teóricas do modelo social de deficiência e pobreza;

A presente pesquisa é de natureza descritiva e apresenta manifestações da pobreza na população de pessoas com deficiência do município de São Félix, fazendo

uma comparação, em alguns momentos, com a população não deficiente. Segundo Freitas *et al.*, a pesquisa descritiva:

Busca identificar quais situações, eventos, atitudes ou opiniões estão manifestos em uma população; descreve a distribuição de algum fenômeno na população ou entre os subgrupos da população ou, ainda, faz uma comparação entre essas distribuições (2000, p.106).

O estudo focaliza informações predominantemente quantitativas, fazendo uso de dados mensuráveis, secundários, em sua maioria, disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Tabulador de Informações do CadÚnico (TABCAD), além de informações fornecidas pelo DATASUS<sup>2</sup> e pelo SUAS Visor<sup>3</sup>. A pesquisa quantitativa utiliza a linguagem matemática para interpretar, caracterizar ou retratar uma realidade (MINAYO, 1993).

Também foram utilizados registros de diário de campo do estágio curricular que realizei no Centro de Referência de Assistência Social D. Caboquinha, em São Félix, entre os meses de março de 2016 e abril de 2017.

O estudo se ateve a dados referentes às seguintes categorias: trabalho e renda; assistência social; educação; saúde e condições de moradia. Esse recorte foi definido a partir da leitura da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência - CDPD, por serem os que mais se aproximam das expressões de pobreza e das políticas sociais necessárias ao seu enfrentamento.

Os dados referentes a trabalho e renda, e educação foram coletados no banco de dados do IBGE. São dados do Censo Demográfico 2010.

O conceito de deficiência adotado pelo IBGE mudou nas últimas décadas. No Censo 1991, ele englobava apenas as pessoas com lesões graves e aquelas que tiveram algum diagnóstico de deficiência, o que comprometeu a qualidade dos dados (BRASIL, 2004).

---

<sup>2</sup> O DATASUS é o departamento de informática do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017c).

<sup>3</sup> O SUAS Visor é um portal que fornece informações sobre programas serviços e benefícios no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2017a).

No Censo 2000, o IBGE adotou um conceito ampliado de deficiência, compatível com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que considerava a percepção das pessoas com deficiência com relação às restrições à participação social, realização e comportamento (BRASIL, 2004). O Censo 2000 pesquisou a presença de pessoas com “deficiência mental permanente; deficiência física permanente (tetraplegia, paraplegia, hemiplegia, falta de membro ou parte dele); e as deficiências visual, motora e auditiva” (BRASIL, 2004, p. 11).

No Censo 2010 o IBGE manteve o conceito adotado na pesquisa anterior, investigando a presença de pessoas que tivessem dificuldade permanente de enxergar, ouvir, caminhar ou subir escadas, e pessoas com deficiência mental/intelectual limitadoras de atividades habituais (IBGE, 201-a). O IBGE considerou pessoa com deficiência aquelas que tivessem deficiência mental/intelectual limitadora, e aquelas com alguma dificuldade, grande dificuldade ou que não conseguem de modo algum enxergar, ouvir ou caminhar. Ainda assim, as categorias adotadas pelo IBGE apresentam limites no que concerne ao fato da auto declaração ser atravessada por subjetividades e não serem possíveis a identificação das barreiras e das restrições à participação, que constituem a centralidade do modelo social de deficiência.

Nesse estudo, ao levantar os dados referentes a pessoas com deficiência no banco de dados do IBGE, as pessoas que responderam ter alguma dificuldade para enxergar, ouvir ou caminhar não foram incluídas na categoria pessoa com deficiência, por considerarmos a possibilidade de que esse grau de dificuldade não cause restrições à sua participação social.

Ainda sobre os dados do Censo 2010, foram coletados valores absolutos referentes às categorias de análise, em seguida, foi calculado o percentual para possibilitar a realização de comparação entre as populações com e sem deficiência através dos gráficos.

Os dados referentes à saúde foram extraídos do DataSUS. Foi feito um levantamento de todos os equipamentos de saúde do município, bem como das equipes profissionais desses equipamentos, visando verificar a existência de serviços de reabilitação para pessoas com deficiência.

Os dados da assistência social foram levantados no SUAS Visor, no IBGE e no TABCAD. No TABCAD foi utilizado o filtro “pessoa tem deficiência”. Algumas informações foram extraídas do diário de campo do estágio curricular e do banco de dados do IBGE, mais especificamente da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC).

A partir dos dados coletados, foram elaborados os gráficos apresentados neste trabalho.

A investigação do tema se deu, ainda, por meio de revisão bibliográfica acerca das categorias deficiência, pobreza e trabalho. Vale salientar a falta de bibliografia em língua portuguesa sobre a relação entre deficiência e pobreza – foram encontrados apenas dois artigos sobre o tema –, o que se constituiu uma dificuldade na pesquisa.

Foi realizada análise de documentos, em especial da Constituição Federal de 1988 (CF), da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI) – também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência –, além de outros documentos que enunciam políticas sociais.

A pesquisa com dados secundários tem limites relacionados à forma de construção dos mesmos uma vez que não se tem detalhes sobre a sua produção e ou da alimentação dos bancos de dados. Para superar tal limite os dados foram levantados a partir de bancos de dados oficiais. Entretanto, considerando que a “vocação” dos dados oficiais   traçar antes panoramas gerais que peculiaridades,   possível haver distanciamento entre as informaçoes e a realidade vivida no cotidiano.

Deve-se destacar que uma dificuldade para realizar o estudo foi a ausência de informaçoes oficiais econômicas e sociais com recorte da pessoa com deficiência o que exigiu um esforço interpretativo. Contudo, contraditoriamente esta circunstância pode ser considerada uma das contribui oes do presente estudo e que, sem d vida, foi um grande aprendizado: desvendar um espaço pouco explorado, produzir



descrições e análise que permitam a reflexão sobre o tema na relação dialética entre a denúncia e o anúncio<sup>4</sup>.

O estudo se divide em dois capítulos. O primeiro capítulo apresenta uma revisão sobre as concepções de deficiência, ressaltando a influência dos modos de produção e do conhecimento produzido nas formas de conceber e lidar com a deficiência. Em seguida é desenvolvida discussão acerca da categoria pobreza e, por fim, é apresentada revisão sobre a categoria trabalho, compreendendo sua centralidade na investigação da vida social.

No segundo capítulo são apresentados os instrumentos legais para a defesa dos direitos das pessoas com deficiência, a CF, a CDPD e a LBI, e, em seguida, a análise dos dados coletados.

A opção pela divisão em apenas dois capítulos se deve ao desejo de propiciar uma leitura mais prazerosa. Um terceiro capítulo, contendo apenas a análise dos dados, em sua maioria quantitativos, poderia tornar a leitura maçante.

---

<sup>4</sup> Inspiração na perspectiva de Paulo Freire sobre utopia que aponta o movimento de denunciar a realidade e anunciar mudanças e transformações.

## **2 POBREZA E DEFICIÊNCIA: uma relação construída social e historicamente**

A relação entre deficiência e pobreza requer investigação e análises capazes de superar a aparência do fenômeno e a sua conseqüente naturalização e perpetuação. A partir desta premissa, o presente capítulo apresenta uma revisão sobre a concepção de deficiência, compreendida como uma construção histórica e em seguida uma revisão sobre pobreza, igualmente construída historicamente e ambas resultantes de relação de opressão. Por fim, a categoria trabalho será abordada, pelo seu caráter central na construção da sociabilidade e pelo fato da sua negação ser um dos determinantes das condições de vida das pessoas com deficiência.

### **2.1 Construção da concepção de deficiência: notas sobre a história**

É possível notar no cotidiano que as pessoas com deficiência vivenciam limites relevantes para garantir a sua participação plena na vida social. Tais limites se relacionam com as concepções de deficiência construídas nas práticas sociais.

Ao longo da história ocidental, as pessoas com deficiência foram alvo de ações excludentes e opressoras, que as colocaram em situação de subalternidade e fizeram da deficiência um fator de desigualdade. Essa desigualdade demonstra uma relação direta entre deficiência e pobreza, sendo esta última entendida como:

Uma categoria multidimensional, que se expressa nas diversas dimensões, como política, econômica e cultural. Portanto, a pobreza não pode ser caracterizada apenas pelo não acesso a bens, mas se traduz, conforme Martins (1991), pela carência de direitos, de oportunidades, de informações, de possibilidades e de esperanças (SILVA et al., 2016, p. 93).

É possível identificar na literatura contemporânea, bem como em documentos oficiais nacionais e internacionais<sup>5</sup> dois modelos explicativos da deficiência: o modelo

---

<sup>5</sup> A CDPD (BRASIL, 2011) é um documento de referência internacional, que traz um conceito de deficiência com forte influência do modelo social. No Brasil, já existem legislações ancoradas nessa abordagem, como a LBI (BRASIL, 2016).

social e o modelo médico, que serão discutidos posteriormente de forma mais detalhada. Por ora, é preciso compreender a noção de deficiência trazida pelo modelo social que a configura como uma relação social que vem implicando historicamente em desigualdade.

De acordo com o modelo social, a deficiência é uma relação social de opressão exercida por uma sociedade construída para corpos “normais” sobre corpos com impedimentos (DINIZ et al., 2010). A deficiência surge na interação entre corpos com impedimentos e as barreiras socialmente construídas, configurando, assim, uma relação que resulta reiteradamente em desigualdade uma vez que há obstrução a participação plena das pessoas com deficiência. Deve-se notar, por exemplo que a CDPD apresenta a deficiência nos seguintes termos:

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 igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2011, p. 26).

Para compreender como se deu a construção da relação entre deficiência e pobreza, é preciso conhecer as concepções de deficiência que se desenvolveram em cada período e as práticas derivadas dessas concepções, tendo em vista o contexto sócio-político-econômico de cada época.

A concepção de deficiência não é algo estático, ela é construída historicamente, ou seja, as narrativas sobre a deficiência mudam ao longo da história humana (ARAUJO, CRUZ, 2013). Aranha (2001) faz uma análise dessas mudanças no mundo ocidental, partindo das transformações ocorridas no modo de produção, ressaltando a determinação e influência do conhecimento construído em cada período no tratamento dispensado pela sociedade às pessoas com deficiência. Para a autora, a deficiência é “uma **condição social** caracterizada pela limitação ou impedimento da participação da pessoa diferente nas diferentes instâncias do debate de idéias e de tomada de decisões na sociedade” (2001, p. 18, grifo da autora).

O modelo social da deficiência ao apontar para as barreiras socialmente constituídas, bem como para a condição social sinalizada pela autora supracitada exige reflexões sobre a construção das relações sociais.

O modo de produção é a base estrutural de uma sociedade e, como informam Netto e Braz (2008), ela demanda um aparato institucional e ideológico que coadune com a sua existência, denominado superestrutura. Os autores afirmam “com base na análise histórica, que as características da estrutura sempre foram mediata e indiretamente determinantes para a configuração da superestrutura” (2008, p. 61). Ou seja, a estrutura determina a vida social. O modo de produção necessita de um conjunto de elementos que sustentem sua existência, e até mesmo a justifique, sendo que estes mesmos elementos, dentre eles o conhecimento produzido, são determinados pelo modo de produção, num ciclo.

Em relação à deficiência, as mudanças que ocorreram nesse ciclo, na estrutura e na superestrutura, geraram modificações na forma como a deficiência era vista e, conseqüentemente, na relação da sociedade com as pessoas com deficiência e nas ações voltadas para essa população.

Aranha informa que, apesar de haver poucos registros referentes às pessoas com deficiência na Idade Antiga e Média, a maioria deles em livros religiosos como a Bíblia e o Corão, é possível identificar a falta de medidas de proteção para esse segmento: “não há qualquer evidência de esforços específicos ou organizados para se providenciar seu abrigo, proteção, tratamento e/ou capacitação” (2001, p. 3). Com base nessas informações, a autora conclui que a relação entre a sociedade e as pessoas com deficiência variava de grupo para grupo, de acordo com as crenças religiosas e metafísicas que imperavam em cada um deles. Como exemplo, ela traz a recomendação de Mohammed para que se abrigasse e alimentasse as pessoas com deficiência intelectual; o extermínio das pessoas com deficiência, em Esparta; e a eliminação de crianças “defeituosas e indesejadas”, em Roma.

O período que vai da Idade Antiga até o século XVII é classificado por Menecucci (1999 apud ARAÚJO, CRUZ, 2013) como a fase mística/religiosa, na qual a deficiência era considerada uma manifestação de forças sobrenaturais, e as pessoas com deficiência passavam por processos de exorcismo e encarceramento, chegando a ser exterminadas. Trata-se de um período em que os fenômenos eram explicados por meio da religião e de forças sobrenaturais.

A organização socioeconômica das sociedades ocidentais na Antiguidade fornece evidências que explicam a falta de importância dada às pessoas com deficiência nesse período. Baseadas no modo de produção escravista, as sociedades ocidentais se dividiam basicamente em duas classes: a nobreza, que detinha o poder absoluto, e os escravos, sendo propriedade dos nobres, eles sustentavam com seu trabalho toda uma sociedade. Assim sendo, o valor da vida do escravo correspondia à utilidade que ele tinha para o seu dono, ou seja, eles não tinham importância enquanto pessoas, mas enquanto meios de produção (ARANHA, 2001). Aranha informa que com as pessoas com deficiência não era diferente, elas não tinham importância enquanto seres humanos, suas vidas eram descartadas sem que isso implicasse num problema ético ou moral. Tratadas a partir da ótica da incapacidade, as pessoas com deficiência eram consideradas inúteis como meios de produção, daí as práticas de extermínio dessa população.

É através da produção dos meios de subsistência que o homem produz e reproduz sua existência física e social, daí essa visão dos corpos como meios de produção. Segundo Marx (2009, p. 31), “a produção das ideias, das representações, da consciência está em princípio entrelaçada com a atividade material e o intercâmbio material dos homens, linguagem da vida real”. A produção das condições materiais de existência estabelece as relações sociais. Foi através do trabalho, atividade que embasa a produção das condições materiais de existência, que o homem se definiu enquanto ser social, se diferenciando dos outros animais (NETTO, BRAZ, 2008). Sendo assim, em sociedades baseadas no modo de produção escravista, nas quais as pessoas valiam o que produziam, numa época em que não existia o preceito moral de respeito à vida, as pessoas com deficiência não tinham valor algum, logo suas vidas podiam ser descartadas livremente.

Segundo Aranha (2001), o surgimento do cristianismo faz com que essa situação mude e as pessoas com deficiência deixam de ser vítimas de extermínio, já que passam a ser consideradas filhas de Deus. Entretanto, a deficiência passa a ser vista como possessão demoníaca ou castigo de Deus por algum pecado cometido. A autora cita referências trazidas na Bíblia a cegos, mancos e leprosos, como mendigos abandonados pela sociedade, devido ao medo do contágio ou por se acreditar que eles estavam sendo punidos por Deus. As pessoas com deficiência se tornam dignas

do respeito à vida, mas são excluídas da sociedade, rejeitadas e abandonadas à mercê da caridade alheia.

Durante o século XVI a concepção hegemônica de deficiência não muda, as deficiências continuam sendo vistas como frutos da ira de Deus causada pelos pecados e desvios morais. No Brasil não foi diferente. A caridade foi um meio utilizado para atender a maior parte da população, que se encontrava doente e incapacitada devido às doenças e epidemias que a castigavam, já que o Estado se eximia de tal responsabilidade (LOBO, 2008). Para isso, era preciso distinguir os verdadeiros indigentes, os inválidos, mercedores da caridade, dos vagabundos, aqueles que não queriam trabalhar e viviam vagando pelas cidades (LOBO, 2008). Se inicia um julgamento moral do “diferente”, direcionando a caridade aos mercedores e a punição aos vagabundos, num processo de inferiorização de pobres e pessoas com deficiência.

Segundo Aranha (2001), é nesse período que começa a surgir uma nova visão sobre a deficiência, uma visão organicista, concebendo-a como infortúnios naturais. Uma nova forma de conhecimento emerge com a Revolução Burguesa, e as pessoas com deficiência se tornam alvo da medicina que começava a surgir, por meio de métodos como a alquimia e a magia. Nessa época surge o primeiro hospital psiquiátrico. No princípio os hospitais não tinham como objetivo a cura dos doentes, sua função era abrigar os pobres e retirar os doentes do convívio social (CRESPO, 2010, p. 35).

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio é perigoso. Por essas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. [...]

Dizia-se, corretamente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna (FOUCALT, 1979, *apud* CRESPO, 2010, p. 36).

Os hospitais tinham uma função segregadora, separavam os pobres e doentes do convívio social, livrando o restante da sociedade do contato com o indesejável.

No século XIX, fase científica, ganha força a narrativa biomédica, a ideia da deficiência como “sequela, lesão, diminuição da capacidade de um órgão em consequência de doenças” (ARAÚJO, CRUZ, 2013, s.p). O capitalismo em expansão se alia à racionalidade científica moderna, que além de fortalecer a polarização normal/deficiente, justificava as desigualdades sociais e a dominação do capital, tornando alvo de estudo e tratamento aqueles considerados diferentes do “normal” (PEREIRA, 2009). A deficiência se torna alvo de tratamento médico e psicológico, no sentido de aproximar esses corpos do ideal de normalidade, para atender aos interesses do capital, entre eles a demanda por força de trabalho.

Barton (1998, p. 23 apud DINIZ *et al.*, 2010, p. 68) considera que essa refutação da narrativa mística e religiosa pela narrativa biomédica foi uma etapa importante para a garantia da igualdade. Porém, é nesse período, quando começa a se estabelecer uma nova ordem social, que a intolerância para com as pessoas com deficiência aumenta, seus corpos se tornam os corpos nocivos das degenerescências, ameaças de decadência da espécie. Com a consolidação do capitalismo liberal-burguês, a hereditariedade passa a ser utilizada para naturalizar as desigualdades produzidas pela nova ordem social, “como uma espécie de lei universal que se manifesta também no plano social e político e que naturaliza a herança da propriedade privada quanto a do poder e a dos povos” (LOBO, 2008, p. 45-52).

O discurso das degenerescências foi utilizado para a adequação da população aos novos valores morais, e no enfrentamento a segmentos considerados perigosos à sociedade, aqueles que punham em risco a ordem social, chamados por Morel de “classes perigosas” (LOBO, 2008, p. 54). Segundo o autor, os desvios morais provocavam doenças e deficiências que seriam transmitidas hereditariamente, o que, no futuro próximo, poderia dar origem a uma raça decadente. A pobreza também era vista como causadora de degenerescências. Trata-se de um processo de subordinação daqueles considerados “diferentes”, na perspectiva do dominador, com o intuito de conservar a relação de dominação.

No início do século XX o discurso médico foi reforçado, com o ideal de um corpo eficiente, enfatizado pelo sistema industrial, o que motivou o surgimento de “novas técnicas de prevenção, reprodução e recuperação da potência para o trabalho” (LOBO, 2008, p. 142). Era preciso transformar os fardos sociais, impotentes para o

trabalho em indivíduos produtivos. Visando manter a ordem nas escolas, evitando prejuízos no aprendizado; impedir o surgimento de futuros perturbadores da ordem social; e viabilizar o trabalho de pais e parentes, as crianças, sobretudo as consideradas “anormais”, tornaram-se objeto de medidas eugênicas, educativas e sanitárias (LOBO, 2008). As crianças com deficiência eram vistas como fardos para seus familiares, pela necessidade de cuidado, o que poderia impedir a inserção de parentes no mercado de trabalho. Trata-se, nas palavras de Lobo (2008, p. 273), da substituição do “corpo fragilizado das degenerescências” pelo “corpo fragilizado da deficiência”, fardos sociais para a família e o poder público.

