

Universidade Federal da Paraíba  
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes  
Núcleo de Cidadania e Direitos Humanos  
Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas

DANIELA FERREIRA DOS REIS

CORPOS (IN)CAPAZES: análise de conteúdo das regulamentações da política de inclusão da  
pessoa com deficiência no Brasil (2015-2021)

Linha de Pesquisa 1 – Direitos Humanos e Democracia: teoria, história e política

Orientador: Luciano Nascimento Silva

João Pessoa – PB  
Agosto – 2022

CORPOS (IN)CAPAZES: análise de conteúdo das regulamentações da política de inclusão da pessoa com deficiência no Brasil (2015-2021)

DANIELA FERREIRA DOS REIS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como requisito parcial para obtenção de título de Mestra em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Pública, Área de concentração em Políticas Públicas e Direitos Humanos.

Linha de Pesquisa 1 – Direitos Humanos e Democracia: teoria, história e política

Orientador: Luciano Nascimento Silva

João Pessoa – PB  
Agosto– 2022

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

R375c Reis, Daniela Ferreira dos.

Corpos (in)capazes : análise de conteúdo das regulamentações da política de inclusão da pessoa com deficiência no Brasil (2015-2021) / Daniela Ferreira dos Reis. - João Pessoa, 2022.

126 f. : il.

Orientação: Luciano Nascimento Silva.  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Pessoa com deficiência - Direitos. 2. Política pública. 3. Neoliberalismo. 4. Inclusão social. I. Silva, Luciano Nascimento. II. Título.

UFPB/BC

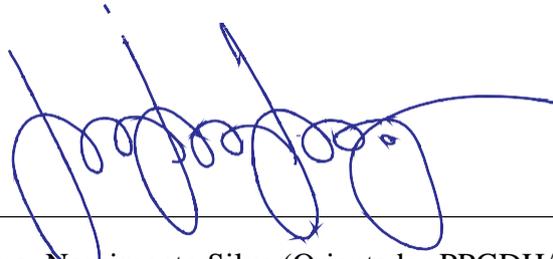
CDU 342.726-056.26(043)

**DANIELA FERREIRA DOS REIS**

CORPOS (IN)CAPAZES: análise de conteúdo das regulamentações da política de inclusão da pessoa com deficiência no Brasil (2015-2021)

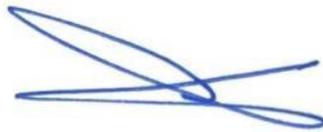
Aprovada em: 31 / 08 / 2022

**BANCA EXAMINADORA**



---

Prof. Dr. Luciano Nascimento Silva (Orientador PPGDH/UFPB)



---

Prof. Dr. Nelson Gomes de Sant'Ana e Silva Junior (Examinador interno PPGDH/UFPB)



---

Prof. Dr. Antonio Roberto Faustino da Costa (Examinador Externo PPGFP/UEPB)

Dedico este trabalho,  
Aos movimentos sociais, às  
famílias e pessoas com deficiência  
que compartilharam suas  
experiências e às suas redes de  
cuidado.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Nossa Senhora, por ter me permitido chegar à conclusão deste estudo, com bênçãos, conquistas e proteção.

Ao PPGDH/UFPB, que através dos professores, alunos e todo corpo da coordenação facilitaram ao máximo a convivência à distância no período da pandemia e mantiveram-se firmes no compromisso que assumiram com a luta pelos direitos humanos.

Ao meu orientador, Luciano Nascimento, pela acolhida, instrução, tranquilidade e liberdade produtiva ao longo desta produção, sempre aberto a auxiliar e ouvir as inquietações.

Agradeço à minha família, Claudia, Daniel e Guilherme, que estiveram comigo em cada etapa ouvindo atentamente cada texto e trazendo discussões ricas que estão esboçadas nesse estudo como parte da realidade que vivemos.

Ao meu namorado, Daniel Viana, que me deu todo apoio que dispunha para analisar, rever e ler diversas vezes essa redação e cuidar de mim nos períodos mais difíceis de dúvidas sobre a possibilidade de conclusão.

Aos meus amigos queridos, Vitor Hugo e Amanda Costa, que estiveram comigo no ingresso no programa e seguraram trancos e barrancos para que eu pudesse estar presente no programa, assim como nas minhas atividades profissionais.

Ao meu amigo e eterno orientador João Carlos, pelas construções riquíssimas que desde a graduação fizeram e fazem todo o sentido para o estudo e inquietações pessoais.

A SEDIHPOP, em sua construção humana, por ter me aberto portas e espaços de aprendizagem nos direitos humanos em pautas políticas distintas.

A cada uma das comunidades por onde passei, que abriram suas casas, seus campos e lavouras na expectativa de acessarem direitos e políticas públicas, ainda que infelizmente pouco tenham realmente alcançado na nossa dura realidade atual.

Enfim, a todos os movimentos sociais da luta de direitos humanos que, perto ou longe, participaram da construção desse estudo, através de conversas, participação em seminários, visitas e outros eventos, nos quais eu pude ouvir e aprender com as vivências humanas.

*“(...) Não é só a morte que iguala a gente. O crime, a doença e a loucura também acabam com as diferenças que a gente inventa. (...)”.*  
*(Diários íntimos, Lima Barreto)*

## RESUMO

Com a Lei Brasileira de Inclusão vemos no Brasil uma política pautada no reconhecimento da Deficiência e intervenção estatal para reduzir as barreiras sociais que impedem a independência. Ao mesmo tempo, ocorrem no país crises econômicas, sociais e políticas que conduzem à ampliação do discurso neoliberal de corte de gastos com políticas sociais. Questionamos como o neoliberalismo fomenta as estruturas de regulamentação dessa política de inclusão criada a partir da referida lei. Como objetivo geral, analisamos a materialização do discurso neoliberal no conteúdo das regulamentações pelo Poder Executivo nacional da política de inclusão da pessoa com deficiência no Brasil no período de 2015 a 2021. No primeiro capítulo, descrevemos a metodologia da análise de conteúdo temática utilizada na seção final. Para tanto, traçamos durante os capítulos segundo e terceiro o contexto das políticas públicas para as pessoas com deficiência no Brasil e a construção da categoria deficiência no processo histórico-social com ênfase para as formas de representação, tutela, definição (médico e social) e estudos feministas para, na última seção, realizar a análise de conteúdo das regulamentações nos sentidos atribuídos à Deficiência, Funcionalidade, Assistência e Inclusão. Pelos pressupostos teóricos da luta de classes em Marx, da biopolítica Foucaultiana e a “Empatia Radical” de Clara Valverde, na análise documental proposta chegamos à conclusão de que, apesar dos princípios do paradigma da Inclusão indicarem no sentido da ampliação do número de sujeitos e realidades corporais distintas entendidas como pessoas com deficiência, prevalece o ditame neoliberal de redução do contingente de beneficiários para reduzir o gasto público. Baseado na independência, a regulamentação e implementação da política acaba por consentir com a situação de vulnerabilidade, pobreza, indignidade e precarização laboral a que estão submetidas as pessoas com deficiência que são dependentes, que permanecem sem acesso a uma política de assistência ampla baseada no cuidado.

**Palavras-chave:** pessoa com deficiência; política pública; modelo social; neoliberalismo; inclusão.

## ABSTRACT

With the Brazilian Law of Inclusion we see in Brazil a policy based on the recognition of Disability and state intervention to reduce the social barriers that prevent independence. At the same time, economic, social, and political crises occur in the country that lead to the expansion of the neoliberal discourse of cutting spending on social policies. We question how neoliberalism fosters the regulatory structures of this inclusion policy created from the aforementioned law. As a general objective, we analyze the materialization of the neoliberal discourse in the content of the regulations by the national Executive Branch of the inclusion policy of the person with disabilities in Brazil in the period from 2015 to 2021. In the first chapter, we describe the methodology of thematic content analysis used in the final section. To this end, in the second and third chapters we outline the context of public policies for people with disabilities in Brazil and the construction of the category disability in the social-historical process with emphasis on the forms of representation, guardianship, definition (medical and social) and feminist studies. Through the theoretical assumptions of Marx's class struggle, Foucault's biopolitics and Clara Valverde's "Radical Empathy", in the proposed documentary analysis, we came to the conclusion that, despite the principles of the Inclusion paradigm indicating towards the enlargement of the number of subjects and distinct body realities understood as people with disabilities, the neoliberal dictum of reducing the contingent of beneficiaries to reduce public spending prevails. Based on independence, the regulation and implementation of the policy ends up consenting to the situation of vulnerability, poverty, indigence and labor precarization to which people with disabilities who are dependents are subjected, who remain without access to a broad assistance policy based on care.

**Keywords:** Person with disabilities. Public Policy. Social Model. Neoliberalism. Inclusion.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AACD - Associação de Assistência à Criança Defeituosa

ABBR - Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação

AC - Análise de Conteúdo

Act-AD - Lei dos Americanos com Deficiência (Americans with Disabilities)

ADIN - Ação Direta de Inconstitucionalidade

AIPD - Ano Internacional das Pessoas Deficientes

APAE - Associações e Pais e Amigos dos Excepcionais

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAPs - Centros de Atenção Psicossocial

CDH - Comissão de Direitos Humanos do Senado

CER - Centros Especializados em Reabilitação

CF – Constituição Federal

CID - Classificação Internacional de Doenças

CIDPD - Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

CIL - Center for Independent Living

CNJ - Conselho Nacional de Justiça

CONADE - Conselho Nacional de Pessoas com Deficiência

CORDE - Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência

CPC – Código de Processo Civil

CVI - Centros de Vida Independente

IBC - Instituto Benjamin Constant

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICIDH - International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

IFBr - Índice de Funcionalidade Brasileiro

IFBrM - índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado

ILM - Independent Living Movement

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

LBI - Lei Brasileira de Inclusão

LIBRAS - Língua Brasileira de Sinais

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

MEC - Ministério da Educação

MMFDH - Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não governamental

ONU - Organização das Nações Unidas

PCD – Pessoa com deficiência

PPGDH - Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas

PT - Partido dos Trabalhadores

Rede-In - Rede Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência

RGPS - Regime Geral de Previdência Social

SEDIHPOP - Secretaria de Estado de Direitos Humanos e Participação Popular

STF - Supremo Tribunal Federal

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básica de Saúde

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

UnB - Universidade de Brasília

UNDB - Centro Universitario

UPIAS - Union of the Physically Impaired Against Segregation

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

FIGURA 1 – LINHA DO TEMPO DA POLÍTICA DE INTEGRAÇÃO .....	21
FIGURA 2 – COEXISTÊNCIA DA INTEGRAÇÃO E INCLUSÃO.....	22
FIGURA 3 – POLÍTICA DE INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	22

## **ÍNDICE DE TABELAS**

TABELA 1 – LEVANTAMENTO DA INCIDÊNCIA DAS PALAVRAS - DEFICIÊNCIA	97
TABELA 2 – LEVANTAMENTO DA INCIDÊNCIA DAS PALAVRAS - FUNCIONALIDADE.....	97
TABELA 3 – LEVANTAMENTO DA INCIDÊNCIA DAS PALAVRAS - ASSISTÊNCIA	98
TABELA 4 – LEVANTAMENTO DA INCIDÊNCIA DAS PALAVRAS - INCLUSÃO.....	99

## **ÍNDICE DE QUADROS**

QUADRO 1 – LEVANTAMENTO DOCUMENTAL.....	23
QUADRO 2 – PRINCIPAIS INSTITUIÇÕES CRIADAS ATÉ 1961 .....	30
QUADRO 3 – SENTIDO DA DEFICIÊNCIA .....	100
QUADRO 4 – SENTIDO DA FUNCIONALIDADE.....	102
QUADRO 5 – SENTIDO DA ASSISTÊNCIA.....	105
QUADRO 6 – SENTIDO DA INCLUSÃO .....	107

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	12
2	CAMINHO METODOLÓGICO .....	16
2.1	Pressupostos teóricos .....	16
2.2	Objeto de Estudo.....	18
2.3	Procedimentos metodológicos .....	19
2.3.1	Da pré análise .....	20
2.3.2	Exploração do Material e Tratamento dos Resultados .....	24
3	A DEFICIÊNCIA NO CONTEXTO BRASILEIRO .....	25
3.1	Constituinte de 1988 e os Movimentos de Pessoas com Deficiência no Brasil ....	27
3.2	Políticas sociais para pessoas com deficiência no Brasil.....	33
3.3	Loucos de todos os gêneros e a Capacidade civil.....	36
3.4	Lei Brasileira de Inclusão: integração x inclusão .....	41
4	CONSTRUÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA .....	44
4.1	O corpo na filosofia clássica ocidental .....	45
4.2	Representações e a tutela da deficiência.....	50
4.2.1	O Pobre, o Leproso e o Monstro como objeto do assistencialismo religioso.....	50
4.2.2	A política de institucionalização do Criminoso e do Louco.....	55
4.3	A Saúde do Proletário e o Modelo médico individual.....	60
4.4	Modelo social da deficiência .....	66
4.5	Estudos feministas da deficiência: dependência e cuidado .....	75
5	INCLUSÃO NEOLIBERAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL	85
5.1	Neoliberalismo, Direitos Humanos e Políticas Públicas .....	85
5.2	Contextualização das alterações legislativas no Brasil.....	91
5.3	Análise de Conteúdo.....	95
5.3.1	Tratamento dos Resultados.....	96
5.3.2	Análise do contexto e construção subjetiva.....	100
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	111
	REFERÊNCIAS .....	116

## 1 INTRODUÇÃO

A Lei Brasileira de Inclusão (LBI) (Lei Federal nº 13.146/2015), que entrou em vigor em janeiro de 2016, é fruto da incorporação no ordenamento jurídico brasileiro da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CIDPD), baseada no reconhecimento da deficiência como opressão social e da necessidade de superação das barreiras sociais para o exercício da independência da pessoa com deficiência. Diferente dos conceitos pré-existentes que definiam a deficiência a partir da patologia e do tratamento médico, com a CIDPD o conceito de pessoa com deficiência é ampliado para levar em conta a esfera social e relacional dos sujeitos além de suas lesões e patologias.

No Brasil, a LBI utiliza desse conceito ampliado para modificar e criar diversas políticas públicas e direitos, como a criação de um Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial para identificação da deficiência e a revogação da presunção da incapacidade civil para pessoas com deficiência intelectual/mental até então presente no Código Civil.

Essas modificações são objeto de debate nos meios acadêmicos, sociais e políticos, jurídicos e médicos, pois a ampliação do conceito poderia “vulnerabilizar” pessoas com deficiência ao aumentar o número de possíveis beneficiários “sem efetivamente terem alguma deficiência” e tornar pessoas incapazes capazes para fins de gestão patrimonial – mesmos motivos pelos quais foram comemoradas por movimentos de pessoas com deficiências por finalmente revogar a presunção de incapacidade, garantindo o direito ao planejamento familiar, integridade física e liberdade sexual e ampliando o reconhecimento para acesso a políticas sociais, bem como permitindo uma análise caso a caso das condições dos sujeitos e suas necessidades de apoio.

Ao mesmo tempo que essa política se estrutura, o Brasil passa por mudanças econômicas e políticas que culminaram no impeachment da então presidente Dilma Rousseff em 2016 e consequente ascensão ao poder do então vice-presidente Michel Temer, que inicia uma série de políticas econômicas neoliberais baseadas na redução da promoção de políticas sociais. Essa crise sociopolítica é marcada pela ascensão de discursos neoliberais, fascistas e conservadores contra a promoção de direitos humanos, que tem o atual presidente Jair Bolsonaro como seu maior propagador.

A questão da promoção de direitos das pessoas com deficiência se torna um plano de fundo dessas instabilidades ideológicas. No mesmo contexto em que a primeira-dama Michelle Bolsonaro realiza o primeiro discurso na Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) na posse presidencial, o governo reduz espaços de participação coletiva dos movimentos sociais

com a reformulação do Conselho Nacional de Pessoas com Deficiência (CONADE) e modifica parâmetros da educação inclusiva para tratar de educação “especial” separada para crianças com deficiência.

Nesse contexto de ascensão neoliberal, buscamos adentrar na relação entre princípios norteadores previstos na legislação e sua regulamentação posterior através da questão central de entender **como o neoliberalismo fomenta as estruturas na regulamentação da política de inclusão da pessoa com deficiência a partir da lei 13.146/2015.**

Partimos da hipótese de que a ampliação do reconhecimento pautado na independência, fundamental para o sistema de produção capitalista, será potencializado pelas estruturas liberais para promover o ideal de independência dos sujeitos e reduzir as políticas voltadas para o cuidado das pessoas que são dependentes. Com o paradigma da independência, a dependência é inviabilizada/invisibilizada e passamos a ter uma inclusão baseada no funcionamento corporal.

Para verificar essa hipótese, partindo do objetivo geral de analisar a materialização do discurso neoliberal no conteúdo das regulamentações pelo Poder Executivo nacional da política de inclusão da pessoa com deficiência no Brasil no período de 2015 a 2021, estabelecemos a metodologia de análise de conteúdo através da análise documental da política tendo como fio condutor a construção teórica pertinente.

Nesse sentido, apresentamos a pesquisa “CORPOS (IN)CAPAZES: análise de conteúdo das regulamentações da política de inclusão da pessoa com deficiência no Brasil (2015-2021)” ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da Universidade Federal da Paraíba (PPGDH/UFPB), tendo como objeto de estudo a análise das formas de reprodução do discurso neoliberal na Política Pública de Inclusão da Pessoa com Deficiência no Brasil, estruturada a partir da Lei Federal nº 13.146/2015.

A pesquisa está vinculada à linha de Direitos Humanos e Democracia: Teoria, História e Política, razão pela qual se propõe a pensar os direitos humanos e democracia a partir da reflexão das pessoas com deficiências e suas demandas sociais e históricas.

Nesse caminho, no primeiro capítulo, descrevemos a metodologia da análise de conteúdo temática utilizada na seção final, com ênfase para o que consideramos como política de inclusão no contexto das regulamentações federais e identificamos os documentos pertinentes ao estudo.

No segundo capítulo descrevemos o contexto das políticas públicas para as pessoas com deficiência no Brasil, estabelecendo relações históricas e políticas para evidenciar o papel dos movimentos sociais na Assembleia Nacional Constituinte de 1987, resultando nos direitos

sociais assegurados na Constituição Federal de 1988 às pessoas com deficiência até o momento atual de incorporação da CIDPD e criação da LBI.

No terceiro capítulo, partindo do pressuposto da complexidade da deficiência, apresentamos a construção da categoria deficiência no processo histórico-social com ênfase para as formas de representação, tutela, definição (médico e social) e estudos feministas, destacando as contribuições para evidenciar o que hoje entendemos por deficiência.

A partir de todos os elementos construídos entre a realidade atual da política e sua regulamentação no Brasil e os pressupostos teóricos da construção da categoria, na última seção realizamos a análise do conteúdo para entender os sentidos atribuídos à Deficiência, Funcionalidade, Assistência e Inclusão, para fins de entendimento sobre em que aspectos o neoliberalismo se materializa nessa relação. Essa análise é fixada a partir da metodologia de análise de conteúdo temática de Laurence Bardin e tem como pressupostos teóricos a luta de classes em Marx, a biopolítica Foucaultiana e a “Empatia Radical” de Clara Valverde.

A motivação do estudo decorre desde a graduação em Direito com a atuação através de grupos de pesquisas e, posteriormente, como advogada, junto ao Coletivo de Mulheres com Deficiência do Maranhão e à Secretaria Adjunta de Direitos Humanos das Pessoas com Deficiência da Secretaria de Estado de Direitos Humanos e Participação Popular – SEDIHPOP/MA. Junta-se a isso o fato de, assim como outras famílias brasileiras, compartilhar da vivência familiar do cuidado com sujeitos dependentes – pela idade, saúde, condição social e cognitiva – e entender a complexidade dessas relações na sociedade em que todos os corpos precisam ser produtivos a qualquer custo.

Esse fato conduz a visão desta pesquisa, de alguém que não compartilha a experiência de ser uma pessoa com deficiência e não ocupa o espaço de fala de quem é o único familiar responsável pelo cuidado, mas que como jurista entende ser inerente à opção profissional exercer um papel de cidadania ativo e político em prol dos direitos de quem demandar. Sendo essa a mesma razão desta pesquisa aliar-se a posições políticas revolucionárias, em prol da mudança social com o fortalecimento dos movimentos sociais e superação das mazelas decorrentes do sistema de produção capitalista.

Assim, a relevância da pesquisa está na discussão de um modelo de independência neoliberal que possui potencial de impactar violentamente os corpos das pessoas com deficiência e, cientificamente, em agregar no estudo das políticas públicas os marcos sociológicos da deficiência a partir de teóricos com deficiências do modelo social da deficiência e estudos feministas sobre a deficiência.

Mencionamos que o presente estudo decorre de um amadurecimento teórico e político da análise desenvolvida pela autora no trabalho de conclusão do curso de Direito, sob o título de “Direito Aleijado: Análise do discurso da ‘Deficiência’ na Legislação Brasileira sob a ótica do *Feminist disability studies* e da Teoria *Crip-Queer*”, defendido em 2018 no Centro Universitário - UNDB, em São Luís do Maranhão, demonstrando a continuidade da pesquisa e a dedicação com as reflexões críticas desenvolvidas de forma interdisciplinar no Direito.

## 2 CAMINHO METODOLÓGICO

Um capítulo metodológico tem a finalidade de apresentar de forma evidente e encadeada os procedimentos aplicados à pesquisa para que o leitor possa compreender a construção redacional a partir de um olhar dos pressupostos. Nosso intuito é deixar evidente que ao longo do texto os recortes teóricos utilizados irão contribuir para a definição das categorias e demais elementos para a análise do conteúdo e, por fim, para alcançarmos os intuítos subjetivos a partir da problemática proposta.

Assim, apresentamos considerações sobre os marcos teóricos e procedimentos aplicados para compreensão da política de inclusão neoliberal de pessoas com deficiência. Partimos do pressuposto de reconhecimento da complexidade dos fatos e das relações para adotar o método adequado para a organização do conhecimento científico e de necessidade da mudança social e política.

Sob esse aspecto, a produção científica proposta tem como objetivo fomentar inquietações que possam fortalecer os fundamentos e ações dos movimentos sociais e assume uma vertente interdisciplinar possibilitando a cooperação teórica entre diferentes campos do conhecimento, com contribuições da ciência jurídica, da sociologia, antropologia e filosofia do direito (MINAYO, 2016).

### 2.1 Pressupostos teóricos

Como pressupostos teóricos que dão as bases da análise proposta, temos: o materialismo histórico-dialético de Karl Marx e a premissa da luta de classes como motor da história a partir dos modos de produção; a biopolítica de Michel Foucault, fruto do método genealógico de investigação dos sujeitos através das produções de sentidos e significados das práticas discursivas no Liberalismo econômico; e, por fim, a “Empatia Radical” de Clara Valverde Gafaell, autora do campo da biopolítica, bioética e ativista da comunicação terapêutica<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Clara Valverde Gafaell é uma ativista feminista, ligada ao movimento 15-M na Espanha, referente as manifestações em 2011 contra os ajustes que o governo fez em 2010 para conter a crise financeira europeia, para resgate de bancos e diminuição de recursos para políticas sociais. Como presidente da Liga de Síndrome de Fadiga Crônica/Encefalomielite Miálgica, que refere a condição médica caracterizada por fadiga profunda, alterações do sono, dor e outros sintomas que são agravados por esforço, analisa a estrutura social e as medidas de governo a partir do olhar da Necropolítica liberal e das ações necessárias para inclusão dos corpos afastados, a partir do que chama de empatia radial.

As construções teóricas de Karl Marx possibilitam conduzir as reflexões que decorrem da formulação e implementação de políticas públicas no contexto político econômico do Liberalismo, possibilitando observar o objeto de estudo através do movimento histórico, ressaltando o papel dos sujeitos sociais através da luta de classes entre a burguesia (que detém os meios de produção) e o proletariado (composto pelos sujeitos que vendem a sua força de trabalho) (MARX; ENGELS, 1998). O plano de fundo de qualquer análise social parte do reconhecimento desse processo de luta de classes, da exploração do proletariado e da crescente demanda pelo *laissez faire*<sup>2</sup> propagado pelo Liberalismo econômico.

Marx agrega ao estudo a premissa basilar de que o homem no sistema de produção capitalista só tem a sua força de trabalho para alienar ao burguês. Sendo assim, a relação que se estabelece através da mais-valia é de exploração do valor do trabalho pelos proprietários dos meios de produção. Além disso, podemos identificar as pessoas com deficiências, dentre aqueles que compõem o exército de reserva industrial, como superpopulação relativa estagnada — que possuem aptidões físicas para trabalhar, mas só acessam serviços precários e eventuais e/ou aqueles que “não tem sua força de trabalho” para vender, e, portanto, estarão excluídos de uma sociedade que tem como parâmetro a produtividade.

Não obstante isso, consideramos pertinentes as contribuições de Michel Foucault sobre a produção discursiva sobre os corpos como parte da docilização da força de trabalho. A Biopolítica demonstra o papel do campo do conhecimento médico na estipulação de comportamentos, padrões físicos e normativas procedimentais que fundamentaram o modelo médico individual — que reduziu a deficiência a uma condição patológica sem considerar os fatores sociais e a própria funcionalidade do corpo. O fenômeno da Loucura demonstra como o discurso das degenerações fundamentou intervenções legitimadas pela Medicina para institucionalização de sujeitos com comportamentos fora do padrão da elite burguesa. Ao mesmo tempo, o conceito de governamentalidade liberal elucidada sobre a criação de políticas públicas no contexto liberal de intervenção na saúde coletiva, fecundidade, mortalidade etc., como estratégia de manutenção do poder sobre o corpo.

O pressuposto foucaultiano da biopolítica permite que tenhamos em mente que a produção do saber sobre o corpo dos sujeitos pela ciência médica ou jurídica está inserido na instrumentalização dos mecanismos de otimização da produtividade capitalista. O discurso da capacidade produtiva, meritocracia, independência e liberdade, enquanto valores do sistema de produção capitalista, estão intrinsecamente manifestados nas construções legislativas das

---

<sup>2</sup> *Laissez faire*, termo em francês que significa a ideia do “deixa estar”, é uma expressão usada para se referir ao liberalismo e a defesa do livre mercado pela sua autorregulação, sem interferências das ações do governo.

políticas propostas, classificando e distinguindo, convenientemente, entre as pessoas com condições para exercer o trabalho e as que devem acessar a assistência.

Por fim, a discussão apresentada por Clara Valverde Gefaell (2015) sobre a necessidade de uma empatia radical como parte da luta social permite que a análise se proponha a agregar caminhos alternativos para as problemáticas identificadas nas políticas públicas. O objetivo da autora, partindo de um recorte sobre a chamada “necropolítica liberal”, é evidenciar o processo que o liberalismo/neoliberalismo impõe aos corpos para que sejam produtivos e rentáveis ao sistema econômico. Há pessoas na sociedade que estão condicionadas a processos violentos de marginalização, sujeição a miséria, ausência de alimentos, moradia e saúde que levam à morte (física, política e social), não estando visíveis na agenda política.

Provocando a pensar sobre o papel dos sujeitos que estão em condições de miserabilidade, vulnerabilidade e dependência, a autora promove a defesa do que chama de “empatia radical”, que não consiste na prestação de ajuda ou assistência econômica com fins de garantia da “liberdade capitalista”, mas sim sobre a construção de uma rede de apoio, ajuda e promoção de ações dentro dos espaços de exclusão, criando espaços comuns de interação entre as pessoas acamadas, isoladas, com dores e/ou em sofrimento e os que não possuem tais necessidades. A partir desses pressupostos teóricos passamos a identificar as categorias presente nas legislações que regulamentam a política de inclusão da pessoa com deficiência para evidenciar como o neoliberalismo se faz presente na estrutura de concepção da política.

## 2.2 Objeto de Estudo

O objeto do estudo é a política de inclusão da pessoa com deficiência no Brasil. Através do levantamento das legislações, decretos e documentos pertinentes, compreendemos que a partir de 2009, com a incorporação no ordenamento brasileiro da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo (CIDPD), se inicia formalmente um processo de mudança de paradigma em âmbito nacional através da substituição da Política de Integração pela Política de Inclusão da pessoa com deficiência.

Porém, efetivamente, é somente com a Lei nº 13.146/15 — Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - LBI/Estatuto da Pessoa com Deficiência — que iremos visualizar a adoção dos parâmetros da convenção no controle de compatibilização com normas infraconstitucionais. A partir da LBI são criadas leis, decretos e resoluções para regulamentar as disposições previstas e alterar a formulação/implementação de políticas públicas. Para o presente estudo, adotamos como premissa a noção de que não há um conceito unificado que

defina “políticas públicas”, mas que estas podem representar ações do governo, com efeitos específicos, através de atuações direta ou indiretas e que podem possuir diferentes interesses (SOUZA, 2006), razão pela adotamos a compreensão extensiva de que todas as legislações que regulam a vida da pessoa com deficiência, bem como os demais atos normativos/documentais que estabelecem parâmetros de aplicação daquelas podem ser entendidas enquanto parte integrante da política pública.

Por essa razão, propomos ao longo do trabalho uma linha do tempo de construção da política a partir dos regramentos de destaque e conteúdos relevantes para identificar o período adequado de análise e evidenciar outros marcos temporais que colaboram para o dimensionamento da política em questão.

### 2.3 **Procedimentos metodológicos**

O estudo utiliza da análise documental como uma metodologia de investigação científica, que se constituiu pela utilização de procedimentos técnicos para examinar e compreender as contribuições presentes em diversos tipos de documentos, em fontes escritas ou não, primárias ou secundárias, contemporâneos ou retrospectivos, a partir dos objetivos propostos.

A pesquisa documental de documentos jurídicos é importante instrumento do ponto de vista sociológico para compreender como a sociedade regula os comportamentos dos indivíduos e discute os problemas sociais (MARCONI; LAKATOS, 2020). Além disso, permite compreender as concepções que norteiam a aplicação de ações públicas, que no estudo apresentado, se refere a construção da política de inclusão.

Nesse procedimento os documentos são compreendidos como “meios de comunicação” elaborados com propósitos e finalidades, o que possibilita ao pesquisador identificar as intencionalidades na sua elaboração e a contextualização da informação, uma vez analisados enquanto “dispositivos comunicativos metodologicamente desenvolvidos na produção de versões sobre eventos” (FLICK, 2009, p. 234).

Considerando que o Brasil possui um amplo conjunto de legislações e decretos que versam sobre direitos das pessoas com deficiência, para o levantamento documental foi estabelecido um lapso temporal específico para análise dos documentos pertinentes, sem perder de vista que na escolha dos documentos, o pesquisador não pode manter o foco apenas no conteúdo, mas deve considerar o contexto, a utilização e a função dos documentos, uma vez

que são meios para compreender e decifrar um caso específico de uma história de vida ou de um processo (FLICK, 2009).