O século XX é classificado por Menecucci (1999 apud ARAÚJO; CRUZ, 2013) como a fase dos direitos, mas a conquista de direitos pelas pessoas com deficiência se dá apenas na segunda metade do século, após a organização política das pessoas com deficiência.

No período pós Segunda Guerra surgem nos Estados Unidos as primeiras organizações de pessoas com deficiência, formadas por heróis de guerra mutilados e demais pessoas com deficiência, afirmando sua autonomia e produtividade, e reivindicando proteção social (PEREIRA, 2014). Com a criação da Union of The Physically Impaired against Segregation (UPIAS), pelo sociólogo Paul Hunt, no Reino Unido, a revisão do conceito teórico de deficiência ganha espaço nos meios políticos e acadêmicos, marcando a construção do modelo social da deficiência, que, no Brasil ganha força no final da década de 1970, com a organização do movimento político das pessoas com deficiência (PEREIRA, 2014).

Em oposição ao modelo médico, que trata a deficiência como desvantagem natural, o modelo social aborda a deficiência como desvantagem social causada por sociedades não inclusivas, e adota a restrição à participação como meio para identificar a desigualdade (DINIZ *et al.*, 2010). De acordo com essa concepção, as pessoas têm impedimentos corporais, e a deficiência surge da interação entre esses impedimentos e as barreiras sociais. Quanto maiores as barreiras, menor a participação social, e maior a desigualdade.

Sob essa perspectiva, a deficiência se torna uma questão de direitos humanos e justiça social. A pobreza, o desemprego e a desigualdade experimentados pelas



peças com deficiência deixam de ser naturais e se tornam passíveis de mudança, e a responsabilidade pela promoção dessa mudança é transferida do indivíduo para a sociedade, o que implica na adoção de políticas públicas que garantam os direitos das pessoas com deficiência.

## 2.2 Pobreza

A pobreza, assim como a deficiência, é uma construção sócio-histórica, logo, não pode ser naturalizada. Ela se expressa não só pela escassez de recursos materiais, mas também pela falta de acesso à saúde, educação, lazer, informação etc.

Antes de entrar na discussão sobre pobreza, faz-se necessário trazer o atual debate presente nos estudos sobre o tema, acerca dos conceitos de exclusão social, desfiliação e vulnerabilidade, a fim de justificar a pertinência da adoção da categoria como referência teórica na abordagem da desigualdade vivida pelas pessoas com deficiência.

É possível identificar na literatura um debate relacionado ao uso do conceito exclusão social, principalmente no que diz respeito à sua definição – muitos consideram que não há uma definição precisa para o termo. Alguns autores relacionam a exclusão à “nova pobreza” ou “nova questão social”<sup>6</sup>, e sugerem o uso de outros termos para substituí-lo. Outros atentam para a vulgarização de seu uso, como é o caso de Zaluar (1997), que critica a utilização do conceito sem que se atente para a questão das fronteiras entre os grupos sociais e a lógica classificatória.

Zaluar (1997) esclarece que o conceito exclusão surgiu dos estudos de sistemas simbólicos, principalmente o que teve maior influência da Antropologia

---

<sup>6</sup> Alguns autores defendem a tese de que mudanças ocorridas no sistema capitalista, nas últimas décadas do século XX, suscitaram a emergência do que eles chamam de “nova questão social”, diferente daquela derivada do capitalismo industrial, que se manifestou no século XIX, através da pauperização da população da Europa Ocidental (PASTORINI, 2007). Trata-se, segundo tais autores, de “novos sujeitos, novos usuários que teriam novas necessidades” (PASTORINI, 2007, p. 16), indivíduos que possuíam certa estabilidade no mercado formal de trabalho, perdida em decorrência das mudanças no sistema produtivo.

Estrutural. A Antropologia Estrutural analisa a relação entre os significantes, a forma como eles se associam, gerando a dinâmica inclusão/exclusão.

Do ponto de vista da teoria dos sistemas simbólicos, podemos afirmar que qualquer sistema classificatório ou qualquer comunidade, como identidade que se diferencia de outras, cria exclusão: grupos religiosos, étnicos, raciais, familiares, tribais, localidades, nações etc. (1997, s.p.).

A autora supracitada informa que um dos problemas teóricos referentes ao uso abusivo do conceito exclusão está na dificuldade de determinar os excluídos e os incluídos de grupos sociais, pois a exclusão é gerada de forma diferente em cada um deles. Existem grupos que são mais flexíveis, aceitando a inclusão de forasteiros, já outros são mais rígidos, mais excludentes, por isso é preciso conhecer os processos de inclusão e exclusão desses grupos, a relação entre os seus membros e sua relação com o externo (ZALUAR, 1997).

Outro problema teórico apontado por Zaluar (1997) é o fato de que nem sempre ser excluído de um grupo gera injustiça social. Para os teóricos franceses da “nova questão social”, a injustiça social, manifesta como exclusão – negação de direitos de cidadania –, é percebida ao se examinar o contexto mais amplo, na relação das sociedades com os Estados (ZALUAR, 1997).

Para Reis e Schwartzman (2003), a exclusão é um conceito utilizado pelos que estudam a pobreza e buscam entender suas causas e agravantes. Eles afirmam que não há uma definição clara para o conceito de exclusão, que traz em si a problemática da desigualdade, e que este está relacionado ao conceito de cidadania, pois se refere a indivíduos privados de direitos, garantidos legalmente, mas que não se efetivam. Segundo os autores, os excluídos assim se encontram por terem passado por processos de exclusão – no caso de grupos que se encontravam incluídos, mas que foram excluídos devido a mudanças sociais, econômicas ou políticas –, ou de inclusão limitada – é o caso de grupos que sempre estiveram à margem dos processos econômicos, de consumo e de serviços.

Alvino-Borba e Mata-Lima (2011, p.220) defendem que a concepção de exclusão social “evolui conforme a época e situação caracterizando-se por uma definição aberta e flexível”, tratando-se de um fenômeno ao qual todos estão

suscetíveis, e que abrange não só restrições financeiras e materiais, como também limitações derivadas de diferentes empecilhos, como preconceitos, por exemplo.

Castel (2011), considera exclusão um conceito amplo e impreciso, que tem sido usado de forma indiscriminada ao englobar as mais variadas circunstâncias vividas por diversos segmentos, sem considerar as especificidades dos processos. Segundo o autor, *“os traços constitutivos essenciais das situações de “exclusão” não se encontram nas situações em si mesmas”*, essas são situações-limite, que resultam de diferentes processos (CASTEL, 2011, p. 25, grifo do autor).

Considerando “o trabalho assalariado como um fator de coesão e integração social”, Castel analisa a sociedade francesa do final do século XX, que ele classifica como uma sociedade salarial – uma sociedade que se aproximava do ideal do pleno emprego, estruturada no trabalho assalariado, sendo este um direito do cidadão; além disso, o trabalho assalariado, juntamente com mecanismos de proteção social que se desenvolveram durante o século XX, proporcionava a inclusão social do cidadão, diferente do que ocorria no século XIX, no qual o trabalhador assalariado vivia em condição de pobreza (1998, apud BRANDÃO, 2002). Entretanto, nos anos de 1970 iniciou-se a crise desse formato societal, atingido pelo desemprego e pela precarização das condições de trabalho – adoção do trabalho intermitente, subcontratos, terceirização etc. –, marcas do que Castel chama de “nova questão social” (BRANDÃO, 2002, p. 143).

Castel defende a existência de uma nova versão da questão social. A precarização coloca em condição de vulnerabilidade grupos que faziam parte de áreas de emprego estabilizadas, o que aumenta a vulnerabilidade social e o processo de desfiliação (PASTORINI, 2007). Para o autor, o centro da questão social é transferido da exploração para a precarização, já que o crescimento da vulnerabilidade deriva da precarização do trabalho, fruto da evolução do capitalismo moderno, e não somente do desemprego (PASTORINI, 2007).

Com a crise da sociedade salarial e o conseqüente aumento da vulnerabilidade, o trabalho deixa de ser um fator promotor de integração social (PASTORINI, 2007). Castel (1997) propõe um esquema no qual distribui os indivíduos em quatro zonas, de acordo com o seu grau de integração social. Através desse esquema o autor

demonstra como a deterioração das relações de trabalho e dos laços sociais podem levar à desfiliação do indivíduo.

Castel (1997) define uma escala dos dois eixos para ele determinantes da coesão social, sendo eles o eixo de integração pelo trabalho e o de inserção relacional. A localização do indivíduo em uma das zonas é resultado da combinação dos dois eixos.

As zonas identificadas por Castel (1997) são as seguintes: a zona de integração, na qual o indivíduo está inserido em emprego estável e possui relações sólidas; a zona de vulnerabilidade, caracterizada pelo trabalho precário e enfraquecimento das redes de sociabilidade; a zona da assistência, na qual o indivíduo, vítima da precarização do trabalho e do enfraquecimento dos vínculos familiares, se encontra sob proteção do Estado; a quarta zona, a zona de desfiliação, é marcada pelo desemprego e perda das relações construídas.

Castel (2011) alerta para o fato da luta contra a exclusão focalizar as situações extremas, de ruptura, deixando de agir de forma preventiva nos processos que produzem as situações de exclusão, já que a falta de controle e o aumento da zona de vulnerabilidade contribuem para a expansão do processo de desfiliação, ameaçando a coesão social.

Outro conceito que tem sido utilizado nos estudos sobre pobreza é o conceito vulnerabilidade, que está estreitamente relacionado ao conceito de risco, já que o primeiro só se realiza na presença do segundo (YUNES, SZYMANSKI, 2001 apud JANCZURA, 2012). Devido ao seu uso em diferentes áreas de conhecimento, existem várias definições para vulnerabilidade e risco, feitas a partir de variadas perspectivas, sendo assim, ambos só podem ser compreendidos relacionados a um determinado contexto sócio histórico e uma determinada área de conhecimento (JANCZURA, 2012).

Vulnerabilidade é a falta de ou a baixa capacidade de responder aos riscos (CARNEIRO, VEIGA 2004 apud JANCZURA, 2012; CEPAL, 2002 apud MARANDOLA JR, HOGAN, 2006). As pessoas em condição de vulnerabilidade têm dificuldades ou são impossibilitadas, pela falta de recursos, de enfrentar situações adversas, que afetam o seu bem-estar. Segundo Marandola Jr. e Hogan (2006, p.34) essa

capacidade de resposta “é um dos principais elementos componentes da vulnerabilidade”.

Oliveira considera que as populações em situação de pobreza e indigência são, no Brasil, os grupos mais vulneráveis, e que essa vulnerabilidade é causada pelo mercado de trabalho (1995 *apud* JANCZURA, 2012). Para o autor, o combate à vulnerabilidade se dará através da efetivação dos direitos de cidadania.

Analisando os três conceitos apresentados – exclusão social, desfiliação e vulnerabilidade social – conclui-se que seria possível a sua utilização como referência teórica, considerando que as pessoas com deficiência vivenciam tais condições. Porém, em consonância com a OMS e a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), e considerando a pobreza um dos fatores de vulnerabilidade e exclusão, optou-se, nesse estudo, pelo uso da categoria como referência teórica. Entretanto, tal escolha não se constitui como uma tendência de adjetivação das pessoas com deficiência, mas se põe em sentido circunstancial, relativo às condições objetivas as quais as pessoas com deficiência estão submetidas. Em síntese, as pessoas com deficiência não são pobres, estão pobres.

Ao pensar em pobreza, é comum vir em mente a ideia de carência de recursos materiais, de baixo poder aquisitivo. Porém, com base na literatura produzida na América do Norte e na Europa, Silva afirma que pobreza é

Um termo ambíguo, revestido de diferentes significados. Todavia, a tendência é referenciá-la como um fenômeno relativo, que depende do modo de vida dominante de cada país, como fenômeno dinâmico, heterogêneo, multidimensional, pela interferência de aspectos quantitativos e qualitativos representados por um acúmulo de deficiências socioeconômicas e culturais. Além do problema de deficiência de renda, ao conceito de pobreza agregam-se problemas de saúde, educação, moradia, desemprego e grande dificuldade de fazer valer direitos no meio profissional e extraprofissional (SILVA, 2002, s.p.).

Desta forma, pode-se perceber que a pobreza vai além da insuficiência de recursos materiais, englobando acesso a serviços, a informação, a direitos. Mas Silva (2002) chama atenção para o fato de não haver uma definição neutra para o termo, o que existem são conceitos elaborados por grupos sociais a partir de diferentes perspectivas de apreensão da realidade social. As definições apresentam um caráter político, carregando julgamentos e valores a respeito da ordem social, que, além de

embasar as diversas concepções, determinam as estratégias para o seu combate (SILVA, 2002).

Na falta de uma definição precisa, o conceito adquiriu um caráter normativo, fixando, com base em esquemas valorativos, necessidades básicas e graus apropriados de atendimento das mesmas (SILVA, 2002). A pobreza é concebida a partir de duas vertentes valorativas: a vertente conservadora e a vertente igualitarista (SILVA, 2002). A primeira considera a pobreza natural ao funcionamento falho do sistema socioeconômico. Sob essa perspectiva, a desigualdade na distribuição da riqueza socialmente produzida e no acesso a direitos é ignorada, e as estratégias de combate à pobreza devem focar nos seus desdobramentos mais graves, como as situações de pobreza extrema.

Pereira e Pereira (2014) destacam a existência de uma “cultura da inevitabilidade das desigualdades” – crença de que as desigualdades são indispensáveis para o desenvolvimento social e econômico, e somente os extremos devem ser contidos. A concentração de riquezas nas mãos de poucos é necessária para gerar investimentos que possibilitarão o desenvolvimento econômico e o consequente bem-estar de todos (PEREIRA & PEREIRA, 2014). Como na origem do capitalismo a desigualdade foi utilizada para justificar o *status quo*, sendo a pobreza útil para tornar os pobres dedicados ao trabalho, hoje a desigualdade continua sendo usada pelas classes dominantes para manter sua posição.

A vertente igualitarista vê a pobreza como carência de necessidades básicas, resultante “da civilização industrial, da orientação do desenvolvimento técnico, da estrutura do poder e da distribuição de recursos decorrentes”, apontando como estratégia para o seu enfrentamento mudanças no desenvolvimento, de modo a satisfazer as necessidades humanas (SILVA, 2002, s.p).

Situados nas duas vertentes citadas acima, Silva (2002) identifica quatro grupos teóricos de abordagem da pobreza, que a explicam conforme suas determinações. São eles: as abordagens culturalistas, as abordagens estruturais, as abordagens liberais/neoliberais e a abordagem que concebe a pobreza como um fenômeno multidimensional e relativo.

As abordagens culturalistas, através do julgamento moral dos pobres como indivíduos inferiores pelos seus valores e comportamentos, responsabilizam os mesmos pelas condições em que vivem e que serão reproduzidas pelos seus descendentes (SILVA, 2010). Os culturalistas defendem a existência de uma cultura inferior, transmitida entre as gerações, que reproduz a situação de pobreza.

Essa abordagem pode ser identificada no debate norte-americano com o uso do termo *underclass* “na década de 1960, para se referir, principalmente, aos imigrantes afro-americanos e à sua cultura da pobreza” (GRISOTTI, GELINSKI, 2010, p. 213). A partir dos anos de 1980, o conceito de *underclass* se torna mais abrangente, incorporando criminosos, moradores de rua e outros segmentos que, mesmo não se encontrando em situação de pobreza, são responsabilizados pelas circunstâncias precárias em que vivem (GRISOTTI, GELINSKI, 2010). De acordo com essa perspectiva, as políticas sociais agravam a situação desses indivíduos, tornando-os dependentes, impedindo que se esforcem para mudar as condições em que vivem.

As abordagens estruturais, baseadas no marxismo, concebem a pobreza como imanente ao capitalismo, necessária à sua reprodução, e, contestando as abordagens culturalistas, nega a existência de uma cultura reprodutora da pobreza, deslocando as causas do fenômeno de fatores internos (pessoais) para fatores externos (estruturais) (SILVA, 2002). De acordo com tais abordagens, a conduta do pobre é decorrente da sua condição, e não causa dela.

Silva (2010) entende que o modo de produção capitalista, através do seu processo de expropriação da mais valia e da injusta repartição da riqueza socialmente produzida, gera exclusão, produzindo e reproduzindo a pobreza. Sobre essa relação entre pobreza e capitalismo, Netto e Braz (2008) assinalam que o desemprego e a pauperização são impactos da acumulação capitalista sobre os trabalhadores. No desenvolvimento do capitalismo a demanda por tecnologias e por mecanismos que elevassem a exploração da força de trabalho, como o aumento da jornada de trabalho, resulta numa massa de desempregados, denominada por Engels de exército industrial de reserva, cuja existência é utilizada pelos capitalistas para forçar a baixa dos salários (NETTO, BRAZ, 2008). Trata-se de uma população excedente, também denominada superpopulação relativa, em cuja base encontram-se indivíduos que vivem na miséria, como pessoas com deficiência, doentes, trabalhadores que há muito

não conseguem ingressar no mercado de trabalho (NETTO, BRAZ, 2008). Além de ser útil para manter os salários em níveis baixos, essa superpopulação se constitui um contingente de força de trabalho que estará disponível para o capitalismo sempre que este precise de sua mobilização, se configurando indispensável ao sistema (NETTO, BRAZ, 2008). Desta forma, pode-se afirmar que a pobreza é um fenômeno “perpetuado como condição necessária e útil à reprodução do sistema” (PACHECO, PEREIRA, 2017, p. 26).

Outro grupo teórico citado por Silva (2002) é o das abordagens liberais, no qual é possível identificar diferentes correntes teóricas, sendo que todas têm em comum a centralidade no indivíduo para explicar as causas da pobreza e a determinação do mercado como meio primordial de atendimento das necessidades econômicas e sociais.

No âmbito das correntes liberais encontra-se o neoliberalismo, que prega a defesa das liberdades individuais, sendo contrário a qualquer intervenção que possa tolhê-las (SILVA, 2002). Tendo como princípio a garantia de lucros do capital e entendendo a pobreza como um problema individual, esse modelo socioeconômico considera que programas sociais são óbices à liberdade de escolha, defendendo, assim, um Estado mínimo (PACHECO, PEREIRA, 2017).

Dentre as teorias que adotam um enfoque liberal/neoliberal temos a teoria do capital humano. Ela prega que o crescimento econômico está atrelado à qualificação dos indivíduos (GRISOTTI, GELINSKI, 2010). Ao defender a elevação do nível econômico através do investimento em capital humano, por meio da educação formal ou qualificação profissional, por exemplo, há culpabilização dos indivíduos (GRISOTTI, GELINSKI, 2010) – está subentendido que as causas da pobreza são pessoais.

Inspirada na teoria do capital humano, a teoria das capacidades de Amartya Sen segue a mesma lógica de responsabilizar os pobres pelo seu desempenho socioeconômico e de defender a adoção de mecanismos de capacitação para a superação desse quadro (2000 *apud* GRISOTTI, GELINSKI, 2010). Segundo essa teoria, a ausência de capacidades, provocada por fatores como idade, sexo, condições sanitárias, dentre outros, impede o sujeito de desenvolver potencialidades



e auferir renda mais alta (GRISOTTI, GELINSKI, 2010). Sen amplia a percepção de pobreza ao considerar, por exemplo, que pessoas com deficiência, comparadas a pessoas sem deficiência, precisarão de renda maior para o atendimento de determinadas necessidades. No entanto, ele restringe a intervenção do Estado na garantia de direitos sociais apenas em situações de extrema pobreza, a partir do momento que as capacidades dos pobres são desenvolvidas, o Estado deve deixar de intervir, e as pessoas devem buscar seu desenvolvimento por conta própria (GRISOTTI, GELINSKI, 2010).

As abordagens que tratam a pobreza como um fenômeno multidimensional e relativo, ressaltam a complexidade do mesmo e a análise do contexto sócio-histórico, contestando teorias universais e categorizadoras (SILVA, 2002), que apreendem o fenômeno de forma parcial.

Silva (2002) apresenta ainda algumas abordagens da pobreza a partir da elaboração de tipologias, que a explicam com base em suas manifestações empíricas, a mais utilizada concebe a pobreza como: pobreza relativa ou pobreza absoluta.

Silva caracteriza da seguinte forma a pobreza absoluta:

A pobreza absoluta tem como critério de definição as funções fisiológicas, referindo-se a uma renda insuficiente para obter os bens consideradas essenciais que permitam manter uma reprodução puramente física (nutrição, vestuário, moradia, saúde, aquecimento) (2002, s.p.).

Ou seja, a pobreza absoluta ocorre quando um indivíduo possui recursos abaixo de um mínimo necessário para sua sobrevivência. Sendo as necessidades humanas socialmente determinadas, esse nível mínimo de subsistência varia de acordo com cada contexto social, apesar de haver um mínimo irredutível definido com base na concepção de dignidade humana e na universalidade conferida aos Direitos Humanos, não obstante as características de cada sociedade (SILVA, 2002). Com base em níveis de renda auferidos, são estabelecidas as linhas de pobreza absoluta (GRISOTTI, GELINSKI, 2010). No Brasil são utilizados os seguintes parâmetros para indicar as linhas de pobreza: renda familiar *per capita* abaixo de R\$ 140,00 configura situação de pobreza, e renda familiar *per capita* abaixo de R\$ 70,00 caracteriza extrema pobreza (BAGOLIN *et al.*, 2016). O Banco Mundial caracteriza como situação

de pobreza as pessoas que auferem renda abaixo de US\$ 2,00 ao dia, e como extrema pobreza, renda abaixo de US\$ 1,00 ao dia (GRISOTTI, GELINSKI, 2010).

Já a pobreza relativa se configura de acordo com um nível médio de renda de uma sociedade, considerando, não só as necessidades básicas a serem atendidas, mas o modo de vida dominante de uma população (SILVA, 2002). Ela é aferida em comparação à renda média de uma população.

Apesar de se constituírem como meios importantes para estabelecimento de comparações das condições de vida entre territórios, a concepção da pobreza a partir de parâmetros quantitativos se configura uma visão parcial do fenômeno, pois o apreende por apenas uma de suas manifestações (GRISOTTI, GELINSKI, 2010), desconsiderando sua complexidade.

Também pode ser identificada na literatura a abordagem a partir do critério de objetividade e subjetividade. A primeira diz respeito às condições objetivas de vida de uma população – condições econômicas, sociais e políticas –, podendo ser aferida a partir de dados mensuráveis, enquanto a segunda expressa a percepção dos próprios pobres sobre a situação em que vivem (SILVA, 2002).

Silva cita ainda uma terceira concepção tipológica da pobreza: a pobreza estrutural e a pobreza conjuntural:

É considerado pobre estrutural aquele que vem recebendo ao longo de um período substancial de sua vida - rendas incompatíveis com suas necessidades básicas, e pobreza conjuntural refere-se àqueles que, por causas circunstanciais (desemprego conjuntural, doença temporária, ruptura familiar etc.), têm sua renda rebaixada num nível inferior à linha de pobreza (2002, n.p.).

Aqueles indivíduos excluídos do mercado de trabalho ou que possuem rendimentos insuficientes para a satisfação de suas necessidades básicas podem ser classificados como pobres estruturais. É o caso das pessoas com deficiência, que sempre estiveram à margem do sistema produtivo. Já aqueles indivíduos que, por alguma contingência, tiveram suas condições econômicas alteradas e já não conseguem manter um nível básico de satisfação de suas necessidades, são classificados como pobres circunstanciais.

Outro conceito que vem sendo utilizado, a partir dos anos de 1980, para tipificar a pobreza, é o da nova pobreza, que está relacionada com a crise estrutural do capitalismo, iniciada nos anos de 1970, e com as estratégias para sua superação (SILVA, 2002). O termo tem sido usado para identificar parcelas da população regularmente inseridas no mercado de trabalho e que nunca viveram em situação de pobreza, que, após a crise, se acham em circunstâncias adversas – mas que não são ocasionais, como as situações que caracterizam a pobreza conjuntural –, que acarretam um processo de pauperização (SILVA, 2002).

Segundo Silva (2002), a nova pobreza, somada ao crescimento dos índices de pobreza a partir dos anos de 1980 e à intensificação das desigualdades, caracteriza o fenômeno na atualidade.

Entre as décadas de 40 e 70 do século passado, houve uma redução considerável da pobreza, principalmente nos países de capitalismo central, decorrente da ampliação dos direitos sociais às classes menos favorecidas, por meio da adoção da doutrina keynesiana, que preconizava um Estado social e economicamente interventor, chamado Estado de Bem-Estar Social (PACHECO, PEREIRA, p. 2017). O objetivo era superar a crise de 1929 com a intervenção do Estado na promoção do pleno emprego e de maior igualdade social (BEHRING, BOSCHETTI, 2008).

Nos anos de 1980 a pobreza e a desigualdade voltaram a crescer, com a redução dos direitos sociais adquiridos entre os anos de 1940 e 1960 (PACHECO, PEREIRA, 2017). A crise de 1969-1973 deu espaço às críticas neoliberais ao Estado de Bem-Estar Social – argumentando contra a intervenção do Estado nas relações econômicas e sociais, os neoliberais defendem o livre mercado, “a contenção de gastos sociais e a manutenção de uma taxa ‘natural’ de desemprego, associada a reformas fiscais, com redução de impostos para os altos rendimentos” (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 126).

Pacheco e Pereira (2017) classificam a América Latina como o continente que mais sofreu influência do neoliberalismo e afirmam que no Brasil, a ofensiva neoliberal iniciou-se no ataque aos direitos sociais previstos na CF. A desestruturação das políticas sociais através de medidas para a extinção da universalização e consequente focalização das políticas, cortes orçamentários e a suspensão de dispositivos da CF,

tiveram impactos na pobreza e na desigualdade, fazendo com que, no final dos anos de 1990, o país apresentasse a “segunda pior distribuição de renda do mundo” (PACHECO, PEREIRA, 2017, p. 38).

A expansão do livre mercado também produziu impactos na vida das pessoas com deficiência. Segundo Barnes e Sheldon (2010), a pobreza, assim como a deficiência, é socialmente construída e tem aumentado com o crescimento do livre mercado e da globalização<sup>7</sup>, que intensificaram a imposição de uma ordem mundial capitalista, e com ela o paradigma da normalidade, o tratamento discriminatório e medicalizador dado à deficiência nos países desenvolvidos se estendeu aos países pobres, substituindo anteriores abordagens da deficiência (BARNES, SHELDON, 2010).

As desigualdades derivadas da expansão do livre mercado agravaram a exclusão das pessoas com deficiência da vida econômica e social. Segundo o Banco Mundial, 20% das pessoas que vivem na linha da pobreza ou abaixo dela tem algum tipo de deficiência (2007 apud BARNES, SHELDON, 2010).

É preciso atentar para o fato de que, assim como a deficiência, a pobreza é construída social e historicamente. A partir da leitura de Lobo (2008) pode-se perceber a subalternização do “diferente”, como uma forma de manutenção do *status quo*. A designação dos pobres como moral e culturalmente inferiores, frutos e reprodutores de degenerescências, foi e continua sendo uma forma de hierarquização.

## **2.3 Trabalho**

O trabalho é uma categoria fundamental para a análise da relação entre deficiência e pobreza, tendo em vista sua centralidade na organização da vida social. É através do trabalho que as pessoas obtêm os meios necessários à manutenção de

---

<sup>7</sup> Segundo Stiglitz, globalização é “a integração mais próxima de países e povos do mundo [...] causada pela enorme redução de custos de transporte e comunicação e pela eliminação de barreiras artificiais para os fluxos de mercadorias, serviços, capital, conhecimento e (em menor escala) pessoas através das fronteiras internacionais” (2002 apud VISSER, 2012, p. 191).

sua sobrevivência, e a negação deste direito é um dos fatores que levam e/ou mantêm as pessoas com deficiência na condição de pobreza.

O trabalho é a atividade através da qual o homem atua sobre matérias naturais, transformando-as para satisfazer suas necessidades (NETTO; BRAZ, 2008). Tal atividade se dá de forma mediada (por meio de instrumentos), exigindo habilidades e conhecimentos sobre a natureza, diferente de outras espécies animais, que satisfazem suas necessidades (biologicamente estabelecidas) de acordo com determinações genéticas, atuando diretamente sobre a natureza (NETTO; BRAZ, 2008).

Como informam Netto e Braz:

[...] o trabalho não é apenas uma atividade específica de homens em sociedade, mas é, também e ainda, o processo histórico pelo qual surgiu o ser desses homens, o **ser social**. [...] *foi através do trabalho que a humanidade se constituiu como tal* (2008, p. 34, grifos dos autores).

Atividade teleologicamente direcionada – orientada para uma finalidade definida pelo sujeito –, o trabalho se processa subjetivamente, quando o indivíduo projeta na sua consciência o que irá realizar, e objetivamente, quando põe em prática o que projetou, transformando, assim, a natureza, e constituindo uma “**objetivação** do sujeito que a efetua” (NETTO, BRAZ, 2008, p. 32, grifo dos autores). Para que esse processo se realizasse, fez-se necessário o conhecimento da natureza e a transmissão desse conhecimento para outros sujeitos, já que o trabalho é uma atividade coletiva, o que impulsionou o surgimento da linguagem articulada e a universalização do conhecimento (NETTO, BRAZ, 2008). Desta forma, o homem se constituiu humano, ser social, que só existe em sociedade e nos seus componentes, que, por sua vez, se constitui dos “modos de existir do ser social” (NETTO, BRAZ, 2008, p. 37).

À medida que o ser social se desenvolve, suas objetivações se expandem para além do trabalho, se tornando mais complexas e variadas, mas o trabalho permanece como objetivação insuprimível do ser social, que possibilitou e demandou novas objetivações (NETTO, BRAZ, 2008).

De acordo com Netto e Braz, as primeiras comunidades que se pode chamar de humanas surgiram há cerca de 40 mil anos, vivendo num regime social denominado comunidade primitiva. Essas comunidades eram nômades e viviam da caça e da coleta de vegetais. O que era produzido era dividido equitativamente entre os membros da tribo (NETTO, BRAZ, 2008).

Algumas comunidades passam a se dedicar à criação de animais e ao cultivo de alimentos, deixando o nomadismo. Esses elementos somados ao aperfeiçoamento do processo de trabalho propiciaram o aumento da produção, permitindo o surgimento de um excedente econômico – a produção era maior do que o necessário para a satisfação das necessidades imediatas (NETTO, BRAZ, 2008). Esse excedente passa a ser trocado entre as comunidades, possibilitando a exploração do trabalho humano e a divisão da comunidade entre aqueles que produziam os bens e aqueles que se apropriavam deles (NETTO, BRAZ, 2008). Percebe-se uma nova configuração social: o trabalho que era dividido com base no sexo dos membros da tribo – os homens responsáveis pela caça e as mulheres pela colheita – agora se divide entre o produtor direto e aquele que explora o trabalho do produtor, surge uma nova forma de organização da sociedade.

Segundo Marx e Engels (2009), a estrutura interna de uma nação é determinada pelo grau de desenvolvimento de sua produção, e conseqüentemente da divisão do trabalho, já que cada fase de desenvolvimento produtivo implica uma nova configuração da divisão do trabalho.

Transformações no modo de produção capitalista – inserção de novas tecnologias – geraram mudanças no mundo do trabalho, que fizeram com que alguns autores vislumbrassem o fim da centralidade do trabalho no capitalismo contemporâneo (PRIEB, 2000). Para esses teóricos, “o trabalho já não se constitui mais como o eixo a partir do qual se organiza a vida social” (NETTO, BRAZ, 2008, p. 50).

Shaff é um dos autores que acreditam no fim da sociedade do trabalho. Em sua análise sobre a atual revolução técnico-industrial, ele conclui que ela tem como consequência não só o aumento da produtividade do trabalho, mas o fim do próprio trabalho, fato que para o autor não resultaria no fim da atividade humana, já que o

trabalho seria substituído por outras ocupações (1993 *apud* PRIEB, 2000). As mudanças decorrentes da revolução técnico-industrial levariam à extinção da propriedade privada dos meios de produção e, conseqüentemente, das classes sociais (tradicionais) (CARDOSO, 2011; PRIEB, 2000), substituídas por classes “com a predominância da intelectualidade” (PRIEB, 2000, p. 53).

Para Gorz, as transformações no sistema de produção teriam como conseqüências a redução da quantidade de trabalho, até que ele se torne secundário, e o fato de que o trabalho deixaria de ser uma atividade exercida pelo homem diretamente sobre a matéria (1986 *apud* PRIEB, 2000). O trabalhador teria um papel marginal no processo produtivo, já que o trabalho sairia do seu domínio, deixando de ser uma particularidade sua e, conseqüentemente, um fator de poder, assim não haveria mais motivos de luta para a classe trabalhadora pela ocupação do poder, e a mesma perderia o seu feitiço revolucionário (GORZ, 1987 *apud* PRIEB, 2000). Em declínio, a classe trabalhadora daria lugar ao que Gorz denomina de “não-classe de não-trabalhadores”, composta pelos indivíduos excluídos do processo de produção (CARDOSO, 2011; PRIEB, 2000). Haveria uma dualização do mercado de trabalho – em posição oposta à “não-classe de não-trabalhadores”, sujeita ao trabalho precarizado e ao desemprego, estaria o grupo de trabalhadores estabelecidos no mercado formal de trabalho (CARDOSO, 2011). Porém, essa configuração do mercado de trabalho logo se extinguiria, devido à progressiva redução da quantidade de trabalhadores inseridos no mercado formal, em conseqüência da revolução microeletrônica (CARDOSO, 2011).

Para Offe a perda da capacidade de absorção dos trabalhadores pelo mercado e sua heterogeneização, tendo como principal característica o crescimento do setor de serviços, indicariam a crise da sociedade do trabalho e o fim da centralidade da categoria trabalho no estudo da vida social, implicando na busca por outras categorias para análise do cotidiano (CARDOSO, 2011). Por apresentar uma lógica diferente do setor industrial, Offe conclui que o setor de serviços não pode ser tratado com os mesmos critérios com os quais se analisava o setor industrial (CARDOSO, 2011).

Como outros autores Kurz prevê o fim do trabalho abstrato – em decorrência da informatização e da inserção da microeletrônica no processo produtivo –, da força de trabalho, enquanto mercadoria, e das classes sociais (CARDOSO, 2011). O

contínuo aumento da substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto levaria à exclusão de uma massa de indivíduos do mercado de trabalho, o que, para Kurz, seria superado com o desenvolvimento do terceiro setor, o que possibilitaria o surgimento de “uma nova racionalidade de reprodução social [...] baseada em solidariedade para além do Estado e do mercado, isto é, para além de uma racionalidade instrumental e da mediação do dinheiro e do poder” (CARDOSO, 2011, p. 284). Ao prever que o quadro de exclusão derivado do fim do trabalho seria revertido pela ação do terceiro setor, Kurz prediz um retrocesso, a substituição de uma sociedade de direitos pela ação da caridade.

Cardoso (2011) ressalta a importância de tais teorias para a análise da sociedade no século XXI, mas tece críticas a respeito das mesmas, fundamentadas em dois pontos. Primeiro ele aborda a “tentativa de desconstrução da centralidade da categoria trabalho no pensamento social” (2011, p. 286). Tendo em vista que a categoria trabalho está respaldada na teoria hegeliana, Cardoso afirma que para desconstruí-la é necessária a desconstrução dessa teoria. Porém os autores que defendem a perda da centralidade do trabalho baseiam-se na crítica à teoria marxista, não passam pelo seu alicerce, a obra de Hegel, o que, segundo Cardoso, enfraquece as teorias sobre o fim do trabalho.

Outro ponto que Cardoso aborda se refere ao embasamento empírico das teses. Segundo ele, quando há esse embasamento, “os dados empíricos são esparsos, fluidos e pouco consistentes; conseqüentemente, as conclusões daí derivadas são precipitadas e afoitas, deixando de considerar com maior profundidade os pormenores da sociedade do trabalho no final do século XX” (2011, p. 286). Sobre a tese de Gorz, ele afirma que falta fundamentação empírica, considerando que houve transformações reais na sociedade salarial provocadas pela revolução informática, mas não houve extinção do trabalho, como Gorz defende. Segundo Cardoso, as inovações decorrentes da revolução informática e microeletrônica foram assimiladas por poucas atividades do setor produtivo – somente as esferas de produção metal-mecânica as incorporaram mais fortemente –, e o trabalho dispensado foi transferido para outros setores.

Cardoso também critica a tese de Offe, embora ela apresente dados empíricos. “O ponto fraco [da tese de Offe] é sem dúvida acreditar nas oscilações do mercado de



trabalho, do sistema de produção capitalista e da crise da sociedade do trabalho como uma revolução última e acabada” (CARDOSO, 2011, p. 290). Ou seja, a fragilidade da tese de Offe, segundo Cardoso, está na defesa do fim da centralidade do trabalho com base numa crise que ainda está em processo, não é algo acabado, tratando-se de um argumento que não dá respaldo à proposta. Para o autor, Schaff e Kurz cometem o mesmo erro de Offe.

Assim como Cardoso (2011), Prieb (2000) nega o fim da classe trabalhadora, alegando o seu aumento tanto em países que reduziram a jornada de trabalho como nos países onde houve elevação. O autor constata o aumento da exploração do trabalho, através da expansão da flexibilização, reafirmando sua relevância para o capitalismo contemporâneo.

Concordando com Prieb e Cardoso sobre a manutenção do trabalho como centro da organização social, e conseqüentemente do estudo da vida social, afirma-se a sua relevância na abordagem das condições socioeconômicas das pessoas com deficiência.

O lugar da pessoa com deficiência na sociedade está intimamente associado à ideia da inutilidade do corpo para o trabalho, do corpo improdutivo, que não é convidativo ao capitalismo. Nas palavras de Lobo, “não importa para onde aponta essa deficiência (cérebro, movimentos, olhos ou ouvidos) – é sempre o corpo ou uma parte dele que não funciona, segundo a ótica utilitarista dos corpos” (2008, p. 238).