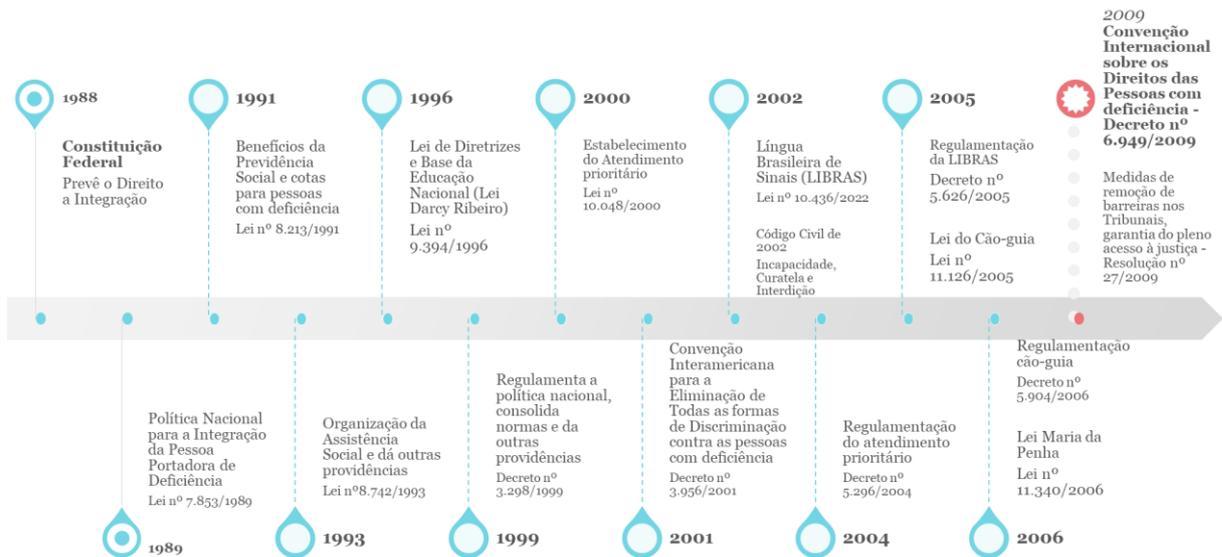
Concluída a garimpagem e o exame inicial da documentação com a definição de quais os documentos mais adequados para se analisar o problema proposto, optamos pela utilização da Análise de Conteúdo (AC) de Laurence Bardin (2016, p. 44) como método de estudo, que consiste em “ [...] conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Os procedimentos de aplicação da análise de conteúdo de subdividem em três fases, sendo a: 1) pré-análise (organização do material); 2) exploração do material e o 3) tratamento dos resultados (BARDIN, 2016, p. 125).

### 2.3.1 *Da pré análise*

Para o levantamento dos documentos pertinentes, classificamos em momentos temporais as legislações e documentos que regulamentam a política pública, sendo assim dividimos em: a) Política de Integração, que inicia com a CF/1988 até a promulgação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em 2009; b) o período de vigência simultânea de ações da Política de Integração e da Política de Inclusão prevista na CIDPD, de 2009 a 2015, uma vez que apesar de ter sido incorporada como norma de status constitucional, não foram criados instrumentos para revogação e compatibilização do texto infraconstitucional; e por fim, c) o período da Política de Inclusão, que inicia com a entrada em vigor da Lei Brasileira de Inclusão e regulamentações posteriores.

O período da Política de Integração é marcado por legislações e regulamentações de ações para eliminação de barreiras estruturais, com protagonismo de ações para os segmentos de pessoas com deficiências físicas. Destacamos que nesse período se consolidam os direitos previstos no texto constitucional de cotas em concurso públicos federais, benefício de prestação continuada e outros benefícios assistenciais, além da criação da Política Nacional para a Integração da Pessoa com deficiência com ações voltadas para saúde, assistência, educação e acesso ao trabalho e espaços públicos.

FIGURA 1 – LINHA DO TEMPO DA POLÍTICA DE INTEGRAÇÃO



Fonte: elaborado pela autora (2022).

No segundo período de levantamento, vemos a coexistência de legislações baseadas tanto no paradigma da integração quanto nos princípios da inclusão (em especial a partir da criação do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver Sem Limites, que contribuiu para a promoção das bases do modelo social no Brasil). Destacamos que, apesar desse regramento, a coexistência com o Decreto Federal nº 3.298/1999, que estabeleceu um rol de deficiências baseadas em parâmetros exclusivamente médicos, vai de encontro a um dos principais fundamentos da proposta da inclusão que é a criação de parâmetros de análise do contexto social. Esse conflito se evidencia, também, com a utilização do Código Civil de 2002 como parâmetro primeiro da regulamentação da capacidade, curatela e interdição de pessoas com deficiência.

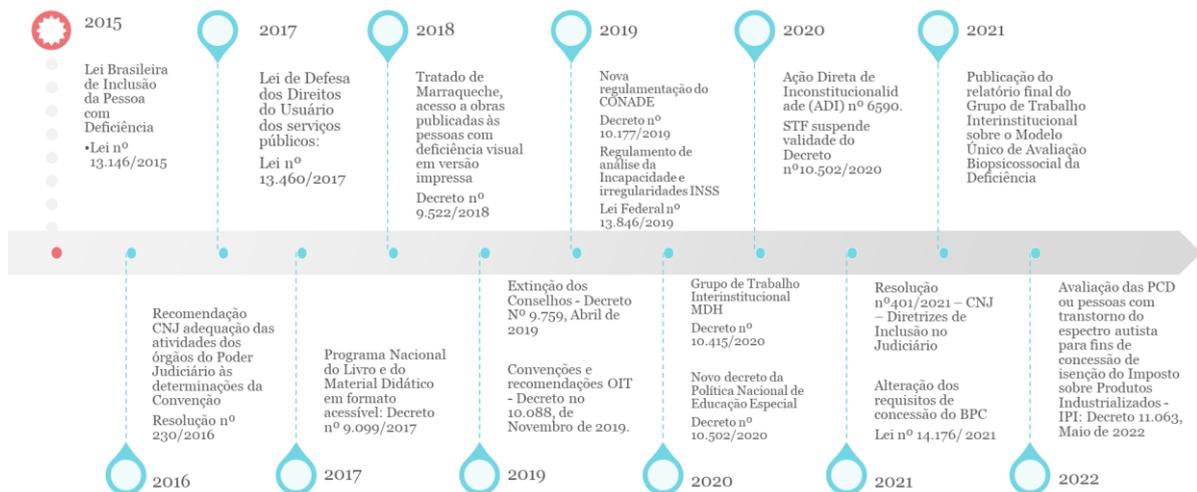
FIGURA 2 – COEXISTÊNCIA DA INTEGRAÇÃO E INCLUSÃO



Fonte: elaborado pela autora (2022).

Por fim, o terceiro momento estudado diz respeito ao período que parte da LBI até o presente, em que são revogados textos incompatíveis com o regramento, que são estabelecidos os parâmetros para a aplicação do Modelo de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência que define como se dará o acesso das pessoas com deficiências às políticas públicas e de criação de resoluções e portarias com vistas adequar o poder judiciário às disposições da CIDPD.

FIGURA 3 – POLÍTICA DE INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA



Fonte: elaborado pela autora (2022).

Concluída a organização temporal, selecionamos os documentos que serão objeto da análise considerando a pertinência temática e a relevância para regulamentação da política, bem como pressupostos empíricos que agregam críticas ou problemáticas previstas nesses documentos. Assim, optamos por documentos que estabelecem parâmetros para a Inclusão, sendo estes a CIDPD e a LBI, e os documentos que dispõe sobre a regulamentações ou diretrizes da incidência da CIDPD e da LBI, a exemplo da Lei Federal nº 13.846/2019 que revisa os critérios de concessão dos benefícios por incapacidade, o Decreto nº 10.502/2020 que estabelece novos parâmetros para a Educação Inclusiva (cujo análise se mostra essencial ainda que seus efeitos tenham sido suspensos pelo Supremo Tribunal Federal (STF) na Ação Direta de Inconstitucionalidade ADIN nº 6590), a Resolução nº 401/2021 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) que estabelece as diretrizes para o Poder Judiciário e, por fim, os relatórios do Grupo de Trabalho Interinstitucional do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), que contribuem para o estabelecimento do modelo único de avaliação biopsicossocial.

Portanto, esses documentos corroboram para a construção e definição de categorias relevantes para o nosso estudo como a definição da deficiência, da funcionalidade, da assistência e por fim, da própria ideia de inclusão.

QUADRO 1 – LEVANTAMENTO DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	ANO	DISPOSIÇÃO
Decreto Federal nº 6.949/2009	2009	Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007
Lei Federal nº 3.146/2015	2015	Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência
Decreto nº 10.502/2020	2020	Novo decreto da Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida
Publicação do Ministério da Educação da Política Nacional de Educação Especial Equitativa, inclusiva e com aprendizado ao longo da vida	2020	Explicação da Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida
Resolução Nº 401 do Conselho Nacional de Justiça - CNJ 16 jun. 2021	2021	Dispõe sobre o desenvolvimento de diretrizes de acessibilidade e inclusão de pessoas com deficiência nos órgãos do Poder Judiciário e de seus serviços auxiliares, e regulamenta o funcionamento de unidades de acessibilidade e inclusão.
Relatório Final GTI Avaliação Biopsicossocial (MMFDH) - Doc. 01 - Relatório Final do	2021	Sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência;

Grupo de Trabalho Interinstitucional		
Doc. 02 - Relatório Final do Grupo de Trabalho Especializado	2021	Sobre Instrumento e Sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência;
Doc. 06 - Relatório Final do Grupo Técnico Especializado	2021	Sobre o Impacto Orçamentário do Instrumento e do Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial;
Doc. 07 - Relatório Final do Grupo Técnico Especializado	2021	Estudo exploratório dos requerimentos de BPC à pessoa com deficiência;
Relatório Final GTI Avaliação Biopsicossocial (MMFDH) - Doc. 08	2021	Relatório Final do Grupo Técnico Especializado
Relatório Final GTI Avaliação Biopsicossocial (MMFDH) - Doc. 14	2021	Relatório de Análise Ex Ante Implantação do Sistema Unificado da Avaliação Biopsicossocial da Deficiência – ENAP

Fonte: elaborado pela autora (2022).

### 2.3.2 *Exploração do Material e Tratamento dos Resultados*

A exploração do material consiste na escolha das unidades de contagem (codificação), seleção das regras de contagem (classificação) e a escolha de categorias (categorização), utilizando-se, para isso, das regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade, persistência e a utilização das unidades de registro a palavra (verbo, adjetivo) e termo (designação do conceito) (BARDIN, 2016). O tratamento dos resultados decorre da análise dos termos previamente selecionados a partir da aplicação no seu contexto e identificação das construções subjetivas perceptíveis a partir dos pressupostos teóricos selecionados.

### 3 A DEFICIÊNCIA NO CONTEXTO BRASILEIRO

Propomos a organização do estudo partindo, inicialmente, da compreensão da nossa realidade para, então, traçarmos reflexões sobre ela e entender as circunstâncias a que os sujeitos estão historicamente inseridos, fazendo a devida relação com os elementos que hoje compreendemos como constitutivos do contexto da pessoa com deficiência na sociedade brasileira.

É importante dimensionar que a questão da deficiência no Brasil, assim como boa parte dos direitos sociais, está inserida nas dinâmicas históricas do antes e depois da CF/1988. A Constituição de 1988, a “Constituição Cidadã”, reflete uma série de processos históricos decorrentes do período da redemocratização do país e reivindicações de movimentos sociais que a tornam um divisor de águas dentro da relação jurídica do liberalismo econômico e das vertentes dos direitos sociais.

No Brasil, por influência da Constituição de Weimar 1919, que se pautava no *welfare state*<sup>3</sup>, a Constituição de 1934 é a primeira a relacionar deficiência e garantia de serviços sociais como educação, saúde e habitação, inaugurando a base da noção de integração da Pessoa com Deficiência ao atribuir ao Estado a responsabilidade pelos “desvalidos” (MADRUGA, 2016). Depois disso, nas ementas à CF/1967, n. 1, de 1969, e n. 12, de 1978, a regulamentação da educação especial de “excepcionais” (art. 175, § 4º) e medidas de proteção e garantia aos “deficientes” (art. único, I a IV) (MADRUGA, 2016, p. 194).

Na educação, no período de 1967 a 1969 vemos disposições significativas para a integração da educação da pessoa com deficiência no mesmo espaço escolar com descrição de atividades e direitos alternativos às pessoas com deficiência, como, por exemplo, na Lei 4.024/1961 (Diretrizes e Bases para a Educação), que em seu Título X enquadra a educação de excepcionais no sistema geral de educação, visando à integração<sup>4</sup> e, também, no Decreto-Lei nº 1.044/1969, que versa sobre o “tratamento excepcional para os alunos portadores das afecções”.<sup>5</sup>

<sup>3</sup> Referente ao dito “Estado de bem-estar social”, surgiu na década de 1880, na Alemanha, com Otto von Bismarck, como alternativa ao liberalismo econômico e ao socialismo. A base de promoção de políticas sociais se dissemina na Europa e nos Estados Unidos, especialmente no acesso à Assistência, Saúde e Previdência Social.

<sup>4</sup> Lei 4.024/1961. Da Educação de Excepcionais: Art. 88. A educação de excepcionais deve, no que for possível, enquadrar-se no sistema geral de educação, a fim de integrá-los na comunidade. Art. 89. Toda iniciativa privada considerada eficiente pelos conselhos estaduais de educação, e relativa à educação de excepcionais, receberá dos poderes públicos tratamento especial mediante bolsas de estudo, empréstimos e subvenções.

<sup>5</sup> Decreto-Lei nº 1.044/1961: Art. 1º São considerados merecedores de tratamento excepcional os alunos de qualquer nível de ensino, portadores de afecções congênitas ou adquiridas, infecções, traumatismo ou outras condições mórbidas, determinando distúrbios agudos ou agudizados, caracterizados por: a) incapacidade física

Na Constituição Federal de 1988 vemos a incorporação do modelo social, que consiste na compreensão da deficiência associada às barreiras da sociedade que impedem a vida em igualdade de condições no acesso aos bens e serviços (oportunamente, o processo histórico do modelo social será aprofundado no capítulo seguinte).

Nela, o uso da expressão “pessoa portadora de deficiência” (atualmente já alterado para pessoa com deficiência - PCD), foi resultado da reivindicação dos movimentos sociais para que se superassem os termos até então estavam presentes na legislação: “inválidos”, “incapazes”, “pessoas deficientes” (FONSECA, 2012, p. 50). O termo “integração” será reproduzido na legislação como direito à integração social, reconhecendo na vida comunitária e no acesso prioritário direitos básicos para essa integração (art. 24, XIV, CF/88).

O texto constitucional reproduziu as principais reivindicações quanto aos direitos das pessoas com deficiência ao fazer a opção por uma terminologia que rompesse com a carga negativa que historicamente identificava a pessoa com deficiência na legislação (apesar de hoje a utilização do termo “portador” ser duramente criticada por reduzir a deficiência a uma condição transitória) e ao mesmo tempo prever direitos de ordem positiva e negativa com o intuito de romper com as barreiras sociais que impediam o livre desenvolvimento da pessoa com deficiência na sociedade, adequando-se à perspectiva do Modelo social da deficiência. Neste ponto, é possível perceber que a Constituição tratou da integração, da acessibilidade e da inclusão enquanto problemas sociais dentro da esfera da tutela de direitos do Estado, enquanto um dever positivo do Estado prestacional (REIS, 2018, p. 56).

Apesar dessa percepção ter sido incorporada na CF/88 por força da atuação de movimentos sociais, ela não foi plenamente reproduzida ao longo das legislações infraconstitucionais que regulamentavam direta ou indiretamente direitos de PCD's, razão pela qual todo o ordenamento manteve instrumentos jurídicos que associavam a pessoa com deficiência exclusivamente à condição médica e a partir dos pressupostos de capacidade civil, sem levar em consideração as barreiras sociais.<sup>6</sup>

Outro importante instrumento jurídico, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de

---

relativa, incompatível com a frequência aos trabalhos escolares; desde que se verifique a conservação das condições intelectuais e emocionais necessárias para o prosseguimento da atividade escolar em novos moldes; b) ocorrência isolada ou esporádica; c) duração que não ultrapasse o máximo ainda admissível, em cada caso, para a continuidade do processo pedagógico de aprendizado, atendendo a que tais características se verificam, entre outros, em casos de síndromes hemorrágicas (tais como a hemofilia), asma, carótide, pericardites, afecções osteoarticulares submetidas a correções ortopédicas, nefropatias agudas ou subagudas, afecções reumáticas, etc.

<sup>6</sup> O Código Civil de 2002, em dissonância com a CF/1988, manteve o regime das capacidades condicionais a existência da patologia como fator pressuposto para exercício da capacidade civil: Art. 3 o São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos; III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

março de 2007, foi incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro, através do rito previsto no Art. 5º, §3º da CF/1988<sup>7</sup>, como norma constitucional.

Assim como o texto da CF/88, a CIDPD reforça o conceito do modelo social, definindo que as pessoas com deficiência são aquelas têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. Para além da conceituação, a CIDPD instrumentaliza, ainda, direitos e deveres para a garantia da autonomia da pessoa com deficiência.

Apesar dessas duas regulamentações com o intuito de efetivamente aplicar as normativas previstas para garantia da autonomia e igualdade de acesso às pessoas com deficiência, o Estado brasileiro instituiu, ainda, em 2015 com efeitos a partir de 2016 a Lei 13.146/2015, denominada Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI) ou Estatuto da Pessoa com Deficiência, destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando a sua inclusão social e cidadania.

Segundo o levantamento da Câmara dos Deputados (2018), o Brasil possui um grande arcabouço legislativo de regulamentações gerais e específicas setorializadas por especificidade das patologias e direitos reivindicados: são 32 (trinta e duas) legislações nacionais, além de diversas regulamentações estaduais. Apesar disso, ainda são demandadas novas regulamentações, a exemplo da recém aprovada Lei 14.126/21 (Lei Amália Barros, reconhecimento da deficiência monocular).

Nesse contexto, consideramos necessário descrever parte do histórico dessas regulamentações no Brasil, o papel dos movimentos sociais na Constituinte de 1988 e nas reivindicações legislativas para ilustrar o contexto de proteção e acesso a direitos em que vive a pessoa com deficiência no Brasil atualmente.

### **3.1 Constituinte de 1988 e os Movimentos de Pessoas com Deficiência no Brasil**

A constituinte de 1988 representa um momento importante na história do Brasil em seu processo de redemocratização. Nesse espaço a dita “constituição cidadã” foi formada,

---

<sup>7</sup>A Emenda Constitucional nº45 de 2004, incluiu no Art. 5º da Constituição Federal de 1988, o parágrafo 3º, que prevê o rito de incorporação de tratados e convenções internacionais com força de norma constitucional, conforme disposição, “§ 3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais” (BRASIL, 1988).

levando em conta a participação de diferentes setores da sociedade civil, organizações e movimentos populares que surgiram em resistência aos anos de chumbo impostos pela Ditadura Militar (1964 – 1985).

Nesse contexto, é necessário reconhecer a Constituição não somente pelo seu texto legal, mas pelo que representava aos direitos humanos e à liberdade coletiva, com a atuação direta de movimentos sociais que atuaram especialmente durante os trabalhos de elaboração da Constituição (foram sugeridas 61.020 propostas de textos constitucionais e apresentadas 122 emendas populares, algumas delas com mais de um milhão de assinaturas) (FACHIN; PAGLIARINI, 2018).

Em relação aos movimentos de pessoas com deficiência no Brasil, estes têm como pano de fundo o histórico de violações sistemáticas a que essas pessoas estavam sujeitas, sob o aspecto da miserabilidade, decorrente do abandono e descarte e da exclusão daqueles que nasciam em “berços de ouro”, mas viviam escondidos, sendo um “peso” para suas famílias (SILVA, 1987). Antes da década de 1970, as ações voltadas para as pessoas com deficiência se concentravam na educação, obras caritativas e assistencialistas, sendo o Brasil pioneiro na América Latina na criação de duas escolas para PCD’s: Imperial Instituto dos Meninos Cegos e o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos.

As ações assistencialistas remontam a prática das Companhias de Jesus formadas pelos Jesuítas, que chegaram ao Brasil em 1549 com o objetivo de disseminar a religião católica através da doutrinação dos povos indígenas e educação dos colonos. Por necessidade do contexto tropical, marcado de doenças contagiosas e outros males, as práticas médicas e assistências dos jesuítas se tornam referência. As Irmandades de Misericórdia foram os primeiros hospitais criados, “onde pobres e obscuros habitantes, brancos, mestiços e negros buscaram socorro, transformando enfermarias e as óticas dos estabelecimentos da Companhia em hospitais da população e farmácias dos doentes necessitados” (FIGUEIRA, 2021, p. 23).

Com os jesuítas são formadas as “Casas de Muchachos”, primeiras estruturas de acolhimento de crianças abandonadas, muitas dessas com deformidades físicas ou fruto de relações entre colonos e indígenas. De 1726 até 1950, surge, também, a “Roda dos Expostos”, seguindo a tradição portuguesa, que foram instaladas nas Santas Casas de Misericórdia como instrumento para que os bebês fossem abandonados. Ambos os instrumentos acolhiam bebês e

crianças para catequização e assistência e assim que atingiam a adolescência precisavam sair dos locais<sup>8</sup> (FIGUEIRA, 2021).

As Santas Casas de Misericórdia nasceram como instituições destinadas a apoiar uma ampla variedade de excluídos (órfãos, mães solteiras, velhos, pobres e doentes) como parte da cultura assistencialista. Com a chegada da Família Real ao Brasil, surgem demandas para formalização de regulamentações sobre a deficiência, sendo a primeira menção da deficiência na Constituição Política do Império do Brasil, de 25 de março de 1824: [...] Título II Dos cidadãos brasileiros (...) Art. 8º – Suspende-se o exercício dos direitos políticos: 1.º – Por incapacidade física ou moral” (BRASIL, 1824).

Em 1854, o Imperador D. Pedro II, por meio do Decreto Imperial nº 428, fundou na cidade do Rio de Janeiro o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, inspirado em intuições que já existiam na França. Em 1891, em homenagem a Benjamin Constant, ilustre e atuante ex-professor de Matemática e ex-diretor, por meio de Decreto-Lei n.º 1.320, passou-se a chamar Instituto Benjamin Constant (IBC), nome mantido até os dias atuais (FIGUEIRA, 2021, p. 69). Também fundou o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos (Decreto-Lei nº 839, de 26 de setembro de 1857), que funcionava como um asilo, em que só eram aceitos surdos do sexo masculino, oriundos de todos os pontos do país, abandonados pelas famílias.

Os institutos criados no Brasil, apesar da forte influência europeia a criação de instituição de assistência ou de caridade, tanto o Imperial Instituto dos Meninos Cegos quanto o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos, surgiram vinculados a estrutura administrativa do Império, alocados na área de instrução pública, sendo classificados enquanto instituições de ensino. Isso por que a “cegueira e a surdez foram, no Brasil do século XIX, as únicas deficiências reconhecidas pelo Estado como passíveis de uma abordagem que visava superar as dificuldades que ambas as deficiências traziam, sobretudo na educação e no trabalho” (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 21).

Com o avanço da medicina para atender as necessidades da elite aristocrata e burguesa que surgia no Brasil, vemos igualmente as demandas pela criação de institutos especializados de propostas eugênicas, sanitárias e educacionais. Conduzidas pelo setor médico-pedagógico brasileiro do começo do séc. XX, as instituições se ocupavam de tratar a

---

<sup>8</sup> Importante destacar que os Direitos das Crianças e Adolescente são uma construção recente no Brasil, em decorrência deste histórico de abandonos que criaram uma grande massa de crianças e jovens de rua, “delinquentes”, que culminaram na criminalização através do primeiro “Código de Menores”(1979), que trouxe a tutela criminal de crianças e adolescentes na criação do conceito de menor em situação irregular, todos os jovens e crianças “eram vistos como perigosos ou estando em perigo, por abandono, carente, infrator, ocioso, em situação de rua, que apresentasse conduta antissocial, doente ou com deficiência, eram em algum momento encaminhados às instituições de acolhimento” (POPPER; DIAS, 2016).

criança anormal” não apenas “por motivos escolares (elas estorvam as aulas e eram prejudiciais às outras crianças), ou profiláticos (evitar que se tornassem parasitas e perigosas), mas também por motivos econômicos do uso da mão-de-obra de seus pais e parentes” (LOBO, 2008, p. 239). No período até 1950, surgiram mais estabelecimentos de ensino regular mantidos pelo Poder Público, conforme quadro abaixo:

QUADRO 2 – PRINCIPAIS INSTITUIÇÕES CRIADAS ATÉ 1961

<b>NOME</b>	<b>FUNDAÇÃO</b>	<b>CIDADE</b>
<b>DEFICIÊNCIA VISUAL</b>		
Instituto Benjamin Constant – IBC	12 de setembro de 1854	Rio de Janeiro
Instituto de Cegos Padre Chico	27 de maio de 1928	São Paulo
Fundação para o Livro do Cego no Brasil – FLCB	11 de março de 1944	São Paulo
<b>DEFICIÊNCIA AUDITIVA</b>		
Instituto Santa Terezinha	15 de abril de 1929	Campinas
Escola Municipal de Educação Infantil e de 1º. Grau para Deficientes Auditivos Helen Keller	13 de outubro de 1952	São Paulo
Instituto Educacional São Paulo – IESP	18 de outubro de 1954	São Paulo
<b>DEFICIÊNCIA FÍSICA</b>		
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	1 de agosto de 1931*	São Paulo
Lar-Escola São Francisco	1 de fevereiro de 1943	São Paulo
Associação de Assistência à Criança Defeituosa – AACD (hoje o termo Defeituosa foi trocado por Deficiente)	14 de setembro de 1950	São Paulo
<b>DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL</b>		
Instituto Pestalozzi de Canoas	Ano de 1926	Canoas
Sociedade Pestalozzi de Minas Gerais	5 de abril de 1935	Belo Horizonte
Sociedade Pestalozzi do Estado do Rio de Janeiro	Ano de 1948	Rio de Janeiro
Sociedade Pestalozzi de São Paulo	15 de novembro de 1952	São Paulo

NOME	FUNDAÇÃO	CIDADE
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE do Rio de Janeiro	11 de dezembro de 1954	Rio de Janeiro
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE de São Paulo	4 de abril de 1961	São Paulo

Fonte: FIGUEIRA (2021, p. 75)<sup>9</sup>.

Vemos nos movimentos pestalozziano<sup>10</sup> e apaeano (APAE)<sup>11</sup> as principais iniciativas para atender a deficiência intelectual, que até a metade do século XIX era considerada uma forma de loucura e era tratada em hospícios — o que gera no Brasil o histórico violento de internações, que até hoje são objeto da política antimanicomial. Além disso, a maior parte dessas instituições surge da base assistencialista desenvolvida pela Igreja Católica. Porém, diferente da política desenvolvida no período medieval que se caracterizava pela necessidade de manutenção do poder e prestígio da própria instituição, a partir da primeira metade do século XIX, as ações da igreja católica passam a constituir a base do Serviço social, com o papel estratégico de atender as necessidades das classes trabalhadoras e controlar a questão social<sup>12</sup> (MARTINELLI, 2000).

Como consequência da influência dos movimentos que cresciam nos Estados Unidos e na Inglaterra, a partir de 1970, os movimentos de pessoas com deficiência passaram a buscar novos arranjos que vislumbrassem ações para além da educação especial, saúde e

<sup>9</sup> Em sua maioria essas iniciativas decorreram das ações da Sociedade civil, as Sociedades Pestalozzi e as Associações e Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE, voltadas para a assistência das pessoas com deficiência intelectual (atendimento educacional, médico, psicológico e de apoio à família); e os centros de reabilitação, como a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) e a Associação de Assistência à Criança Defeituosa – (AACD), dirigidos, primeiramente, às vítimas da epidemia de poliomielite (LANNA JÚNIOR, 2010).

<sup>10</sup> No Brasil, inspirado pelo pedagogo suíço Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827), ganhou impulso definitivo com Helena Antipoff, educadora e psicóloga russa que trabalhou na recém-criada Escola de Aperfeiçoamento de Belo Horizonte. Foi responsável pela introdução do termo “excepcional”, no lugar das expressões “deficiência mental” e “retardo mental”, usadas na época para designar as crianças com deficiência intelectual. Para ela, a origem da deficiência vinculava-se à condição de excepcionalidade socioeconômica ou orgânica (LANNA JÚNIOR, 2010)

<sup>11</sup> A primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) foi fundada em 1954, no Rio de Janeiro, por iniciativa da americana Beatrice Bemis, mãe de uma criança com deficiência intelectual, Síndrome de Down. Marcaram a base da discussão da questão da deficiência com um grupo de famílias que trazia para o movimento suas experiências como pais de pessoas com deficiências e, em alguns casos, também como técnicos na área. Para melhor articulação criaram um organismo nacional, a Federação Nacional das APAEs (LANNA JÚNIOR, 2010).

<sup>12</sup> A Questão Social é um conceito do campo do serviço social, considerando como premissa fundamental da intervenção do serviço social considerar que o capitalismo gera graves desigualdades, como a pobreza e a exclusão social. Toda complexidade de prejuízos decorrentes do modo de produção capitalista é uma questão social que fundamenta a atuação do campo do serviço social, a partir das premissas das revoluções sociais proletárias (IAMAMOTO, 2001).

assistência e que tivessem maior cunho político. A pauta da pessoa com deficiência não é um movimento único. A experiência da Coalizão Pró-Federação Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes de 1979, que agregava diversos grupos formados por cegos, surdos, deficientes físicos e hansenianos, levou ao amadurecimento do debate sobre a necessidade de fortalecer cada grupo em suas especificidades, se privilegiando a criação de federações nacionais por tipo de deficiência (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 13).

Surgem as primeiras organizações compostas e dirigidas por pessoas com deficiência, em oposição às instituições até então gerenciadas por pessoas sem deficiência. O associativismo das pessoas com deficiência marca a organização de segmentos próprios, como o movimento cego, o movimento surdo na luta pela Língua Brasileira de Sinais e a identidade surda, organizações de pessoas com deficiências físicas voltadas à sobrevivência e prática de esporte adaptado dentre outras diversas entidades.

A Emenda nº 12, de 1978, “Emenda Thales Ramalho”, foi a primeira menção a direitos para pessoas com deficiência através de um rol específico, que assegurava a melhoria da condição social e econômica das pessoas com deficiência mediante educação especial e gratuita, assistência, reabilitação e reinserção na vida econômica, proibição de discriminação e possibilidade de acesso a edifícios e logradouros públicos.

Reconhecendo esse momento da primavera dos movimentos de pessoas com deficiência, a Organização das Nações Unidas (ONU) proclama o ano de 1981 como Ano Internacional das Pessoas Deficientes (AIPD), com o tema “Participação Plena e Igualdade”, tendo ocorrido nesse período encontros nacionais e internacionais de organizações de pessoas com deficiência em defesa de suas diferentes pautas (LANNA JÚNIOR, 2010).

Assim, esses movimentos se articularam para participar da Assembleia Nacional Constituinte, em 1986, por meio do ciclo de encontros “A Constituinte e os Portadores de Deficiência”, realizado em várias capitais brasileiras pelo Ministério da Cultura, entre 1986 e 1987, e por meio da Reunião de Conselhos e Coordenadorias Estaduais e Municipais de Apoio à Pessoa Deficiência, em dezembro de 1986, em que representantes de coordenadorias e conselhos de todo o Brasil, além de entidades de e para pessoas com deficiência, aprovaram proposta a serem levadas à Assembleia Nacional Constituinte.

O reconhecimento da importância do movimento também se deu através da criação da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), em 1986, e da Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, em 1989. Como parte das contribuições da participação popular, a CF/1988 permitiu a criação de conselhos para elaboração, gestão e fiscalização de políticas públicas, sendo o Conselho

Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (CONADE) (Decreto nº 3.076, de 1º de junho de 1999), organizado de forma paritária para garantir a implementação da Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (LANNA JÚNIOR, 2010).

Dentre os principais direitos incorporados à CF/1988, destacamos a proibição de qualquer discriminação, inclusive em relação ao salário e oportunidades de trabalho (art. 7º, XXXI), competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, para cuidar da saúde e assistência pública, integração social das pessoas portadoras de deficiência (art. 23, II e 24, XIV), a reserva de percentual cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiência (art. 37, VIII), garantia de habilitação e reabilitação, e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), como parte da assistência social (art. 203, IV e V).

Vemos que o texto tratou de garantias amplas que demandaram a regulamentação por legislações infraconstitucionais, razão pela qual a política de inclusão, a acessibilidade, as garantias para surdos, cegos e pessoas com baixa visão tem leis próprias e outra parte importante dos direitos está inserida, de forma transversal, na legislação geral da saúde, educação, trabalho, proteção social, cultura, esporte etc. (MAIOR, 2017, p. 33).

A atuação dos movimentos de pessoas com deficiência no Brasil em seus diversos segmentos contribuiu para que o arcabouço jurídico em relação aos direitos das pessoas com deficiência fosse reconhecido como um dos mais abrangentes da América. Esse fato, porém, não alcança mudanças significativas na realidade dos sujeitos, razão pela qual é necessário compreender outras dinâmicas em relação aos efeitos do texto constitucional no Brasil.

### 3.2 **Políticas sociais para pessoas com deficiência no Brasil**

Como já mencionado, a pessoa com deficiência no Brasil esteve inserida fortemente nas ações assistencialistas promovidas pelas instituições religiosas, razão pela qual uma parte importante da compreensão da realidade dessas pessoas passa pelas dinâmicas da política da seguridade social, onde estão envolvidas as políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Não se pretende adentrar as especificidades teórico-conceituais e históricas que são objeto de vastas contribuições científicas no campo do serviço social brasileiro, mas sim dar enfoque para questões relativas às políticas promovidas para a pessoa com deficiência.

A definição da Seguridade Social é uma das principais conquistas na CF/88 articulando as bases da proteção social no Brasil. São reconhecidas como direito social necessidades e provisões que antes eram objeto das relações privadas, tornando-se responsabilidade do Estado a proteção aos idosos, pessoas com deficiência, trabalhadores e

doentes em contraposição às instituições filantrópicas e caritativas (DELGADO; JACCOUD; NOGUEIRA, 2009). Em relação à Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), é concebido a partir do modelo beveridgeano<sup>13</sup> (modelo originário do Reino Unido e que influenciou na formulação de políticas em diferentes países como Canadá, Dinamarca, Espanha, Portugal e Suécia), prevendo o acesso universal aos cuidados de saúde e serviços médicos geridos diretamente pelo Governo (MENDES, 2013).

Essa universalidade permite ao SUS oferecer diversos serviços e direitos, dentre os quais destacamos a garantia de atendimento prioritário, atendimento domiciliar, promoção e ações preventivas (focadas no acompanhamento gestacional e nutricional) e serviços especializados na reabilitação e habilitação — que apesar de previstos em instrumentos gerais e portaria, somente foram efetivamente consolidados na Política Nacional da Pessoa com Deficiência (Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002), baseando-se nas diretrizes de Promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência, Assistência integral à saúde da pessoa com deficiência e Prevenção de deficiências.

Com a promulgação da Convenção, através do Decreto nº 6.949/2009, se estrutura o novo Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite, instituído pelo Decreto nº 7.612/2011. O plano articula políticas e programas para atendimento das necessidades de saúde da pessoa com deficiência e cria a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência através da Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 do Ministério da Saúde<sup>14</sup>, que, organizada entre a Atenção Básica, Atenção especializada em Reabilitação e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, garante ações específicas para PCD's no âmbito do acesso à saúde (OLIVEIRA; GARCIA, 2017).

O Plano Viver sem Limites<sup>15</sup> é reconhecidamente a política mais ampla instituída no Estado brasileiro com o objetivo de oferecer de forma especializada os serviços às pessoas

---

<sup>13</sup>Na Europa coexistem dois modelos de oferta de serviços de saúde, sendo eles o Modelo Bismarck, de origem Alemã, em 1883, se baseia na oferta de cuidados de saúde através de instituições privadas, em que tanto os empregadores como os trabalhadores pagam taxas que vão diretamente para as empresas gestoras dos serviços médicos, através de Fundos de gestão, que são regulamentados e administrados pelo Governo, o serviço médico é gerente pelo ente privado e o recurso provém tanto do estado, quanto das taxas pagas pelos cidadãos. E, o Modelo Beveridge, que surge no Reino Unido, em 1940, baseado na oferta universal dos serviços sob a gestão direta do Estado nos serviços de Saúde, com financiamento exclusivamente dos Orçamentos Gerais do Estado, um modelo em que o cidadão não paga diretamente a assistência (SERAPIONI, TESSER, 2019).

<sup>14</sup>São objetivos gerais da rede, conforme art. 3º da Portaria nº 793/2012 - Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: I - ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS; II - promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e III - garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.

<sup>15</sup>O Plano Viver Sem Limites não foi revalidado a partir de 2018, não tendo sido substituído por outro instrumento similar de desenho de política pública.

com deficiência. As redes de cuidado decorrem da necessidade de regionalização desses serviços e durante a vigência (2011-2014/2015-2018), institucionalizaram ações no âmbito Federal, Estadual, Municipal e Regional. Segundo o Relatório de Políticas e Programas de Governo, apesar de institucionalizada, a ausência de recursos orçamentários, logísticos, além de recursos humanos, financeiros, inviabilizaram diversas ações do plano, especialmente aquelas que envolviam responsabilidades de estados e municípios (TCU, 2018). Como dados exemplificativos apontados a respeito da cobertura da oferta de órteses e próteses pelas políticas municipais, segundo o observatório da Diversidade e da Igualdade de Oportunidades no Trabalho (SMARTLAB, 2019) somente 24,8% dos municípios brasileiros tinham àquele tempo alguma política instituída (1.383 de 5.570 municípios brasileiros).<sup>16</sup>

Em relação a política de Assistência Social após a CF/88, ela é instituída enquanto uma política autônoma, dissociando a Assistência da Previdência Social, e, por consequência, garantindo o reconhecimento da necessidade de recursos e estruturas específicas. Pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (Lei 8.742/1993) e a normatização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (2000) são estruturadas as garantidas e critérios de acesso (DELGADO; JACCOUD; NOGUEIRA, 2009).

A constituição estabeleceu a garantia de um salário-mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso em situação de pobreza (art. 203, V), posteriormente instrumentalizado através do art. 20 da LOAS, que criou o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Apesar de afeto à assistência social, o BPC é concedido pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), não é acumulável com benefícios previdenciários e não gera pensão por morte nem enseja o pagamento de gratificação natalina. Não obstante, pela perspectiva de atender aqueles que não possuem condições de se sustentarem ou de serem sustentados pelos entes familiares, têm relevante impacto na redução da pobreza e da desigualdade social no país (JACCOUD; MESQUITA; PAIVA, 2017).

No que se refere à pobreza, o impacto do BPC é ainda mais expressivo, pois, em razão dos valores transferidos, o BPC, as pensões e as aposentadorias do piso de um salário-mínimo são capazes de retirar as famílias da indigência e da pobreza, enquanto "os demais programas de transferência de renda melhoram a situação das famílias sem, no entanto, serem suficientes para retirar todas elas da pobreza. No mesmo sentido, estudo sobre o perfil da pobreza no Brasil e sua evolução no período 2004-2009 destacou a importância tanto da expansão de cobertura do BPC quanto de seu valor de um salário-mínimo na trajetória recente de redução da pobreza (JACCOUD; MESQUITA; PAIVA, 2017, p. 9).

---

<sup>16</sup>A fonte primária dos dados é do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, somente até 2019.

Destacamos que a relevância do BPC como política de enfrentamento a pobreza decorre das características de progressividade daqueles benefícios, que atendem a importante parcela do segmento mais pobres da sociedade brasileira; e seu valor, associado ao salário-mínimo<sup>17</sup>. Outro benefício devido às pessoas com deficiência no âmbito da assistência social é o da pensão especial paga às vítimas da síndrome de talidomida, entre 1957 e 1994, que nasceram com má formação congênita em decorrência do medicamento chamado talidomida (Proibido no Brasil em 1994). Prevista no art. 1º da Lei 7.070/1982, também é concedido pelo Instituto Nacional do Seguro Social com recursos do tesouro nacional, não podendo ser inferior a um salário-mínimo (art. 1º, parágrafo único, da Lei 8.686/1993). A relevância desse benefício é que, a partir dele, também foi instituída a pensão especial no valor de um salário-mínimo, vitalício e intransferível para as crianças que nasceram com microcefalia em decorrência da Síndrome Congênita do Zika Vírus entre 2015 e 2018 (Lei nº13.985/2020).

Por fim, destacamos as contribuições no eixo da Previdência Social, que compreende a política de cobertura ao trabalhador contribuinte. O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) detém a atribuição de execução das ações de concessão, manutenção de benefícios e prestação de serviços previdenciários no Regime Geral de Previdência Social (RGPS), que é o regime previdenciário oficial dos trabalhadores em geral, dos servidores públicos exclusivamente comissionados, dos servidores públicos temporários e dos servidores públicos ocupantes de cargo de provimento efetivo que não possuem regime próprio de Previdência Social esse papel de seguradora do trabalhador, a previdência social promove a substituição da renda do segurado que perde a capacidade de trabalho seja por doença, incapacidade permanente (antigamente chamada de invalidez), desemprego involuntário, idade avançada, encargos familiares, reclusão e morte (LIMA; PINTO; PEREIRA, 2011) .

### 3.3 **Loucos de todos os gêneros e a Capacidade civil**

Uma vez compreendido o contexto da Seguridade Social como uma das políticas que promovem direitos das pessoas com deficiência, precisamos analisar outros aspectos que regulam os pressupostos jurídicos de concepção dessas políticas. A noção de incapacidade civil no âmbito jurídico determina a possibilidade ou não de se realizar atos e direitos no cotidiano social. Sob essa condição jurídica, às pessoas com deficiência, presumidamente, em razão da condição patológica, tinham seus direitos limitados.

---

<sup>17</sup>O BPC sofreu alterações no período de 2018 a 2021, através do Decreto nº 9.462/2018, que suspendeu o benefício nas hipóteses de desatualização cadastral e não vinculação ao CadÚnico.

O instituto da capacidade é uma categoria jurídica que decorre do Direito Romano, associado aos conceitos de pessoa e personalidade como fundamentos para o exercício do direito. A personalidade estava associada aos requisitos de ser livre, cidadão romano e chefe de família, não alcançando a mulher, seus filhos e/ou homens escravizados ou estrangeiros. Como atributo da personalidade, a capacidade jurídica ou de direito era compreendida como aptidão do sujeito para ser titular de direitos e obrigações jurídicas, razão pela qual estava associada ao domínio do poder do *paterfamilias*, ou seja, na relação de domínio e dependência que existia entre a família (pessoas e coisa) e o chefe da família (que detém o poder *paterfamilias*) (BARROS, 2020).

Já a capacidade de fato refere-se à aptidão de praticar os atos da vida civil sem necessidade de autorização ou restrição. Esta compreendia graduações a partir de causas concretas que trariam obstáculos ao gozo de direitos. Dentre as causas limitadoras da capacidade de fato, estabelecia as condições de idade, sexo, defeitos físicos (incluindo doenças mentais e males impeditivos do trabalho (*vicio laborantes*), prodigalidade, falta de honorabilidade, religião, condição social, exercício de cargos públicos e sacerdotais. (BARROS, 2020).

Os surdos-mudos estão inibidos da prática daqueles atos jurídicos que exijam a manifestação oral da vontade. Também em razão de impossibilidade física, os eunucos ou castrados estão proibidos de celebrar casamento. Os doentes mentais, chamados *furiosi* (louco furioso) ou mente *captus* (indivíduo pobres de espírito) estão, em princípio, tolhidos apenas duma incapacidade de exercício de direitos, pois, se forem *sui iuris*, gozam de plena personalidade, todavia devem ser representados por um curador no exercício dos direitos de que são titulares. Há, ainda, a possibilidade de o estado de loucura afetar, mesmo que parcialmente, a sua própria capacidade de direitos (BARROS, 2020, p. 54).

As hipóteses de incapacidade absoluta ou relativa dependiam dessas condições e tinham como preocupação a restrição dos atos que pudessem atingir o patrimônio de determinadas pessoas, não restringindo os atos quando se tratava do aumento deste. Um ponto de destaque é que, em relação aos defeitos físicos, as limitações são auto evidentes e restritas a compatibilização dos atos com a limitação específica, enquanto em relação às deficiências intelectuais e doenças mentais, são dispostas condições amplas do “louco furioso” e *mente captus*.

Ao longo da história, a Loucura se torna uma categoria recorrente, sendo abordada desde a repressão do sistema penal, passando pelos sistemas de internação, pelos hospitais e manicômios judiciários, mas, também, sendo reproduzida na ordem civil. O louco não é capaz

de praticar nenhum ato civil a não ser o de cometer crimes, sendo, portanto, o único espaço para regulamentação jurídica deste indivíduo.

Sobre isso, vemos no Brasil, assim como na Europa entre 1830 e 1840, a institucionalização de sistemas de identificação dos loucos, débeis, idiotas e surdo-mudo ainda quando crianças, bem como sistemas de responsabilização dos vadios, que não representavam aqueles sem trabalho, mas os mendigos e prostitutas, quem não pagava impostos (LOBO, 2008, p. 278). O “louco” já fazia parte do contexto brasileiro desde séc. XVI, seja nas famílias ou vagando pelas ruas, mas é a partir do séc. XIX que se torna uma perturbação e problema social demandando estruturas que pudessem retirar esses sujeitos da sociedade, função essa que vai ser exercida tanto pelas Santa Casas de Misericórdia quanto pelas prisões públicas.

No Código Criminal de 1830, “a loucura” é hipótese da não responsabilidade criminal, e a partir de 1852, como parte dos primeiros escritos da psiquiatria no Brasil, é criado o Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro, “[...] exibir um asilo de alienados, em meados do século XIX, era a prova cabal da modernidade científica e tecnológica de uma nação” (TEIXEIRA; RAMOS, 2012, p. 366).

Em sua estrutura inicial, o poder administrativo era exercido pelas freiras da Ordem de São Vicente de Paulo, possuindo um papel similar às Santas Casas de Misericórdia, “acolhendo doentes, órfãos e desenganados de toda sorte, com um funcionamento caritativo e religioso e apenas secundariamente medicalizado, [...] os primeiros 45 anos de funcionamento são marcados pelo conflito de autoridade entre médicos e religiosos” (TEIXEIRA; RAMOS, 2012, p. 368).

Em 1890, após a Proclamação da República, o hospício é desanexado da Santa Casa de Misericórdia, pelo Decreto Lei 142-A, passando a ser chamado de Hospício Nacional dos Alienados e representa a consolidação do campo do alienismo<sup>18</sup> e da psiquiatria na estrutura acadêmica da medicina exercida no Brasil. Assim como no resto do mundo, o exemplo da política dos hospícios no Brasil marca a mudança significativa entre o tratamento dos doentes como objeto da ação assistencial promovida pela Igreja para a passagem à institucionalização

---

<sup>18</sup>O alienismo surgiu na França, na virada do século XVIII para o século XIX. O alienismo foi produto dos novos paradigmas do pensamento científico e filosófico, sobretudo daqueles relacionados ao iluminismo, baseando-se na crença no poder da ciência e nas grandes transformações sociais do período da Revolução Francesa. “O modelo assistencial desenvolvido por Philippe Pinel, surgiu como um aparato de vanguarda da intervenção médico-científica na vida do indivíduo e da sociedade, prometendo recuperar alienados mentais através da ação médica.[...] Ele nasceu com a incumbência de tratar da população de loucos já encerrada dentro dos hospitais gerais das cidades europeias, herança sem dono e rosto sem esperança da multidão de doentes, pobres, mendigos, órfãos, menores infratores, idosos, libertinos, hereges, prostitutas, venéreos, sarnentos, bêbados, pensionistas pagantes, nobres dissipadores, criminosos comuns, presos políticos, inimigos da monarquia, ali recolhidos durante o período que Foucault (1989, p. 45-78) denominou “a grande internação”, nos séculos XVII e XVIII (TEIXEIRA, 2019).

de uma política médica (técnica científica). Tanto adultos quanto crianças eram encaminhadas ao Hospital Nacional, sendo somente em 1903 criado um pavilhão reservado às crianças, chamado Pavilhão Bourneville.

Contudo, o primeiro manicômio judiciário só viria a ser construído na década de 1920, de modo que antes disso foi criado no Hospício Nacional de Alienados (antigo Hospício Pedro II) uma ala destinada aos “loucos perigosos”, batizada de Seção Lombroso. O nome não é mera coincidência. Ele faz referência ao psiquiatra, antropólogo e criminologista italiano Cesare Lombroso, fundador da Criminologia Positivista. Na Seção Lombroso, criada em 1916, tanto psiquiatras quanto juízes buscaram abrigar e enclausurar toda sorte de alienados considerados perigosos para a sociedade. Mas em maio de 1920, uma rebelião teria sublinhado a necessidade da construção de um manicômio propriamente. Assim, o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, criado em 1921, representou a segunda vitória da comunidade médica no seu projeto de intervenção social (PEGDEN, 2020, p. 374).

Com o fortalecimento dos segmentos médico-científicos a loucura torna-se criminosa e ameaçadora, sob a influência exercida pelo discurso alienista, que a transformou em doença mental e, ainda, tomou a loucura, comumente associada ao delírio, como uma das formas de alienação mental. A teoria das degenerações tem um papel importante na construção das intervenções da psiquiatria, pois a partir do século XIX começa a se estabelecer um vínculo direto entre um desvio de conduta e um estado anormal que justifica a intervenção.

Ao longo da história, há diferentes categorias para classificação da conduta patológica. No Brasil do séc. XVI se distinguia o mentecapto (fraco de juízo) do doido (de atirar pedras), associando a loucura com o delírio, a fúria como enlouquecimento e a idiotia como enfraquecimento da inteligência. A partir da teoria das degenerescências, essas condições se tornaram menos evidentes ao senso comum, sendo necessária a análise médica através do psiquiatra para identificação, tratamento e cura desses diferentes quadros patológicos (LOBO, 2008). Outras classificações da demência – patética na infância, imbecilidade na idade adulta e disparate na velhice, a imbecilidade associada com a loucura e patologias sensoriais como a cegueira e surdez dentre outra série de imprecisões marcam a produção médica brasileira fortemente influenciada pelo alienismo francês:

No caso específico dos Anais Médico-Psicológicos, publicados na França entre 1843 e 1953, a preocupação com a temática da degeneração começa com um texto do próprio Morel, onde ele apresenta um informe sobre essa questão. Nesse periódico, os textos referidos à temática da degeneração se repetem com maior frequência (chegando a ser registradas mais de 350 ocorrências), e essa sucessão de textos estende-se até 1924. As associações são extremamente diversas e vão desde estudos dedicados à relação alcoolismo/degeneração até as mais variadas associações com comportamentos e síndromes. Dentre estes podemos destacar: distrofia sexual (KIRN, 1870); criminalidade (FERÉ, 1890); prostituição (LAURENT, 1899); neuroses, psicoses, delírio de autoacusação (OUDART, 1901); amnésia (COWLES, 1904); atos

inconscientes, fugas e delírio de perseguição (FILLASSIER, 1909); loucura maníaco-depressiva (HAMEL, 1911); suicídio (CLAVERIA, 1912); síndrome obsessivo-impulsiva, onde o autor relata o caso de um homem obcecado pela limpeza; até a publicação de uma história da ideia de degeneração em medicina mental (GENIL-PERRIN, 1914). (CAPONI, 2009, p. 538).

Sob essas influências, objetivando trazer ao país em amadurecimento político econômico, a elite intelectual brasileira buscou criar instrumentos jurídicos que atendessem a realidade local em substituição das regulamentações importadas do sistema jurídica português (Ordenações Filipinas), algo que é iniciado com o Código Penal de 1830, e com a Consolidação das Leis Civis em 1858, mas que só se consolida com a criação do Código Civil de 1916, que institucionaliza a tradição jurídica brasileira fortemente influenciada pelo Direito Romano.

Por essa influência, o Código Civil de 1916 traz a mesma estrutura de Capacidade Civil, inclusive sob o aspecto do *paterfamilias* incorporado através do pátrio poder e seu direito sobre os demais entes familiares. Além disso, vemos a limitação da capacidade civil para os “loucos de todos os gêneros”, que à época se relacionava à teoria das degenerações e, portanto, a todos os corpos desviantes patologizados e aos “surdos-mudos”.<sup>19</sup>

O Código Civil de 2002, apesar de já na égide da CF/88 e das concepções sobre as barreiras sociais, manteve a incapacidade civil em decorrência da patologia, fazendo distinções em razão do nível de discernimento ou grau de desenvolvimento mental através de parecer médico. A utilização da expressão “falta do necessário discernimento para os atos da vida civil” incluiu toda complexidade patológica, insanidade mental, permanente e duradoura, caracterizada por graves alterações das faculdades psíquicas (GONÇALVES, 2012, p. 80).

Sob essa definição, o processo de interdição é criado para a determinar a incapacidade jurídica por meio de decisão judicial (arts. 747 a 758 do CPC/2015). O procedimento previa a realização de audiência de interrogatório, a elaboração de laudo pericial por médico nomeado pelo juiz e a ampla defesa, mas era extremamente vinculado ao laudo médico conclusivo e limitador das manifestações, deixando o sujeito impedido de praticar atos por conta própria “na medida em que a vontade desta passa a ser completamente desprezada na esfera do direito” (LEITE, 2012, p. 418).

Os limites dos direitos curatoriais deveriam variar de acordo com o caso a caso a depender da capacidade, se absoluta ou relativa, para atender necessidades específicas, mas o que ocorre na prática é aplicação indiscriminada de proibições relacionadas à incapacidade

---

<sup>19</sup>Conforme expõe Lanna Júnior (2010, p. 24): “[...] ao longo do tempo, a pessoa com deficiência intelectual já foi denominada de oligofrênica, cretina, imbecil, idiota, débil mental, mongoloide, retardada, excepcional e deficiente mental – história dos movimentos social”.

absoluta. Nesse sentido, a proibição, como é praticada, “é instrumento que tem por finalidade básica a proteção do patrimônio do incapaz, relegando-se a um segundo plano a sua personalidade, seus interesses existenciais” (LEITE, 2012, p. 420).

Como consequência desses instrumentos incompatíveis com as premissas do modelo social incorporadas na CF/88, as pessoas com deficiências intelectuais (a exemplo das pessoas com Síndrome de Down) e deficiências sensoriais (como a surdez e a cegueira), apesar de realizarem atividades autônomas, não podiam constituir família ou ter um planejamento familiar em decorrência da condição de vulnerabilidade e incapacidade presumida pelo ordenamento. Algo que vai se tornar objeto de reivindicações, levando em consideração as diferentes condições de vida e desenvolvimento dos sujeitos e não a presunção a partir da patologia médica. Esse cenário permanece até a LBI que tem dentre suas principais contribuições, a mudança do paradigma da incapacidade presumida para a capacidade plena da pessoa com deficiência.

#### 3.4 **Lei Brasileira de Inclusão: integração x inclusão**

Para entender os caminhos que levaram à criação da LBI, precisamos apresentar as contribuições dos movimentos sociais<sup>20</sup> no eixo da promoção da acessibilidade e da inclusão como pautas da efetivação de direitos humanos. Os direitos reconhecidos no texto constitucional se norteavam pela noção de integração, que na época representava a lógica para contrapor a exclusão social.

A ideia de integração iniciada especialmente no ramo educacional, consistia na maximização da participação das pessoas com deficiência através de espaços especializados, baseando-se nos princípios de Normalização, que representava a ideia de que as PCD's tinham o direito de “experimentar um estilo ou padrão de vida que seria comum ou normal à sua própria cultura” (SASAKI, 1997, p. 31). A solução seria criar espaços “separados” em que essas pessoas pudessem vivenciar “uma vida normal” e *Mainstreaming*, que representava o processo de inserir a pessoa com deficiência em diversas classes comuns de ensino, sem que efetivamente fosse integrado a uma delas. O movimento da Integração social no final dos anos 80 marcou os debates dos movimentos sociais, sendo um esforço para que as PCD's alcançassem um “nível

---

<sup>20</sup>O associativismo ou movimento associativo, primeiramente para surdos e cegos, que surgem na transição do modelo médico para o modelo social, se mobilizavam com recursos financiados pelos participantes para garantir acesso à educação, instrumentos sobre Braile e Linguagem de Sinais, cultura, lazer, esporte adaptado e a prestação de serviços qualificados e, posteriormente para fortalecer demandas políticas.

de competência compatível com os padrões sociais vigentes”, mas eram insuficientes para enfrentar a discriminação social.

A integração tinha e tem o mérito de inserir a pessoa com deficiência na sociedade, sim, mas desde que ela esteja de alguma forma capacitada a superar as barreiras físicas, programáticas e atitudinais nela existentes. Sob a ótica dos dias de hoje, a integração constituiu um esforço unilateral tão somente da pessoa com deficiência e seus aliados (a família, a instituição especializada e algumas pessoas da comunidade que abracem a causa da inserção social), sendo que estes tentam torná-la mais aceitável no seio da sociedade (SASAKI, 1997, p. 33).

Por essa lógica, a PCD seria aceita na sociedade desde que fosse capaz de moldar-se aos serviços educacionais disponíveis, ao trabalho, lidar com as atitudes discriminatórias, e, especialmente, desempenhar papéis com autonomia (que será discutida nos capítulos seguintes em conjunto com a independência da pessoa com deficiência), sendo esse o fundamento que será utilizado desde a disposição constitucional até a regulamentação pela Lei nº 7853/1989, que cria a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência. A responsabilidade recai em cima dos indivíduos para buscar os meios e instrumentos para se integrar, não sendo a questão da acessibilidade o objeto da pauta estatal.

A ideia de Acessibilidade era majoritariamente pautada pelos movimentos de pessoas com deficiências físicas ou mobilidade reduzida que demandavam alterações espaciais que pudessem promover os meios de integração social mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação. Por esse conceito, incorporado no Brasil pela Lei nº10.098/2000 (Lei de Acessibilidade), muito do que se compreendia por barreiras (arquitetônicas e comunicacionais) ficaram associados aos espaços e suas adaptações necessárias para se adequar às patologias/lesões dos sujeitos. Como parte do processo de embate às formas de discriminação, são criados instrumentos jurídicos no âmbito internacional e, posteriormente, nacional que buscaram ampliar a noção de barreiras para pessoas com deficiência.

No Brasil, o Decreto nº 3.956/2001, promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, que avança na construção de princípios pautados na inclusão social, contudo, que geram pouco ou nenhum efeito na legislação pátria. Consideramos que, efetivamente, a política de inclusão da pessoa com deficiência é inaugurada com a Lei 13.146/2015 que vai instrumentalizar especificamente a concepção de inclusão e como ela se dá nos diferentes âmbitos da vida social

dos sujeitos, apesar de formalmente ter sido iniciado com a promulgação da Convenção Internacional de Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo.

Vemos na legislação as premissas da inclusão social como o conceito de “*reasonable accommodation*”, que atribui ao Estado o dever de realizar modificações razoáveis para efetivar o exercício de direitos humanos às pessoas com deficiência e o reconhecimento ampliado, dos impedimentos de ordem física, mental, intelectual ou sensorial, limitam a plena e efetiva participação na sociedade, conceito fixado pelo modelo social (PIOVESAN, 2012, p. 32).

As normas que compõem a Convenção incluem três tipos de regras com efeitos diferentes e se dividem em regulamentos: a) de efeitos imediatos e que “revogaram o sistema normativo anterior ou criaram normas para aplicação imediata”, a exemplo o termo “pessoa com deficiência” adotado pela convenção passa sobre “portador” adotado pela CF/88; b) de condutas negativas do Estado com “conceitos para o futuro, comportamentos programáticos, que determinam ações no sentido indicado pelo Estado”, não sendo obrigado a cumprir de imediato, mas não podendo agir de forma contrária a eles; c) e de aplicabilidade da Convenção, na ausência de direito interno mais protetivo (ARAUJO, 2012, p. 53).

O conceito de inclusão social decorre de uma construção que presume fatores como solidariedade, consciência de cidadania, qualidade de vida, investimento econômico, pressão internacional, cumprimento da legislação, empoderamento, independência e autonomia, dentre outras condições que devem ser consolidadas para alcançar uma sociedade inclusiva que, para além dos espaços adequados, caminhe no sentido da superação da discriminação e valorização da diferença (SASAKI, 1997).

Considerando esses elementos, precisamos adentrar nos pressupostos de concepção da noção de inclusão na sociedade atual. Quem são os corpos capazes de terem autonomia e independência? Todas as pessoas com deficiência estão inseridas nessa ideia de inclusão? A partir desses questionamentos, consideramos relevante tratar dos processos de construção da ideia da deficiência até chegarmos nos parâmetros propostos que incidiram na Convenção e na LBI.