O corpo com impedimentos contraria a ideia original do capitalismo, o ideal de corpo hígido e são para o trabalho. E era essa ideia de corpo improdutivo que justificava e naturalizava todas as expressões da desigualdade manifestas na vida das pessoas com deficiência (DINIZ *et al.*, 2010).

Os avanços tecnológicos e legais garantiram à pessoa com deficiência o direito de estar no trabalho, o que gera para a pessoa com deficiência um lugar contraditório – se ela ocupa esse espaço que lhe é garantido por direito, ela transgredir uma das regras centrais do capitalismo – o ideal do corpo produtivo –, e, se ela não consegue ocupar esse espaço, ela também está transgredindo essa regra, e é marginalizada por não ser produtiva.

### **3 PESSOA COM DEFICIÊNCIA E POBREZA EM SÃO FÉLIX: o dito e o não dito em informações sociodemográficas**

A transição da problemática da deficiência para o campo dos direitos humanos, com a construção do modelo social de deficiência, demandou dispositivos legais visando a garantia da equidade e da participação das pessoas com deficiência na vida social.

Enquanto prevalecia uma hegemonia do modelo biomédico da deficiência, as desvantagens vivenciadas pelas pessoas com deficiência eram naturalizadas. Com a emergência do modelo social da deficiência ressalta-se a opressão exercida pela sociedade sobre os corpos com impedimentos, expressões da diversidade humana, e desloca-se a questão da deficiência do âmbito individual para o âmbito público, fazendo com que seja reconhecida como uma questão de justiça social (DINIZ *et al.*, 2010).

O modelo social contradiz as práticas corretivas do modelo biomédico, que inferiorizavam as pessoas com deficiência, colocando-as num lugar de subalternidade, e demanda ações voltadas para a garantia da participação plena das pessoas com deficiência na sociedade, já que essa perspectiva considera a “restrição de participação o fenômeno determinante para a identificação da desigualdade” (DINIZ *et al.*, 2010, p. 111). Trata-se do que Pereira (2014) denominou da transição do postulado da incapacidade para o postulado da autonomia. O reconhecimento da diferença como um pressuposto de emancipação e não de subalternidade, o que implica na luta por direitos e no seu reconhecimento.

O reconhecimento da deficiência como uma construção social, assim como a pobreza, requer a adoção de instrumentos normativos para a garantia de direitos. No Brasil, os instrumentos mais importantes são: a CF, a CDPD e a LBI.

A Constituição de 1988 foi a primeira a contemplar os direitos das pessoas com deficiência. É importante ressaltar a participação do movimento de pessoas com deficiência, que se organizou para levar suas reivindicações aos membros da Assembleia Constituinte (CRESPO, 2010).

A CDPD é um marco na inserção da problemática da pessoa com deficiência no campo dos direitos humanos, promovendo a passagem da assistência para os direitos, e propondo um novo conceito para pessoa com deficiência inspirado no modelo social. Como afirma Dhandá (2008), a CDPD promove a igualdade, ao assegurar os direitos comuns e o necessário para a promoção da equidade; reconhece a interdependência humana – a ideia de que os seres humanos precisam uns dos outros –, que permite que as pessoas com deficiência busquem apoio, sem que isso signifique que sejam incapazes; e considera a deficiência parte da experiência humana.

Em 2008, o Brasil ratificou a CDPD, o que significa que as ações do Estado devem ser pautadas neste documento, visando garantir os direitos desse segmento.

Como se sabe, há uma relação dialética entre o direito internacional dos direitos humanos e o direito interno. Este último deve lançar mão de medidas legislativas administrativas, judiciais ou de outra natureza para dar cumprimento aos compromissos internacionais assumidos (MENDES, SPOSATO, 2011, p. 22).

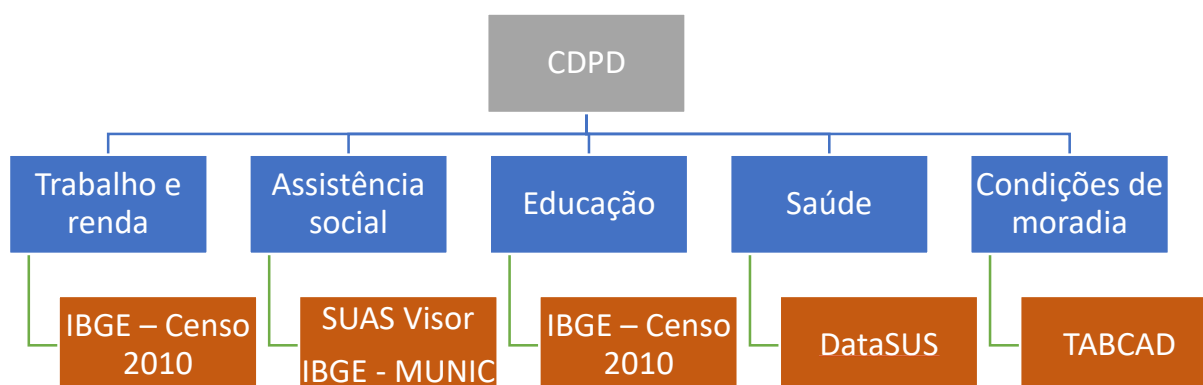
Os Estados signatários, entre eles o Estado Brasileiro, precisam materializar os eixos da CDPD em forma de leis e políticas que garantam os direitos nela assegurados. A LBI, também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, é fruto dessa ratificação. A lei foi instituída em 2015 e tem como base a CDPD. A LBI objetiva garantir às pessoas com deficiência o usufruto dos direitos e das liberdades em igualdade de condições com as demais pessoas, buscando sua inclusão social e cidadania (BRASIL, 2016).

Não obstante a existência dos instrumentos citados, além de políticas específicas voltadas para a sua materialização, ainda é perceptível a existência de situações de privação, de negação de direitos, que mantêm as pessoas com deficiência em situação de pobreza, caracterizada por piores resultados socioeconômicos e violações de direitos.

Neste capítulo, após a contextualização histórica e socioeconômica do município de São Félix, será realizada uma discussão sobre as manifestações da relação entre pessoa com deficiência e pobreza no município estudado.

A leitura da CDPD permitiu estabelecer os eixos para essa discussão, que são relativos a: trabalho e renda, que consta em seus artigos 27 e 28; proteção social – trazida nesse estudo como assistência social –, que figura no artigo 28; educação, presente no artigo 24; saúde, constante nos artigos 25 e 26; e condições de habitação, que consta no artigo 28, que se refere a padrão de vida e proteção social adequados (BRASIL, 2011). Foram escolhidos esses eixos devido à sua relevância e ao fato de poderem ser considerados centrais dentro da CDPD no que se refere à necessidade e à possibilidade do país dar materialidade aos mesmos em forma de políticas; e à sua relação com a discussão sobre pobreza. Esse recorte norteou a coleta dos dados referentes ao município de São Félix<sup>8</sup> (DIAGRAMA 1).

**DIAGRAMA 1** – Eixos norteadores da coleta de dados.



### 3.1 São Félix: de importante centro urbano à decadência

São Félix está situada no Recôncavo Baiano, a 110 km de Salvador. O município teve seus tempos áureos, de grande desenvolvimento, tendo importante participação no quadro econômico do estado da Bahia. Atualmente, São Félix se

<sup>8</sup> Ainda que a Previdência seja uma das políticas do campo da seguridade social, o estudo optou por não focalizar os dados desta política uma vez que os benefícios relativos às pessoas com deficiência se encontram no campo da invalidez e da reabilitação profissional que incluem outras pessoas que não as com deficiência. Além disso, a complexidade da Previdência Brasileira exigiria um trabalho específico sobre o tema.

encontra em circunstâncias opostas às do seu passado – uma cidade pobre, que não conta com atividade econômica capaz de superar essa situação.

“Na Bahia, a expressão Recôncavo passou a ser sinônimo de região cronicamente pobre” (PEDRÃO, 1998, p. 219). As palavras de Pedrão nos dão uma dimensão da pobreza da região, que encabeçou a economia do estado, com a produção de fumo e açúcar, até a metade do século XIX, e atualmente, se encontra desprovida de ferramentas para superar as condições socioeconômicas instaladas após sua decadência (PEDRÃO, 1998).

A região foi fundamental para o desenvolvimento econômico do estado desde a colonização, por se localizar em um ponto privilegiado – último trecho navegável do rio Paraguaçu, onde foi instalado um dos portos comerciais mais movimentados do estado –, fazendo ligação entre Salvador e os sertões, e suprindo essas regiões com sua produção agrícola (SANTOS, 2009).

Até a metade do século XX, São Félix e Cachoeira foram essenciais para o desenvolvimento agrícola e industrial na Bahia, por ser um dos mais importantes entrepostos de mercadorias do Recôncavo. São Félix se destacou por se situar no ponto final de navegação do Paraguaçu e no ponto de partida para as estradas que levavam aos sertões, através das quais os tropeiros transportavam mercadorias para abastecimento dos locais de difícil acesso da província, e para exportação. As mercadorias chegavam diariamente em seu porto, vindas do exterior, para abastecer o Recôncavo, o sertão e a região de Feira de Santana. Assim, a cidade transformou-se em um importante centro urbano “que anunciava às vizinhanças e aos sertões os símbolos da modernidade” (MOREIRA, 2002 *apud* SANTOS, 2009, p. 57).

A prosperidade da região aumentou na segunda metade do século XIX, quando teve início a era ferroviária, que fortaleceu a cultura do fumo, com a construção da Estrada de Ferro Central da Bahia, ligando Cachoeira a Feira de Santana (SANTOS, 2009). Grandes fábricas se instalaram na região, como a Companhia de Charutos Dannemann, empresa alemã, instalada em São Félix. A região se manteve na liderança da produção do fumo até metade do século XX.

No início do século XX, o Recôncavo, assim como o restante do estado, passou por um período de estagnação, do qual a região não conseguiu se recuperar, por falta

de investimentos e propostas de crescimento para o território, ficando a parte do processo de industrialização e urbanização que se deu na Bahia na década de 1950 (PEDRÃO, 1998).

Em 1960, o processo de transição industrial do estado, do modelo têxtil para o metal-mecânico, coincidiu com a queda da indústria fumageira e canavieira no Recôncavo, configurando a perda quase total da indústria da região, com exceção da produção de papel que se manteve em Santo Amaro (PEDRÃO, 1998). A influência norte-americana sobre os fumantes, incentivando a substituição do charuto pelo cigarro, agregada à falta de investimentos na modernização das fábricas de charuto; o aumento dos impostos; a falta de potencial para competir com a indústria de cigarro do Sul e o crescimento da produção em outras regiões, levaram à queda da indústria fumageira no Recôncavo (SANTOS, 2009).

Nos anos de 1970, os pequenos produtores do Recôncavo perdem espaço no mercado de Salvador, devido à adoção do estilo de rede de supermercados pelo comércio da capital, organizado em redes interestaduais de compras (PEDRÃO, 1998).

Das mudanças ocorridas na base produtiva da Bahia, que aconteceram entre as décadas de 1950 e 1980, apenas a atividade de exploração do petróleo teve impacto direto no Recôncavo, com as implantações de um campo de produção e, posteriormente, de capacidade de processamento (PEDRÃO, 1998). Porém, a produção logo entrou em decadência.

Outros eventos ligados à modernização da economia baiana – como a construção do Polo Industrial de Aratu, da Barragem de Pedra do Cavalo e do Polo Petroquímico de Camaçari – atingiram a região, mas de forma indireta, com a geração de campos de trabalho, que foram ocupados por muitos moradores da região (PEDRÃO, 1998).

No início dos anos de 1990, o potencial empregatício dos polos industriais supracitados se acaba, e mudanças na organização das atividades primárias no Recôncavo geraram desemprego e a redução da produção em pequena escala, fatos que, somados à continuação do aumento do desemprego na Região Metropolitana de

Salvador, acarretou o retorno de desempregados para o Recôncavo, aumentando “as fileiras dos subocupados crônicos das cidades da região” (PEDRÃO, 1998, p. 233).

O processo de decadência do Recôncavo culminou no empobrecimento crônico da região e da maioria de seus habitantes, que, acaba emigrando para a capital em busca de emprego.

Em São Félix essa situação foi agravada pelas enchentes que atingiram a cidade – de acordo com o Arquivo Público Municipal de São Félix (2010), na segunda metade do século XX aconteceram nove enchentes, a última em 1989.

Atualmente, a população de São Félix é de 14.098 habitantes, 55,4% desses vivem em situação de pobreza (IBGE, 2003), e 14,5% na extrema pobreza (BRASIL, 201-, p. 3). Esse número aumenta para 59,05% quando se trata de pobreza subjetiva, que se refere a percepção do indivíduo sobre suas condições de vida. O município tem IDH 0,639 (IBGE, 2010a).

A população de pessoas com deficiência residentes no município é de 1.453<sup>9</sup> pessoas, o que equivale a 10,31%<sup>10</sup> da população geral, com 38,67% delas vivendo na zona e rural e 61,33% na zona urbana (IBGE, 2010b). É visível, no cotidiano da cidade, as inúmeras barreiras à participação dessa população, principalmente no que se refere à acessibilidade, que a LBI define como:

Possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2016).

Trata-se da eliminação de todo tipo de barreira dos ambientes abertos ao público para promover o seu uso de forma segura pelas pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida. A própria geografia da cidade, rodeada de morros e

---

<sup>9</sup> Tendo em vista o tempo decorrido entre a realização do Censo 2010 e esta pesquisa, é possível que este número tenha se alterado.

<sup>10</sup> Na Bahia existem 1.211.766 pessoas com deficiência, o que corresponde a 8,65% da população total (IBGE, 2010b). No Brasil, essa população é de 15.750.969 pessoas, 8,27% do total geral (IBGE, 2010b). Vale lembrar que, nesse estudo, as pessoas com alguma dificuldade visual, alguma dificuldade auditiva e alguma dificuldade motora não foram incluídas na categoria pessoas com deficiência.

ladeiras, se constitui uma barreira à participação de pessoas que têm dificuldade de locomoção.

## **3.2 Faixas de renda e acesso ao trabalho e à assistência social**

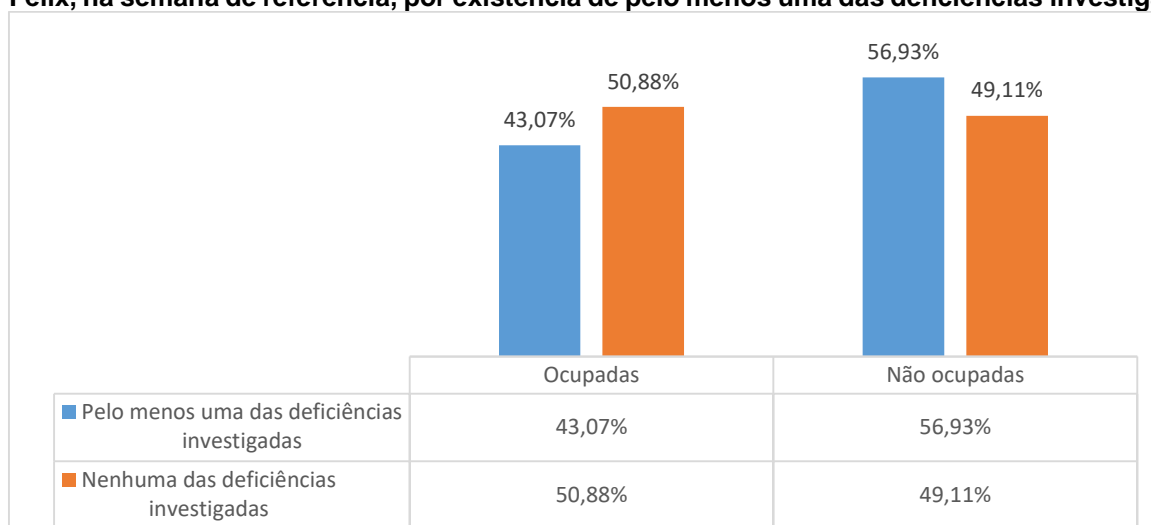
### **3.2.1 Trabalho e renda**

A falta de participação no mercado de trabalho é um dos fatores mais relevantes na relação entre deficiência e pobreza. Dispositivos legais asseguram essa inserção, mas o postulado da incapacidade fala mais alto. Vejamos como essa dinâmica se desenha em São Félix.



No Gráfico 1, construído a partir de dados do Censo 2010, percebe-se que 43,07% das pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas<sup>11</sup> se encontravam ocupadas na semana de referência<sup>12</sup>, enquanto 50,88% das pessoas sem nenhuma das deficiências investigadas estavam na mesma condição (Gráfico 1). O gráfico mostra uma diferença de quase 8% entre os dois segmentos, comprovando que as pessoas com deficiência tem menor acesso ao trabalho. Entretanto, é possível que esse acesso seja ainda menor, pois os dados disponíveis englobam na categoria pessoa com deficiência aquelas que têm alguma dificuldade para enxergar, ouvir ou andar. Como já foi informado, nesse estudo, essas pessoas não foram incluídas na categoria pessoa com deficiência, pela possibilidade da dificuldade que possuem não acarretar restrições à sua participação.

**GRÁFICO 1 – Situação de ocupação de pessoas de 10 anos ou mais de idade, residentes em São Félix, na semana de referência, por existência de pelo menos uma das deficiências investigadas.**



Fonte: IBGE, 2010b.

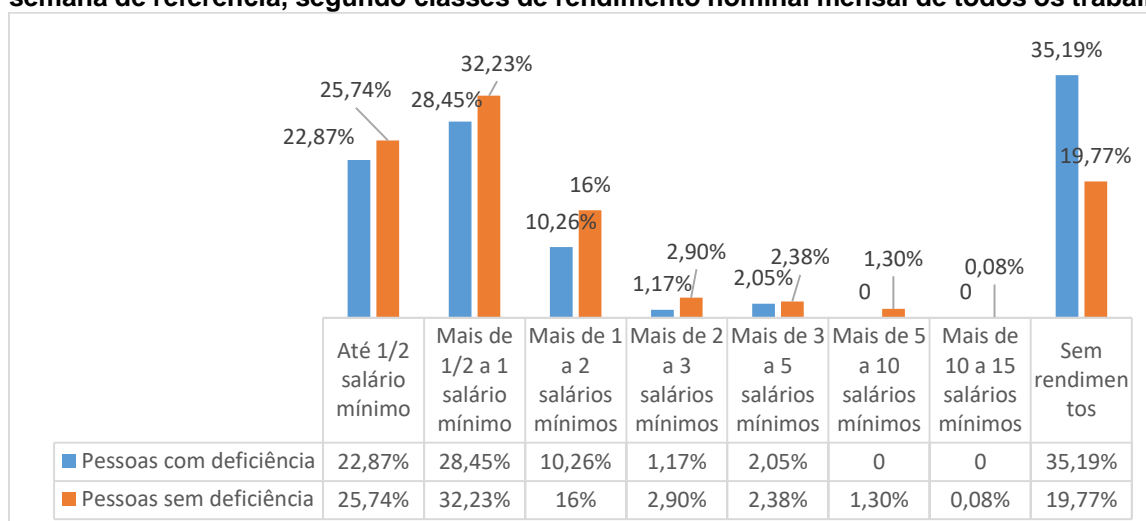
<sup>11</sup> Não foi possível separar os dados das pessoas com alguma dificuldade para ler, ouvir e/ou se locomover, por isso não utilizamos pessoas com deficiência.