#### 4 CONSTRUÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Apesar de ser uma categoria aparentemente comum nas relações sociais e jurídicas, o termo pessoa com deficiência esconde complexidades semânticas e políticas, a exemplo da mudança de “pessoa portadora de deficiência”, “pessoa deficiente”, pessoas “especiais” dentre outras, para “pessoas com deficiência”, em superação ao que representam/representaram em diferentes processos históricos. Logo, para o estudo teórico, é uma premissa fundamental esclarecer que a própria a categoria “pessoa com deficiência - PCD” é um conceito em construção histórica e política e que a utilização de um determinado modelo de definição situa a pesquisa em um campo social específico, ao mesmo tempo em que se torna parte do movimento histórico e das suas relações materiais.

Numa rápida lógica indutiva, o que vem à nossa cabeça ao se pensar em pessoas com deficiência? Dada a devida utilidade exemplificativa, e raras as exceções, de imediato a figura de uma pessoa com deficiência física nos surge a mente, seja um cadeirante, uma pessoa com muletas ou com qualquer alteração física aparente.

Isso está atrelado a uma lógica da nossa percepção material do corpo e suas dimensões físicas. Essa percepção “auto evidente da deficiência” (KAFFER, 2015) pode ser compreendida a partir da filosofia ocidental na análise da relação dos sujeitos com a categoria corpo humano. O Corpo tem papel de destaque na formação histórica da humanidade, sendo objeto de estudo da Filosofia Grega Clássica, da produção religiosa e jurídica na Idade Média e nos estudos da Medicina no Estado Moderno.

Não pretendemos produzir uma historiografia do corpo, mas entender a construção do corpo da pessoa com deficiência a partir desses campos, no olhar crítico dos estudos sobre a deficiência como parte de uma retomada da história e do papel desse corpo no contar histórico, através da percepção dialética da história e não evolucionista.

A dialética da história proposta recorre à nostalgia do passado como método revolucionário de Walter Benjamin (LOWY, 2005) a partir das suas teses “Sobre o Conceito de História” (1940). Seu ensaio, ainda que fragmentado, é considerado um dos principais documentos do século XX por instigar pensamentos complexos através da metáfora poética sobre a trajetória histórica dos sujeitos revolucionários.

A filosofia (ou pensamento) benjaminiano converge elementos do romantismo alemão, messianismo judaico e do marxismo para construir uma teoria original e revolucionária na crítica à sociedade capitalista burguesa e à ideia de progresso a partir do papel ativo das classes “perdedoras”. Na visão pessimista da história, percebe um declínio da sociedade fruto

do processo técnico e econômico promovido pelo capitalismo e o apagamento da memória da existência dos grupos resistentes faz com que não se conceba “a revolução como resultado ‘natural’ ou ‘inevitável’ dentro do processo econômico e técnico, mas como a interrupção de uma evolução histórica que leva a catástrofe” (LOWY, 2005, p. 23).

No historicismo clássico somente os vencedores são lembrados. Então, para “radicalizar a oposição entre o marxismo e as filosofias burguesas da história, aguçar seu potencial revolucionário e elevar seu conteúdo crítico” (LOWY, 2005, p. 30), Benjamin defende honrar a memória dos “perdedores” no processo revolucionário utilizando-se do materialismo histórico para “escovar a história a contrapelo” e recontar no presente a memória como motivador da revolução social. “Os que em cada época dominam são herdeiros de todos aqueles que venceram no curso da história. [...] Não há um documento de cultura que não seja ao mesmo tempo um documento da barbárie” (BENJAMIN, 2012, p. 187).

Recontar a barbárie histórica tem como ponto fundamental alimentar a força da revolução, razão pela qual este estudo utiliza dessa premissa para trazer esse olhar revolucionário à memória da história da construção do corpo das pessoas com deficiência na sociedade neoliberal. Assim é possível refletir sobre algumas teorias que pensaram o corpo e perceber suas influências na construção da deficiência.

#### 4.1 **O corpo na filosofia clássica ocidental**

Desde a história associada ao primitivo, a deficiência aparece tratada pelo modelo mitológico, onde os corpos e mentes com lesões estavam associados ao divino, as diferenças eram alvos de atenção especial, seja o temor ou endeusamento, dotadas de exclusão ou eliminação, na medida em que afrontavam determinados modos de vida — o que também nos indica que a deficiência tem sido uma constante na história.

Essa constância, ainda que pouco registrada na historiografia clássica, não impede que possamos compreender as influências dessa relação na percepção atual, pois, conforme Omote (2004) a forma de tratamento das diferenças ao longo dos períodos constrói as categorias sociais e políticas do hoje.

Em “A Epopeia Ignorada” (1987), Oto Marques Silva expõe registros históricos em que a deficiência está associada ao “maligno”, “pecado”, “medo”, ridicularização e extermínio — a exemplo do relato de Wolfensberger sobre o povo Azteca, da época de Montezuma, com a existência de instalações separadas para homens e mulheres com deficiências, defeituosos, deformados, corcundas, serem provocados e ridicularizados ou ainda diversas práticas de

infanticídio assim que identificadas as deformidades ao nascer — ao mesmo tempo em que se documenta o início de uma medicina, ainda que arcaica, voltada a instrumentalizar a saúde — a exemplo da prática da trepanação craniana pelos Incas (abertura de um ou mais furos no crânio) e os rituais dos sacerdotes egípcios e curandeiros.

Também se identifica como exemplo da ausência de tratamento violento a tribo indígena de Xangga, na Tanzânia, que reconhecia os corpos com deficiência enquanto necessários para a manutenção da vida coletiva, por “satisfazerem” os espíritos malignos e garantir o equilíbrio da natureza (SILVA, 1987).

Os povos indígenas nativos norte-americanos não possuíam conceitos ou palavras para o que hoje se entende por deficiência. Em decorrência da ideia de que o “espírito escolhe o corpo que habita”, desde que o sujeito pudesse manter relacionamentos significativos de reciprocidade emocional ou atividade laboral, não era considerado “deficiente”. A reciprocidade e seus laços seriam o elemento da definição da capacidade (NILSEN, 2012).

Na mitologia grega, o deus Hefesto, filho de Zeus e Hera, governantes do Monte Olimpo, nasceu com deficiência física e teria sido atirado do alto Olimpo pela própria mãe ao constatar a deformidade física do filho. Em outra versão, teria nascido feio e, da queda do monte olimpo, decorreu uma lesão na perna que o deixou manco. Salvo pela deusa Tétis, desenvolve habilidades extraordinárias na forja e ferraria, que o fazem tornar-se reconhecido e respeitado como deus no Monte Olimpo e cultuado na *Polis* pela classe artesã. Além do mito de Hefesto, os sacerdotes e oráculos eram figuras relatadas como cegos ou ainda dotados de patologias mentais, possuidores de dons de adivinhação e, ainda, as tragédias gregas são fartas de personagens em que suas deficiências decorrem de práticas imorais/incorrectas, como Édipo e Fineu.<sup>21</sup>

Por essas construções, a partir das lições de Pournaropoulos, as deficiências neste período eram distribuídas entre os mutilados ou deficientes por questões relativas à guerra; os prisioneiros de guerra cuja deficiência provinha de alguma pena ou castigo, e os deficientes civis, por doenças congênitas ou adquiridas (SILVA, 1987).

Hipócrates (460 e 370 a.C.), considerado o pai da Medicina, fundou a primeira escola médica em Atenas e se destacou pela obra “Da doença sagrada”, que vai questionar o

---

<sup>21</sup>Fineu, rei de Trácia, tinha o dom da profecia dado por Apolo, ele revelou os segredos dos deuses e sofreu a ira de Zeus que tirou-lhe a visão e enviou as harpias para persegui-lo; Na tragédia de Édipo, quando descobre ser o responsável por matar o pai e casar com a sua própria mãe, Jocasta, retirou dois alfinetes de vestido da mãe e com eles perfurou os próprios olhos, afirmando ter sido cego por não reconhecer o verdadeiro presságio anunciado pelo oráculo. Na continuidade no mito de Antígona, sua filha, Édipo aparece como mendigo (SILVA, 1987).

modelo mitológico e tratar a partir da racionalidade a epilepsia, chamada de “mal sagrado”, relacionando-a a causas naturais que podiam ser tratadas e não à intervenção divina. “O cérebro é a origem dessa afecção”, pois ao ocorrer influxos de ar para o cérebro, haveria o aparecimento de convulsões, perda da voz e dos sentidos (CHAUI, 2002, p. 146).

O período pré-socrático, marcado pela concepção de harmonia e proporção, vai influenciar a concepção de doença e saúde e consolidar o tratamento médico no interior da vida humana no cosmo. “O médico leva em conta as estações do ano, a posição dos astros[...] os costumes referentes aos exercícios físicos e psíquicos, as instituições sociais, religiosas e políticas” (CHAUI, 2002, p. 152) e, por isso, uma parte fundamental dessa medicina hipocrática está na observação e individualização da doença/tratamento a partir dos hábitos e modo de vida.

A dietética<sup>22</sup>, aliada ao conceito pré-socrático de medida, se manifesta na ideia de moderação, onde a doença decorreria de uma ausência de moderação no corpo e na alma. Como forma de tratamento médico, alcançar a alma através da música, poesia, eram formas de retomar esse equilíbrio.

O mito atribui a Hefesto as grandes maravilhas decorrentes do trabalho do homem com a natureza, com a criação dos raios de Zeus, o Tridente de Poseidon e a armadura de Aquiles. Além do respeito e admiração, em retribuição a esse papel, Hera premia o “coxo” com o casamento com a deusa mais bela, Afrodite, ao mesmo tempo em que a pune. Dessa relação, Afrodite o trai com o deus Ares e os sentidos de legitimação e respeito, são substituídos por inferioridade. Apesar de reconhecido pelo Trabalho, não podemos afirmar a sua legitimação social, uma vez que na sociedade grega os trabalhos manuais eram desvalorizados e realizados pelos escravos, sendo associado a tortura, sofrimento, pena etc. (ARANHA; MARTINS; 1986, p. 56).

Essa relação se manifesta na Filosofia Clássica com o pensamento de Platão, que tomando os ensinamentos de seu mestre Sócrates de uma especulação filosófica menos centrada no cosmo e mais na natureza humana, concebe uma percepção dualista entre o corpo e a alma, colocando está última em superioridade e o corpo como aprisionamento da alma, suscetível ao erro e a falha.

A dupla natureza humana para Platão leva à construção da razão ocidental, pois somente por meio do intelecto (representado pela “alma divina”) é possível o desenvolvimento do conhecimento/Verdade. O homem — atribuiu ao filósofo a tarefa ordinária – deve praticar a racionalidade para alcançar o conhecimento, separando o mundo sensível (Zóa), coisas vivas

---

<sup>22</sup>Prática do cuidado de si, através da regulação do modo de vida, especialmente da nutrição na prevenção e no tratamento de doenças e na promoção da saúde.

e coisas visíveis do mundo inteligível (Eîdos), das ideias e formas mentais (CHAUÍ, 2002, p. 249).

O corpo, para o filósofo, é uma distração e está associada negativamente ao “mortal”, às necessidades naturais, enquanto a alma pertence ao “divino”. “Os verdadeiros filósofos se acautelam contra os apetites do corpo [...]; não têm medo da pobreza nem da ruína de sua própria casa, como a maioria dos homens, amigos das riquezas, nem temem a falta de honrarias e a vida inglória [...]” (PLATÃO, 1991, p. 28). Essa percepção “impura” do corpo, influencia na percepção atual sobre o corpo com deficiência na medida em que entende o corpo como um elemento do homem e atribui a ele carga semântica negativa, o que vai repercutir num negacionismo do corpo físico (CHAVES, 2020).

A relação corpo-trabalho e corpo-político vai estar presente também em Aristóteles<sup>23</sup>. Num caminho diferente de seu mentor Platão, o corpo e alma estão conjugados na percepção do mundo. Os seres humanos são dotados de sensibilidade e intelectualidade e essa percepção se constitui essencialmente por um movimento da alma no corpo, mesmo porque o corpo é constituído materialmente para que a alma, sua forma, exerça seus fins (CHAUÍ, 2002, p. 417).

O filósofo pressupõe a união corpo e alma, sendo papel do corpo a percepção cognitiva inicial a partir de sua fisiologia. O objeto externo causa movimento que afeta os órgãos sensíveis que o recebe e, simultaneamente, atinge a alma perceptiva que o reconhece sem, com isso, ser movida ou sofrer alteração. Não há nada que afete o corpo que não afete a alma, sendo a afecção perceptiva um claro exemplo disso (ARANHA; MARTINS, 1986).

A influência desses autores da dita tradição clássica para o pensamento reflexivo vai influenciar a filosofia moderna no período do Renascimento. Embora o método científico estivesse presente, a partir da Idade Moderna a filosofia sai das questões do Ser para as questões do Conhecer. Em antagonismo à percepção religiosa que predomina na Idade Média, dá-se maior valorização à Razão como instrumento de rompimento para buscar a verdade (ARANHA; MARTINS, 1986).

---

<sup>23</sup>A questão do corpo para o trabalho aparece mais relacionada a questão do escravo natural em Aristóteles, aqueles que por condição natural, deveriam realizar os trabalhos forçados. Muitas das considerações do filósofo vão no sentido de que, ao cidadão, o dever é com a Polis e a política, e o trabalho é algo que atrapalha esse compromisso, razão pela qual o escravo é fundamental a esse sistema. Para Aristóteles, o escravo é ao mesmo tempo uma propriedade e um instrumento “animado”. Segundo cita Giuseppe Tosi, no texto, “Aristóteles e a Escravidão Natural”, “[...] É, portanto, nesse contexto, que deve ser lida a discussão sobre a escravidão; a questão central de Aristóteles é entender e justificar a existência de âmbitos e formas distintas de governo do homem sobre o outro homem. Aristóteles quer definir e justificar a escravidão, mas também distinguir e preservar o espaço da liberdade dos cidadãos, os quais não podiam ser governados como se fossem escravos” (TOSI, 2003, p. 73).

Os valores de “naturalidade” e equilíbrio vão influenciar as percepções e representações das pessoas com deficiência em diferentes recortes históricos, mas a ideia de “deficiência” nos moldes que possuímos hoje não decorre de uma construção histórica uniforme. Como já mencionado, o modelo mitológico induz a associação da lesão com a intervenção divina como forma de justificativa da realidade posta. À medida que tais fenômenos são mais comuns e integrantes da vida social, recebem novas cargas semânticas. Nas passagens dos mitos gregos, os personagens com deficiência sofrem a segregação como parte de sua punição divina, mas não deixam de exercer atividades comuns da vida social – como o casamento, o trabalho etc.

A deficiência congênita sofria o pior destino, em decorrência das autorizações para o sacrifício ou devolução aos deuses (STIKER, 1999). Fazia parte da construção social “o deixar morrer” dos bebês que nasciam com deficiência como parte do ritual de purgação do pecado, mas muitas famílias, especialmente em Atenas, motivadas por sentidos de ética e justiça, mantinham o cuidado desses sujeitos frutos da criação da natureza.

A filosofia de Zenão de Cítio (c.332-265 a.C.) do Estoicismo fundada em Atenas Helenista no início do século III a.C é responsável por essa relação de convivência com a natureza e o que dela decorre. O estoicismo propunha que os homens vivessem em harmonia com a natureza, ou seja, viver em harmonia consigo próprios, com a humanidade e com o universo, segundo o *logos*, que é o tudo em todos (ASSMANN, 1994, p. 30).

Em decorrência da crise política da *polis* grega, aliada a impossibilidade de participação direta dos cidadãos – aumento populacional e descentralização do governo -, o papel do espaço público/político vai perdendo prestígio para o núcleo familiar privado e o problema individual. A felicidade não iria decorrer mais da política/coletivo nem do ideal contemplativo da filosofia. Se estabelece, então, valores éticos comuns a partir da veneração do cosmos e do ser humano universalizado.

Os elementos do estoicismo vão estar integrados nas primeiras manifestações do cristianismo numa perspectiva de sacralização do corpo e do núcleo familiar a partir de valores éticos comuns. Assmann (1994) percebe uma similaridade entre *logos* (uma ideia de valor intrínseco ao humano) e a ideia cristã da criação do homem à imagem e semelhança de Deus – portanto digno de valorização.

Para além de livres e escravos e de gregos e bárbaros, estabelece-se uma comunidade natural, que é, ao mesmo tempo, unidade religiosa. Assim, nascem contemporaneamente o indivíduo e o cosmopolita. O ser humano já não é o ser da cidade (o ateniense já não é de Atenas...), mas um cidadão do mundo. E, como tal, eis um novo dogma que se anuncia: todos os homens são iguais, irmãos, pois todos estão

sob o mesmo *logos*, e isso – insista-se nasce antes do cristianismo, embora depois se fortaleça com ele, com outra fundamentação. Esta é a matéria – helenista e cristã – da igualdade moderna (ASSMANN, 1994, p. 30).

Por isso, nos registros históricos tradicionais parecem não possuir de forma clara a “pessoa com deficiência”, que estava “diluída” entre formas distintas de compreensão do natural: resguardados pelo núcleo familiar, aqueles em que as lesões não eram impedimentos para a sobrevivência e podiam exercer atividades de labor; e o pobre, o monstro e o criminoso, que vão ser objeto de tutela (STIKER, 1999).

O “desequilíbrio corporal” vai aparecer em elementos diferentes como parte da construção de ideias sobre a saúde, doença e a monstruosidade (mitológica e religiosa), razão pela qual conclui-se a necessidade de compreender a partir dessas últimas categorias a forma de representação e tutela da deficiência.

#### 4.2 Representações e a tutela da deficiência

O desenvolvimento médico arcaico em prol da compreensão da natureza permite alguns avanços que podem ser percebidos pela estruturação de práticas de tratamento dos feridos de guerras e de algumas doenças tradicionais – dermatoses, tuberculose, nefrite, hepatite e a cegueira<sup>24</sup>. Nenhuma dessas representações, entretanto, se constituem na deficiência no sentido que nos é comum, pois não eram todas as doenças que eram percebidas e tratadas (“curáveis”), a deformação por vezes estava atrelada mais ao incomum e diferente (a exemplo dos povos indígenas, orientais e negros) do que à associação atual com a “doenças/lesão”.<sup>25</sup>

##### 4.2.1 *O Pobre, o Leproso e o Monstro como objeto do assistencialismo religioso*

É na Idade Média que o corpo vai efetivamente se constituir enquanto um campo de disputas significativas em meio a doutrina do Cristianismo, que o glorifica e reprime, sistematizando instituições e comportamentos que no século XIX e XX vão marcar as grandes revoluções sociais. A Cultura e o “comportamento pagão do povo” exalava noções de relações de aproximação e naturalização do corpo, a ponto de sacralizar excrementos, definir a vida a partir do convívio comum e exultação da vida íntima e sexual, razão pela qual a doutrina do

<sup>24</sup>Ao mesmo tempo em que a cidade-estado prestava pensões e tratamentos médicos aos feridos de guerras e doentes, que estavam impedidas de obter sustento próprio, aprovados pelo Conselho Ateniense, a deformação congênita era exposta a exclusão, limitados ao ambiente privado/familiar (STIKER, 1994; SILVA, 1987).

<sup>25</sup>A cegueira e a surdez, entendidas hoje como deficiências, receberam tratamentos distintos, como bênçãos, ou ainda não sendo consideradas impedimentos ao trabalho (STIKER, 1994).

Cristianismo tem no processo de renúncia do corpo a principal ideologia<sup>26</sup> (GOFF, TRUONG, 2006, p. 37-38).

O corpo medieval não era “corpo-ferramenta”, “corpo-consumidor” e era definido como um corpo preguiçoso pelos sistemas econômicos posteriores, a serventia estava inserida numa prática de agricultura familiar de subsistência e a moralidade específica de controle do corpo ainda não estava constituída nos tabus religiosos (RODRIGUES, 1999).

A própria figura do trabalho estava entre o castigo e a glorificação: às vezes definido pelo *labor* (trabalho penitência) e outras por *opus* (obra do criador divino). O sistema de produção feudal que substituiu o sistema escravocrata não dá outra significação à serventia, que consistia na obrigação do servo de cultivar e dar ao feudo a produção para acúmulo e eventualmente troca. Com isso, assim como para Aristóteles, que justificava a escravidão para exercício desse labor, criam-se formas de justificação da exploração dos servos pela ordem divina e penitência pelo pecado original (GOFF; TRUONG, 2006, p. 64-65).

Dentre as contradições, o Cristianismo, especificamente a partir da Bíblia no Novo Testamento, agrega noções éticas na relação sujeito-corpo na medida em que retira a culpabilização individual da consequência da patologia, condena o infanticídio e moraliza os vínculos com as pessoas doentes/com deficiência através da caridade e solidariedade.<sup>27</sup>

Os hospitais (Maison Dieu) e as casas para os pobres se multiplicaram nesse período ligado aos mosteiros, bispados, lordes e conventos, preocupados com o fenômeno das epidemias e a sistematização da caridade. Inicialmente como instituições de cuidado e proteção, davam comida, supervisão e, às vezes, criavam as crianças necessitadas. A partir do séc. XV e XVI se especializam no tratamento da doença através da exclusão social dos leprosos (STIKER, 1994; LE GOFF; TRUONG, 2006).

As pessoas com algumas deficiências que podiam trabalhar não eram objeto de segregação institucionalizada. Dentro dos feudos, a prática de dar esmolas e da mendicância por quem estava impedido de trabalhar fazia parte da organização interna, havendo inclusive regulamentações que impediam “enganar as pessoas” com o falseamento do impedimento (ALVES, 2015). A deformidade/deficiência enquanto fenômeno natural (seleção natural) era

---

<sup>26</sup>Essa renúncia do corpo não vem em processos pacíficos, diversos movimentos especialmente no meio rural crescem e se fortalecem como práticas ditas obscenas, exaltação do burlesco e grandes banquetes. O Carnaval é um dos elementos desse campo de disputa pelo corpo, pois era a festa pagã onde essas práticas ocorriam e são ressignificadas pela Igreja, com simbolismos como o jejum e a Quarta-Feira de Cinzas (GOFF, TRUONG, 2006, p. 59).

<sup>27</sup>As Santas Casas de Misericórdia são instituições que surgiram de ordem prioritariamente caritativa e existem até hoje sob essa condição. “A perspectiva de auxílios aos mais necessitados e enfermos foi uma bandeira poderosa para esta instituição que teve como fundamentos os postulados básicos da Idade Média” (CHAVES, 2020).

excluída dessas instituições (a exemplo da paralisia e pessoas acamadas — difíceis de provar e facilmente manipuláveis —, o coxo, com um braço só, e cegos) por não constituírem formas de doenças (STIKER, 1994, p. 79).

Fora do sentido doença/caridade, outras deficiências estavam representadas no cômico e, posteriormente, na monstruosidade medieval do final da Idade Média. Antes do processo de civilização dos comportamentos, a tradição pagã consistia em práticas percebidas hoje como antiéticas e não civilizadas. No riso, na comédia e no artístico teatral das ruas, os corpos deformados e a “loucura” faziam parte do divertimento público.

Os bufões ou bobos da corte, em geral a pessoa mais “feia” ou “mais fisicamente deformada”, eram pessoas com nanismo (anões) dentre outros “aleijados” que serviam ao divertimento dos reis e senhores feudais através da representação do ridículo e do estúpido no mundo humano, inclusive sendo os únicos a ofender e debochar do poder do Rei e da Igreja com suas permissões (LEITE JÚNIOR, 2006).

O processo de “civilização” dos costumes nesse período vem com a atribuição de trazer distinções entre os grupos sociais, as práticas da corte distinguem a nobreza, “o desejo de intimidade é uma invenção das classes dominantes, ponto central de uma mentalidade individualista e pedra angular de um sistema econômico e político” (RODRIGUES, 1999, p. 128). O estudo de Norbert Elias (1994), “O Processo civilizador: a história dos costumes”, sistematiza algumas mudanças não lineares que inicialmente parecem espontâneas, mas servem à imposição de poder à aristocracia.

Cortesias referia-se inicialmente às formas de comportamento que se desenvolveram nas cortes dos grandes senhores feudais. [...] Com a lenta extinção da nobreza guerreira baseada no cavaleiro e no senhor feudal e a formação de uma nova aristocracia de monarcas absolutos no curso dos séculos XVI e XVII, o conceito de civilidade elevou-se lentamente à categoria de comportamento social aceitável. [...] O refinamento da conduta diária tem sua importância como instrumento de diferenciação social (ELIAS, 1994, p. 111).

A separação entre o bem e o mal — que já estavam constituídas na igreja através dos tabus da sexualidade (castidade, virgindade, mulher submissa e responsável pelo pecado original), do sangue (impossibilidade de estudos ou práticas medicinais como a sangria), do dinheiro (impureza do comércio, dinheiro ilícito), do riso (associado ao corpo e o corpo é fonte de pecado) dentre outras tantas práticas pecadoras — vão influenciar o dualismo civilidade e barbárie, incorporando a ritualização das práticas diárias: casamento, sexo, alimentação (pôr a mesa, usar talheres, não arrotar), não expor as partes íntimas, separar os espaços e cômodos da

casa, comportar-se na missa e não fazer práticas íntimas de forma pública (LE GOFF, TRUONG, 2006; ELIAS, 1994; RODRIGUES, 1999).

Nesse contexto, a pessoa com deficiência vai estar inserida em diferentes óticas sendo especialmente gerida no Estado Absoluto pelas categorias da pobreza, monstruosidade e criminalidade. A pobreza vai ser reconhecidamente um problema social a partir do crescimento das cidades (burgos) pelo fortalecimento do comércio e conseqüente acumulação de capital. As condições precárias de vida e servidão que no campo eram comuns, na cidade tornam-se objeto de “repúdio”.

Até então, as classes se regiam pela concepção da destinação divina e a caridade dos nobres e do clero com os servos eram formas eventuais de compaixão. Porém, através do trabalho e do capital, “a classe média” inicia sua ascensão e a pobreza passa a ser associada ao não exercício laboral. Criam-se os sistemas de caridades, onde a “esmola” deixa de ser entregue diretamente para ser administrada por grupos religiosos dedicados à caridade, objetivando criar mecanismos que permitissem que a pobreza fosse regulada enquanto modo de vida e controlada como problema social (ALVES, 2015).

O pobre não é, em sua totalidade a categoria pessoa com deficiência, mas passa a ser classificado segundo sua invalidez ou sua falta de integração ao processo produtivo.<sup>28</sup> O sistema de caridades e hospitais são criados para atender os indivíduos incapazes de trabalhar ou que não possuíam renda suficiente para sustentar a si mesmos. Aqueles que não possuíam inaptidões ao trabalho, que serão também chamados de “vagabundos” ou “vadiagem”, são discriminados.

Percebemos que os ditos incapazes para trabalhar vão se difundir na tutela dos hospitais urbanos e leprosários para “afastar o pobre e suas marcas da indignidade e fracasso do convívio comum, limpando as cidades de seus traços degradantes” (ALVES, 2015, p. 53). Stiker (1994) aponta que as grandes epidemias da Idade Média também serão responsáveis pelo processo de segregação, não pela deficiência em si, mas pela associação da doença com a pobreza.

Mencionamos que a medicina exercida neste período, dentro de uma série de limitações da Igreja, se baseava na análise do modo de vida do sujeito e na “soberania do olhar”,

---

<sup>28</sup>A Lei dos Pobres de 1601 na Inglaterra, instituiu uma taxa a ser paga pelos cidadãos em benefício dos pobres ou um subsídio em dinheiro. Os pobres eram considerados as pessoas em situações de necessidade como velhos, enfermos e órfãos. Os pobres ‘capacitados’ desempregados, cabia às Paróquias ajudá-los a retornar ao mercado de trabalho. O governo inglês cria o Act of Settlement (Decreto de Domicílio) de 1662, para impedir a mobilidade das pessoas pobres, obrigando-as a se concentrarem nas paróquias. Impedia os pobres de se mudarem de domicílio, e as paróquias de os expulsarem (SERAFIM; ALVES, 2017).

que consistia na percepção da doença pelo corpo. As denominadas “medicinas das epidemias” vão colaborar para a “medicina das classes sociais”, na medida em que vão elencar modos de vida e hábitos comuns associados às diferentes classes (FOUCAULT, 2021). A Idade Média é repleta de epidemias e endemias que empilhavam corpos nas cidades, a exemplo da Peste Negra, mas parece importante dar especial destaque às formas de produção sobre o leproso.

O Leproso (que a época representava tanto o doente de hanseníase quanto de uma série de doenças de pele) era ser considerado um pecador, que leva em seu corpo as marcas do pecado sexual (geralmente associado à realização de prática sexual nos períodos proibidos como quaresma, vigílias etc.). Com sua desfiguração e perda de membros e por ser vetor de uma doença altamente contagiosa incurável à época, torna-se objeto de uma forte política de exclusão.

A figura do impuro e do herege vai servir de metáfora religiosa para exemplificar a segregação e a punição cabível aos pecadores e fortalecer a necessidade da proteção religiosa. Como estigma do pecado, morria em vida e perdia qualquer direito jurídico: “pela cerimônia da morte civil, o leproso se tornava um morto-vivo, privado de seus bens, distanciado de sua família e de seu ambiente social e material” (LE GOFF; TRUONG, 2006, p. 107), Sendo obrigatório e previsto em Lei o isolamento do leproso, mais de 2 (dois) mil leprosários se espalharam pela França em 1226 em dimensões de vilas, hospitais e colônias em montanhas e regiões remotas. Sob a gestão de entidades religiosas, representava mais um processo de exclusão social do que efetivamente sanitário, pois se baseava em valores morais e espirituais.

Outra categoria que se associa a isso é a monstruosidade, que no final da Idade Média deixa de estar nos elementos imaginários para agregar valores negativos aos sujeitos mais próximos. As deformações corporais que estavam em campos do “espetacular” e “cômico”, com a intensificação do poder da igreja passaram a ser associadas ao monstro e ao demoníaco (LEITE JÚNIOR, 2006). Monstro, do latim *monstra* (mostrar, apresentar) ou *monstrum* (aquele que revela, aquele que adverte) vai servir à manutenção dos tabus do corpo, especialmente da sexualidade, como frutos das atividades sexuais pecaminosas e impuras.

A ambiguidade permanece como constante no monstro, mas uma ‘constante variável’. No século XV, abre-se uma fenda: o monstro tende a instalar-se num único lado do mundo e pactuar com o diabólico. A partir do século XIV, efetivamente, a ideia de um cosmo harmonioso sofre embate da evidência de desarmonia: pestes, massacres, onipresença da morte. [...] A confusão religiosa, a obsessão do fim dos tempos, a ideia fixa de Anticristo leva as massas a oscilarem de um excesso, de uma violência a outra: da extrema piedade à extrema imprudência, da penitência ostensiva ao gozo desenfreado, da devoção ao sacrilégio (KAPPLER, 1993, p. 424).

Claude Kappler no livro “Monstros, Demônios e encantamentos no fim da Idade Média” (1993) expõe que a partir do século XVI, com o racionalismo renascentista, a monstrosidade medieval se desloca para os mais próximos, para produzir o medo e a exclusão das anomalias fisiológicas e mentais que atentavam contra a moralidade racional e natural. “Os bobos da corte primeiro tiveram suas deformidades associadas ao Mal pela Igreja ainda na Idade Média e depois, a partir do Renascimento, estes corpos estranhos e desengonçados exprimem a inferioridade sócio existencial de tais pessoas” (LEITE JÚNIOR, 2006, p. 11). Ainda no século XVI, se distinguem as espécies monstruosas dos monstros individuais, classificação adotada por Santo Agostinho, para identificar aqueles “frutos da depravação”, sendo muitas dessas pessoas nascidas com patologias.

A monstrosidade que é construída na Idade Média para parametrizar os comportamentos éticos, morais e religiosos ganha novas atribuições com o racionalismo, servindo a novas percepções científicas que se ocupavam em distinguir o ser humano civilizado do outro, do monstro, do anormal, que se manifestava através da deformidade e dos comportamentos irracionais.

#### 4.2.2 *A política de institucionalização do Criminoso e do Louco*

As instituições religiosas desempenharam um papel importante na criação dos hospitais que ganharam notoriedade como espaço para manutenção de cuidados assistenciais a pessoas que se encontravam doentes, pobres ou vulneráveis na sociedade. Porém, não podemos ignorar que, ao lado delas, as prisões serão o outro local para gerir os corpos daqueles que desviam do comportamento civilizado que se instala na sociedade moderna e, por isso, precisamos compreender o papel dessas instituições.

Vimos que as mudanças econômicas alteraram significativamente a forma de tratar o sujeito, especialmente a partir do acúmulo capital do comércio (corporações de ofício) e do mercantilismo, com o fortalecimento da burguesia e a superação do modelo econômico feudal.

O poder disciplinar que se dá como forma geral de dominação no final do século XVII ao XVIII, muito associado ao fenômeno da “civilização” apontada por Nobeit Elias, tem no corpo uma anatomia política que permite o poder soberano aumentar a utilidade econômica e diminuir a desobediência: diferente de um poder “de não fazer”, definiu-se “o que fazer”.

A sanção normalizadora é o conceito trabalhado por Foucault para compreender as dinâmicas em volta do controle dos desvios, através da homogeneização pelo poder disciplinar,

que “[...]os atos com exatidão, avalia os indivíduos ‘com verdade’; a penalidade que ela põe em execução se integra no ciclo de conhecimento dos indivíduos” (FOUCAULT, 2014, p. 178).

Esse controle vai definir o pobre, o monstro e o criminoso de forma instrumentalizada, transformando o problema social em um problema individualizado, centrado no sujeito individual e nas estratégias de contenção – separação, alinhamento e vigilância. A “Loucura” é um exemplo evidente dessa estrutura, que vai abarcar tudo que estava na delinquência, desde os crimes passionais, aos delitos sexuais, para definir os comportamentos agressivos ou de autopunição, as perversidades e os impulsos criminosos (FOUCAULT, 2017). Em *Os Anormais* (2010), Foucault apresenta três figuras que categorizam os processos ideológicos que marcam a construção dos indivíduos desviantes no estado moderno, destacando as convergências entre a Medicina e o Direito nos processos de responsabilização e patologização dos sujeitos. São elas o Monstro Humano, a Criança Masturbadora e o Indivíduo a ser corrigido.

Os valores morais, religiosos e mitológicos se misturam na construção do Monstro Humano, que representa um sujeito que desafia as leis naturais, por praticar atos moralmente inconcebíveis ou por aparentar uma subversão das leis naturais<sup>29</sup>. “A monstruosidade é essa irregularidade natural, que quando aparece, o direito é questionado, o direito não consegue funcionar, [...]. Assim, a desordem da natureza abala a ordem jurídica, e aí aparece o monstro [...]” (FOUCAULT, 2010, p. 54-55).

A figura da Criança Masturbadora, que data da passagem do século XVIII para o XIX, reflete sobre o controle do dispositivo da sexualidade no seio da família nuclear burguesa. A família, atuando na vigilância e controle do corpo e atravessada pelas instituições cristãs, afastava todos os prazeres do corpo como algo pecaminoso, que não devia ser comentado. A vigilância silenciosa dos corpos deixa de ser algo no núcleo familiar para ser tratado no âmbito da patologia. O “onanista” foi a figura de fabulação científica, que segundo o ideário médico burguês vitoriano podia desencadear patologia mental, debilidade física ou vício moral.

---

<sup>29</sup>Os monstros também evidenciam o fascínio da sociedade nas figuras que atingiam os padrões da racionalidade, algo que vemos lembrando a repercussão midiática dos crimes do “Jack, o estripador” que povoam a produção cultural até os dias de hoje, mas também, sobre a exposição dos corpos diferentes, cômicos ou assustadores, como parte do lazer moderno. Não à toa, desde o sec. XVII as exposições de aberrações foram comuns no Reino Unido e em toda a Europa, com corpos deformados, indígenas, povos orientais e negros escravizados, até 1970, especialmente nos Estados Unidos, onde “Freaks shows” se popularizaram através do showman Phineas Taylor Barnum. Rosemarie Garland Thomson, em *Freakery: Cultural Spectacles of the Extraordinary Body* (1996), através da concepção sobre a genealogia do discurso da aberração (freak discourse genealogy), estuda a mudança de sentidos que os corpos extraordinários têm ao longo do tempo a partir de diferentes interesses socioeconômicos, e como a partir do discurso científico o corpo extraordinário sai da mídia cultural para as mesas cirúrgicas e toda forma de intervenção médica (voluntária ou não) em busca do padrão de normalidade corporal.

Os instrumentos de controle da sexualidade são um dos pontos fortes da teoria foucaultiana para entender como o sexo é tratado na esfera política, em uma questão econômica e social da população. Esse modelo de intervenção biológica e econômica através de diversas estratégias como o controle da reprodução, heterossexualidade e a legitimidade matrimonial é aplicado a ambos os sexos, idades e classes sociais para correção social. A psiquiatrização do prazer perverso será a base de uma série de intervenções médicas, internações e instrumentos para correção dos indivíduos desviantes (FOUCAULT, 2017).

A sexualidade das pessoas com deficiência se insere nesse contexto, a exemplo do mito de que pessoas com Síndrome de Down tem a sexualidade mais afluada — utilizado para deslegitimar as capacidades das pessoas com deficiência intelectual de constituírem famílias, terem relacionamentos e se manifestarem sexualmente livremente — ou, ainda, sobre a legitimação da esterilização compulsória e outras intervenções médicas — que se justificariam por evitar que pessoas com deficiência possam gerar filhos que não tem condições para criar, em razão do receio da violência sexual contra pessoas vulneráveis e pela presunção de incapacidade.

Por fim, destacamos a construção do Indivíduo a Ser Corrigido, simultaneamente produto e meio das intervenções do sistema disciplinar. Por ser um fenômeno normal, ele é espontaneamente incorrigível, o que demanda a criação de tecnologias para a reeducação — uma forma de “sobrecorreção” que lhe permita a vida em sociedade. É justamente através dessas categorias de Anormais que são legitimados os espaços de correção e que serão atravessados pelos campos do saber.

A prisão terá esse papel de correção, especialmente em relação à criação de novos instrumentos de dominação sobre o corpo que não mais se dão pela força direta e violenta, mas sim pela docilização dos corpos. Precisamos recordar que a noção de crime e pena na Idade Média nascia do misto entre o pecado e a barbárie. Logo, a política criminal do séc. XII ao XVIII baseava-se na consolidação da identidade criminosa das bruxas, pagãos e hereges, utilizando do medo para manutenção do controle e com a necessidade de “humanização” das penas, “o corpo suplicado, esquartejado, amputado, [...] exposto vivo ou morto, dado como espetáculo”, desaparece como alvo principal da repressão penal” (FOUCAULT, 2014, p. 13).

Para isso, na racionalidade moderna, o delito passa a ser definido enquanto fato jurídico e a jurisdição penal se consolida enquanto espaço legítimo para a atribuição dos delitos e das penas. O jusnaturalismo e o contratualismo vão fundamentar a noção de pena sob a perspectiva da autonomia do ser humano – livre e capaz para a prática dos atos – e enquanto

atribuição do Estado Moderno decorrente do pacto do contrato social<sup>30</sup> – garantidor da segurança coletiva.

O Estado detém a legitimidade para regular os indivíduos de forma a evitar a vingança e o uso das próprias forças. “Forja-se neste momento, uma tentativa de respeito absoluto aos princípios de proporcionalidade e da legalidade” (SANT’ANA; SILVA JUNIOR, 2019, p. 309). A Lei é a forma mais racional de definir o delito e, como punição, as prisões surgem com o intuito de sacrificar o bem mais fundamental do indivíduo — a Liberdade — e garantir a segurança de todos.

Com o vazio dos leprosários no final da Idade Média, os hospitais, vilas e “cidades malditas” afastadas das cidades passaram a receber um novo público excluído dentre os pobres, vagabundos, presidiários, e os alienados (FOUCAULT, 2017). No mesmo processo em que a prisão se mostra a saída racional para punir os desviantes, as casas de correção, manicômios e hospitais gerais tornam-se os espaços para enviar os loucos e todos aqueles que não podiam ir para as prisões pela ausência da capacidade racional, pressuposto da responsabilização criminal moderna.

As prisões e os manicômios através do processo de institucionalização serão (e em certa medida ainda são) os espaços de tutela da deficiência e dos corpos diferentes com o papel de atribuir-lhes utilidade. Os pobres, os vagabundos, que não se ocupavam e não trabalhavam, serão depositados nesses espaços, que servem de residência, administrados por processos disciplinares e que tem o trabalho como forma de preencher o tempo ou castigo, “a fabricação de indivíduos máquinas” (FOUCAULT, 2014).

Os sistemas disciplinares inseridos na funcionalidade econômica, na possibilidade de exercer o trabalho e por meio dele se estruturar as relações sociais, se aproveitaram dos sistemas de contenção dos delinquentes para criar instituições úteis para o sistema econômico, os pobres, os miseráveis, os loucos, os delinquentes serão coagidos a trabalhos forçados em instalações, como hospícios e prisões, para reintegrar-se à sociedade, “[...] devendo então ser ocupados ou internados para regular uma economia que ciclicamente entra em crise [...]” (MOURA, 2013, p. 30).

A institucionalização faz parte dessa lógica econômica-social de uma reutilização do corpo que estava ocioso na sociedade, como também vai servir para gerenciar o espaço

---

<sup>30</sup>A Teoria do Contrato Social é fruto das mudanças socioeconômicas decorrentes do iluminismo que levam os teóricos a debruçar-se sobre a origem da legitimidade do Estado e do Poder Soberano. Da saída do estado de natureza para a organização estatal, os teóricos contratualistas, com destaque para as obras de Thomas Hobbes (1651), John Locke (1689) e Jean-Jacques Rousseau (1762), marcaram o período dos séculos XVI e XVIII por pensar as origens da legitimidade do poder do Estado, o papel do povo e do indivíduo ao compor o estado civil.

privado, que não pode mais servir de suporte para as pessoas com deficiência. No século XIX, a família, que assumia a responsabilidade da criança, do idoso e da pessoa com deficiência, não pode mais suportar o fardo e o peso desse cuidado (STIKER, 1994).<sup>31</sup>

Os sistemas disciplinares serão atravessados pela produção do saber, que vai atribuir concepções científicas/biológicas para os processos de institucionalização. Na necessidade de apresentar justificativas para a prática dos delitos, a Criminologia Positivista procura no determinismo biológico e na construção do delinquente nato os argumentos que expliquem as práticas criminosas, consolidando o “diferente” e o “desviante” enquanto sujeitos naturalmente criminosos. A partir desses fundamentos, deixa-se de tratar da responsabilidade moral para tratar de uma responsabilidade social e garantir o “tratamento adequado” para a diversidade ou anomalia dos autores de crimes (BARATTA, 2014, p. 38).

A Escola Italiana de Criminologia, com destaque para Cesare Lombroso e a teoria do “homem delinquente” (1876), consolida o criminoso como objeto do estudo criminológico. Sendo fundador da Antropologia Criminal, Lombroso se ocupou no estudo criminológico da espécie humana a partir de suas características físicas e seus antepassados, como num estudo biológico e zoológico do delinquente (SANT’ANA; SILVA JUNIOR, 2017; BARATTA, 2014).

A Teoria das Degenerações desenvolvida pelo psiquiatra Benedict Morel (1857) apresenta no campo da psiquiatria as degenerescências físicas, intelectuais e morais da espécie humana como forma de “substituir uma classificação sintomática por uma classificação etiológica das enfermidades mentais [...] a degeneração se manifestava no corpo por marcas exteriores – a cor da pele, a altura, o tipo de cabelo- e por marcas comportamentais – a preguiça, a indolência, as alienações mentais- [e] era transmitida de geração em geração” (CAPONI, 2012, p. 82).

Por esses motivos, os sujeitos já não são objetos do simples saber científico, mas do campo da intervenção médica para a garantia da saúde. Esse condicionamento médico e social é uma parte essencial do controle disciplinar desenvolvido durante o séc. XIX, fruto do saber intelectual, especialmente da Medicina, que vai catalogar e tratar o louco e o criminoso como doentes e, como isso, fundamentar a estrutura de definição biológica da deficiência. Assim, precisamos compreender as razões e estruturas que fazem a deficiência deixar de ser

---

<sup>31</sup>A família que cuidava, também foi o espaço da viabilização das primeiras estruturas educacionais de treinamento corretivo (*remedial training*) e reabilitação (*rehabilitation*), direcionadas as pessoas com deficiência que as instituições não entendiam enquanto “doente”, havendo uma clara separação entre a “deficiência” (*disability*) e “deformidade” (*deformity*) (STIKER, 1994).

um problema diluído nas categorias sociais para ser uma categoria associada ao doente/patológico.

#### 4.3 **A Saúde do Proletário e o Modelo médico individual**

A associação entre a deficiência e a doença surge com discurso médico individual que concentra os saberes sobre o corpo humano e sua condição de saúde, gerando categorias que serão incorporadas na legislação como classificação das capacidades e acesso à direitos. Essa transição de categorias fica ainda mais evidente quando vemos os diferentes termos utilizados na língua inglesa para distinguir as condições físicas dos sujeitos.

No inglês, conforme classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) o *Impairment*, representa qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, *Disability*, a Incapacidade, qualquer restrição ou falta de capacidade para realizar uma atividade da maneira ou dentro da faixa considerada normal para um ser humano, e *Handicap*, o resultado quando um indivíduo com deficiência não pode cumprir uma vida normal (WHO, 1980). Esse padrão de normalidade que irradia na concepção da deficiência tem fundamento na relação do corpo com o trabalho e sua necessidade produtiva, pois numa economia capitalista, a grande máxima da utilidade humana é ser útil ao trabalho.

O pensamento de Marx parte da relação do homem com o trabalho no contexto do viver em sociedade, pela capacidade do homem de produzir, renovar e usar a natureza, exercer controle sobre o meio natural para satisfazer suas necessidades, desempenha um papel na determinação da superioridade e dominação do homem sobre a natureza (ENGELS, 1984, p. 21-22). Porém, o trabalho não é fruto de uma concepção meramente Natural<sup>32</sup>, mas sim como parte de um processo histórico sobre o nosso modo de produzir. Com o modo de produção capitalista, o homem sai de um papel em que o seu produto é o motor das trocas sociais, para transformar seu próprio corpo em moeda de troca, o corpo através da força de trabalho tem um valor (salário) e é alienado para valorização do capital (MARX, 2001).

Nessa noção de corpo produtivo, vemos que a deficiência, que estava em campos diversos do conhecimento e da gestão do Estado, passa a ser delimitada a partir de um antagonismo entre o corpo que é funcional ao trabalho lucrativo e ao que não é — o que vai se manifestar de forma mais evidente com a Medicina Social.

---

<sup>32</sup>Para Marx o trabalho expressa a humanidade, num processo constante de produção da vida, numa relação natural e social que é constante na história e é a raiz do ser humano, mas do que seres políticos, somos seres que trabalham e vivem do trabalhar – mudar a natureza para satisfação das necessidades humanas (MARX, ENGELS, 1998, p. 23).

Até o momento, passamos sob várias formas de compreensão da doença, deixando claro que durante muito tempo deficiência e doença não eram tratadas como causa-consequência, mas sim a partir da industrialização e da expansão do trabalho assalariado que a doença é instrumentalizada dentro do que Foucault definiu como processos da Biopolítica. A Governamentalidade liberal como instrumento da biopolítica diz respeito a esse exercício do governo com o intuito de definir as normas sobre a vida humana (como controle de natalidade, mortalidade, intervenções médicas obrigatórias e a capacidade laboral) e controlar as condutas (com a proibição da “vagabundagem”), na relação poder-dominação por meio de aparelhos específicos de um conjunto de saberes (saúde, medicina, direito) e sob a influência de interesses evidentemente liberais e capitalistas de melhoria da produtividade.

Quando falamos em biopolítica, estamos nos referindo a um tratamento do homem enquanto espécie, biológico que considera sua existência e suas relações sociais em geral, se preocupando com as condições físicas e com os recursos disponíveis para a sobrevivência. Não cabe somente ao indivíduo gerir seu corpo e sua vida social, mas a uma nova política norteadada pela lógica médico-biológica, que estabelecerá como o corpo deve estar na sociedade, através das concepções de saúde e valorizando a relação médico-doente:

Ao que essa nova técnica de poder não disciplinar se aplica é – diferentemente da disciplina, que se dirige ao corpo – a vida dos homens, ou ainda, se vocês preferirem, ela se dirige não ao homem-corpo, mas ao homem vivo, ao homem ser vivo [...] a disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais [...] a nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma [...] uma massa global, afetada por processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. (FOUCAULT, 1999, p. 289).

O biopoder não se sobrepõe ao sistema disciplinar, havendo uma gestão simultânea em que o sistema disciplinar condiciona o sujeito individual, enquanto a biopolítica se propõe à massificação do controle sobre a vida humana. Ambos têm um papel fundamental na consolidação do modo de produção capitalista e da ideologia liberal, haja vista que a burguesia se utiliza desses poderes para ampliar a eficácia da produção. Em “Nascimento da Biopolítica” (2008), Foucault analisa a constituição do Liberalismo econômico e o do neoliberalismo a partir de seus princípios fundantes como inerentes à concepção de biopolítica que se reproduz na gestão do governo sobre o corpo.

Como parte da essência do livre mercado, do individualismo e da autonomia, a ideia de ser liberal é “ser essencialmente progressista no sentido de uma perpétua adaptação da ordem legal às descobertas científicas, aos progressos da organização e da técnica econômicas, às

mudanças de estrutura da sociedade, às exigências da consciência contemporânea” (FOUCAULT, 2008, p. 224). Em prol do livre mercado, sem interferência do Estado regulador, a “tecnologia de poder sobre o corpo” se torna um instrumento da governamentalidade liberal, em que a estrutura do Estado se torna menos evidente, sendo internalizado através da produção de saberes e conhecimentos científicos sobre o viver humano.

Essa tecnologia sobre o corpo retrata um saber que não é exatamente a ciência do seu funcionamento, mas um controle das forças e da capacidade, difundida em diferentes aparelhos e instituições, a definição válida sobre a materialidade, suas forças e seus funcionamentos (FOUCAULT, 2014, p. 12). A medicina será a base para avaliar a saúde dos trabalhadores, para medir sua capacidade produtiva e garantir sua eficiência, que vemos no processo de desenvolvimento nas três etapas de atuação entre medicina e saúde: Medicina de Estado, Medicina Urbana e Medicina Do Trabalho, que demonstram a ligação entre a prática da saúde pública e o domínio político-econômico, com o surgimento da atenção básica à saúde da família, urbanização, vacinação e hospitais e clínicas de tratamento.

A Medicina do Estado refere-se à dependência das operações médicas em instalações estatais, com base no conhecimento médico do estado em conformidade com os primeiros padrões conhecimento médico nas universidades e padronização dos resultados médicos. Por outro lado, a Medicina Urbana reflete o contexto de concentração populacional e a emergência de uma parcela da população proletária e pobre, que se expandiu devido à migração rural e ao surgimento de alas artesanais e pequenos grupos de produção. As cidades tornaram-se mais numerosas e imundas, contribuindo para o surgimento de doenças e pragas graves que se alastraram entre a população, criando pilhas de cadáveres por falta de saneamento público.

Essa medicina vai promover a organização da cidade, com sistemas de esgotos, limpezas de ruas e canais, abertura de vias, em prol da noção de salubridade, sendo o controle político-científico do meio. Institucionaliza o sistema de quarentena, como ferramenta de exclusão e contenção dos corpos doentes, para impedir o alastramento através do contato, junto a isso a vigilância, servirá para garantir que os corpos contidos no âmbito domiciliar fossem monitorados e que nenhum doente transgredisse a sua obrigatoriedade de reclusão, com a realização de inspeção das casas, sistema de denúncia de doentes e proibição da circulação (FOUCAULT, 2016, p. 159).

A estrutura do Estado e das Cidades foram os primeiros campos da intervenção médico-científica. O pobre servia à instrumentalização da vida urbana, pois eram os que executavam os trabalhos eventuais de limpeza de lixo, esgotos, apanhar móveis, transporte da

água e eliminação de dejetos dentre outros serviços que os tornavam extremamente úteis (FOUCAULT, 2016, p. 165). No entanto, é a partir do século XIX que os pobres e os proletários se tornam objetos da medicalização, aparecendo como um perigo, como consequência das mudanças político-econômicas que consolidaram a classe operária como força política e da revolução tecnológica e inclusão de máquinas na produção industrial.

A Medicina da Força de Trabalho se estruturou com foco na proteção da saúde das classes ricas com a manutenção da saúde do proletariado que estava nas fábricas. As políticas assistencialistas de saúde pública, da vacinação obrigatória e dos sistemas de *health service* para erradicação de locais insalubres são criadas transformando o pobre e o operário em “doentes” através da política de saúde interventiva do sec. XIX (FOUCAULT, 2016, p. 167). A medicina social inglesa de 1870 se configurava como um serviço autoritário, onde os chamados sistemas de *health officers* tinham por função o controle da vacinação obrigatória, organização do registro das epidemias e doenças endêmicas e a localização e destruição de lugares insalubres (FOUCAULT, 2016, p. 56).<sup>33</sup>

Esses instrumentos, aliados à medicalização do hospital, que se torna uma instituição voltada à cura e correção do indivíduo, servem à ideologia de uma política social que tem a saúde como um ideal e uma responsabilidade de todos, sendo a medida da vida humana. O modelo biomédico da medicina determina a deficiência como consequência natural da lesão/doença e sustenta a ideologia da cura pela necessidade de mudar o corpo do indivíduo, em vez de mudar a estrutura social (GARLAND-THOMSON, 2011).

A medicina surge para desmitificar a doença<sup>34</sup> como parte da ideia de Mal e se encrava no pensamento científico a lógica da diferenciação quantitativa biológica, entendendo que a doença é fruto de uma alteração quantitativa – diferentes fatores são elencados ao longo do tempo – no corpo do sujeito saudável. Ao mesmo tempo que faz isso, também entende que

---

<sup>33</sup>O Discurso em Foucault está alinhado a uma teoria sobre o Poder e como ele se reproduz na sociedade, a partir da teoria dos micropoderes, entende que o poder é uma prática social histórica que não está diretamente relacionada a instituições ou figuras políticas, mas a uma constância social que está em todas as esferas da vida, como família, igreja, prisão e governo. Na modernidade esse poder que incidia de forma física, passa a ser instrumentalizado através de discursos e produção de saber, através da ideia de “Verdade”. Essas verdades são históricas e podem se modificar com o passar do tempo e as mudanças sociais, mas o poder vai se adequar para continuar existindo (FOUCAULT, 2016).

<sup>34</sup>François Laplantine, em “Antropologia da Doença” (2016), expõe que na língua inglesa existem alguns termos e sentidos atribuídos a diferentes ideias de doença, que não comportam totalmente traduções no português (doença) e no francês (*maladie*). Para fins de entendimento, apresentamos aqui as classificações: *disease* (a doença tal como ela é apreendida pelo conhecimento médico), *illness* (a doença como é experimentada pelo doente), *sickness* (um estado muito menos grave e mais incerto que o precedente, tal como o enjoo em viagens marítimas, a opressão no coração e, de maneira mais geral, o mal-estar (LANPLANTINE, 2016, p. 15). Considerando a utilização de referenciais teóricos da língua inglesa, utilizamos desta classificação na construção das traduções realizadas.

a patologia é um corpo estranho e constrói a ambivalência entre a Saúde/Bem e a Doença/Mal, positivando a existência humana individual e social a essa dualidade (LAPLANTINE, 2010).

O ser humano vai manifestar socio-culturalmente o grande medo da morte e da dor<sup>35</sup>, que consolida a nossa relação com a doença e seu sofrimento decorrente, sendo necessário a instrumentalização do distanciamento entre o corpo e a dor por meios técnicos e da “tentativa que têm consistido em forcejar a tolerância do corpo, por meio de analgésicos, anestésicos, calmantes, estimulantes, fortificantes, em vez de modificar as condições de vida.” (RODRIGUES, 1999, p. 72).

O discurso legitimado da Medicina, caracterizada por fatalismo e unitarismo, se ocupava em construir explicações razoáveis para um tipo de doença e estender esta explicação a quadros clínicos semelhantes a partir da analogia dos sintomas. E em meio aos processos subjetivos, surgem vários graus de “cretinismo”, denominação dada à época à deficiência mental (PAULA, REGEN, LOPES, 2011, p. 41). George Canguilhem (2020) em “O normal e o patológico” trata da definição do patológico e do normal sob a relação com os problemas da dor e da morte e propõe críticas às concepções universalistas da normalidade que são reproduzidos no pensamento médico científico conservador.

A instrumentalização do conhecimento médico científico é um grande marco para a revolução humana, permitindo o aumento da natalidade, a diminuição da mortalidade, especializando os atendimentos às doenças e preservando o corpo humano do sofrimento continuado. Porém, dentro da perspectiva da vida humana, a “formulação geral” sobre a normalidade acaba indo de encontro a diferentes formas de ser. Partimos desse pensamento aliado a crítica produzida por Canguilhem, da positivação da medicina a partir de padrões de normalização.

O olhar médico se interessa em diagnosticar, curar e trazer de volta a um dito estado normal que por vezes passa somente pela fisiologia, não levando em conta as formas de vida. O normal não seria a ausência da dor ou da doença, mas a retomada, pelo sujeito da sua atividade de vida – o que não necessariamente seria o estado anterior. A terapêutica deve perceber a partir do indivíduo quais as suas relações com a doença e a dor e respeitar seu modo de vida a partir disso, não havendo uma reversibilidade (a cura idealizada), mas reparações e modificações possíveis (CANGUILHEM, 2020).

---

<sup>35</sup>Vemos que no período Romano, o Ópio é reconhecidamente utilizado para amenizar as dores e para o “sono da morte, e no século XIX Friedrich Sertüner, isola os princípios ativos do ópio e cria a morfina. Da segunda metade do século XIX, o uso das morfina e outros opioides é intensificado nos campos de guerra, e a analgesia controlada torna-se procedimento médico padrão no tratamento (DUARTE, 2005).

A ideia do normal enquanto um estado fisiológico padrão vai impulsionar a visão médica não só a visar o restabelecimento da normalidade, mas também buscar evitar/decidir sobre a não geração de doenças, criando visões eugenistas e geneticistas sobre a normalidade humana. A vida não é um objeto estável e a pessoa doente é o elemento inicial da relação de compreensão da normalidade/patologia. “São os doentes que chamam o médico” (CANGUILHEM, 2020, p. 154). A medicina se iniciou clínica e terapêutica, compreendendo as dinâmicas humanas, o habitat e o modo de vida do sujeito, para então tratar a dor na dimensão compreendida. Portanto, o conceito de normal “não é um conceito de existência, [...] medido objetivamente. [...] o patológico deve ser compreendido como uma espécie do normal, já que o anormal não é aquilo que não é normal, e sim aquilo que é um normal diferente” (CANGUILHEM, 2020, p. 150).

Sendo fundamental à produção capitalista a determinação dos corpos aptos a produzir, o proletariado é o principal objeto da construção da Saúde e da patologia. Sob a alegação da proteção da normalidade e da cura dos sujeitos, vemos que, enquanto objeto de produção exclusiva pela medicina, a deficiência passa a ser compreendida como uma faceta da doença e, portanto, o corpo da pessoa com deficiência é um corpo doente.

A medicina moderna evoluiu de tal forma que após o séc. XX toda a vida cotidiana faz parte da estrutura do saber médico e dela se fundamentam políticas, legislações e outros campos do saber. É a medida da capacidade para o trabalho, da ideia de apto ao trabalho, que vemos através dos exames admissionais e demissionais, algo que para as pessoas com deficiência corrobora para a criação de uma massa de desempregados inaptos. O estudo da patologia permite determinar os corpos saudáveis/normais e a medicalização da lesão se justifica pela “inabilidade do corpo lesado para o trabalho produtivo” (DINIZ, 2017, p. 23).

Essa criação da massa de desempregados é identificada por Karl Marx através do conceito de Superpopulação Relativa (latente, flutuante e estagnada) que compõem o Exército de Reserva Industrial. Segundo o autor, “a condenação de uma parte da classe trabalhadora à ociosidade forçada em razão do sobretrabalho da outra parte, e vice-versa, torna-se um meio de enriquecimento do capitalista individual” (MARX, 2017, p. 864). Essa ociosidade serve ao sistema de produção na medida em que pressiona o exército ativo, composto de operários empregados, para que produzam mesmo em períodos de estagnação econômica, ao mesmo tempo em que barra as pretensões de melhoria salarial ou acesso de direitos durante o período de superprodução. “[...] Ela fornece a suas necessidades variáveis de valorização o material humano sempre pronto para ser explorado, independentemente dos limites do verdadeiro aumento populacional” (MARX, 2017, p. 858-859).