<sup>12</sup> É importante informar que o IBGE classifica como ocupadas na semana de referência as pessoas que: “nesse período, trabalharam pelo menos uma hora completa em trabalho remunerado em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios (moradia, alimentação, roupas, treinamento etc.) ou em trabalho sem remuneração direta em ajuda à atividade econômica de membro do domicílio ou, ainda, as pessoas que tinham trabalho remunerado do qual estavam temporariamente afastadas nessa semana” (IBGE, 2010-a, s. p.).

No Gráfico 2 é importante ressaltar a prevalência das pessoas com deficiência ocupadas nas faixas de rendimento mais baixas ou sem rendimentos, somando 86,51%, sendo que 35,19% do seu total não tem rendimentos. As pessoas sem deficiência ocupadas nessas faixas somam 77,74%, com 19,77% sem rendimentos.

Nota-se que, à medida que as faixas de rendimento aumentam em valor, cresce a diferença de percentual entre os dois segmentos, reduzindo apenas na faixa mais de 3 a 5 salários mínimos. É marcante a ausência de pessoas com deficiência nas faixas mais de 5 a 10 salários mínimos e mais de 10 a 15 salários mínimos. Pode-se concluir que, mesmo quando têm acesso ao trabalho, as pessoas com deficiência recebem menos que as outras ou trabalham sem remuneração.

**GRÁFICO 2 – Pessoas de 10 anos ou mais de idade, residentes em São Félix, ocupadas na semana de referência, segundo classes de rendimento nominal mensal de todos os trabalhos<sup>13</sup>.**



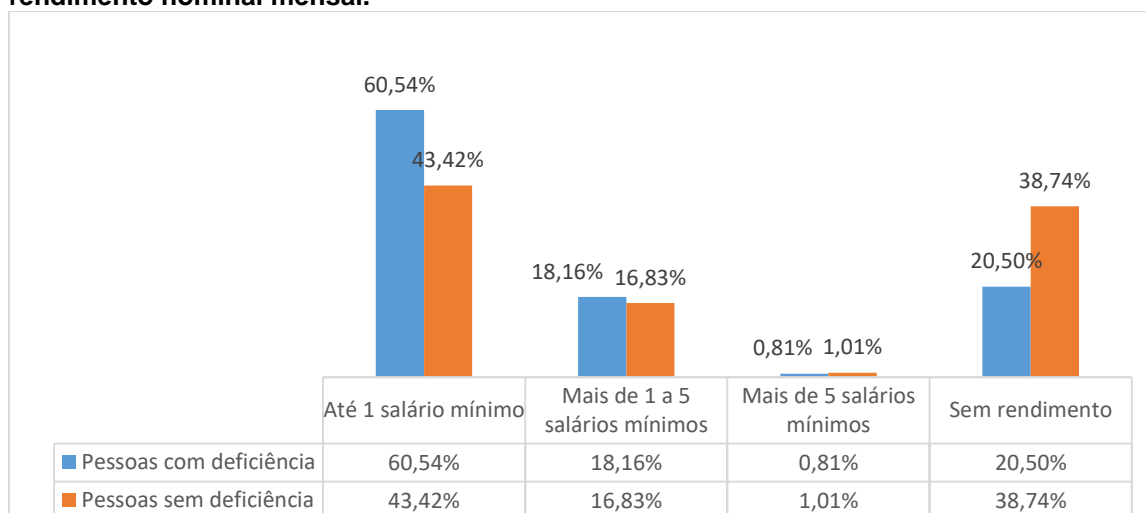
Fonte: IBGE, 2010b.

<sup>13</sup> Aqui são considerados os rendimentos em dinheiro, produtos ou mercadorias, de todos os trabalhos (IBGE, 201-b).

No Gráfico 3, por englobar as pessoas ocupadas e sem ocupação, a situação muda. 20,5% das pessoas com deficiência se encontram sem rendimentos. Já o percentual de pessoas sem deficiência sem rendimentos aumenta para 38,74%. Chama atenção a presença de pessoas com deficiência na faixa mais de 5 salários mínimos, apesar do baixo percentual – 0,81%, correspondente a 11 pessoas –, já que entre as pessoas com deficiência ocupadas não havia nenhuma com mais de 5 salários mínimos (Gráfico 2). É possível que esses dados reflitam o impacto de aposentadorias e do Benefício de Prestação Continuada (BPC), já que 19,7% dessa população é beneficiária do BPC, e para ter direito ao seu recebimento não se pode estar inserido no mercado de trabalho. Apesar disso, a maioria das pessoas com deficiência, 60,54%, se mantêm na faixa de rendimentos mais baixa, de até um salário mínimo, e 20,5% delas não têm rendimentos.

Deve-se destacar que o critério para acesso ao BPC é, além da total “invalidez”, que a família tenha renda inferior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo. Neste sentido, a renda das pessoas com deficiência beneficiária do BPC tende a ser a principal renda dos grupos familiares.

**GRÁFICO 3 – Pessoas de 10 anos ou mais de idade, residentes em São Félix, por classes de rendimento nominal mensal.**



Fonte: IBGE, 2010b.

O quadro das condições de trabalho e renda das pessoas com deficiência residentes em São Félix não destoa do resto do mundo. O Relatório Mundial sobre a Deficiência (OMS, 2012) destaca a predominância de pessoas com deficiência exercendo trabalho não remunerado em vários países. Além disso, elas recebem

salários menores, seja por discriminação, seja pela falta de adaptações e suporte necessários pra que desenvolvam suas atividades, o que pode fazer com que rendam menos no trabalho, ou pela falta de acesso à educação formal (OMS, 2012).

A CDPD assegura às pessoas com deficiência o direito ao trabalho de sua escolha, em ambiente inclusivo e acessível, em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2011). Para a garantia desse direito, devem ser adotadas medidas como: a proibição de discriminações fundadas na deficiência; igual remuneração; emprego de pessoas com deficiência no setor público; adoção de políticas e medidas, que objetivem a contratação de pessoas com deficiência pelo setor privado; garantia da realização de adaptações razoáveis<sup>14</sup> no ambiente de trabalho; promoção da qualificação profissional; promoção de reabilitação profissional etc. (BRASIL, 2011). Trata-se de fornecer as condições necessárias para que as pessoas com deficiência ingressem e se mantenham no mercado de trabalho.

A CDPD e seu Protocolo de Ratificação, como já foi informado, constituem a base da LBI, sendo assim, as garantias que constam na primeira estão presentes na segunda, porém, de forma mais detalhada. No que diz respeito à habilitação profissional, por exemplo, a LBI traz a seguinte definição:

A habilitação profissional corresponde ao processo destinado a propiciar à pessoa com deficiência aquisição de conhecimentos, habilidades e aptidões para exercício de profissão ou de ocupação, permitindo nível suficiente de desenvolvimento profissional para ingresso no campo de trabalho (BRASIL, 2016).

A LBI determina que o programa de reabilitação profissional deve ser indicado por equipe multidisciplinar, devendo ocorrer, em ambientes acessíveis e inclusivos, de forma intersetorial, em articulação, principalmente, com as redes de saúde, educação e assistência social (BRASIL, 2016).

A LBI traz, ainda, as diretrizes que devem orientar a inserção competitiva das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, por meio do trabalho com apoio, assegurando o fornecimento de suporte que atenda às necessidades específicas da

---

<sup>14</sup> “Adaptações, modificações e ajustes necessários e adequados que não acarretem ônus desproporcional e indevido, quando requeridos em cada caso, a fim de assegurar que a pessoa com deficiência possa gozar ou exercer, em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas, todos os direitos e liberdades fundamentais” (BRASIL, 2016).

pessoa com deficiência, atendimento prioritário aos que têm mais dificuldade de inserção no campo de trabalho etc. (BRASIL, 2016).

Anterior à LBI, a Lei nº 8.213/91, conhecida como Lei de Cotas, já trazia orientações para a inserção das pessoas com deficiência no trabalho. A Lei determina que 2 a 5% dos cargos de empresas, com cem ou mais empregados, devem ser ocupados por pessoas com deficiência (BRASIL, 1991), mas não estabelece as medidas que devem ser tomadas para a inclusão dessas pessoas no campo de trabalho, como o uso de tecnologias assistivas, adaptações razoáveis etc. Ao incorporar o conceito de deficiência sob a perspectiva do modelo social, a LBI representa um avanço em relação à Lei de Cotas, pois determina que os ambientes de trabalho se adequem às necessidades das pessoas com deficiência, eliminando barreiras físicas, de comunicação, atitudinais etc.

A LBI é uma lei relativamente nova. Ainda não houve tempo para que ela gere resultados. Os dados aqui apresentados foram construídos sobre a égide do modelo biomédico da deficiência, da Lei de Cotas, que vê na deficiência um problema individual, determinando a inserção do indivíduo no campo de trabalho sem garantir espaços acessíveis. Além disso, eles expressam a ideia do corpo improdutivo, incapaz para o trabalho.

### **3.2.2 Assistência social: a transferência de renda**

No campo da assistência social, o Benefício de Prestação Continuada – BPC tem se destacado na redução da pobreza vivida pelas pessoas com deficiência. Instituído em 1996, o BPC é um benefício não contributivo<sup>15</sup> da Assistência Social, que assegura aos idosos com 65 anos ou mais de idade e às pessoas com deficiência com impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que tenham comprovada a insuficiência de meios para manter a sua sobrevivência, ou seja, a renda bruta mensal familiar *per capita* deve ser inferior a ¼ do salário

---

<sup>15</sup> A contribuição com a Previdência Social não é um pré-requisito para acessá-lo (BRASIL, 20--).

mínimo (BRASIL, 2007). São considerados impedimentos de longo prazo aqueles que causam consequências por no mínimo 2 anos (BRASIL, 20--).

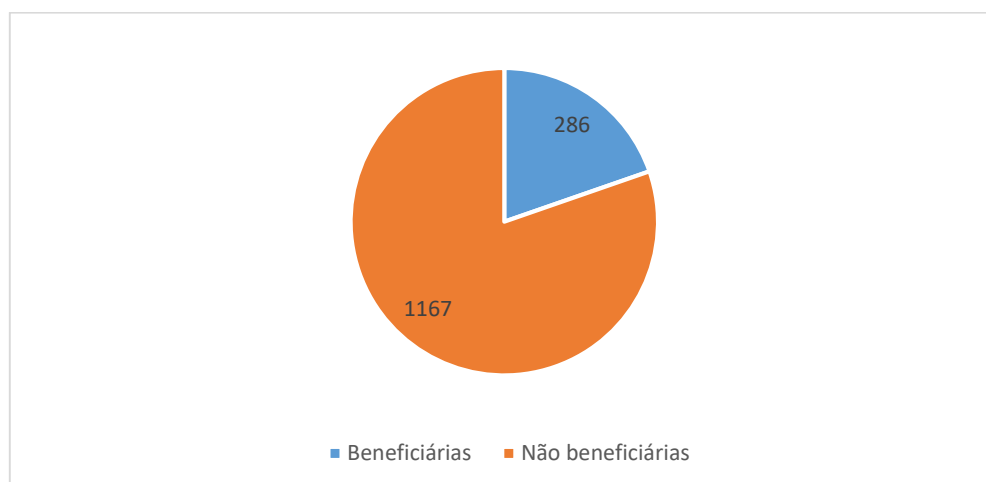
O BPC está assegurado na CF, no inciso V do artigo 203, e na LBI, no artigo 40 do capítulo VII, e é regulamentado pela Lei nº 8.742/93, Lei Orgânica da Assistência Social.

A ratificação da CDPD em 2008 determinou alterações nas leis e nas políticas públicas e sociais, que passaram a ser baseadas nesse documento. Nesse sentido, o BPC teve alterado o conceito de deficiência, a noção de incapacidade, a forma de avaliação (SENNA *et al.*, 2013). O BPC adotou o conceito de deficiência da CDPD, passando a considerar o contexto social, diferente do conceito anterior que abarcava apenas fatores biológicos; e inseriu a avaliação social, realizada por assistentes sociais, em seu processo avaliativo.

Como informam Senna *et al.* (2013), o benefício é uma das mais importantes políticas de proteção social para pessoas com deficiência, além de relevante mecanismo de combate à pobreza e às desigualdades no Brasil.

Em São Félix 286 pessoas com deficiência – 19,7% das pessoas com deficiência residentes no município – recebem o BPC (Gráfico 4). De acordo com o IBGE (2010), apenas 221 pessoas com deficiência se encontravam ocupadas e recebendo alguma remuneração, 120 trabalhavam se remuneração. Isso significa que o BPC deixa descobertas 826 pessoas.

**GRÁFICO 4 – Pessoas com deficiência beneficiárias do BPC, residentes em São Félix.**



Fonte: Brasil, 2017a.

Na década de 1990, quando foi instituído, o conceito de deficiência utilizado nas avaliações para acesso ao BPC tinha por base o modelo biomédico da deficiência, considerando a incapacidade para a vida independente e para o trabalho (COSTA *et al.*, 2016). Nos anos de 2007 e 2009, esse conceito foi substituído através da adoção de novas regras e instrumentos para avaliação da elegibilidade da pessoa com deficiência, baseados no modelo biopsicossocial da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), visando a ampliação da elegibilidade (COSTA *et al.*, 2016). Neste sentido, a avaliação passou a considerar fatores sociais, incluindo a atuação de assistentes sociais nesse processo.

Como informam Costa *et al.*, apesar de ser considerada um avanço, em comparação ao processo de avaliação anterior, a adoção do modelo social ainda não obteve sucesso na identificação das pessoas com deficiência aptas ao acesso ao BPC (2016). Segundo os autores, “a inexistência de limites claros de elegibilidade da pessoa com deficiência possibilita também que a decisão dos agentes públicos seja decisiva” (COSTA *et al.*, 2016, p. 3044).

A CF, no artigo 203 da seção IV, assim como a LBI, no capítulo VII, artigo 39, determina que a Assistência Social promova a reabilitação das pessoas com deficiência e sua inclusão social (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2016). De acordo com informações do diário de campo de estágio curricular, desde a sua inauguração até o mês de abril de 2017 não houve nenhuma ação no CRAS de São Félix voltadas para a inclusão social desse segmento. O trabalho com essa população era restrito ao preenchimento dos formulários para a solicitação do BPC e do Passe Livre<sup>16</sup>.

As pessoas com deficiência devem fazer parte do público alvo das ações do CRAS. Seus serviços devem se voltar, em especial, para favorecidos de benefícios assistenciais, como o BPC, e pessoas com deficiência, dentre outros segmentos. O trabalho com estas pessoas deve “oferecer possibilidades de desenvolvimento de habilidades e potencialidades, a defesa de direitos e a participação cidadã” (BRASIL,

---

<sup>16</sup> Programa do Governo Federal, que concede gratuidade em passagens interestaduais às pessoas com deficiência física, mental, auditiva, visual ou renal crônica, com renda familiar per capita de até um salário mínimo (BRASIL, 2014).

2009a, p. 12). A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais determina a inclusão de pessoas com deficiência nos grupos de convivência, além do atendimento em domicílio às mesmas e seus familiares (BRASIL, 2009a). Segundo informações obtidas no campo de estágio, apenas usuários do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS estavam inseridos nos grupos de convivência.

Os dados da pesquisa MUNIC (IBGE, 2013) revelam a inexistência de algumas ações na área da Assistência Social referentes ao segmento estudado. No ano de realização da pesquisa não havia nenhum programa ou projeto específico para a inclusão social de pessoas com deficiência no mercado de trabalho em São Félix. A Secretaria de Ação Social do município não soube dar informação sobre a existência de programa ou projeto para a inclusão de pessoas com deficiência em escolas regulares (IBGE, 2013).

A pesquisa supracitada informou que, no ano de sua realização, os profissionais da área da assistência social participaram de diversos cursos de capacitação, com temas como: controle social, atendimento de povos e comunidades tradicionais, atendimento a usuários de álcool e outras drogas, gestão e financiamento do SUAS entre outros, mas não participaram de cursos sobre inclusão de pessoas com deficiência (IBGE, 2013).

É possível que a falta de recursos seja um dos motivos para não se ter ações destinadas à inclusão das pessoas com deficiência. Senna *et al* (2013) informam que a assistência social não tem recursos para promover ações voltadas para as pessoas com deficiência, por demandarem investimentos mais custosos, com serviços mais complexos, que exigem infraestrutura e recursos humanos diferenciados.

### **3.3 Educação**

A educação é considerada uma via para o alcance de melhores resultados socioeconômicos. Como afirmam Barnes e Sheldon (2010, p. 775, tradução nossa), ela é “frequentemente apresentada como meio de superação da pobreza e uma via necessária para a inclusão social”. Os autores ressaltam que, apesar de iniciativas

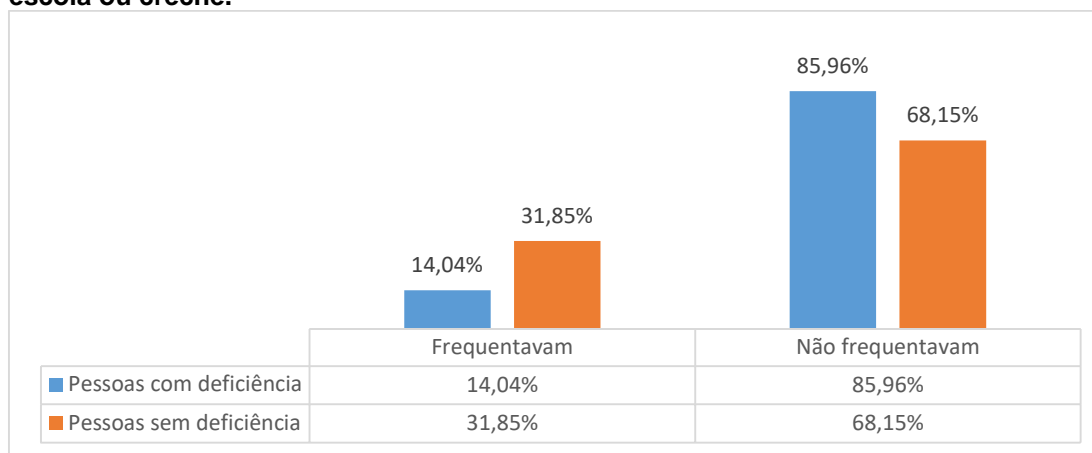


como a Declaração de Salamanca, visando assegurar a inclusão de crianças com deficiência em escolas convencionais, pesquisas apontam que apenas 10% delas estão na escola (BARNES; SHELDON, 2010).

De acordo com o Censo Escolar (BRASIL, 2017b), existem em São Félix 27 escolas: 21 municipais, 1 estadual e 5 privadas. O município conta com uma Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

No Gráfico 5 temos 14,04% das pessoas com deficiência frequentando escola ou creche, contra 85,96% delas sem frequentar os dois espaços educacionais. Entre as pessoas sem deficiência a situação melhora, com 31,85% delas frequentando escola ou creche contra 68,15% sem frequentar. Não há informação se os dados englobam a educação especial.