Essa superpopulação relativa é fruto de processos que se dão: de forma **flutuante**, em relação ao efeito que atinge o contínuo processo atração de trabalhadores habilitados e capacitados, que são contratados como temporários, e portanto, da rápida renovação do proletariado; de forma **latente**, a partir da população rural que se transfere para a zona urbana em busca de se inserir no proletariado, o trabalhador rural pela ausência de qualificações técnicas industriais, fica sujeito a salários baixos e a pauperismo; e, por último, de forma **estagnada**, que decorre do processo de formação de um depósito inesgotável de força de trabalho disponível, com baixa condição de vida econômica, “abstraindo dos vagabundos, delinquentes, prostitutas, em suma, do lumpemproletariado propriamente dito” e é formada pelos aptos ao trabalho, pelos órfãos e filhos indigentes e pelos degradados, maltrapilhos, incapacitados para o trabalho, que compreendem aqueles que “sucumbem por sua imobilidade, causada pela divisão do trabalho, daqueles que ultrapassam a idade normal de um trabalhador e, finalmente, das vítimas da indústria – aleijados, doentes, viúvas etc. –, cujo número aumenta com a maquinaria perigosa, a mineração, as fábricas químicas etc” (MARX, 2017, p. 874).

A superpopulação relativa serve à formação do Exército de reserva industrial, que consiste no processo de aumento da disponibilidade da força de trabalho e diminuição das necessidades (com a inclusão de maquinários e outras tecnologias por exemplo), deixando sempre uma grande força de trabalho disponível a se sujeitar a baixos salários e não criar revoltar contra as condições de trabalho impostas. Essa massa de desempregados em suas diversas forças é fundamental para a manutenção do sistema de produção capitalista, não havendo, portanto, como se falar de pleno emprego ou igualdade de oportunidade a mão de obra especializada.

Na busca pelo rompimento com a noção de pessoa com deficiência como sujeito doente, vemos movimentos avançarem para o reconhecimento da deficiência através do modelo de opressão social. O dito Modelo Social da Deficiência busca afastar a ideia de que a deficiência gera pobreza em razão da incapacidade e inaptidão e apontar que, na realidade, a sociedade capitalista por si só cria barreiras para a independência do corpo com deficiência.

#### 4.4 **Modelo social da deficiência**

Um primeiro ponto que merece destaque é a compreensão de que a criação da pessoa com deficiência enquanto sujeito incapaz para o trabalho tem papel fundamental na consolidação da massa de desempregados que serve ao sistema produtivo. Tais processos se convergem num cenário de mudanças políticas significativas decorrentes dos movimentos

operários, da revolução russa e do mundo pós-II Guerra mundial, que influenciam outros segmentos de sujeitos a se organizarem coletivamente em prol de direitos. Nesse sentido, damos destaque para as organizações que começaram a pensar a deficiência inserida num contexto de opressão social.

O conceito biomédico (também conhecido como modelo médico-indivíduo) estará presente concepção moderna de deficiência e o discurso de eliminação da deficiência perpassará pela eugenia e pelas políticas de gestão da saúde. Por outro lado, correntes sócio-filosóficas que contrariam essa visão defendem uma compreensão da deficiência a partir das experiências dos sujeitos e sua relação com a sociedade.

Essa retomada da experiência da deficiência permitiu que as pessoas com deficiência saíssem do papel de tuteladas pelas instituições e organizações para determinarem seus próprios caminhos políticos. Os lesionados de guerras, que por sua dedicação e honra cívica demandavam uma política de assistência própria, passaram a ser objetivo de uma compreensão unificada de deficiência, desconsiderando as diferentes experiências com a lesão.

A pessoa que nasce com uma deficiência, a pessoa que ao longo da vida a adquire e o idoso que tem uma deficiência em decorrência da idade não poderiam ser tratados como sujeitos unificados apesar de, por exemplo, todos terem algum tipo de lesão impeditiva da mobilidade e fazerem uso de uma cadeira de rodas.

Desde a concepção de “Homem delinquente” de Cesare Lombroso teorias científicas tentam identificar elementos biológicos que trariam características desviantes ou condições de incapacitação que diminuiriam o desenvolvimento da “raça humana”, da normalidade — o que se reproduz ao longo da história, intensificando discursos de limpeza dos sujeitos “menos válidos” na manutenção de uma regra natural de seletividade, repensando a aplicação da teoria darwinista.

A concepção da eugenia<sup>36</sup> surge em 1833, por Francis Galton, que na obra *“Inquiries into human faculty and its development”* defende que alguns sujeitos inferiores serão inevitavelmente eliminados pela sociedade e propõe casamentos seletivos para reprodução de características fortes do ser humano (PICCOLO, 2015). Esse movimento científico-político vai definir a identificação biológica para o melhoramento genético e disseminar a percepção de hierarquia biológica em que as pessoas com deficiências, pessoas encarceradas, negros,

---

<sup>36</sup>A eugenia se dá de forma positiva com o estímulo para os ditos saudáveis e com características favoráveis reproduzam, sendo o estímulo a procriação dos casais considerados eugenicamente aptos para tal e de forma negativa, impedindo a reprodução daqueles que possuem limitações ou características não desejáveis (PICCOLO, 2015).

mestiços, estrangeiros, surgiriam de condições e cruzamentos biológicos indesejados, sendo necessário a instrumentalização de formas de erradicação pelo extermínio e esterilização compulsória (SIQUEIRA; CURTI, 2018).

A propagação da inferioridade biológica vai alimentar no Reino Unido, mas especialmente nos Estados Unidos no início do séc. XX, ações de saúde pública de promoção da eugenia sob a justificativa da benevolência, a exemplo da esterilização compulsória. No Estado Nazista, durante o diagnóstico médico ocorria a identificação e o extermínio de crianças com deficiência em razão da sua “impossibilidade de sobrevivência”. As práticas da lei da profilaxia dos descendentes com doenças genéticas (ou lei de proteção da hereditariedade) levou ao extermínio de pessoas com deficiência.<sup>37</sup>

Apesar do cenário de extermínio, as pessoas com deficiências não foram reconhecidas como vítimas de perseguição pelo regime nazista. Durante o julgamento dos crimes contra a humanidade pelo Tribunal de Nuremberg, diversos médicos e enfermeiras que eram responsáveis pelas “casas da fome” (onde milhares de crianças e adultos com deficiência eram deixados para morrer de fome) ou fugiram ou foram absolvidos por estarem apenas cumprindo ordens. Os sobreviventes não receberam nenhuma restituição pelo tempo passado nos hospitais de extermínio, nem pela esterilização forçada e, embora a Lei de Esterilização tenha sido declarada inválida pelos Aliados, o estado alemão do pós-guerra não reconheceu a esterilização compulsória nazista como perseguição racial e declararam que a legislação seguiu os procedimentos apropriados (EVANS, 2010).

Resgatar o relato do nazismo tem o condão de identificar a atualidade com qu esses discursos se reproduzem na sociedade, mesmo que pareça “superado”, principalmente considerando todas as graves violações de direitos humanos encabeçados pelo período, é importante destacar a permanência da justificação do *mercy killing* das crianças com deficiência, a exemplo da defesa do aborto de crianças identificadas doentes durante o pré-natal.

---

<sup>37</sup>[...] o Comitê do Reich para o Registro Científico de Doenças Hereditárias Graves emitiu um decreto em 18 de agosto de 1939 que exigia o registro obrigatório de todos os recém-nascidos "malformados". Em troca de um pequeno pagamento, os médicos e parteiras alemães foram obrigados a relatar todas as crianças sob seus cuidados que nasceram com síndrome de Down, microcefalia, hidrocefalia, paralisia, surdez congênita, cegueira e outras doenças físicas e neurológicas. Esses relatórios deveriam ser devolvidos aos escritórios centrais do Comitê do Reich em Berlim, onde seriam analisados por um painel de três "especialistas médicos". Sem ver ou examinar as crianças cujas vidas estavam em risco, esses chamados especialistas revisaram os formulários de registro, marcando-os com um sinal de mais se acreditassem que a criança deveria ser morta, um sinal de menos se acreditassem que a criança deveria viver, e um ponto de interrogação naqueles raros casos limítrofes que precisavam de uma análise mais aprofundada. o Comitê do Reich instruiu as autoridades locais de saúde pública a providenciarem a transferência das crianças para instituições próximas que serviam como enfermarias pediátricas de matança [...] (EVANS, 2010, p. 19- 20).

A neogenia se propaga hoje com o desenvolvimento científico e especialização do estudo genético através de novas práticas que se baseiam no melhoramento genético na seleção do gene durante a fecundação ou eliminação de genes com características específicas como doenças hereditárias. Trata-se de uma questão médica que, dentro da saúde individual, propõe o direito do nascer saudável, mas parte dos mesmos fundamentos da eugenia clássica e retira a possibilidade de um futuro para esses sujeitos. “[...] No uso político da categoria ‘futuro da criança’, são construídos pilares normalizadores que possibilitam primeiramente, testes pré-natais para diagnosticar doenças que podem ser resolvidas com cura ou aborto, ou idealização das crianças que ‘todos nós queremos’” (REIS; SOUSA, 2017).

Esse determinismo biológico condiciona a aptidão física e capacidade produtiva a um perfil médico saudável, o que empurra cada vez mais as pessoas com deficiências para a marginalização social. Na década de 60 e 70, os primeiros movimentos se organizam para questionar a hegemonia do discurso médico na definição das capacidades. Dentre os principais, vamos destacar as contribuições da *Union of the Physically Impaired Against Segregation* (UPIAS) criada no Reino Unido em 1972, a partir do teórico Paul Hunt, e do Independent Living Movement (ILM), nascido nos Estados Unidos na década de 1970.

Não é possível definir ao certo os fatos que inauguraram a percepção social da deficiência, mas é inegável que o contexto da luta pelos direitos civis nos Estados Unidos e as reivindicações pelos direitos sociais no pós-II Guerra mundial, levam a uma propagação de concepções sobre o reconhecimento do processo de discriminação da deficiência. Podemos reconhecer que o discurso médico avançou na concepção de um modelo analítico que sai da esfera da “justificação divina” e promove a melhoria na forma de vida dos sujeitos.

Vemos que, gradativamente, foram surgindo instrumentos para facilitar a vida das pessoas com deficiência – cadeiras de rodas, Braile, linguagem de sinais, próteses etc. – reconhecendo-se a dimensão biológica e as necessidades aliadas a ela. Porém esses movimentos vão questionar a forma como esse determinismo biológico cria práticas sociais excludentes, que nada se relacionam com o fator médico-biológico (PICCOLO, 2015).

A UPIAS foi a primeira organização de pessoas com deficiência a ser coordenada pelas próprias pessoas com deficiência, o que até agora tem sido responsabilidade de organizações não governamentais (ONG’s) e organizações que as representam. Como protesto político e intelectual, os associados com deficiência estiveram na vanguarda de sua formulação política e científica e na crítica ao modelo médico de compreensão da deficiência, redefinindo a deficiência em termos de exclusão social. Com base no materialismo histórico, eles argumentam que a discriminação baseada na deficiência é uma forma de opressão social,

resultado da interação entre o corpo com lesão e a sociedade discriminatória (DINIZ, 2017, p. 18).

O dito modelo social inglês é inaugurado pelo teórico Paul Hunt, sociólogo deficiente físico, que buscou compreender a deficiência a partir do conceito de Estigma de Erving Goffman em *Stigma: the experience of disability* (1966). O autor, a partir da análise da sociedade britânica pelo materialismo-histórico, identifica tanto a estrutura de valores sociais que dá forma de tratamento distinto às deficiências, resultando em valores de pensões diferentes a depender da causa da lesão (guerra, da indústria/acidente de trabalho ou da vida civil), quanto a forma com que as organizações para pessoas com deficiências se preocupavam mais em fazer “festas” natalinas e eventos do que prestar representação qualificada, o que acentuava os tratamentos excludentes e falta de assistência eficaz a viabilizar a vida das pessoas com deficiência (HUNT, 1966).

Motivado pela premissa de que para que as políticas públicas e leis de reconhecimento do direito das pessoas com deficiência tivessem efeito real e garantissem ganhos para essas pessoas seria necessário exigir uma reconstrução social tanto física quanto de atitudes da população, dar as bases para o movimento de questionamento da estrutura social excludente da deficiência e dos valores de incapacidade, improdutividade, lentidão (HUNT, 1966).

A UPIAS vai consolidar o modelo social da deficiência, que se define pelo entendimento de que a deficiência não decorre da lesão biológica do sujeito, mas da interação da lesão com a barreira social. Aponta que alguns indivíduos conseguiram superar algumas das barreiras sociais por possuírem recursos econômicos suficientes para isso, comprovando que a integração é possível, mas enquanto grupo social, a realidade da maioria é ser enviada para instituições de isolamento (UPIAS, 1976).

Paul Abberley (1987) e Michel Oliver (1996), vão instrumentalizar a abordagem materialista da deficiência sob influência marxista para evidenciar que o capitalismo é quem se beneficia da segregação da deficiência, utilizando-a economicamente como exército da reserva e ideologicamente numa posição de inferioridade.

O objetivo de Abberley era duplo: por um lado, diferenciar opressão de exploração; por outro, apresentar a lesão como consequência perversa, porém previsível, do capitalismo. A tese de Abberley, uma espécie de ironia ao modelo médico da deficiência, era que a relação de causalidade deveria ser capitalismo-lesão-deficiência, e não lesão-deficiência-segregação (DINIZ, 2017, p. 24).

Abberley buscou questionar a crença de que a lesão era uma desvantagem real e natural e, portanto, independente dos arranjos sociais. Utilizando de dados de saúde disponíveis sobre a década de 1980 no Reino Unido, verificou que a principal causa das lesões estava associada à artrite e o argumento biomédico da época era de que a artrite era causada pelo desgaste no trabalho. Por essa associação, apresentou que: 1) a deficiência decorre do contexto socioeconômico das pessoas que vivem com a lesão; 2) que o conceito de lesão e deficiência podiam ser estendidos a outros grupos sociais como os idosos. Por consequência da análise dos casos da artrite, demonstrou-se que a lesão não é uma tragédia pessoal, mas resultado de uma organização social e, por isso, era necessário considerá-la um fato ordinário na vida social (DINIZ, 2017).

Sob influência dos argumentos de Abberley, são fortalecidas pesquisas que buscaram criar aproximações com outros grupos como idosos, negros e mulheres em que se pudesse reconhecer a deficiência como parte das demandas de justiça social. Michel Oliver desenvolveu a “Investigação Emancipatória da Deficiência” (1992), que consistia em reconhecer no espaço acadêmico a reprodução de categorias e estudos que mantinham a condições de inferioridade da deficiência, responsabilizando o pesquisador de se colocar em um campo investigativo ativo e politizado a partir da premissa do modelo social.

O modelo social começa com o reconhecimento universal da deficiência como opressão social, razão pela qual considera os adjetivos de lesão, principalmente em relação aos termos classificados (físico, mental, sensorial, psicológico) e classificação de intensidade (leve, moderada ou grave) como uma “tática deliberada” de desmobilização subdividindo grupos de acordo com o tratamento médico. Eles, portanto, definem como suas preocupações aceitar a “deficiência real” e se opor aos problemas impostos pela sociedade (DINIZ, 2017).

A centralidade das relações econômicas para a teoria marxista é um importante marco analítico para a primeira geração do modelo social da deficiência. Nessa direção, as relações de dependência estão mais atreladas a necessidade de garantia da manutenção financeira por outra pessoa, do que pelas demandas por cuidado. O valor ético central às relações capitalistas é a independência, entendida como um processo de ações individuais e individualistas em busca de seus interesses. A primeira geração do modelo social pleiteava o trabalho assalariado como possibilidade de garantia de independência às pessoas com deficiência, o que por um lado responsabilizava a sociedade pelas barreiras impeditivas à participação no mercado de trabalho por parte das pessoas com deficiência, mas por outro lado se esquecia daquelas que mesmo com a eliminação dessas barreiras seriam impedidas de trabalhar (BARROS, 2016, p. 46).

Diferente dos sociólogos de tradição marxista da UPIAS, mas também em questionamento do modelo médico da deficiência, o ILM nos Estados Unidos se constituiu de ações contra a premissa do comportamento esperado ou adequado às pessoas com deficiência

(papel de doente) segundo a qual a pessoa doente não tem responsabilidades “normais” por ser dependente e estaria isenta de ser moralmente responsável por algo, a depender da gravidade da sua doença, não se esperando que sua pura “força de vontade” possa mudar essa condição, razão pela qual a própria pessoa com deficiência deveria reconhecer o status aberrante e indesejável da deficiência e fazer todo possível para ficar bem, inclusive se obrigando a procurar e aceitar ajuda médica (SHREVE, 2011).

Assim, contra essas premissas surgem Centros de Vida Independente - *Center for Independent Living* (CIL), organizações privadas sem fins lucrativos, não residenciais, dirigidas pelas próprias pessoas com deficiência para prestar e controlar serviços básicos para as pessoas com deficiência dentro de uma determinada comunidade, a exemplo de serviços de contratação de cuidadores, acesso a cadeira de rodas, dentro outros serviços e necessidades (SHREVE, 2011).

Nos EUA, o movimento motivado pelas lutas pelos direitos civis, especialmente por afro-americanos, foi formado por diversas organizações e protestos por leis<sup>38</sup> que reconhecessem a discriminação social e garantissem acesso a serviços básicos e oportunidades como emprego, moradia, transporte, educação e afins. Vemos aí, também, elementos associados ao papel de “mercado consumidor”, em que passam a defender os direitos enquanto “clientes/pacientes” para consumir serviços e produtos dentro do que necessitam (SHREVE, 2011).

A ideia de Vida Independente vai estar permeada de conceitos ideológicos do capitalismo, em especial a lógica do mercado e, conseqüentemente, a capacidade produtiva. Ter os recursos para acessar determinados serviços torna a pessoa com deficiência independente desde que a sociedade remova as barreiras estruturais e sociais e reconheça que a pessoa com deficiência é mais que a sua condição biológica. Isso vai diferenciar e até criar confrontos entre os estudiosos do modelo inglês e do modelo estadunidense, pois os primeiros optam por não utilizar do conceito de independência, mas sim integração e, posteriormente, inclusão para definir o papel coletivo das políticas públicas de enfrentamento dessa problemática.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup>A Lei dos Americanos com Deficiência (*Americans with Disabilities Act-AD*) criada em 1990, é resultado de um histórico de movimentos sociais, pela regulamentação e efetivação das cláusulas de obrigatoriedade de adequações estruturais dos prédios públicos conforme disposição da Seção 504 da Lei de Reabilitação de 1974, nos prédios privados, garantido os requisitos mínimos de acessibilidade para edifícios e instalações (NILSEN, 2012).

<sup>39</sup>Diniz (2017) expõe que os estudiosos da UPIAS, vão preferir a utilização de terminologias que denotem a identidade do sujeito, optando pelo termo “deficiente”, ao passo em que criticavam o uso do termo “pessoa com deficiência”, utilizado pelos movimentos da linha estadunidense, por sugerirem que a deficiência é propriedade do indivíduo e não da sociedade. Em atenção às disposições da LBI, neste trabalho utilizamos do termo “pessoa com deficiência” sem que isso seja um demonstrativo de um alinhamento com o viés estadunidense do modelo social.

No Brasil, os movimentos de Vida Independente participaram ativamente da formulação e ratificação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Os Centros inaugurados no Rio de Janeiro em 1988 tinham por objetivo o bem-estar das pessoas com deficiência e para isso realizava cursos, palestras, distribuição de materiais informativos, além de promover as trocas de experiências entre as instituições nacionais e internacionais para o desenvolvimento de projetos e programas comuns às lutas políticas. Até o ano de 2000 já havia centros instalados em São Paulo, Espírito Santo, Paraná, Belo Horizonte e Distrito Federal. Em 28 de maio de 2000, foi criado o Conselho Nacional dos Centros de Vida Independente do Brasil (CVI-Brasil) (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 61).

Em 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS), alinhada com a percepção da deficiência como doença, publicou o *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH), uma expansão da Classificação Internacional de Doenças (CID), estabelecendo uma relação direta da doença com a lesão e a deficiência para fins de classificação e definição das políticas internacionais. Assim, “a deficiência seria resultado de uma lesão no corpo de um indivíduo considerado normal” (DINIZ, 2017, p. 41).

A ICIDH e a CID se baseavam na “caracterização” da deficiência dentro de parâmetros médicos, fortalecendo ações medicalizantes sobre o corpo da pessoa com deficiência, o que vai ser objeto de crítica dos diversos teóricos dos ditos *disability studies*<sup>40</sup>, repercutindo na demanda pela reformulação da classificação. De 1990 a 2001 são travados debates protagonizados por organizações, movimentos políticos e acadêmicos para a definição dos conceitos de lesão e deficiência, resultando na Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF) criada pela OMS, em 2001.

O que destacamos nessa discussão é que os diversos valores construídos pelos modelos sociais inglês e estadunidense vão se colidir e coincidir durante a construção da CIF, alcançando ganhos positivos na articulação de conceitos como Atividade, Barreiras e Capacidade, mas com a prevalência da noção de independência. Essa premissa vai marcar uma “unificação” do que seria o “Modelo Social da Deficiência”, algo que se consolida claramente com a CIDPD, que tem como princípios gerais:

[...] a) **O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas;** b) A não-discriminação; c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade; d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade; e) A igualdade de oportunidades; f) A acessibilidade; g) A

<sup>40</sup>Referente aos estudos que surgem para compreender a deficiência na dinâmica social, não possuem uma origem específica independente, mas hoje são reconhecidas uma vertente teórica (GAVÉRIO, OLIVEIRA, 2015).

igualdade entre o homem e a mulher; h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade (UN, 2007).

A OMS utilizava tanto o CID (atualmente o CID-11, referente a sua 11ª revisão realizada em 2019 que entra em vigor em 2022, que se propõe a listar em linguagem universal doenças, problemas de saúde e causas de morte, fornecendo um modelo etiológico das doenças) quanto a CIF que preconiza um modelo a partir da funcionalidade e incapacidades de caráter multidisciplinar. A CID fornece um diagnóstico que é complementado pelas informações de funcionalidade da CIF. A maioria das legislações brasileiras utilizaram somente a CID como parâmetro para definição da deficiência, estabelecendo parâmetros médicos e quantitativos para definir quais sujeitos têm acesso às políticas dispostas.

Em 2011, o Brasil desenvolveu o Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr), baseado na CIF, para consolidar um modelo único brasileiro de classificação e valoração das deficiências para uso em todo o território nacional. Esse índice foi resultado de debates entre grupos constituídos por pessoas com deficiência e especialistas de diversas áreas do conhecimento, com o intuito de identificar diferentes características e condições socioeconômicas dos sujeitos, à luz da perspectiva biopsicossocial, para identificação da deficiência (CABRAL, 2021).

O IFBr é constituído por 57 atividades distribuídas em sete domínios que compõem a Matriz de Atividades, Participação e Barreiras, a saber: Aprendizagem e Aplicação de Conhecimento; Comunicação; Mobilidade; Cuidados Pessoais; Vida Doméstica; Educação, Trabalho e Vida Econômica; Relações e Interações Interpessoais; Vida Comunitária, Social, Cultural e Política.

O índice foi publicado em 2013 através da Lei Complementar 142/2013 que regulamentou o § 1º do art. 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social - RGPS, estabelecendo-o como válido para fins de concessão da aposentadoria, identificado como Índice de Funcionalidade Brasileiro para Aposentadoria (IFBrA).

Com as alterações legais provenientes da CIDPC e da LBI, o índice foi modificado em 2018, através de grupo de trabalho compostos por pesquisadores da Universidade de Brasília (UnB) em parceria com instituições de atendimento às pessoas com deficiência, como Centros Especializados em Reabilitação (CER), Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e instituições e organizações de pessoas com deficiência, governamentais e não-governamentais. Esse Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado

(IFBrM) foi aprovado por resolução e publicado no Diário Oficial da União em 10 de março de 2020 como instrumento adequado de avaliação da deficiência a ser utilizado pelo Governo Brasileiro, conforme prevê o Parágrafo 2º do Artigo 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão).

O índice como fruto de um trabalho extenso, científico e colegiado com a participação direta das pessoas com deficiência é tido como um importante instrumento no reconhecimento dos direitos frente à complexidade da matéria, pois traz “parâmetros para diversas áreas, uma devida avaliação e até mesmo uma conceituação desse fenômeno, contribuindo diretamente para o debate público [...] a maior crítica, para o momento atual, é a demora para a implementação do índice nas avaliações [...]” (NUNES; LEITE; AMARAL, 2022, p. 99). As contribuições sobre o índice e discussões estarão presentes na análise de conteúdo, uma vez que os documentos produzidos pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência (Decreto Nº 10.415, de 06 de julho de 2020).

Podemos dizer que apesar dos teóricos do modelo inglês terem feito contribuições significativas para a análise marxista da deficiência, especialmente a respeito da imposição da produtividade do corpo, o modelo social incorporado nas legislações e convenções tendem a manter a percepção da independência liberal como forma de dignificação dos sujeitos. Essa crítica vai se manifestar também no campo teórico dos *disability studies*, mas é fortemente propagada pelos estudos feministas, que a partir de marcos teóricos de gênero e identidade questionam o contexto do “*American Way of Life*” e vão trazer outras contribuições para o estudo social da deficiência e da imposição da produtividade.

#### 4.5 Estudos feministas da deficiência: dependência e cuidado

A promoção do modelo social nas legislações e movimentos sociais permitiu a saída da pessoa com deficiência de um mero objeto de produção médico-científica e ingresso como público-alvo de ações de cunho sociopolítico que visam melhorias na prestação de serviços e promoção do acesso da pessoa com deficiência em diversos espaços da vida social e política. Através dessa perspectiva reconhecida no âmbito internacional são instrumentalizados direitos importantes como educação qualificada, adaptação de espaços, priorização de atendimento e a proibição da discriminação.

Notadamente, foi a partir da promoção do modelo social que a deficiência como “pecado, punição”, “consequência natural” etc. deixam de fazer parte do espaço comum de

produção científica e política para dar espaço para debates a partir da funcionalidade e melhoria da vida dos sujeitos. É nesse sentido de aprimoramento das contribuições sob o viés da funcionalidade que a segunda geração de teóricos sobre a deficiência, para agregar na questão da opressão social, se associam a contribuições no campo da identidade de gênero e intersecções raciais e étnicas, que não estavam presentes nas contribuições da primeira geração de teóricos.

Os estudos feministas sobre a deficiência começam a tomar forma ao questionar outros aspectos de sua relação com o discurso médico, percebendo que não se trata de criticar os avanços da medicina, dos estudos e da importância dos tratamentos médicos para o bem-estar humano, mas de compreender que, por trás dessa necessidade de intervenção, as pessoas com deficiência não são vistas como sujeitos de identidade, mas sim “doentes”.

Essa segunda geração, influenciada pelos marcos pós-estruturalistas, especialmente sobre os estudos da identidade política e da bioética, vai se permear de questões de gênero, condições sociais, econômicas e interculturais, avançando em outras percepções sobre como a condição econômica e o processo de anormalização criam obstáculos para as pessoas com deficiência, especialmente aquelas que são mais dependentes e “mais anormais” em sua estética ou modo de vida. Os estudos feministas sobre a deficiência partem do postulado de que a deficiência, assim como a feminilidade/feminilidade, não é naturalmente um estado de “incompetência, inferioridade, excesso ou infelicidade”, mas de fato uma narrativa cultural que cria corpos, como acontece com histórias em torno de conceitos de gênero, gênero e raça. Nesse sentido, a deficiência tem o condão de englobar categorias tão diversas de pensamento como doença, deformidade, insanidade, feiúra, velhice, incapacitação, sofrimento, tédio, anormalidade ou deficiência, todos em desvantagem corporais e estereótipos culturais, sendo criado a partir das próprias estruturas manutenção e validação que cria as designações privilegiadas como bonito, saudável, normal, apto, competente, inteligente para antagonizar com os corpos desviantes (GARLAND-THOMSON, 2011, p. 17).

O modelo social mantém os valores de autonomia, independência e produtividade como pauta das negociações políticas, vendo a competência apenas por meio da adaptação estrutural. No entanto, a “independência” é um estado físico que muitas pessoas com deficiência não têm e nunca terão. A suposição da produtividade, excluiu o corpo lesionado que permaneceu definido pelo modelo médico, daí que o argumento da “dependência” trazido pelo

movimento feminista permitiu incluir outras complexidades da deficiência, através da ideia de “igualdade pela interdependência”<sup>41</sup> (DINIZ, 2017, p. 66).

A partir dessa crítica, os estudos sobre deficiência se expandiram para discutir a identidade das pessoas com deficiência, no contexto de analisar corpos, estruturas desarticuladas, colocar deficiências, além de questionar gênero e sexualidade, como forma de identificação mais flexível permitindo perceber a dinâmica dos corpos, reconhecendo na “[...] deficiência uma categoria de identidade que qualquer pessoa pode entrar a qualquer momento, e nós iremos entrar se vivermos tempo suficiente. Assim, a deficiência revela o dinamismo essencial da identidade” (GARLAND-THOMSON, 2011, p. 30, tradução nossa).

Dentre os diversos estudos, optamos por incluir nessa construção as contribuições da teoria *Crip-Queer* de Robert McRuer, do Modelo Político Relacional de Alison Kafer, da ética do cuidado de Eva Feder Kittay, a Teoria de Justiça a partir das capacidades humanas de Martha Nussbaum, a Empatia Radial em Clara Valverde Gaffael e a definição de Capacitismo de Anahi Guedes de Mello, pois consideramos que esses autores trazem contribuições relevantes para ampliar a compreensão da deficiência, como identidade, na estrutura de justiça do estado moderno e nas relações sociais.

A Teoria *Crip-Queer* de Robert McRuer, no livro *Crip Theory: Cultural Signs of Queerness and Disability* (2006), se baseia em estudos culturais para questionar o fenômeno da naturalização e normalização dos corpos nas relações sociais. Propõe o conceito de “*compulsory able-bodiedness*” (corponormatividade compulsória) para dimensionar a obrigação do corpo em ser fisicamente apto, que estaria entrelaçado com o sistema de heterossexualidade compulsória que produz *queerness* no sentido concebido por Judith Butler em sua teoria sobre o gênero (MCRUER, 2006, p. 2, tradução nossa).

Essa ordem compulsória da capacidade exige das pessoas com que a medida da vida humana seja a condição saudável e capaz, “se não seria melhor não ser deficiente, por isso localizar e questionar esse parâmetro é fundamento num estudo ativista, com o intuito de entender a relação da “corponormatividade” com os problemas de opressão. “[...]Quase todo mundo, ao que parece, quer ser normal no sentido de ser apto também.” (MCRUER, 2006, p. 7, tradução nossa).

---

<sup>41</sup>O cuidado é uma categoria problemática nos segmentos das pessoas com deficiência, pois tem sido usado como parâmetro para posicionar as PCD's como pessoas que não cuidam de si dependentes e os membros da família como aqueles que cuidam e dão apoio necessário. O que muitos autores feministas propõem é que se comece a compreender o viés de gênero (a quem é atribuído o dever de cuidar), junto a crítica a noção de corpo dependente (DINIZ, 2012).