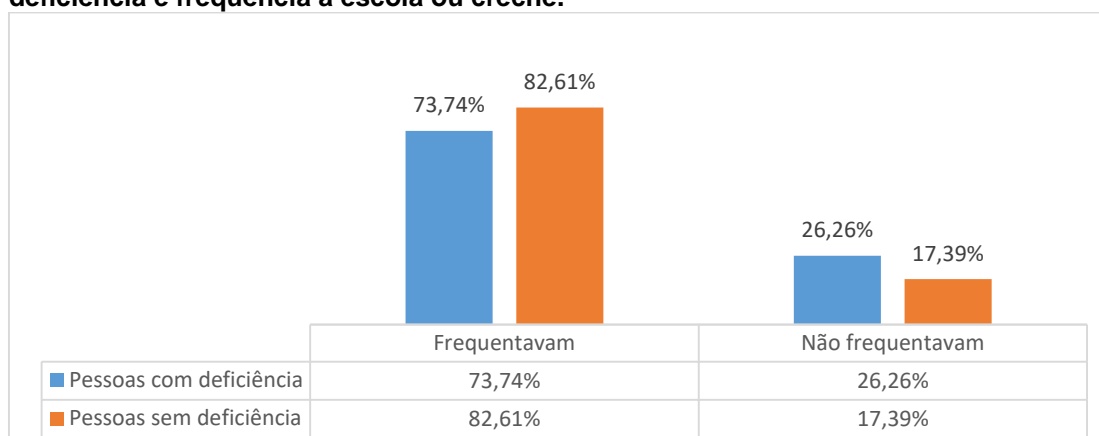
**GRÁFICO 5 – Pessoas residentes em São Félix, por existência de deficiência e frequência à escola ou creche.**



Fonte: IBGE, 2010b.

Com a delimitação da idade para a faixa de 0 a 17 anos (Gráfico 6), os dados são mais positivos para os dois segmentos. A frequência das pessoas com deficiência sobe para 73,74%, mas continua inferior. A frequência das pessoas sem deficiência sobe para 82,61%. Os dados denunciam o menor acesso das pessoas com deficiência à educação.

**GRÁFICO 6 – Pessoas de 0 a 17 anos de idade, residentes em São Félix, por existência de deficiência e frequência à escola ou creche.**

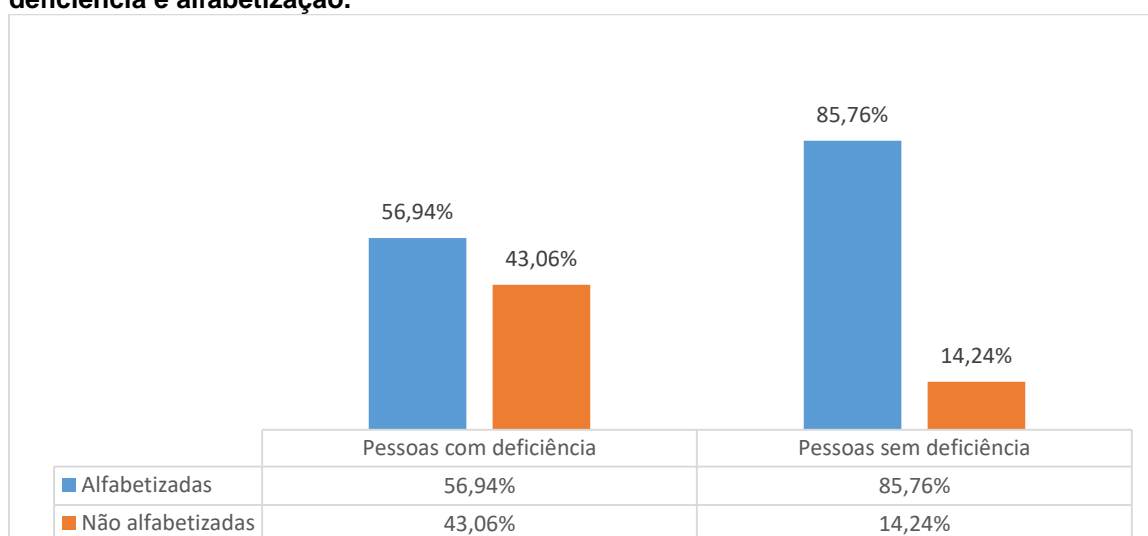


Fonte: IBGE, 2010b.

É possível que os dados do Gráfico 6 apresentem um impacto das condicionalidades do Programa Bolsa Família - PBF. O que quer dizer que pessoas com deficiência podem estar matriculadas nas instituições de ensino, por ser uma das condicionalidades do PBF, mas sem frequentá-las. Um dos motivos constantes na lista de motivos de baixa frequência do Ministério da Educação é a “inexistência de serviço/atendimento a [sic.] pessoa com deficiência/necessidades especiais” (BRASIL, 2009b, p. 45). Nesses casos o descumprimento da condicionalidade é registrado e justificado, e deve haver um acompanhamento do estudante até que a situação se reverta (BRASIL, 2009b).

No Gráfico 7, a negação do direito à educação às pessoas com deficiência fica mais explícita: 56,94% das pessoas com deficiência de 5 anos ou mais de idade foram alfabetizadas, enquanto 85,76% das pessoas sem deficiência de 5 anos ou mais de idade foram alfabetizadas. A taxa nacional de analfabetismo de pessoas de 10 anos ou mais de idade, em 2015, era de 7,4% (IBGE, 2015). O percentual de pessoas com deficiência residentes em São Félix não alfabetizadas é de 43,06%, quase 6 vezes maior que a taxa nacional.

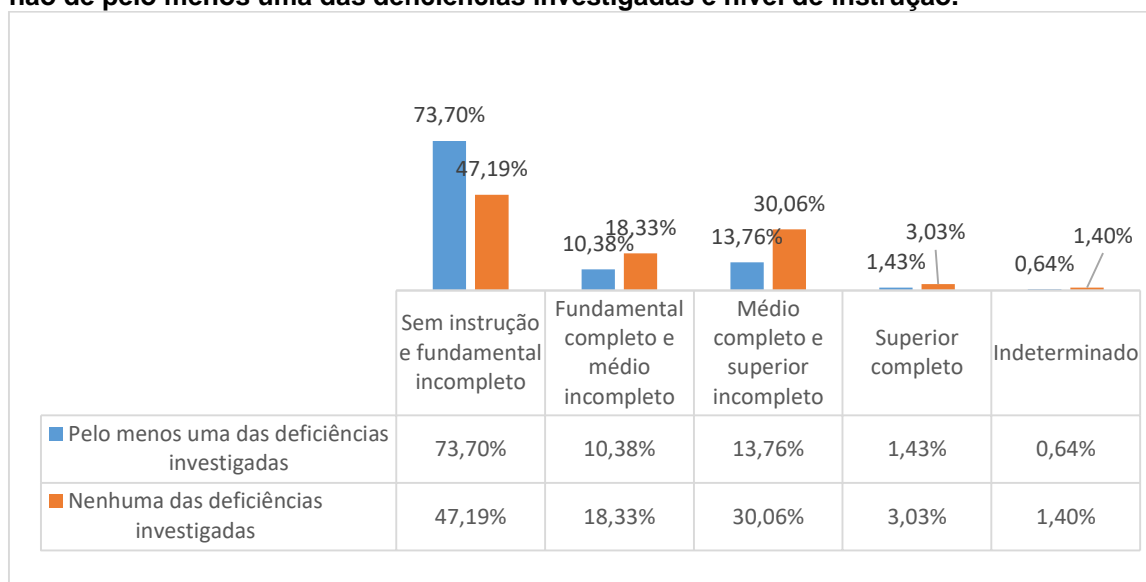
**GRÁFICO 7 – Pessoas de 5 anos ou mais de idade, residentes em São Félix, por existência de deficiência e alfabetização.**



Fonte: IBGE, 2010a.

No Gráfico 8 pode-se constatar a diferença entre pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas<sup>17</sup> e as pessoas sem nenhuma das deficiências investigadas com relação ao nível de instrução. A maioria das pessoas de 15 anos ou mais de idade com pelo menos uma das deficiências investigadas, 73,7%, não tem instrução ou não completaram o ensino fundamental. Nota-se que em todos os níveis de instrução as pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas têm um resultado inferior às outras. Na variável ensino médio completo e superior incompleto o percentual de pessoas com pelo menos uma das deficiências, 13,76%, está abaixo da metade do percentual da outra população, que é de 30,06%. O percentual de pessoas com nível superior entre as duas populações é muito baixo comparado à taxa nacional que é de 14%, mas o percentual de pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas, 1,43%, é ainda menor que a do outro segmento em questão, que é de 3,03%. Esses dados comprovam a informação trazida pela OMS (2012) de que as pessoas com deficiência tem menores taxas de permanência e aprovação, o que reduz a probabilidade de alcançarem níveis mais altos de ensino.

**GRÁFICO 8 – Pessoas de 15 anos ou mais de idade, residentes em São Félix, por existência ou não de pelo menos uma das deficiências investigadas e nível de instrução.**



Fonte: IBGE, 2010b.

<sup>17</sup> Não foi possível separar os dados das pessoas com alguma dificuldade para ler, ouvir e/ou se locomover, por isso não utilizamos pessoas com deficiência.

Os dados sobre educação deixam clara a falta de acesso à educação pelas pessoas com deficiência em São Félix. Não se trata apenas do não ingresso nas instituições de ensino, mas da falta de condições para que as pessoas permaneçam estudando e consigam transitar para níveis mais elevados de educação. Essa problemática ficou explícita no contato com um grupo de convivência de pessoas com deficiência e familiares<sup>18</sup>, fruto do projeto de intervenção do estágio supervisionado. A educação foi a área para qual se direcionaram a maioria das queixas dessas pessoas, que iam desde a negação da realização de matrículas de pessoas com deficiência em escolas, até a falta de tecnologia assistiva para crianças com baixa visão. Pôde-se perceber que não há educação inclusiva em São Félix.

#### Nas palavras de Sasaki, a inclusão escolar

É o processo de adequação da escola para que todos os alunos possam receber uma educação de qualidade, cada um a partir da realidade com que ele chega à escola, independentemente de raça, etnia, gênero, situação socioeconômica, deficiências etc. É a escola que deve ser capaz de acolher todo tipo de aluno e de lhe oferecer uma educação de qualidade, ou seja, respostas educativas compatíveis com as suas habilidades, necessidades e expectativas (2008, p. 101).

A escola deve estar preparada para receber todas as expressões da diversidade humana, inclusive as pessoas com deficiência, fornecendo as condições e os meios necessários para que desenvolvam suas habilidades. Não é o aluno que deve se adaptar, mas a escola que deve se adaptar às necessidades específicas de cada aluno.

O Relatório Mundial sobre Deficiência (2012) apresenta diversas barreiras à educação de crianças com deficiência: barreiras físicas, presentes no interior e no exterior da escola; barreiras atitudinais, como a discriminação por colegas e professores; salas lotadas, que impedem dedicação maior do professor à pessoa com deficiência; falta de treinamento dos professores; currículos, métodos e sistemas de avaliação rígidos etc.

---

<sup>18</sup> O grupo foi criado como uma forma de inserir essas pessoas no CRAS, para que posteriormente elas fossem distribuídas nos outros grupos de convivência, quando esses retornassem com suas atividades que estavam suspensas.

A inclusão escolar está presente na CF, no inciso I do artigo 206, porém de forma implícita. A garantia de condições de igualdade no acesso e permanência na escola, como um dos princípios da educação, implica a adoção das medidas necessárias para que todos os alunos se mantenham na instituição de ensino e se desenvolvam. A CF assegura a inserção das pessoas com deficiência preferencialmente na rede regular de ensino, com atendimento educacional especializado garantido – inciso III, artigo 208 (BRASIL, 2015a), indo de encontro a uma educação segregadora.

A CDPD, no artigo 24 (BRASIL, 2011), e a LBI, no capítulo IV (BRASIL, 2016), defendem uma educação inclusiva em todos os níveis, visando o desenvolvimento humano, físico e intelectual, e a participação plena das pessoas com deficiência na sociedade. Para isso devem ser asseguradas adaptações razoáveis, medidas de apoio necessárias, facilitação do aprendizado do braile e da língua de sinais, com o intuito de promover o desenvolvimento acadêmico e social do estudante.

Os dados aqui apresentados sobre a educação em São Félix deixa explícita a desigualdade vivida pelas pessoas com deficiência. A falta de acesso à educação é uma expressão da pobreza vivenciada por essas pessoas. Isso reduz ainda mais as suas chances de ingressar no mercado de trabalho e melhorar suas condições socioeconômicas, perpetuando a relação entre deficiência e pobreza.

O nível de instrução também influencia nas condições de saúde, como veremos a seguir.

### **3.4 A pobreza como um determinante das condições de saúde**

A garantia do direito à participação plena na vida social demanda a manutenção de boas condições de saúde. As pessoas com deficiência contam, atualmente, com um arcabouço de dispositivos legais que visam garantir atenção integral à saúde desta população. Entretanto, situações de privação prevalecem, caracterizadas pela precariedade nas condições de vida e moradia, falta de acesso a serviços e necessidades de saúde não satisfeitas, configurando expressões de pobreza.

Segundo a OMS (1946, s.p.), saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Este conceito supera a visão biológica da saúde, admitindo a influência de fatores sociais, econômicos, psicológicos etc. no estado de saúde dos indivíduos. Esses fatores que interferem na saúde são denominados determinantes sociais da saúde (DSS) (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

### 3.4.1 Condições de vida e moradia

A pobreza, enquanto deficiência de renda e acesso a serviços e meios de manutenção do bem-estar, se configura um dos principais determinantes da saúde. Estudos denunciam uma relação bidirecional de causalidade entre pobreza e saúde – tanto a pobreza pode levar a debilidades na saúde, como uma saúde precária pode gerar piores resultados socioeconômicos.

O Quadro 1 retrata as desigualdades na saúde entre os conjuntos de países agrupados por grau de desenvolvimento. Percebe-se que os países mais pobres apresentam piores taxas de expectativa de vida e de mortalidade infantil.

**QUADRO 1 – Expectativa de vida e taxas de mortalidade, por categoria de desenvolvimento do país.**

Categoria de desenvolvimento	População (em milhões/1999)	Renda anual média (dólares americanos)	Expectativa de vida no nascimento (anos)	Mortalidade infantil (mortes antes de 1 ano de idade por 1.000 nascimentos vivos)	Mortalidade abaixo de cinco (mortes antes de 5 anos de idade por 1.000 nascimentos vivos)
Países menos desenvolvidos	643	296	51	100	159
Outros países de baixa renda	1.777	538	59	80	120
Países de renda média-baixa	2.094	1.200	70	35	39
Países de renda média-alta	573	4.900	71	26	35
Países de renda alta	891	25.730	78	6	6

Categoria de desenvolvimento	População (em milhões/1999)	Renda anual média (dólares americanos)	Expectativa de vida no nascimento (anos)	Mortalidade infantil (mortes antes de 1 ano de idade por 1.000 nascimentos vivos)	Mortalidade abaixo de cinco (mortes antes de 5 anos de idade por 1.000 nascimentos vivos)
Memo: África subsaariana	642	500	51	92	151

FONTE: BUSS, 2006.

As condições de habitação também exercem influência sobre o estado de saúde dos indivíduos. Como informam Alves e Rodrigues (2010), essas condições estão estreitamente associadas à situação econômica, refletindo o grau de pobreza em que as pessoas vivem.

Os dados do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) revelam as condições de habitação de uma parcela da população de pessoas com deficiência de São Félix.

O CadÚnico registra informações sobre a população de baixa renda, fornecendo ao governo um panorama de sua realidade socioeconômica, além de servir como um mecanismo para a inserção de famílias em programas federais, como o Programa Bolsa Família (BRASIL, 2015b). Em São Félix existem 149 pessoas com deficiência inscritas no CadÚnico (BRASIL, 2017c)



Como podemos observar no Gráfico 9, 41 pessoas com deficiência vivem em residências sem água canalizada.

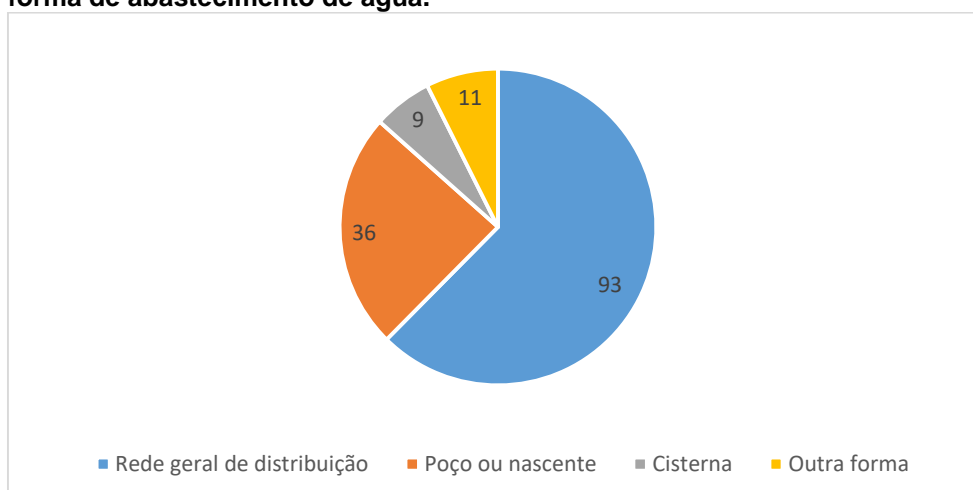
**GRÁFICO 9 – Pessoas com deficiência, residentes em São Félix, cadastradas no CadÚnico por existência de água canalizada no domicílio.**



Fonte: BRASIL, 2017c.

O Gráfico 10 traz as formas de abastecimento de água nas residências de pessoas com deficiência. 56 delas não são abastecidas pela rede geral de distribuição. Dessas, 36 utilizam água de poço ou nascente; 9 fazem uso de cisternas; e 11 são abastecidas por outros meios. A água de poço ou nascente são muito propensas à contaminação por coliformes fecais, bactérias presentes nas fezes, que podem causar doenças.

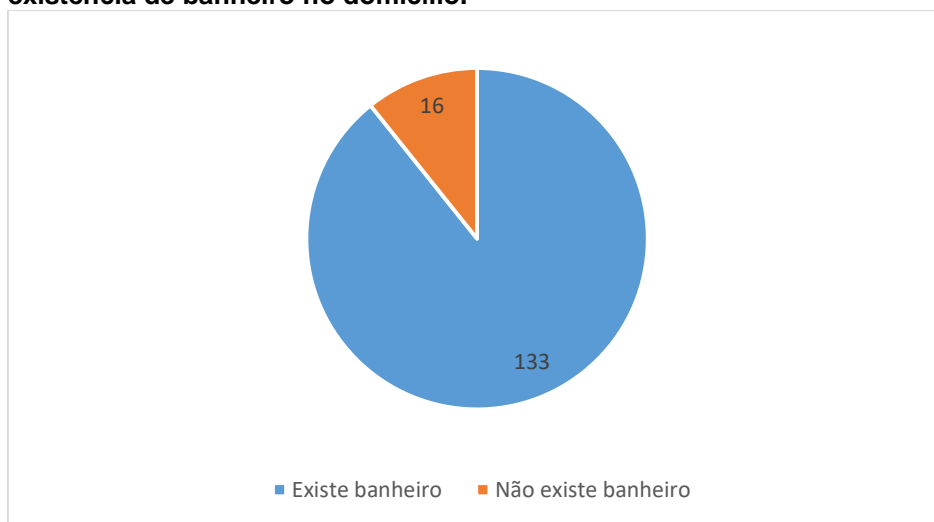
**GRÁFICO 10 – Pessoas com deficiência, residentes em São Félix, cadastradas no CadÚnico por forma de abastecimento de água.**



Fonte: BRASIL, 2017c.