Alison Kafer em seu livro “Feminist, Queer, Crip” (2013), a partir de uma reflexão sobre o futuro das pessoas com deficiência em uma sociedade tecnologicamente desenvolvida, apresenta contribuições para ampliar o conceito de deficiência e o papel da intervenção médica no olhar sobre a narrativa normal linear do desenvolvimento humano, indo da criança dependente ao adulto independente. Através do Modelo Político e Relacional da Deficiência aborda os elementos que compõem a experiência da deficiência no sentido das relações sociais e participação política para reconhecer a deficiência como fruto de um processo histórico-social.

O aspecto relacional visa demonstrar a realidade das pessoas com deficiência e seus familiares e amigos que são afetados pelas barreiras sociais da deficiência, mesmo não tendo deficiência/incapacidade. De fato, um aspecto que foi negligenciado pela primeira geração de especialistas no modelo social de pessoas com deficiência foi o papel relacional entre pessoas com deficiência, o papel dos cuidadores e aspectos da relação entre pessoas:

[...] a deficiência não somente existe nas relações de corpo apto e mente apta, até porque a deficiência e aptidão formam um binário constitutivo, mas também para mover para um diferente registro de análise, a deficiência é experimentada em e através de relacionamentos, não ocorrendo de forma isolada (KAFER, 2013, p. 8, tradução nossa).

Por outro lado, o aspecto político refere-se à necessidade de revisar a identificação da deficiência e seus tipos, reconhecendo o impacto que os termos têm no processo de reconhecimento político, contrariando a noção de que as pessoas com deficiência são “apolíticas” e que não tem lugar nos movimentos sociais e políticos (KAFER, 2013).

O modelo Político/Relacional defende a reinvenção (*reimagining*) coletiva através da consciência deficiente (*disability awareness*), focando numa proposta que leva em consideração a experiência política da deficientização (*disablement*) e não só a esfera individual. Busca agregar o debate da deficiência em outras bases políticas, para superar o estigma da tragédia pessoal e efetivamente dar espaço de contribuição política, uma vez que “em muitas narrativas contemporâneas, inclusive feministas e *queers*, [a deficiência] figura como possibilidade futura ou tragédia pessoal anunciada [...] (GAVÉRIO, 2015, p. 169).

O conceito político/relacional de deficiência busca tratar a deficiência não apenas como um fenômeno social (paradigma social), mas também introduz novas discussões que focalizam a identidade das pessoas com deficiência. Como argumenta Rosemarie Garland-Thomson (2011, p. 35), as pessoas com deficiência não se consideram consistentemente deficientes, por causa da carga negativa do discurso médico (incapaz, doente), porém esquecem

que a terminologia política, também serve dissociá-las dos demais grupos e agregar o reconhecimento de uma identidade comum (GARLAND-THOMSON, 2011, p. 35).

A questão do corpo “não saudável” e “não produtivo” serão pensadas pelos estudos feministas especialmente em relação ao papel da mulher de “dependente” do marido e aos papéis dos sujeitos ditos independentes no condicionamento dos corpos. Na ética do cuidado de Eva Feder Kittay, no livro *Love's Labor: Essays on Women, Equality and Dependency* (1999) e, junto a Ellen K. Feder na organização dos textos, no livro “*The Subject of Care: Feminist Perspectives on Dependency*” (2003), vemos contribuições pertinentes para entender o corpo da pessoa com deficiência dependente do cuidado e em graves condições patológicas.

A questão principal da autora tem sido de agregar a valorização da ideia de cuidado, diferente da assistência, que seria um instrumento para a independência, como algo fundamental à dignidade e sobrevivência humana, em certa contraposição à plena independência demanda pelos movimentos de pessoas com deficiência contra a medicalização/institucionalização e a gestão familiar.

A dependência é inescapável na história de vida de cada indivíduo. Fineman chamou a estes momentos da infância precoce, doença, deficiência e velhice frágil “dependências inevitáveis” e fundamenta a dependência na biologia. No entanto, é evidente - mesmo de um exame superficial de sociedades e períodos históricos diferentes - que as dimensões culturais, bem como os constrangimentos fisiológicos, determinam o que conta como jovem, como doente, como deficiente, e como suficientemente frágil para ser considerado dependente. Neste estudo, forneço parâmetros a considerar - parâmetros que são realizados de forma variada sob condições culturais diferentes. Da mesma forma, a compreensão das obrigações devidas aos membros da classe de dependentes - interpretadas através deste híbrido de determinantes culturais e fisiológicos - é ela própria moldada pelas condições culturais e materiais (KITTAI, 1999, p. 29, tradução nossa).

Através da teoria liberal da dependência, a autora, que se insere no campo teórico feminista, apresenta reflexões éticas sobre a teoria do *care*, que reflete sobre as construções binárias de associação do cuidado a um trabalho normalmente realizado por mulheres, na relação de interdependência entre os sujeitos na sociedade. Através da abordagem ético-filosófica baseada no reconhecimento da dependência como alternativa à noção de equidade proposta por John Rawls para tratar da relação desenvolvida entre os sujeitos – que ao longo da vida são dependentes em diferentes momentos, seja criança, idoso, lesionado – e considera central o papel dos trabalhadores da dependência (*dependency workers*). A importância dessa justiça seria de proporcionar a repartição igualitária do cuidado/care e da promoção das garantias sendo um direito a ser exercido coletivamente.

Sob a ótica do cuidado e da dependência, podemos identificar que precarização do trabalho do cuidar empurra mães, mulheres e pessoas com deficiências graves para condições de vidas precárias, sem acesso ao trabalho formal que garanta segurança econômica e sem conseguir acessar recursos que permitam pagar por serviços de cuidado. Muito dessa precarização se relaciona com a mudança semântica da dependência no período industrial, para ser um status atribuído a corpos inferiorizados [...] certas dependências tornaram-se vergonhosas enquanto outras foram consideradas naturais e adequadas. Em particular, à medida que a cultura política dos séculos XVIII e XIX intensificava a diferença de gênero, surgiram novos sentidos de dependência, especificamente de gênero [...] (e) as construções raciais (FRASER; GORDON, 2003, p. 18-19, tradução nossa).

A imensa maioria das políticas de assistência ou apoio não concedem remuneração a mãe/mulher pelo cuidado da pessoa dependente, entendendo que a ela cabe esse papel social, ao mesmo passo em que as políticas de assistência oferecidas pelo Estado não possuem recursos que possam proporcionar acesso a serviços qualificados, atendimentos e outras necessidades que poderiam auxiliar a PCD a ter melhores condições de existência.

O cuidado precisa ser visto como parte da característica humana e valorizado dentro de uma relação de confiabilidade e gratificação, mas também profissionalização, na medida em que se deve reconhecer o trabalho de cuidar não como um valor moral – que tem sido muito atribuído à mulher e seu papel de mãe – mas de vê-lo como um trabalho a ser remunerado, qualificado e que merece a justa compensação e reconhecimento. Crítica à manutenção dos parâmetros de autonomia, a autora apresenta o conceito de interdependência, “propondo que todas as concepções de igualdade pautadas em um parâmetro de normalidade, indiferente à diferença, devem ser revistas sob o prisma da deficiência” (ARAUJO, 2020, p. 82).

É possível compreender como o valor da independência e autonomia tornaram-se elementos intrínsecos a noção de estado moderno, através das contribuições da teoria de justiça de Martha Nussbaum, sob o enfoque da teoria das capacidades humanas. A autora apresenta que as teorias do contrato social, se basearam no ideal de indivíduos “livres, iguais e independentes[...] membros plenamente cooperantes da sociedade ao largo de uma vida completa” (NUSSBAUM, 2013, p. 22-23), o que significa dizer que as pessoas lesões mentais não estão entre aquelas para as quais a estrutura política e jurídica foi concebida.

Por isso, há um fracasso constante em tentar traçar o direito a partir de um contrato para vantagem mútua, afetando uma compreensão mais ampla sobre a justiça humana e outras formas de dignidade, “[...] há muitos tipos diferentes de dignidade animal no mundo e que todas merecem respeito e um tratamento justo” (NUSSBAUM, 2013, p. 121-122). Sob o olhar da

filosofia aristotélica, a autora propõe a retirada da racionalidade do padrão de definição do sujeito para considerá-la como apenas “um dos modos de funcionalidade dos animais”.

Partindo disso, apresenta um rol de 10 (dez) capacidades humanas (a vida, a saúde física, a integridade física, os sentidos - imaginação e pensamento, as emoções, a razão prática, a afiliação, a relação com outras espécies, o acesso ao lazer e a capacidade de ter controle sobre o próprio ambiente, político e material), com enfoque nos direitos humanos, que representariam um mínimo para que toda pessoa pudesse desenvolver sua capacidade humana dentro da justiça social:

As capacidades são, então, apresentadas como a fonte de princípios políticos para uma sociedade liberal pluralística; elas são colocadas no contexto de um tipo de liberalismo político que as torna objetivos especificamente políticos e as apresenta livres de qualquer fundamentação metafísica específica. Apresentadas e recomendadas dessa maneira, as capacidades, argumento, podem se tornar objeto de um consenso sobreposto entre pessoas que de resto possuem concepções amplas de bem muito diferentes entre si. Argumento, além disso, mais uma vez apoiando-me na ideia intuitiva da dignidade humana, que as capacidades em questão devem ser perseguidas por toda e qualquer pessoa, cada uma sendo tratada como um fim e nenhuma como mero instrumento dos fins dos outros (NUSSBAUM, 2013, p. 85).

As contribuições de Kittay e Nussbaum promovem sentidos importantes sobre como os valores da independência se irradia na estrutura social, mas não vemos críticas que reconhecem no liberalismo essa mesma concepção, ambas as autores se situa num espaço em que a promoção da liberdade e da autonomia, em tese estariam compatíveis com a visão de cuidado social. Na nossa perspectiva, ainda que seja promovido o cuidado, dentro do sistema liberal através da individualidade, precarização do trabalho e ausência empatia coletiva.

Por essa questão recorreremos às construções de Clara Valverde Gefaell, ativista da bioética e da comunicação terapêutica no campo da enfermagem, na obra de “*De la necropolítica neoliberal a la empatía radical*” (2015), numa concepção de cuidado baseada na empatia radial no questionamento dos processos de exclusão e deixar morrer inerentes a política econômica atual. A autora apresenta a problemática do sistema neoliberal baseado em princípios de meritocracia, individualismo e consumismo que fortalecem a exclusão de corpos não rentáveis/lucrativos (pessoas com deficiências, doenças crônicas, idosos aposentados com valores miseráveis, crianças famintas etc.), responsabilizando pessoas em condição de miserabilidade por sua situação, como irresponsáveis ou pessoas de “má sorte” (GEFAELL, 2015).

A realidade desses indivíduos é tida como um problema individual, relacionado ao mito da liberdade (para trabalhar e empreender), acompanhado de políticas públicas superficiais

(e ineficazes) que colocam o excluído como responsável pelos seus males. Esta mentira penetra profundamente na sociedade ao mesmo tempo que promove a liberdade infantilizante de consumo, lazer e entretenimento (GEFAELL, 2015, p. 23, tradução nossa).

A autora provoca os movimentos sociais a pensarem o papel dos corpos que estão em camas, que não tem teto, que passam necessidades físicas, que dependem de uma rede de apoio para que possam *repolitizar* a exclusão e o sofrimento, um olhar para o Outro através da empatia, seja pelo processo de recuperação da alteridade (um meio de humanização/desumanização do Outro através de vínculos morais e éticos), afetada pelos processos midiáticos, ou pela viabilização da participação desses corpos excluídos em espaços interdisciplinares e contribuições políticas, através de ações da **estigmergia**<sup>42</sup>, que representa esse processo de criação de movimentos/grupos/organizações que possam dar apoio a esses sujeitos (GEFAELL, 2015).

Se os movimentos se organizarem em prol da ajuda, apoio, e se inserirem nesses espaços de exclusão (hospitais, asilos etc.) dos que estão em sofrimento, as bases do sistema neoliberal de individualidade são afrontadas, “[...] para sobreviver e viver é necessário compartilhar, no possível encontro nos espaços intersticiais entre os não mais incluídos e os excluídos, um novo espaço comum pode surgir” (GEFAELL, 2015, p. 92).

As observações de Gefaell exigem que os movimentos tenham em mente a inclusão das pessoas dependentes de forma ampla e não de uma tutela paternal que invisibiliza suas demandas, por isso a noção de Capacitismo serve para dimensionar a visão das políticas em prol do cuidado.

O conceito de Capacitismo tem sua construção na realidade brasileira para compreender essas dinâmicas. Vemos nos estudos de Anahí Guedes de Mello, antropóloga brasileira a melhor utilização e apresentação do termo dentro das dinâmicas dos estudos feministas sobre a deficiência. A categoria Capacitismo é pensada pela autora a partir da reflexão sobre os termos existentes na língua inglesa para se referir ao processo de discriminação contra pessoas com deficiência. A autora reconhece na noção de capacidade o principal fator de opressão social, razão pela qual propõe que o neologismo gere um afastamento da obrigatoriedade de aptidão e capacidade, assim como o racismo se opõe a raça.

---

<sup>42</sup>A autora utiliza o termo stigmergia, que é o método de comportamento dos formigueiros, para exemplificá-lo como um método comum aos segmentos sociais em que os setores auto-organizados se integram de forma comunicacional e colaborativa gerando uma interdependência entre os integrantes. A analogia de formigueiro é recorrente nos movimentos sociais, para demonstrar a integração e o trabalho em cadeia desenvolvido em prol de uma luta comum.

Minha proposta é que, a exemplo de Portugal, passemos a adotar no Brasil a tradução de *ableism* para *capacitismo* na língua portuguesa, por duas razões principais: a primeira é a demanda de urgência para visibilizar uma forma peculiar de opressão contra as pessoas com deficiência e, por consequência, dar maior visibilidade social e política a este segmento; a segunda deriva do próprio postulado da teoria *crip*, ou seja, para desconstruir as fronteiras entre deficientes e não deficientes é necessário explorar os meandros da corponormatividade de nossa estrutura social ao dar nome a um tipo de discriminação que se materializa na forma de mecanismos de interdição e de controle biopolítico de corpos com base na premissa da (in)capacidade, ou seja, no que as pessoas com deficiência podem ou são capazes de ser e fazer. [...] Mas, a diferença entre estas duas palavras está no foco apontado por quem pratica a tal discriminação, a saber: 1) O *ableism* (ou *ablism*) está focalizado nas supostas capacidades das pessoas sem deficiência como referência para mostrar as supostas limitações das pessoas com deficiência. No *ableism*, a ênfase é colocada nas supostas pessoas capazes, as quais constituem a maioria da população e são supostamente consideradas normais; e 2) Inversamente, o *disablism* está focalizado nas supostas limitações das pessoas com deficiência como referência para mostrar as supostas capacidades das pessoas sem deficiência. No *disablism*, a ênfase é colocada na suposta anormalidade das pessoas com deficiência, as quais constituem uma minoria populacional (GUEDES, 2016, p. 3267).

Reconhece o *capacitismo* inserido dentro de setores que avaliam ou definem categorias como “deficiência”, “vulnerabilidade” e “incapacidade”, considerando que aplicam estritamente a visão médica sobre o corpo e não analisam os contextos sociais. Podemos dizer que os problemas que identificamos ao longo das políticas de Estado se relacionam com a postura *capacitista* inerente à estrutura de Governo, uma vez que tendem a partir do pressuposto de que a PCD é inferior, insuficiente e vulnerável, ao mesmo tempo que invisibiliza todas as condições que fazem parte da realidade desse sujeito.

Portanto, utilizando desse conjunto de estudos, ainda que em campos epistemológicos distintos, destacamos fundamentos basilares importantes do que chamamos de estudos feministas ou de segunda geração de teóricos sobre a deficiência: 1) as relações desenvolvidas pelas pessoas com deficiência são parte fundamental do reconhecimento do seu papel social e político, especialmente a partir do papel da mulher (mãe, esposa, filha, neta etc) enquanto prestadora do cuidado e apoio das pessoas dependentes (pessoas com deficiências, crianças e idosos); 2) o sistema de produção capitalista precariza essa função de cuidado e, na ausência de pessoas que possam exercer o cuidado, vemos políticas públicas precárias de assistência, que impõem condições de vulnerabilidade aos sujeitos dependentes; 3) faltam espaços e movimentos sociais que prestem apoio, assistência e ajudem esses sujeitos excluídos, através de um processo de empatia radical, em que a ajuda não seja caridosa, mas política; e 4) o Estado e suas legislações possuem conteúdos *capacitista*.

Esses fundamentos sob a ótica do cuidado e da dependência são elementos importantes para contrastar com a noção de independência e produtividade que norteiam as políticas de inclusão da pessoa com deficiência a partir de valores eminentemente liberais. Se

levamos em consideração que não são todos os corpos que de fato podem ser independentes, podemos dizer que existem políticas de inclusão para cuidar de sujeitos dependentes? Para compreender os interesses que se manifestam nas políticas de inclusão criadas no contexto político brasileiro, precisamos elucidar a dinâmica em volta da criação de políticas públicas na sociedade liberal/neoliberal.

## 5 **INCLUSÃO NEOLIBERAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL**

Ao longo da construção dessa pesquisa nos debruçamos sobre aspectos que convergem para a realidade dos sujeitos através de contribuições teóricas que pudessem iluminar o que podemos chamar de interesses ocultos dos problemas sociais com os quais nos ocupamos. Especialmente em relação a deficiência, podemos afirmar que a construção da categoria se dá em contextos distintos, mas que em certa medida buscam a emancipação dos sujeitos, ainda que sob argumentos contraditórios.

O paradoxo da inclusão da pessoa com deficiência, que baseada na noção de independência se dá através da exclusão de determinados corpos com deficiências, é a principal preocupação deste estudo, que busca evidenciar as contradições inerentes ao sistema econômico em que essas políticas são implementadas e o papel que os direitos humanos detêm nesse espaço.

Esse processo se mostra mais evidente com a ascensão do conservadorismo e dos pacotes de medidas neoliberais que se instalaram no Brasil e vem gerando danos – ainda não totalmente mensuráveis - nas políticas públicas desenvolvidas pelo Estado. Sob a legitimidade da crise econômica e política, diversos direitos têm sido alvo de alterações significativas e regulamentações que vão contra o que até então pensávamos estar consolidado no ordenamento brasileiro. Com base nessas questões, apresentamos o contexto do que denominamos de inclusão neoliberal da pessoa com deficiência, evidenciando os fundamentos norteadores dessa política.

### 5.1 **Neoliberalismo, Direitos Humanos e Políticas Públicas**

As práticas de governos de supressão e/ou extinção de políticas sociais sob o argumento da crise econômica é uma das principais características do neoliberalismo, especialmente a partir do final dos anos 1980 na Europa. Entretanto, precisamos considerar que o contexto brasileiro recente – 13 (treze) anos da gestão presidencial do Partido dos Trabalhadores, marcado pela promoção de política sociais, difere-se bastante das demais experiências internacionais de Estado de Bem-Estar Social e promoção dos direitos humanos.

Por essa razão, precisamos compreender as dinâmicas que se relacionam no papel do Estado como provedor de ações pautadas nos direitos humanos, através das políticas públicas

sociais na democracia liberal e em que sentido o neoliberalismo se alia a discursos fascistas como antagonista desses direitos.

Os direitos humanos surgem a partir de valores de direitos como a “dignidade”, a “liberdade”, a “razão”, a “consciência”, dentro um contexto histórico específico e nós que demos a nós mesmos esses atributos carregados de significados distintos (SANTOS; MARSILLAC, 2020). Por isso, as inquietações sociais das classes trabalhadoras têm um papel importante no processo de atribuição de novos valores a essas concepções existentes.

A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789) e a Declaração de Independência dos Estados Unidos (1776) vão se firmar na oposição ao antigo regime absolutista. É o homem capitalista, ligado ao comércio e ao acúmulo do capital, que vai defender a sua liberdade de ascender na sociedade pelo trabalho. A liberdade e a propriedade privada são ditos direitos humanos, inerentes à vontade do Estado, cabendo à estrutura jurídica a proteção e a possibilidade de viver sem a intervenção estatal (COMPARADO, 2019).

A “individualidade histórica” do homem capitalista é um elemento dessa concepção na construção do “espírito capitalista”, que concebe uma ética social baseada no dever de exercer sua atividade profissional produtiva para o acúmulo de riquezas às custas da exploração do próprio homem. Não necessariamente uma ideologia da ganância, mas uma virtude concreta e útil aos indivíduos pela força de trabalho ou da propriedade de bens (WEBER, 2004).

Com o Manifesto Comunista de Karl Marx e as movimentações proletárias, essa noção de liberdade é questionada, pois o Estado burguês torna todos os cidadãos livres formalmente em escravos, criando vínculos de exploração do trabalho que parecem voluntários. “O escravo romano era preso por grilhões; o trabalhador assalariado está preso a seu proprietário por fios invisíveis. A ilusão de sua independência se mantém pela mudança contínua dos seus patrões e com ficção jurídica do contrato” (MARX, 2017, p. 790).

O aparato estatal vai servir a liberdade negocial e a igualdade formal atendendo as necessidades da exploração capitalista, criando a ilusão de que a lei e os instrumentos estatais se baseiam na vontade livre. As reflexões marxistas demonstram que o Direito tem uma finalidade aliada à estrutura capitalista, constituído pelos instrumentos necessários a manutenção do sistema de produção, razão pela qual faz uma distinção entre os problemas reais da igualdade e da liberdade, que decorrem do seu pleno exercício e que só terão resolução pela prática revolucionária e não pela mera declaração (MASCARO, 2013).

Esse Estado liberal é confrontado com o reconhecimento dos direitos humanos de caráter econômico e social, fruto das revoluções do movimento socialista, iniciado na primeira metade do século XIX, reconhecendo como titulares os grupos sociais esmagados pela miséria,

doença, fome e marginalização. “Os direitos humanos de proteção do trabalhador são, portanto, fundamentalmente anticapitalistas, e, por isso mesmo, só puderam prosperar a partir do momento histórico em que os donos do capital foram obrigados a se compor com os trabalhadores” (COMPARATO, 2019, p. 857).

Essa noção de direitos humanos aos trabalhadores, junto à criação de políticas sociais, instrumentalizou mudanças no sistema de produção, com o conseqüente avanço tecnológico para tornar cada vez mais dispensável a mão-de-obra, privilegiando o lucro especulativo e impondo a precarização do trabalho – formação do exército de reserva industrial.

Por isso, nos alinhamos às teorias que colocam os direitos humanos como garantias, valores, que precisam ser instrumentalizados dentro do contexto histórico-político. Através da concepção dos direitos humanos há abertura para as possibilidades de inclusão, sendo criados espaços para sua execução real. “[...] Por isso se diz que os Direitos humanos são ‘garantias’, porque nada podem em relação à gestão real da inclusão e de suas conseqüências”, sendo necessário, compreender as condições, os meios e as situações em que esses direitos podem ser realizados (DE GIORGI, 2017, p. 327).

Com o pós-segunda Guerra Mundial e o medo da revolução comunista, surge o contexto do *Welfare State*, Estado do Bem-Estar social que representou o modelo de gestão governamental que incide na Europa e nos Estados Unidos, de promoção de ações intervencionistas de melhoria das condições de trabalho, de renda e de consumo do operariado.

Através da execução das políticas públicas de saúde, assistência e previdência social temos acesso aos direitos humanos. Bobbio (2004) em “A Era dos Direitos”, defende a tese dos direitos humanos como fruto das lutas sociais. “[...] Os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas” (BOBBIO, 2004, p. 5).

Por essa percepção, o autor defende que tenhamos em mente que precisamos inserir os direitos humanos no debate sobre quais instrumentos podem garanti-los, em um sentido jurídico, mas especialmente político, questionando o modo mais seguro para garanti-los, para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados (BOBBIO, 2004, p. 42).

Compartilhamos da análise de Tosi (2017), que concebe da obra de Bobbio, um alinhamento entre a Democracia e o Socialismo, na medida em que a Democracia corresponde às “regras do jogo”, mas também em sua conotação procedimental e ética, que “pressupõe a defesa de um conjunto de valores ético-políticos que lhe dão legitimidade; dentre eles, a

tolerância, o pluralismo, a não violência, e o respeito dos direitos humanos” (TOSI, 2017, p. 15). No sistema democrático, apesar do elitismo associado à política representativa, tem-se um espaço para promoção de disputas em prol dos direitos e mudanças sociais, onde as políticas públicas serão propostas e discutidas como parte das ações estatais.

O tamanho e a complexidade dos Estados modernos, assim como o seu caráter pluralista, inviabilizam as formas de democracia direta das cidades-estados antigas, assim como as formas de democracia plebiscitárias modernas; mas possibilitam formas de democracia participativa, tais como as assembleias populares (limitadas aos governos locais) e o referendun. A participação dos cidadãos na vida política é, para Bobbio, extremamente salutar e necessária para corrigir os vícios da representação que tende a concentrar o poder numa elite econômica, política e social. Ela deve se desenvolver em duas direções: para a democratização do Estado, mas também para a democratização da sociedade. (TOSI, 2017, p. 20).

É nesse mesmo sentido que compreendemos que as políticas sociais estão num espaço de disputa constante entre os valores liberais e sociais em contradição, podendo ao mesmo tempo atender aos interesses do capital liberal como também promover ações sociais. Como exemplo, no séc. XIX, o sufrágio universal e a legislação fabril significaram ações importantes da esquerda, enquanto o sistema de seguridade social implantado no mesmo século na Alemanha pelo chanceler conservador Otto Von Bismarck foi uma iniciativa da direita contra as influências socialistas (COSTA; NOGUEIRA; SILVA, 2013, p. 19).

Não à toa, vemos em sistemas ditatoriais a criação de diversas políticas sociais, a exemplo do Brasil, especialmente nos anos 1970, sob o governo Geisel, a custo da negação das liberdades individuais. A percepção sobre essas contradições se evidencia tão constante, que, atualmente, as políticas sociais também estão inseridas na “ditadura do neoliberal”, condicionadas a lógica do capital financeiro:

[...] vem se impondo, com maior ou menor visibilidade, em todo o mundo capitalista: a substituição do welfare pelo workfare, ou da política social incondicional, baseada no direito, pela política social condicional, baseada no mérito ou na ética capitalista do trabalho. Nesse trânsito, a principal missão da política social tem sido a de fazer com que o seu beneficiário pague de alguma forma pelo benefício recebido, ou então que ele seja ativado para o trabalho, não importa qual, e para tarefas de geração de renda, para se tornar autossustentado. (COSTA; NOGUEIRA; SILVA, 2013, p. 23)

O neoliberalismo retoma os valores liberais para promover o desmonte das políticas do bem-estar social sob a justificativa da crise econômica e na sua impossibilidade de execução. “Deve-se recordar que o mais forte argumento adotado pelos reacionários de todos os países contra os direitos do homem, particularmente contra os direitos sociais, não é a sua falta de

fundamento, mas a sua inexequibilidade” (BOBBIO, 2004, p. 24), ao mesmo tempo que reverte ações para promoção do capital financeiro, a partir de financiamentos e créditos.

No Brasil, em um contexto de crise da economia, tem-se verificado a supressão de direitos ao mesmo tempo em que as políticas sociais passaram a ser redirecionadas em consonância com as diretrizes do Banco Mundial. Pautadas nos ditames economicistas do neoliberalismo, os direitos sociais, têm se transformado em produtos comerciais, com a privatização dos serviços sociais básicos, como saúde e educação, e a perda de direitos trabalhistas e da Previdência Social (MOURA; MOURA, 2019).

Essa redução de recursos para promoção de políticas públicas vem associada à construção discursiva da crise (política, econômica, social, ética e moral) e da desqualificação dos direitos humanos, algo que vemos especialmente com as articulações entre o neoliberalismo e o fascismo.

As crises são inerentes ao capitalismo em decorrência de sua dinâmica contraditória. Em formatos diferentes, de tempos em tempos vemos crises pela escassez de recursos, pressão para exploração da forma de trabalho, valores de acumulação e concorrência, uma vez que o capital tem por fundamento o constante aumento da produção e demandam ações de manutenção desse sistema de produção/reprodução, gerando desigualdades, desempregos e aumento da pobreza e miséria (MARX, 2017; MASCARO, 2020; MÉSZÁROS, 2011).

Sobre essa noção de crise, precisamos compreender que as dinâmicas capitalistas no Brasil se dão de maneira distinta do resto do mundo, sob o ponto de vista de um capitalismo tardio, periférico e dependente dos países desenvolvidos. No Brasil, assim como em outros países da América Latina o processo de industrialização se deu de forma dependente ou associado com grupos oligopolistas transnacionais, se baseando em modelos exportadores de matérias-primas, produtos primários em geral ou manufaturas para as grandes potenciais mundiais, reforçando uma situação de dependência dos capitais e tecnologias produzidos pelos países desenvolvidos (centrais), e essa dependência acabaram limitando as possibilidades de decisão e ação autônomas destes países periféricos, impedindo que o centro político das forças sociais locais nesses países se sobrepusesse ao mercado e conquistaram maior autonomia política. Esse plano de fundo está associado às noções de crises econômicas e como os países de capital periférico são atingidos e estão condicionados a adotar medidas que tendem a precarizar ainda mais a força de trabalho nacional (MELLO, 1982).

Nessa construção, compartilhamos das premissas de Naomi Klein, em “Doutrina do Choque: A Ascensão do capitalismo do desastre” (2008) para entender o papel do fascismo na construção da campanha de desvalorização dos direitos humanos para instalação dos pacotes

de ordem econômica neoliberais e supressão políticas sociais. O neoliberalismo possui uma estrutura de capitalismo fundamentalista, que sob diferentes nomes, liberalismo, conservadorismo, economia de livre mercado possui uma estrutura de propagação do discurso do desastre (KLEIN, 2008).

Esse capitalismo de desastre, na definição de Klein, cria/se aproveita de desastres, como golpe, ataque terrorista, liquidez do mercado, guerra, tsunami, furacão, que põe a população em estado de choque, para estimular oportunidades de mercado, impondo programas radicais de livre mercado e redução de direitos. “Nesses momentos maleáveis, quando estamos psicologicamente fragilizados e fisicamente esgotados, que esses artistas do real esfregam as mãos e iniciam seu trabalho de refazer o mundo” (KLEIN, 2008, p. 31).

Isso posto, avançamos para o reconhecimento da gestão presidencial de Jair Bolsonaro como uma estrutura fascista dotada de totalitarismos. Primeiramente, compartilhamos das considerações de Gabriela Barbosa e Iranice Muniz (2020) que veem a partir das análises de Hannah Arendt, as práticas totalitaristas que se instalam no Brasil, na construção de um “inimigo” na figura do petista e no plano ideológico com a implantação de escolas sem partido e combate à ideologia de gênero, além da banalização da violência, através da promoção do “cidadão de bem” e do “bandido bom é bandido morto”.