No Gráfico 11 pode-se verificar que 16 pessoas vivem em moradias onde não existe banheiro, o que é gravíssimo, se considerarmos os cuidados específicos que algumas deficiências demandam.

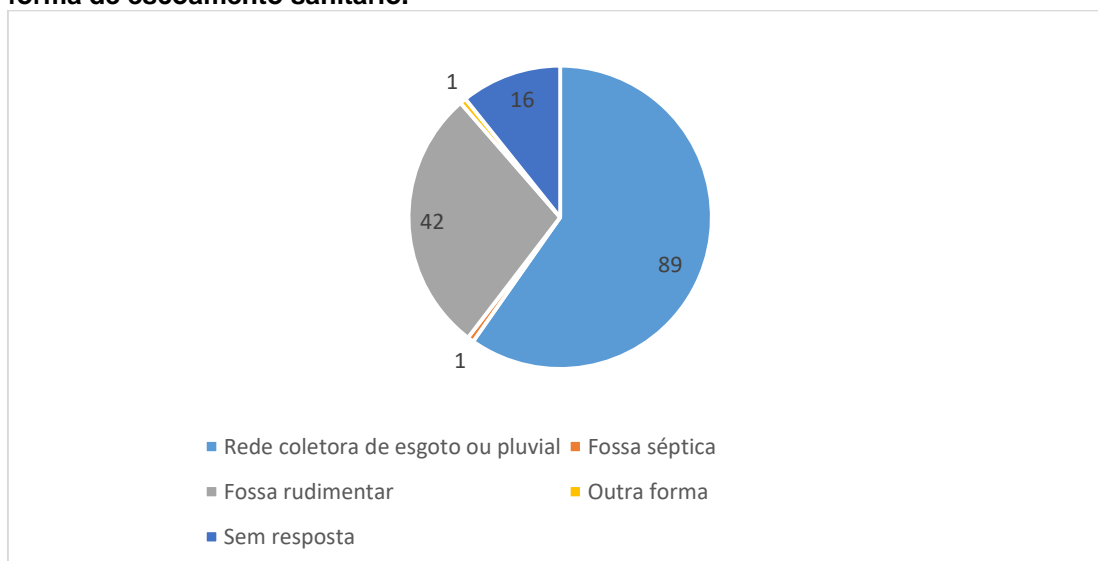
**GRÁFICO 11 – Pessoas com deficiência, residentes em São Félix, cadastradas no CadÚnico por existência de banheiro no domicílio.**



Fonte: BRASIL, 2017c.

Como podemos ver no Gráfico 12, 44 pessoas com deficiência não têm rede coletora de esgoto em suas casas; 42 dessas pessoas usam fossa rudimentar. Boas condições de higiene são fundamentais para a preservação da saúde.

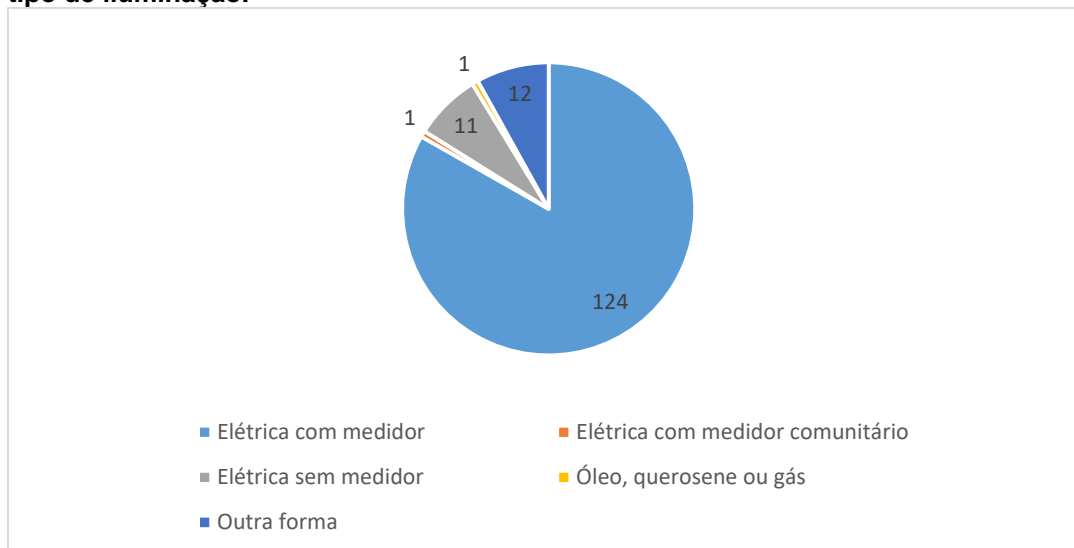
**GRÁFICO 12 – Pessoas com deficiência, residentes em São Félix, cadastradas no CadÚnico por forma de escoamento sanitário.**



Fonte: BRASIL, 2017c.

14 pessoas com deficiência vivem sem energia elétrica em casa (Gráfico 13).

**GRÁFICO 13 – Pessoas com deficiência, residentes em São Félix, cadastradas no CadÚnico por tipo de iluminação.**



Fonte: BRASIL, 2017c.

A CDPD, em seu art. 28 (2011), assegura às pessoas com deficiência e familiares um padrão de vida adequado, englobando o direito à moradia digna, que também é garantido na LBI, no cap. V, art. 31 (2016), além do acesso a abastecimento de água limpa e a serviços, dispositivos e atendimentos necessários para a manutenção desse padrão. Condições dignas de habitação proporcionam abrigo físico e psíquico, sem o qual os indivíduos estão sujeitos a maior risco de doença física e mental, e de mortalidade (ALVES; RODRIGUES, 2010).

A falta de acesso a saneamento básico e a serviços essenciais à garantia de bem-estar estão entre os fatores determinantes de condições precárias de saúde apontados por Medici (1994), nas camadas mais pobres da população. Baixos níveis de renda, escolaridade e saneamento básico, compreendem o que o autor denomina “acumulações negativas”, que, somadas ao não acesso a serviços promotores de qualidade de vida, constituem os fatores citados.

Medici demonstra a influência dos fatores supracitados, por meio do comportamento das taxas de mortalidade infantil. Segundo o autor, essas taxas são

mais altas em famílias que vivem em moradias com sistema de saneamento inapropriado, alcançando índices 52% mais altos que nas famílias residentes em moradias com sistema adequado (1994). Nas famílias cuja mãe possui maior grau de escolaridade as taxas de mortalidade infantil chegam a ser 70% menores que nas famílias em que as mães não completaram um ano de estudo (MEDICI, 1994). Nas famílias com renda inferior a um salário mínimo, a taxa citada é três vezes maior que nas famílias que recebem até cinco salários mínimos (MEDICI, 1994).

Essa relação entre as condições em que as pessoas vivem e trabalham e seu estado de saúde é traduzida pelos DSS (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Existem várias definições para os DSS, das quais pode-se citar a utilizada pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, que os caracteriza como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78).

Os DSS não atuam diretamente sobre as condições de saúde de grupos e indivíduos, trata-se de uma relação mediada – a interseção entre diversos fatores, de dimensões individuais e grupais, irá determinar as condições de saúde de uma população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

É importante ressaltar a diferença entre os DSS individuais e os de grupos e populações. Os primeiros servem para comparar as condições de saúde de indivíduos num grupo, distinguindo aqueles que apresentam maior risco (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), como é o caso das condições de moradia. Já os DSS de grupos e populações permitem a comparação entre níveis de saúde coletivos, de segmentos de uma sociedade, por exemplo, e estão relacionados, principalmente, com as diferenças na distribuição de renda (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Os estudos dos DSS são fundamentais para detectar as necessidades de saúde, assim como as necessidades econômicas e sociais que interferem nas condições de saúde, e, a partir deste conhecimento, desenvolver estratégias para a superação das iniquidades na saúde. Referentes a esses estudos, Buss e Pellegrini Filho (2007) apresentam algumas abordagens das mediações através das quais os

DSS incidem sobre a situação de saúde, nas quais é possível perceber a presença das desigualdades de renda como produtoras de iniquidades na saúde.

Por vivenciarem piores condições de saúde, as pessoas mais pobres têm mais chance de adquirirem algum tipo de deficiência. Elas correm maior risco de desenvolver problemas de saúde associados à deficiência, através de aspectos como: “baixo peso ao nascimento, desnutrição, falta de água potável ou saneamento adequado, condições inseguras de trabalho e de vida, e lesões” (OMS, 2012, p. 11-12). A falta de acesso a serviços de saúde e reabilitação, por exemplo, é um dos fatores que podem aumentar a possibilidade de que uma pessoa pobre, que tenha algum problema de saúde, adquira uma deficiência (OMS, 2012).

### **3.4.2 Serviços de saúde e reabilitação**

A reabilitação é essencial para que pessoas com deficiência alcancem participação plena na vida social. Através dela é possível desenvolver ou reaver funcionalidades, diminuindo a dependência e aumentando a autonomia dos indivíduos.

Não existe um conceito unificado de reabilitação, os vários conceitos existentes se referem às diferentes respostas à deficiência (OMS, 2012), que podem estar relacionadas à melhoria funcional ou abranger necessidades voltadas à promoção da inclusão, variando de acordo com a concepção de deficiência adotada (PEREIRA, 2009). Quando programada sob a perspectiva do modelo social de deficiência, há uma tendência ao afastamento da reabilitação das medidas de correção (PEREIRA, 2009), voltando-se para a promoção da inclusão e da autonomia dos indivíduos, incluindo intervenções no ambiente em que as pessoas vivem.

Durante muito tempo os resultados da reabilitação tiveram como foco o grau de deficiência do indivíduo, as intervenções eram voltadas para a “normalização” do organismo, e seus resultados eram medidos através de mudanças na funcionalidade. Atualmente, a dimensão dos resultados abrange “progressos na atividade e na

participação da pessoa”, pela avaliação do seu desempenho em diferentes campos, como educação e autocuidados (OMS, 2012, p. 101).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (PNSPPD) tem como objetivo promover a reabilitação das pessoas com deficiência, contribuindo para a sua total inclusão em todas as áreas da vida social, a proteção da sua saúde e a prevenção de danos que possam resultar no surgimento de deficiências, tendo por base a promoção da saúde (BRASIL, 2002). Para isso, fornece as seguintes diretrizes, que irão orientar ou readequar os planos, programas, projetos e ações direcionados à sua instrumentalização:

1. Promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência: engloba a mobilização da sociedade no sentido de garantir igualdade de oportunidades às pessoas com deficiência, gerando circunstâncias promotoras de qualidade de vida, sobretudo: a garantia de acessibilidade em ambientes públicos; a promoção de total acesso a informações sobre seus direitos e suas possibilidades de desenvolvimento de potencialidades em todas as áreas da vida; a eliminação de barreiras atitudinais, por meio de campanhas de comunicação e processos educativos; representação nos conselhos de Saúde; e garantia de fornecimento de tecnologia assistiva, para o desenvolvimento de sua independência (BRASIL, 2002);
2. Assistência integral à saúde da pessoa portadora de deficiência: reconhecimento que as pessoas com deficiência têm necessidades de saúde que vão além daquelas específicas de sua condição, por isso, o atendimento a essa população não pode restringir-se aos serviços de reabilitação, devendo ser assegurado em todos os níveis de complexidade do sistema e todas as especialidades médicas, incluindo assistência à saúde sexual e reprodutiva, bucal e odontológica (BRASIL, 2002);
3. Prevenção de deficiências: reconhecendo que 70% dos casos de deficiência podem ser evitados ou atenuados, serão adotadas medidas de prevenção, sendo necessário, para isso: conhecer a prevalência de doenças e deficiências, e considerar os diferentes contextos regionais, no que diz respeito a aspectos que determinam a ocorrência de doenças que podem levar à deficiência, como

emprego e renda. As estratégias de prevenção devem abranger: ações informativas e educativas sobre pré-natal, detecção precoce de deficiências e hábitos saudáveis; exames para detecção de doenças genéticas; serviços de genética clínica; implementação da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2002);

4. Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação: prevê a criação de procedimentos próprios para a geração de informações sobre deficiências e incapacidades na esfera do SUS, através de constante monitoramento da ocorrência, prevalência, e tendências, para subsidiar a adoção de estratégias de prevenção, a organização dos serviços, dos programas de capacitação de recursos humanos etc. (BRASIL, 2002).
5. Organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência: As ações de atenção à saúde das pessoas com deficiência devem ocorrer de forma descentralizada e participativa, tendo conexão com outras políticas. Ações e serviços devem se organizar em pelo menos três níveis de complexidade: atenção básica; atenção ambulatorial especializada; e atenção ambulatorial e hospitalar especializadas (BRASIL, 2002).
6. Capacitação de recursos humanos: visa a formação de equipes interdisciplinares, que em constante processo de qualificação e especialização. Os agentes comunitários e profissionais das equipes de saúde da família serão treinados para desenvolver ações de “prevenção, detecção precoce, intervenção específica e encaminhamento adequado das pessoas portadoras de deficiência” (BRASIL, 2002, s.p.). O atendente pessoal também será capacitado, com o intuito de promover a valorização, a autonomia e a individualidade da pessoa com deficiência (BRASIL, 2002).

Com o intuito de ampliar o acesso das pessoas com deficiência aos serviços do SUS e promover a melhoria da qualidade do atendimento a essa população, a portaria MS/GM nº 793, de 25 de abril de 2012, institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, fornecendo orientações para a sua organização (BRASIL, 2012). A Rede, assim como a PNSPPD, constitui um avanço no caminho para a efetivação da atenção integral à saúde das pessoas com deficiência.

Entretanto, apesar dos avanços legais, ainda perduram lacunas na assistência à saúde dessa população, como a falta de serviços de reabilitação, que pôde ser verificada em São Félix. O Quadro 2 mostra todos os estabelecimentos de saúde do município, e, como se pode observar, não consta nenhum serviço de reabilitação.

**QUADRO 2 – Estabelecimentos de saúde do município de São Félix**

Nome fantasia	Natureza jurídica	Gestão	Atende SUS
Núcleo de Apoio à Saúde da Família de São Félix	Administração pública	Municipal	Sim
Unidade de Saúde da Família José Augusto Almeida Alves	Administração pública	Municipal	Sim
SAMU 192 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	Administração pública	Municipal	Sim
Academia do Centro Integrado de Promoção à Saúde	Administração pública	Municipal	Sim
Secretaria Municipal de Saúde de São Félix	Administração pública	Municipal	Sim
Central de Regulação Municipal de São Félix	Administração pública	Municipal	Sim
Unidade de Saúde da Família Belmiro da Silva	Administração pública	Municipal	Sim
Centro Especializado Odontológico Tipo II CEO	Administração pública	Municipal	Sim
Hospital Nossa Senhora da Pompeia	Entidades sem fins lucrativos	Dupla	Sim
Unidade de Saúde da Família Fernando de Almeida Alves	Administração pública	Municipal	Sim
Unidade de Saúde da Família Dr. José Ranulfo dos Reis	Administração pública	Municipal	Sim
Unidade de Saúde da Família Dona Vivi	Administração pública	Municipal	Sim
Unidade de Saúde da Família Curva do S José Alves dos Santos	Administração pública	Municipal	Sim
Farmácia Básica Municipal de São Félix Bahia	Pessoas físicas	Municipal	Não
Centro de Atenção Psicossocial de São Félix	Administração pública	Municipal	Sim
CAF de São Félix	Administração pública	Municipal	Sim

Fonte: Brasil, 2017c.

Ao pesquisar as equipes profissionais desses estabelecimentos<sup>19</sup>, constatou-se, no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a presença dos seguintes profissionais do campo da reabilitação: educador físico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo. A presença desses profissionais no NASF significa que é possível que haja alguma abordagem com pessoas com deficiência na Atenção

<sup>19</sup> Não foi possível ter acesso a informações sobre as equipes profissionais do Hospital Nossa Senhora da Pompeia e de José Alves dos Santos, pois as mesmas não constam nos registros do DataSUS.



Básica, mas não se pode afirmar que existem atendimentos especializados voltados para esse segmento.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, prevê atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências, que deve ser ofertada em espaços especializados exclusivamente em um serviço de reabilitação ou em Centros Especializados em Reabilitação (BRASIL, 2012). A equipe do NASF fornece apoio especializado às equipes de Saúde da Família, sendo acionadas de acordo com as especificidades de cada atendimento a ser realizado (BRASIL, 2010). Ele não funciona como uma clínica ou um centro de reabilitação. Sendo assim, pode-se afirmar que não existe em São Félix atendimento especializado em reabilitação, como previsto pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

No Brasil, a reabilitação é assegurada desde a promulgação da CF, na qual figura, no inciso IV do art. 203, como um dos objetivos da Assistência Social (BRASIL, 2015a). Já a LBI determina que a reabilitação seja garantida pelos serviços de saúde pública, para que as pessoas com deficiência disponham de boas condições de saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2016).

A CDPD vai além dos documentos citados acima, indicando, no art. 26, as áreas nas quais os Estados Partes devem oferecer programas completos de reabilitação – na saúde, emprego, educação e serviços sociais –, que devem iniciar o mais cedo possível, sendo ofertados o mais próximo do local de moradia das pessoas com deficiência, em áreas urbanas assim como nas rurais (BRASIL, 2011).

Tendo em vista que apenas 2% das pessoas com deficiência acessam serviços de reabilitação, a PNSPPD assegura a ampliação desta cobertura, devendo ser ofertada nos três níveis de complexidade do sistema de saúde, por meio de programas com foco no trabalho com o indivíduo, a família e a comunidade (BRASIL, 2002).

A PNSPPD determina ainda que o princípio da integralidade na reabilitação deve ser garantido pela adoção de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar nas ações realizadas. O programa de reabilitação deve se basear no diagnóstico global, que abrangerá: a avaliação da dimensão física da deficiência, incluindo o diagnóstico da deficiência, o grau de extensão da lesão, a medição da incapacidade e do distúrbio físico-funcional; e a avaliação do contexto familiar, que “envolverá

também as condições emocionais e a situação socioeconômica, cultural e educacional do indivíduo, bem como as suas expectativas frente ao processo de reabilitação, educação e profissionalização” (BRASIL, 2002, s. p.).

A oferta de órteses e próteses, assim como a assistência domiciliar em reabilitação, integram o processo de reabilitação, sendo a assistência domiciliar fundamental no processo, abrangendo ações que vão de serviços de apoio às atividades do dia-a-dia até atendimento médico especializado, em caso de internamento domiciliar.

Os serviços de reabilitação são distribuídos da seguinte forma nos níveis de complexidade do sistema: no nível de atenção básica, serão promovidos programas de reabilitação comunitária, nos quais as ações serão desenvolvidas por familiares ou agentes comunitários capacitados e supervisionados; no nível de atenção secundária, o atendimento é feito por profissional especializado, dispendo de tecnologia adequada, atuando em equipe multiprofissional e interdisciplinar, além da concessão de tecnologias assistivas, como órteses e próteses; no nível terciário, as intervenções são voltadas para os casos mais complexos, que necessitem de medidas frequentes e intensas, tecnologia de alta complexidade e profissionais especializados (BRASIL, 2002).

Quanto mais cedo se iniciam as medidas de reabilitação, maiores serão os seus impactos na melhoria das condições de saúde relacionadas à deficiência (OMS, 2012). Quando as intervenções se iniciam durante a hospitalização e se estende, de forma contínua, até a reabilitação na comunidade, possibilitam melhores condições de saúde, atenuação da deficiência e redução dos intervalos de internamento (OMS, 2012).

Como informa a OMS, “necessidades de reabilitação não satisfeitas podem retardar a reabilitação, limitar atividades, restringir a participação, causar deterioração da saúde, aumentar a dependência pela assistência de outrem, e piorar a qualidade de vida”, podendo acarretar consequências sociais e financeiras para as pessoas com deficiência, familiares e comunidade (2012, p. 106).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que as pessoas com deficiência residentes em São Félix se encontram entre as mais pobres, confirmando a existência de uma relação entre deficiência e pobreza no município.

Essa relação se manifesta em São Félix através da ausência: ausência na saúde, percebida na falta de serviço de reabilitação especializado para essa população, e na falta de condições apropriadas de moradia; ausência revelada na negação de uma educação inclusiva, na negação de acesso ao trabalho e a uma renda digna; ausência de serviços sócio assistenciais.

Com relação à educação é nítido o menor acesso das pessoas com deficiência e a falta de ações inclusivas, que pode ser percebida no baixo desenvolvimento escolar, que impede o avanço das pessoas com deficiência para níveis mais altos de ensino.

No que diz respeito a trabalho e renda, as pessoas com deficiência residentes em São Félix tem menor taxa de empregabilidade e recebem menores salários que as demais pessoas, além de grande parte delas trabalhar sem remuneração. O instrumento existente para reverter a falta de acesso à renda por meio do trabalho, o BPC, não cumpre com sua função, já que cobre apenas 19,7% dessa população.

A condição de pobreza expressa a falta de participação das pessoas com deficiência na sociedade. A pobreza se reflete na não participação no mercado de trabalho, nas instituições de ensino, nas instâncias de decisão política, no lazer etc.

Percebe-se que houve avanços em termos legais, que transferiu a questão da deficiência do âmbito da caridade para o âmbito dos direitos, mas tais direitos têm ficado restritos ao papel, não se concretizam.

Num município em que a maioria da população é pobre, pode-se afirmar que as pessoas com deficiência se encontram entre as mais pobres, não só por terem renda inferior, mas pela falta de acesso a direitos básicos.

Esse estudo não tentou provar a causalidade entre deficiência e pobreza ou o contrário, e sim lançar um primeiro olhar sobre o tema através dos dados quantitativos, que dizem muito sobre essa relação, mas não dizem tudo, e, por isso suscitaram inquietações.

Sendo a pobreza, como afirma Martins (1991 *apud* SILVA *et al.*, 2016), entre outras coisas, carência de esperança, me inquieta saber se essa também é uma ausência na vida dessas pessoas.

E os seus desejos, será que são calados por esse contexto de ausências? É comum que isso aconteça, que pessoas que vivem em situação de pobreza tenham seus desejos e suas esperanças limitados pelas suas condições de vida. É o que se denomina de “preferências adaptativas”: a atenção voltada para a satisfação das necessidades mais básicas tolhe a capacidade de sonhar (PINZANI; REGO, 201-).

Os desejos refletem acordos com a realidade, e a realidade é mais dura para alguns do que para outros. O miserável descrente que não deseja mais do que sobreviver, o trabalhador sem-terra que canaliza suas energias para assegurar a próxima refeição, a empregada doméstica que trabalha incessantemente e busca algumas horas de descanso, a dona de casa subjugada que luta para garantir um mínimo de individualidade – todos podem ter aprendido a alinhar seus desejos à sua sina. Suas carências são emudecidas e silenciadas na métrica interpessoal da satisfação dos desejos (SEN, 1985 *apud* PINZANI; REGO, 201-, n. p.).

Num contexto de tantas privações é possível que o desenvolvimento da autonomia dessas pessoas seja esquecido. É possível que suas vontades não sejam ouvidas ou respeitadas.

Nesse estudo os dados quantitativos falaram pelas pessoas com deficiência, no próximo elas falarão. Afinal, nada sobre elas, sem elas<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Em referência à frase do movimento das pessoas com deficiência: “nada sobre nós, sem nós”.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Ana Alexandra Marinho; RODRIGUES, Nuno Filipe Reis. Determinantes sociais e económicos da saúde mental. **Rev. Port. Saúde Pública**. [S. l.]: Elsevier Espanha, n. 28, p. 127-131, 2010. Disponível em: [www.elsevier.pt/rpsp](http://www.elsevier.pt/rpsp). Acesso em: 23 set. 2016.

ALVINO-BORBA, Andreilcy; MATA-LIMA, Herlander. Exclusão e inclusão social nas sociedades modernas: um olhar sobre a situação em Portugal e na União Europeia. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo: n. 106, p. 219-240, jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282011000200003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000200003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 ago. 2017.

ARANHA, Maria Salete Fábio. **Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência**. [S.l.]: 2001. Disponível em: <<http://www.adiron.com.br/arquivos/paradigmas.pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2017.

ARAÚJO, Edgilson Tavares; CRUZ, Deusina Lopes. Concepções sobre Pessoas com Deficiência e suas Famílias. In: \_\_\_\_\_. **Centro-Dia de Referência: orientações técnicas sobre o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com deficiência e suas famílias ofertado em Centro-dia de Referência**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2013.

ARQUIVO PÚBLICO MUNICIPAL DE SÃO FÉLIX. São Félix: 2010. Disponível em: <<http://arquivomunicipaldesaofelix.blogspot.com.br/search?q=enchentes>>. Acesso em: 29 set. 2017.

BAGOLIN et al. Pertinências, limites e desafios da adoção de linhas de pobreza absoluta ou relativa no Brasil e seus estados. **Rev. Espacios**. [S. l.]: v. 37, n. 9, p. 19, 2016. Disponível em: <http://www.revistaespacios.com/a16v37n09/16370919.html>. Acesso em: 29 ago. 2017.

BARNES, Colin; SHELDON, Alison. Disability , politics and poverty in a majority world context. **Disability e Society**. Reino Unido: Taylor & Francis, v. 25, n. 7, p. 771-782, dez. 2010.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca básica de serviço social, v.2).

BRANDÃO, André Augusto. Conceitos e coisas: Robert Castel, a “Desfiliação” e a Pobreza Urbana o Brasil. **Rev. Emancipação**. Ponta Grossa: UEPG, v. 2, n. 1, p. 141-157, 2002. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/34>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

BRASIL. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. [S. l.]: CNES, 2017c. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm)>.

Acesso em: 1 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Relatório de Programas e Ações do MDS**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, 2017a. Disponível em: < <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/suasag/>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Tabulador de Informações do CadÚnico**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, 2017c. Disponível em: < [https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/cecad/tabulador\\_tabcad\\_brasil.php?p\\_forma=2&p\\_frequencia=1](https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/cecad/tabulador_tabcad_brasil.php?p_forma=2&p_frequencia=1)>. Acesso em: 20 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **A extrema pobreza no seu município**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, [201-]. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/suasag/>. Acesso em: 18 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Cartilha BPC: Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social**. Brasília: MDS, [20--].

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **O que é e para que serve**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2015b. Disponível em: < <http://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico/o-que-e-e-para-que-serve>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo Escolar**. [S.l]: INEP, 2017b. Disponível em: < <http://inepdata.inep.gov.br/analytics/saw.dll?Dashboard>>. Acesso em: 4 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. **Acompanhamento da Frequência Escolar de Crianças e Jovens em Vulnerabilidade: Condicionalidades do Programa Bolsa Família**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Coordenadoria Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE. **Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens**. Niterói: CORDE, 2004. Disponível em:

[http://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/41/docs/relatorio\\_sobre\\_a\\_prevalencia\\_de\\_deficiencias - sicorde.pdf](http://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/41/docs/relatorio_sobre_a_prevalencia_de_deficiencias_-_sicorde.pdf). Acesso em: 12 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Decreto nº 1060, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html)>. Acesso em: 22 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>. Acesso em: 22 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf)>. Acesso em: 28 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério dos Transportes, Portos e Aviação Civil. **Passé Livre**. Brasília: Ministério dos Transportes, Portos e Aviação Civil, 2014. Disponível em: <<http://www.transportes.gov.br/direto-ao-cidadao/passe-livre.html>>. Acesso em: 30 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 1991. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm). Acesso em: 1 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: decreto legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008: decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Constituição Federativa da República do Brasil e da Constituição do Estado da Bahia**. Brasília: Coordenação de Edições Técnicas, 2015a.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Estatuto da Pessoa com Deficiência**. 2 ed. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 65 p.

BUSS, Paulo Marchiori. Globalização, pobreza e saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro: v. 12, n. 6, p. 1575-1589, dezembro de 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000600019&lng=pt\\_BR&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600019&lng=pt_BR&nrm=iso)>. Acesso em: 1 set. de 2017.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**. Rio de Janeiro: v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em: <[http://www.uff.br/coletiva1/DETERMINANTES\\_SOCIAIS\\_E\\_SAUDE.pdf](http://www.uff.br/coletiva1/DETERMINANTES_SOCIAIS_E_SAUDE.pdf)>. Acesso em: 1 set. 2017.

CARDOSO, Luís Antônio. A categoria trabalho no capitalismo contemporâneo. **Tempo Social**. São Paulo: USP, v. 23, n. 2, p. 265-295, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v23n2/v23n2a11.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2017.

CASTEL, Robert. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade a “desfiliação”. **Caderno CRH**. Salvador: UFBA, v. 10, n. 26, p. 19-41, 1997. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/crh/article/view/18664>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

CASTEL, Robert. As armadilhas da exclusão. In: CASTEL, Robert; WANDERLEY, Luiz Eduardo W.; BELFIORE-WANDERLEY, Mariangela. **Desigualdade e a questão social**. 3 ed. São Paulo: EDUC, 2011.

COSTA, Nilson do Rosário *et al.* Proteção social e pessoa com deficiência no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro: v. 21, n. 10, p. 3037-3047, out. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001003037&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003037&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 jul. 2017.

CRESPO, A.M.M. **Da invisibilidade à construção da própria cidadania**: os obstáculos, as estratégias e as conquistas do movimento social das pessoas com deficiência no Brasil, através das histórias de vida de seus líderes. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2010. 250p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-28052010-134630/pt-br.php>. Acesso em: 20 out. 2016.

DHANDA, Amita. Construindo um novo léxico dos direitos humanos: Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências. **Sur, Rev. int. direitos human**. São Paulo: v. 5, n. 8, p. 42-59, jun. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-64452008000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 jan. 2017.

DINIZ *et al.* Deficiência, direitos humanos e justiça. In: DINIZ, Debora; SANTOS, Wederson (Orgs.). **Deficiência e discriminação**. Brasília: Letras Livres: EdUnB, 2010. p. 97-115.

FREITAS *et al.* O método de pesquisa survey. **Rev. De Administração**. São Paulo: v.35, n.3, p. 105-112, jul./set. 2000.

GRISOTTI, Márcia; GELINSKI, Carmem Rosario Ortiz G. Visões parciais da pobreza e políticas sociais recentes no Brasil. **Rev. Katálysis**. Florianópolis: v. 13, n. 2, p. 210-219, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802010000200008&lng=pt\\_BR&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802010000200008&lng=pt_BR&nrm=iso)>. Acesso em: 3 jun. 2017.



IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/inicial>. Acesso em: 18 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. **Conceitos e definições**. Rio de Janeiro: IBGE, [201-b]. Disponível em: [https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad\\_continua/primeiros\\_resultados/analise01.shtm](https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/primeiros_resultados/analise01.shtm)>. Acesso em: 25 set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Índice de Desenvolvimento Humano 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/ba/sao-felix/pesquisa/37/30255?detalhes=true>. Acesso em: 18 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. **Mapa de pobreza e desigualdade 2003**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/ba/sao-felix/pesquisa/36/30246?detalhes=true>>. Acesso em: 18 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. **Metadados**. Rio de Janeiro: IBGE, [201-a]. Disponível em: < <https://metadados.ibge.gov.br/consulta/default.aspx>>. Acesso em: 25 set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Perfil dos Municípios Brasileiros – Suplemento Assistência Social 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: < [http://www.ibge.gov.br/munic\\_social\\_2013/sel\\_tema.php?munic=292900&uf=29&nome=S%C3%83O%20F%C3%89LIX](http://www.ibge.gov.br/munic_social_2013/sel_tema.php?munic=292900&uf=29&nome=S%C3%83O%20F%C3%89LIX)>. Acesso em: 27 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/educacao/taxa-de-analfabetismo-das-pessoas-de-10-anos-ou-mais.html>. Acesso em: 30 set. 2017.

JANCZURA, Rosane. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos e Contextos**. Porto Alegre: PUCRS, v.11, n. 2, p. 301-308, ago./dez. 2012. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12173>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

LOBO, Lilia Ferreira. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008. 451 p.

MARANDOLA JR, Eduardo; HOGAN, Daniel Joseph. As dimensões da vulnerabilidade. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo: SEADE, v. 20, n. 1, p. 33-43, jan./mar. 2006. Disponível em: < [http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v20n01/v20n01\\_03.pdf](http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v20n01/v20n01_03.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2017.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MEDICI, André Cezar. Considerações sobre a relação entre pobreza e saúde. **Rev. parana. desenvolv.** Curitiba: n. 83, p. 99-113, set./dez. 1994. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/ojs/index.php/revistaparanaense/article/view/380/330>>. Acesso em: 27 ago. 2017.

MENDES, Denise Cristina Vitale Ramos; SPOSATO, Karyna Batista. O Brasil e os 60 anos da Declaração de 1948: avanços e desafios na proteção dos direitos humanos e da cidadania. In: LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; PINTO, Isabela Cardoso de Matos; PEREIRA, Silvia de Oliveira (Org.). **Políticas públicas e pessoa com deficiência: direitos humanos, família e saúde**. Salvador: EDUFBA, 2011.

MINAYO, Maria Cecilia de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 9, n. 3, p. 237-248, set. 1993. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 30 set. 2017.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca básica de serviço social, v. 1)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. New York: 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>. Acesso em: 19 set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Relatório Mundial sobre Deficiência**. World report on disability 2011. São Paulo: SDPcD, 2012. 334p.

PACHECO, Joselito da Silva; PEREIRA, Potyara Amazoneida P. Banalização da pobreza no neoliberalismo – “dano colateral” ou dano efetivo? **Sociedade em debate**. Pelotas: UCPEL, v. 23, n. 1, p. 26-45, 2017. Disponível em: <<http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/1534>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

PASTORINI, Alejandra. **A categoria “questão social” em debate**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. (Questões da nossa época, v. 109).

PEDRÃO, Fernando Cardoso. Novos rumos novos personagens. In: BRANDÃO, Maria de Azevedo (Org.). **Recôncavo da Bahia: sociedade e economia em transição**. Salvador: Fundação Casa de Jorge Amado; Academia de Letras da Bahia; UFBA, 1998. p. 219-239.

PEREIRA, Potyara A. P.; PEREIRA, Camila Potyara. Desigualdades persistentes e violações sociais ampliadas. **SER Social**. Brasília: UnB, v. 16, n. 34, p. 13-29, jan./jun. 2014. Disponível em: <[http://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/11706](http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/11706)>. Acesso em: 1 ago. 2017.

PEREIRA, Silvia de Oliveira. **Para não ser o etecetera: Conselho dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Democracia e Saúde**. 2014. 123f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, 2014.

PEREIRA, Sílvia de Oliveira. **Reabilitação de pessoas com deficiência física no SUS**: elementos para um debate sobre integralidade. 2009. 113f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, 2009.

PINZANI, Alessandro; REGO, Walquiria Leão. Pobreza e cidadania. In: Brasil. Ministério da Educação. **Curso de Especialização Educação, Pobreza e Desigualdade Social**. [S. l.]: Ministério da Educação, [201-].

PRIEB, Sérgio Alfredo Massen. A tese do fim da centralidade do trabalho: mitos e realidades. **Economia e Desenvolvimento**. Santa Maria: UFSM, n. 12, p. 48-76, nov. 2000. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/eed/article/view/3391>>. Acesso em: 26 ago. 2017.

REIS, Elisa Pereira; SCHWARTZMAN, Simon. **Pobreza e Exclusão Social**: Aspectos Sócio Políticos. Washington, DC: Banco Mundial, [2003?]. Disponível em: <http://www.schwartzman.org.br/simon/pdf/exclusion.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2017.

SANTOS JR., Antônio Carlos Silva; LESSA, Ines. Prevalência de incapacidades em dois diferentes grupos sociais em Salvador, Brasil. In: **Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana**. Washington: v. 106, n. 4, p. 304-313, abr. 1989. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=367790&indexSearch=ID>. Acesso em: 10 dez. 2016.

SANTOS, Rubenilda Sodré dos. **Cultura política e participa o no Recôncavo Bahiano hoje**: uma análise sobre Cachoeira e São Félix. 2009. 165 f. Disserta o (Mestrado em Ciências Sociais). Programa de Pós-Gradua o em Ciências Sociais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade federal da Bahia, Salvador/BA, 2009. Disponível em: < <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/11359/1/Dissertacao%20Rubenilda%20Santosseg.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2017.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Educa o. In: RESENDE, Ana Paula; VITAL, Flávia Maria de Paiva (Coord.). **A Conven o sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**: versão comentada. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; Coordenadoria Nacional para Integra o da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008. p. 101-103.

SENNA et al. D. Prote o Social   Pessoa com Deficiência no Brasil Pós-Constituinte. **Revista SER Social**. Brasília: UNB, v. 15, n. 32, p. 11-33, jan.-jun. 2013. Disponível em: [http://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/issue/view/819/showToc](http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/issue/view/819/showToc). Acesso em: 30 set. 2016.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. O debate sobre a pobreza: questões teórico conceituais. **Revista de Políticas Públicas**. São Luís: EDUFMA, v. 6, n. 2, n.p. ,2002. Disponível em: < <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3720>>. Acesso em: 1 ago. 2017.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. **Rev. Katálysis**. Florianópolis: v. 13, n. 2, p. 155-163, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141449802010000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141449802010000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 jan. 2017.

SILVA *et al.* Pobreza como categoria teórica e análise das matrizes que fundamentam o desenho e implementação dos PTRC. In: SILVA, Maria Ozanira da Silva e (Coord.). **O mito e a realidade no enfrentamento à pobreza na América Latina**: estudo comparado de programas de transferência de renda no Brasil, Argentina e Uruguai. São Paulo: Cortez, 2016. p. 91-117.

SOUZA, F. R., PIMENTEL, A. M. Pessoas Com Deficiência: Entre Necessidades e Atenção à Saúde. **Cadernos de Terapia Ocupacional**. São Carlos: UFSCAR, v. 20, n. 2, p. 229-237, 2012.

VISSER, Wayne; University of Cambridge. **Os 50 + importantes livros em sustentabilidade**. São Paulo: Jatobás, 2012. Disponível em: <[http://www.institutojatobas.org.br/mkt/top50/capitulos/Top50\\_cap37\\_Stiglitz.pdf](http://www.institutojatobas.org.br/mkt/top50/capitulos/Top50_cap37_Stiglitz.pdf)>. Acesso em: 16 set. 2017.

ZALUAR, Alba. Exclusão e políticas públicas: dilemas teóricos e alternativas políticas. **Rev. Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo: v. 12, n. 35, n.p. Out. 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69091997000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091997000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 ago. 2017.