Hannah Arendt define a sociedade alemã da época pré-nazista como uma grande massa desorganizada e desestruturada de indivíduos furiosos com o governo que nada tinham em comum, exceto a vaga noção de que as esperanças partidárias eram inúteis. Esse pensamento abriu brecha para os mais respeitados e eloquentes membros da comunidade constituíssem o imaginário de que a conjuntura política era não apenas prejudicial, mas também ignorante e desonesta. Foi assim que os “filhos” das ideologias nacionalistas, apresentaram-se como os naturais defensores das massas. Coincidência ou não, esse espírito patriota também foi protagonista na campanha do até então candidato do PSL, hoje Presidente da República federativa do Brasil. Consciente do volumoso corpo social que as massas consistiam e da flexibilidade que caracterizava a sua vontade à qual teria necessariamente de agradar, o marketing de campanha se utilizou da bandeira verde a amarela como também inspiração direta em um slogan nazista “Brasil acima de tudo. Deus acima de todos”. “Coincidentemente”, na Alemanha de Hitler, um dos bordões mais repetidos era o Deutschland über alles que, em português, significa “Alemanha acima de tudo”. O trecho, inclusive, fazia parte do hino da República Alemã, mas foi suprimido ao final da Segunda Guerra Mundial (BARBOSA; MUNIZ, 2020, 58-59).

Esse autoritarismo, apesar de não necessariamente totalitário, ou iminente fascista a partir de concepções mais clássicas, se vale de estratégias típicas desses sistemas de poder, com a prática da: a) construção do inimigo; b) valorização da moral-religiosa; c) desinformação ideológica e “irracional”, rompendo com as regras do jogo da democracia, ameaçando instituições democráticas e se opondo ao cumprimento de legislações e outras formas de

limitação dos poderes executivos (BOITO JÚNIOR, 2021). Por isso, vemos na gestão Bolsonaro a utilização de decretos e medidas provisórias, que em termos gerais, referem-se a atos exclusivos do Chefe do poder executivo para regulamentar detalhadamente dispositivos previstos nas leis, sobrepondo-se ao Poder Legislativo e instrumentalizando posições autoritárias.

Partimos desse contexto para analisar a produção documental operada no Brasil com o objetivo de regulamentar a política de inclusão da pessoa com deficiência, verificando sob que aspectos essas contribuições incidem sobre a política pública, valorização ou não dos direitos humanos e reconhecimento da complexidade identitária da pessoa com deficiência.

## 5.2 Contextualização das alterações legislativas no Brasil

Na construção do contexto da pessoa com deficiência no Brasil, precisamos compreender as dinâmicas políticas que atualmente marcam a vida socioeconômica dos brasileiros, a partir do golpe contra a presidenta Dilma Rousseff em 2016. O país tem passado por uma série de disputas políticas que criam um cenário de instabilidade com discursos e ações contra a defesa dos direitos humanos.

O impeachment da presidenta Dilma, em decorrência de argumentos de crime de responsabilidade por pedaladas fiscais e por créditos suplementares sem autorização legislativa, foi o marco de um processo de aumento do conservadorismo, contra o fato da presidenta ser mulher, o que gerou uma onda de machismos e levantes dos segmentos conservadores, aliado a justificativas econômicas liberais num contexto econômico desfavorável sob a narrativa da “crise econômica” – o termo crise no Brasil “deixou de retratar um momento de indefinição provisório, emergencial ou extraordinário e passou a ser usado para ocultar uma opção política por manobras e ações justificadas pela falsa urgência ou pelo falso caráter extraordinário do momento” (CASARA, p. 13, 2017).

É a partir do golpe que o neoliberalismo e conservadorismo passam a estar mais evidentes nas políticas do Estado brasileiro – numa proposta de contraposição à gestão presidencial do Partido dos Trabalhadores (PT), que se propôs a garantir direitos sociais e promover um “estado de bem-estar social” – algo que se evidencia com as propostas de Michel Temer (Vice-presidente que assumiu de 2016 a 2018) através dos planos Agenda Brasil, Uma ponte para o futuro, Travessia Social e da Emenda Constitucional 95, promulgada em dezembro de 2016. O teto dos gastos públicos aprovados pela Emenda Constitucional 95 estabeleceu um congelamento de 20 anos na vinculação das receitas no campo da Saúde e Educação, alterando

os parâmetros estabelecidos no texto constitucional, consolidando uma crescente de ações de redução de gastos com políticas públicas (SILVA, 2021, p. 64).

Aliado a isso, o processo eleitoral presidencial de 2018 foi inundado pela utilização de redes sociais para disseminação de notícias falsas, discursos violentos, atentados aos direitos humanos, consagrando Bolsonaro como de um conservadorismo violento e de bases fascistas. Uma das características desse alinhamento fascista dos “engenheiros do caos”, se dá através de uma estratégia populista de conquista da população através dos extremos, como o ataque ao “politicamente correto”. “A indignação, o medo, o preconceito, o insulto, a polêmica racista ou de gênero se propagam nas telas e proporcionam muito mais atenção e engajamento que os debates enfadonhos da velha política” (EMPOLI, 2019, p. 52).

O comportamento de Jair Bolsonaro através das suas redes sociais, especialmente o Twitter, durante o pleito eleitoral e ao longo da gestão, é marcado por discursos inflamados contra direitos humanos e criação de um antagonismo entre uma política cansada, velha, e corrupta, na figura do PT e do ex-presidente Lula, e uma política nova, “tradicional”, que prega a liberdade além disso, propaga a separação do bem e do mal, com o reforço pela defesa da flexibilização no uso de armas de fogo e intervenções das forças armadas (BARBOSA, 2021).

As estratégias utilizadas no processo eleitoral de 2018 fizeram com que muitos eleitores de setores mais conservadores – defendessem que a mudança de governo (“comunista”) era uma oportunidade para resguardar a família, estado e propriedade. E, assim, o projeto contínuo de implantação democrática de uma humanidade, especialmente primando pela inclusão dos que mais precisam, conforme determina a Constituição de 1988, foi tragado pela extrema direita do país com o aval dos tradicionais meios de comunicação (BARBOSA, 2021, p. 105).

Havendo pouca ou nenhuma diferença entre o período de campanha eleitoral e sua gestão presidencial, Bolsonaro se abastece das mesmas estratégias para consolidar um avanço violento contra os direitos sociais e institucionalizar a política neoliberal, especialmente no que Francisco Carlos Teixeira da Silva alegoricamente chama de “Novilingua do Fascismo” (2019), em relação a diversas construções discursivas de negação da histórica, dominação dos comportamentos, especialmente da sexualidade.

O conservadorismo crescente de Bolsonaro promove ataques ao corpo de sujeitos num processo de negação da história, apoiando a Ditadura Militar e a tortura, de construção de uma narrativa de ataque aos segmentos sociais como bandidos, vagabundos, “*que mamam nas tetas do Estado*”, e de ressignificação de lutas sociais com a ressignificação das pautas sociais defendidas pelos movimentos feministas, LGBTQTS, étnicos e raciais. Assim, em aparições públicas, Bolsonaro aparece acompanhado, por exemplo, de Hélio Negão, “Negão do

Bolsonaro” que nega o racismo e o processo escravocrata do Brasil, e de Sara Winter, “ex-feminista” do grupo armado de extrema direita “300 do Brasil”, presa em decorrência ataques físicos ao prédio e ameaças de morte aos ministros do Supremo Tribunal Federal (STF).

Dentro desse processo, a pauta da “deficiência” se torna um importante produto de adesão política desde o discurso de posse, quando a Primeira-Dama Michelle Bolsonaro, “quebrou o protocolo” e realizou o primeiro discurso em Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS: “Eu gostaria de dirigir-me à comunidade surda, pessoas com deficiência e a todos aqueles que se sentem esquecidos. Vocês serão valorizados e terão seus direitos respeitados” (CAVALCANTI, 2019), até uma série de regulamentações que se tornam o “carro-chefe” do MMFDH.

Ao mesmo tempo em que a primeira-dama promove aparições públicas para divulgação de ações assistenciais voltadas às pessoas com deficiência, o governo iniciou um processo de desmonte e modificação das bases das políticas públicas existentes no Brasil. Notadamente, o primeiro ato do presidente foi a extinção, através do Decreto nº 9759/2019, de todos os órgãos colegiados (conselhos e comitês) com participação da sociedade civil na administração pública federal que não tinham sido criados por lei, dentre eles o CONADE, criado em 1999 para acompanhar e avaliar o desenvolvimento da Política Nacional para inclusão da pessoa com deficiência e a implementação das políticas públicas voltadas às demandas setoriais, como educação, acessibilidade e previdência social.

No final do ano de 2019, o Governo instituiu o decreto nº 10.177/2019, criando regulamentação para o Conselho, alterando o sistema de seleção dos membros, através de edital de seleção pelo Ministério, substituindo a eleição colegiada como anteriormente prevista e alterando a composição representativa da sociedade civil, através de segmentações por condições patológicas (posteriormente alterado também pelo Decreto nº 10.841/2021, às vésperas do processo seletivo de abril de 2022).

No mesmo sentido, o governo, através do Decreto nº 10.502/2020, instituiu uma nova política de educação inclusiva para substituir a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva Inclusiva criada em 1994, construída mediante intenso debate com a sociedade civil e alinhada com os princípios da Constituição Federal de 1988, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação, no Plano Decenal de Educação para Todos do Ministério da Educação (MEC) e no Estatuto da Criança e do Adolescente.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup>Define como educação inclusiva como “[...] um processo que visa promover o desenvolvimento das potencialidades de pessoas portadoras de deficiências, condutas típicas ou de altas habilidades, e que abrange os

O Decreto nº 10.502/2020 foi considerando um retrocesso por retomar perspectivas já superadas sobre a educação inclusiva e compatibilizadas com as convenções internacionais, prevendo a matrícula de crianças e adolescentes com deficiência em classes e instituições especializadas, segregando os estudantes da educação “comum”, com o objetivo de promover “assegurar o atendimento educacional especializado como diretriz constitucional, para além da institucionalização de tempos e espaços reservados para atividade complementar ou suplementar (Art. 6º)” (BRASIL, 2020).

Em decorrência da inovação, ao se contrapor aos princípios já estabelecidos pela Constituição e Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9.394/1996, artigo 58, parágrafo 2º - “serviço preferencialmente especializado”), o Supremo Tribunal Federal (STF) na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6590 suspendeu os efeitos do Decreto 10.502/2020, da Política Nacional de Educação Especial Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida, por entender que a norma “pode fundamentar políticas públicas que fragilizam o imperativo da inclusão de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação na rede regular de ensino” (STF, 2020). Essa fragilidade e lógica conservadora sobre o papel das pessoas com deficiência na sociedade se evidencia nas regulamentações, mas também nas declarações do presidente, sobre a própria política:

O que acontece na sala de aula: você tem um garoto muito bom, você pode colocar na sala com melhores. Você tem um garoto muito atrasado, você faz a mesma coisa. O pessoal acha que juntando tudo, vai dar certo. Não vai dar certo. A tendência é todo mundo ir na esteira daquele com menor inteligência. Nivelar por Baixo. É esse o espírito que existe no Brasil., disse Bolsonaro, em 6 de Janeiro no Palácio do Planalto, a uma mulher, que se apresentou como professora e reclamou da decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) de suspender o Decreto Federal nº 10.502 de 30 de Setembro de 2020, que criava a Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida (VENTURA, 2020).

Outro destaque desse processo de produção normativa recai sobre a regulamentação do Modelo de Avaliação Biopsicossocial e do Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Cadastro-Inclusão) estabelecido pela Lei Brasileira de Inclusão como parte da superação do paradigma médico individual e ampliação da avaliação social. O Governo Federal, através do Decreto nº 10.415 de 6/7/2020, instituiu Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre o Modelo Único de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência para formular propostas para a

---

diferentes níveis e graus do sistema de ensino. Fundamenta-se em referenciais teóricos e práticos compatíveis com as necessidades específicas de seu alunado. O processo deve ser integral, fluindo desde a estimulação essencial até os graus superiores de ensino” (BRASIL, 1994, p. 17).

regulamentação e o grupo de trabalho deveria utilizar o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM) como instrumento base.

Os avanços destacados pelos movimentos sociais na construção do IF-BrM são constantemente confrontados seja pela falta de aplicação pelos peritos em suas avaliações, bem como pelo sistema jurídico. Isso porque, apesar de possuir índices médicos de avaliação, o IF-BrM, descentraliza o domínio sobre a produção do parecer de avaliação da deficiência (REIS, 2021, p. 11).

O grupo de trabalho manteve documentos e estudos restritos sem participação colegiada de movimentos sociais<sup>44</sup> e no final de 2021 publicou diversos relatórios que se propunham a ilustrar os gastos públicos necessários para a implementação da política. Conforme apresentado pela advogada Ana Cláudia Figueiredo, representante da Rede Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Rede-In), em sessão solene de debate dos Senadores da Comissão de Direitos Humanos (CDH) sobre a regulamentação da avaliação biopsicossocial prevista no Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/2015) em 28 de março de 2022, o instrumento elaborado pelos Ministérios da Economia e da Cidadania seguiu uma lógica estritamente orçamentária e não atendeu ao IFBrM.

### 5.3 **Análise de Conteúdo**

Conforme apresentado no capítulo metodológico, a partir dos pressupostos teóricos previamente apresentados, nos debruçamos sobre a análise do conteúdo dos documentos propostos para buscar os elementos constitutivos das regulamentações. A construção proposta por Bardin (2015) propõe que a inferência pode apoiar-se nos elementos constitutivos do mecanismo clássico da comunicação sendo: a mensagem (significação e código) e o seu suporte ou canal; e o emissor e receptor.

Em nossa proposta, do levantamento documental jurídico percebemos que o emissor (poder público) e o receptor (sociedade em geral), não seriam os melhores elementos de análise, uma vez que depende de um procedimento pré-estabelecido de produção legislativa e não quisemos nos ocupar das propostas de lei. No mesmo sentido, apesar de possuírem

---

<sup>44</sup>Conforme explica, REIS (2021), “esse período foi marcado pelas disputas entre o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM) e a proposta de Protocolo Brasileiro de Avaliação da Deficiência (PROBAD) produzido por médicos peritos federais e entregue à Casa Civil da Presidência da República (CC/PR) e ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), através de Nota Técnica nº 7/2019, de 08 out. 2019, como proposta de substituição IF-BrM, porém representa um índice em disputa, não reconhecido em esferas do poder judiciário e entidades médicas” (REIS, 2021, p. 10-11).

âmbitos específicos, os documentos elencados preveem normativas que servem a incidência geral. Sendo assim, optamos pela análise da mensagem através da significação e do código.

Para compreensão dos sentidos/significação, identificamos as ideias que melhor atingiam o objetivo de esclarecimento sobre as perspectivas dispostas na legislação a partir das discussões propostas e, como unidade de categorização, utilizamos as palavras, que compõem o elemento do código — os sinais (letras) escolhidos pelo emissor para transmissão da mensagem.

### 5.3.1 *Tratamento dos Resultados*

A construção teórica elencada até aqui serviu para nortear a análise de conteúdo para que se considerassem todos os interesses envolvidos como plano de fundo da produção documental elencada. Por essas premissas, organizamos os seguintes sentidos e palavras para tratamento do conteúdo:

- a) **Sentido da Deficiência** - Palavras “Com deficiência”, “Portadora”, “Especial”, “Vulnerável” e “Barreiras”: intuito de identificar em qual modelo de conceituação as disposições se alinham.
- b) **Sentido da Funcionalidade** - Palavras “Independência”, “Dependência”, “Capacidade”, “Incapacidade” e “Funcionalidade”: intuito de identificar a relação com o modelo de corpo e sua função na sociedade;
- c) **Sentido da Assistência** - Palavras “Assistência”, “Cuidado”, “Apoio” e “Auxílio”: intuito de identificar a incidência da proposta de cuidado ou assistência para as pessoas que precisam;
- d) **Sentido da Inclusão** - palavras “Inclusão”, “Integração”, “Inserção”, “Acesso”, “Trabalho”, “Social” e “Econômico/Mercado”: intuito de identificar elementos que possam indicar que a inclusão é social em sentido geral ou só para trabalho e desenvolvimento econômico.

A partir desses elementos, organizamos os documentos considerando a incidência quantitativa das palavras selecionadas. A incidência quantitativa permitiu eliminar as palavras que não tem incidência e partimos para analisar o sentido a partir das palavras que possuem maior incidência quantitativa. Dessa forma, destacamos no eixo palavra, o documento que possui sua maior incidência (ou que tem o mesmo número de incidência) para buscar no documento os contextos em que a palavra selecionada aparece. Conforme tabelas abaixo:

TABELA 1 – LEVANTAMENTO DA INCIDÊNCIA DAS PALAVRAS - DEFICIÊNCIA

DOCUMENTOS	SENTIDO DA DEFICIÊNCIA				
	Com Deficiência	Portadora	Especial	Vulnerável	Barreiras
Decreto Federal nº 6.949/2009	197	0	0	0	6
Lei Federal nº 13.146/2015	<b>226</b>	0	0	<b>2</b>	<b>23</b>
Resolução Nº 401 do Conselho Nacional de Justiça - CNJ 16 jun. 2021	96	0	0	0	13
Decreto nº 10.502/2020	15	0	65	0	2
Publicação do MEC Educação Especial	109	<b>12</b>	<b>815</b>	1	16
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 01	157	7	53	1	<b>25</b>
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 02	40	0	24	1	8
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 06	60	1	7	0	4
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 07	43	0	3	1	0
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 08	74	1	29	1	9
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14	<b>420</b>	10	52	1	<b>21</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1437</b>	<b>31</b>	<b>1048</b>	<b>8</b>	<b>127</b>

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Na primeira tabela sobre o sentido da deficiência, identificamos que a incidência da palavra “com deficiência” é consequência do ajuste com a CIDPD e a LBI, razão pela qual todos os documentos analisados possuem altas incidências do termo. As vezes em que a palavra “Portadora” apareceu, estava se referindo a alguma legislação anterior à mudança legislativa, razão pela qual a palavra não será utilizada como parâmetro para análise do sentido.

A maior incidência de “com deficiência”, foi no Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14 (420); “Especial”, no documento da Política de Educação Especial de 2020 (815); e “barreiras” aparece com incidências quantitativas próximas no Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 01 (25), na LBI (23) e no Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14 (21). Destacamos que a palavra “vulnerável” só aparece na LBI (2).

TABELA 2 – LEVANTAMENTO DA INCIDÊNCIA DAS PALAVRAS - FUNCIONALIDADE

DOCUMENTOS	SENTIDO DE FUNCIONALIDADE				
	Independência	Dependência	Capacidade	Incapacidade	Funcionalidade
Decreto Federal nº 6.949/2009	3	0	9	0	0
Lei Federal nº 13.146/2015	2	<b>5</b>	8	0	6
Resolução Nº 401 do Conselho Nacional de Justiça - CNJ 16 jun. 2021	3	2	0	0	6
Decreto nº 10.502/2020	0	0	0	0	0
<b>DOCUMENTOS</b>	<b>SENTIDO DE FUNCIONALIDADE</b>				
Publicação do MEC Educação Especial	4	0	5	0	1

Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 01	5	0	6	2	<b>21</b>
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 02	<b>7</b>	1	0	0	5
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 06	4	1	1	2	5
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 07	4	1	3	2	7
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 08	5	1	6	2	<b>21</b>
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14	2	4	<b>38</b>	10	<b>20</b>
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>15</b>	<b>76</b>	<b>18</b>	<b>92</b>

Fonte: Elaboração da autora (2022).

Na segunda tabela, sobre o sentido da funcionalidade, a palavra "independência" tem maior incidência no Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 02 (7). A Capacidade (38) têm maior incidência no Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14. A incidência da palavra "incapacidade" também no Relatório Final GTI (MDH) está relacionada a menções à "Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)", razão pela qual será retirado da análise posterior.

Dentre os documentos analisados a "dependência" tem a menor incidência dentre os documentos, aparecendo na LBI (5) e no Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14 (4) e a palavra "funcionalidade" tem maior incidência, aparecendo mais no Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 08 (21) e no Doc. 14 (21).

TABELA 3 – LEVANTAMENTO DA INCIDÊNCIA DAS PALAVRAS - ASSISTÊNCIA

DOCUMENTOS	SENTIDOS DA ASSISTÊNCIA			
	Assistência	Cuidados	Apoio	Auxílio
Decreto Federal nº 6.949/2009	11	2	15	0
Lei Federal nº 13.146/2015	12	5	20	3
Resolução Nº 401 do Conselho Nacional de Justiça - CNJ 16 jun. 2021	1	1	0	3
Decreto nº 10.502/2020	2	0	6	0
Publicação do MEC Educação Especial	7	2	<b>61</b>	0
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 01	13	3	13	7
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 02	2	0	1	4
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 06	3	1	3	9
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 07	1	<b>21</b>	1	<b>10</b>
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 08	7	10	7	4
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14	<b>29</b>	3	<b>41</b>	<b>12</b>
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	48	<b>168</b>	<b>52</b>

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Na terceira tabela, a palavra “assistência” tem a maior incidência no Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14 (29) e “cuidados”, no Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 07 (21). A palavra “apoio”, tem incidências altas na Publicação do MEC Educação Especial (61) e no Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14 (41). Em ambos os documentos verificamos a incidência da ideia de apoio também no sentido de apoio para recursos financeiros entre governantes, poderes executivos ou apoios em geral, como o “Apoio da primeira-dama à política da pessoa com deficiência” ou em “apoio da ministra”. Por fim, a palavra “auxílio” aparece no Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14 (12) e no Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 07 (10).

TABELA 4 – LEVANTAMENTO DA INCIDÊNCIA DAS PALAVRAS - INCLUSÃO

DOCUMENTOS	SENTIDO DA INCLUSÃO						
	Inclusão	Integração	Inserção	Acesso	Trabalho	Social	Econômico
Decreto Federal nº 6.949/2009	6	0	2	29	20	16	<b>6</b>
Lei Federal nº 13.146/2015	22	0	1	109	29	43	1
Resolução Nº 401 do Conselho Nacional de Justiça - CNJ 16 jun. 2021	50	0	0	94	16	10	2
Decreto nº 10.502/2020	3	0	0	5	1	3	0
Publicação do MEC Educação Especial	68	1	<b>4</b>	<b>143</b>	24	39	2
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 01	25	6	1	5	<b>46</b>	30	0
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 02	9	1	1	8	8	11	1
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 06	4	0	0	10	16	8	0
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 07	0	0	0	0	20	15	3
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 08	3	0	0	19	20	22	0
Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14	<b>85</b>	<b>8</b>	0	83	<b>57</b>	<b>74</b>	1
<b>TOTAL</b>	275	16	9	505	257	331	16

Fonte: Elaboração da autora (2022).

Na quarta tabela, as palavras “inclusão” (85), “integração” (4), “social” (74) e “trabalho” (46) aparecem com mais frequência no Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14, porém destacamos que a palavra “integração” quando aparece no texto, faz referência ao dispositivo da CF/88, razão pela esta não será utilizada na análise dos sentidos.

As palavras “inserção” (4) e “acesso” (143) têm maior incidência na publicação do MEC Educação Especial e “econômico” no Decreto Federal nº 6.949/2009. A partir dessa

análise quantitativa, procedemos a análise do contexto e identificação dos intuitos subjetivos na construção das disposições.

### 5.3.2 *Análise do contexto e construção subjetiva*

Uma vez concluída a análise das incidências das palavras, buscamos no conteúdo dos documentos contextos em que as palavras aparecem ou que são explicadas para que possamos entender quais os sentidos presentes. A partir da leitura teórica, elencamos percepções subjetivas que podem ser retiradas dos contextos selecionados.

QUADRO 3 – SENTIDO DA DEFICIÊNCIA

Palavras	Contexto	Percepção subjetiva
Com Deficiência Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14	“[...] Art. 2º Considera-se pessoa <b>com deficiência</b> aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.	Definição com base no modelo social, utiliza o parâmetro da LBI.
Especial Publicação do MEC Educação Especial	“[...] Não é demais ressaltar que, como está bem claro na LDB, o atendimento educacional deve ser referencialmente na escola regular inclusiva – o que não significa exclusivamente lá. O adjetivo “regular”, conforme consta na LDB, é sinônimo de “comum” ou “convencional”, em contraste com “ <b>especial</b> ” ou “especializada”. Neste Documento, os três primeiros termos são utilizados sempre com o mesmo significado. O uso do termo “regular” pode gerar confusão, visto que as escolas especializadas também fazem parte da rede regular de ensino. Ou seja, escolas especializadas não são irregulares e todas as escolas, sejam comuns, sejam especializadas, devem ser inclusivas [...]”	A utilização do especial no sentido de especialização, não convencional, para identificar o serviço destinado às pessoas com deficiência está relacionado ao sentido da integração - ações diferenciadas, e não a inclusão.
Vulnerável Lei Federal nº 13.146/2015	“Art. 10. Compete ao poder público garantir a dignidade da pessoa com deficiência ao longo de toda a vida. Parágrafo único. Em situações de risco, emergência ou estado de calamidade pública, a pessoa com deficiência será considerada <b>vulnerável</b> , devendo o poder público adotar medidas para sua proteção e segurança.”	O artigo da lei só atribui condição de vulnerabilidade em condições de risco, emergência ou estado de calamidade. A PCD fora dessas hipóteses não aparece como vulnerável.
Barreiras Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 01	“Como há uma competição entre pessoas com deficiência com diferentes graus de gravidade pelas mesmas vagas reservadas, aquelas que convivem com menos <b>barreiras</b> e que têm uma deficiência leve, acabam sendo favorecidas em relação às que enfrentam mais barreiras, pois estas últimas presumivelmente enfrentaram e enfrentam maiores dificuldades no acesso à saúde, à educação, à qualificação profissional, ficando assim em desvantagem em relação àquelas com uma deficiência mais leve.”	Faz considerações no sentido da distinção entre a interação com mais ou menos barreiras para classificar as dificuldades da deficiência. Gradação da deficiência.

Palavras	Contexto	Percepção subjetiva
Barreiras Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14	“A CIF compreende a deficiência como uma condição que possui caráter relacional, resultante da interação do impedimento no corpo com as <b>barreiras</b> do meio, gerando restrição de participação social do indivíduo em relação às demais pessoas que não vivenciam a deficiência.”	Faz menção ao conceito do modelo social, compreendendo o caráter relacional da deficiência.

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Podemos considerar que o sentido da deficiência nos documentos se baseia nas premissas do modelo social, com destaque para o rompimento da noção de vulnerabilidade presumida em razão da deficiência. Porém, notamos que a utilização do conceito de educação especial não está aliado as mesmas bases propostas pelo modelo social e a ideia de inclusão. Isso porque a educação especial se refere à criação de serviços exclusivos para pessoas com deficiência, na criação de escolas, classes e aulas específicas para essas, enquanto a ideia de educação inclusiva parte da premissa da necessidade de inclusão nas classes regulares de ensino, promovendo a interação e recursos para que se promova a relação entre pessoas com e sem deficiências.

Conforme os incisos II e III do art. 28 da LBI, define-se o direito à educação tanto a partir do aprimoramento dos sistemas educacionais, visando a garantir condições de acesso, permanência, participação e aprendizagem, por meio da oferta de serviços e de recursos de acessibilidade quanto através de projeto pedagógico que institucionalize o atendimento educacional especializado, assim como os demais serviços e adaptações razoáveis, para atender às características dos estudantes com deficiência e garantir o seu pleno acesso ao currículo.

As noções das barreiras afirmam a incorporação do modelo social, considerando a deficiência a partir da integração com as barreiras sociais, ambientais e outras, porém destacamos que as possíveis noções sobre gradação da deficiência, especialmente no sentido de haver uma maior ou menor necessidade de intervenção do estado em decorrência do nível da deficiência está em desacordo com os princípios elencados na CIDPD.

Sobre isso precisamos explicar que os documentos analisados se ocuparam em trazer comentários sobre as maiores políticas para as pessoas com deficiência no Brasil, o BPC e o sistema de cotas para concursos públicos, e pela leitura há claras indicações de que uma das preocupações do Estado está em separar as pessoas com deficiência leve das pessoas com deficiências graves para acessarem “de forma justa” as políticas ofertadas.

Porém, em nossa análise apesar dessa preocupação ser legítima, vemos que é contraditória com as premissas sobre a funcionalidade que temos no modelo social, razão pela qual passamos a compreender os sentidos atribuídos a isso.

QUADRO 4 – SENTIDO DA FUNCIONALIDADE

Palavras	Contexto	Percepção subjetiva
<p>Independência</p> <p>Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 02</p>	<p>O nível de <b>independência</b> para realizar as atividades, portanto, reflete tanto a gravidade dos impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; como o impacto dos fatores socioambientais, psicológicos e pessoais e a limitação no desempenho da atividade. Quanto mais graves os impedimentos relacionados às estruturas e funções do corpo, menor será o nível de independência na realização das atividades, e mais grave a deficiência. Do mesmo modo, quanto maiores são as barreiras (fatores socioambientais, psicológicos e pessoais), menor será a independência na realização das atividades, mais grave a deficiência e maior será a restrição de participação.</p>	<p>A independência aparece como um requisito para medir a gravidade da deficiência: quanto mais grave o impedimento, menor será a independência; quanto maiores as barreiras, menor a independência. A independência como parâmetro de funcionalidade.</p>
<p>Dependência</p> <p>Lei Federal nº 13.146/2015</p>	<p>Art. 3º. X - residências inclusivas: unidades de oferta do Serviço de Acolhimento do Sistema Único de Assistência Social (Suas) localizadas em áreas residenciais da comunidade, com estruturas adequadas, que possam contar com apoio psicossocial para o atendimento das necessidades da pessoa acolhida, destinadas a jovens e adultos com deficiência, em situação de <b>dependência</b>, que não dispõem de condições de autossustentabilidade e com vínculos familiares fragilizados ou rompidos;</p>	<p>A dependência aparece somente na hipótese em que as pessoas “não dispõem de condições de autossustentabilidade e com vínculos familiares fragilizados ou rompidos”.</p>
<p>Capacidade</p> <p>Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14</p>	<p>Há um reconhecimento crescente, certamente na literatura acadêmica, de que a avaliação da deficiência deve ser baseada na experiência vivida de saúde completa e contextualizada, e não apenas no diagnóstico, impedimentos ou avaliação da <b>capacidade</b> funcional. Esta é a abordagem da deficiência, que não somente avalia diretamente o status da deficiência (ao invés de inferir indiretamente a deficiência a partir de impedimentos ou capacidade funcional), mas também captura o modelo interativo pessoa-ambiente da deficiência, universalmente entendido como o modelo mais defensável de deficiência. Por mais importantes que sejam essas considerações gerais, na prática um país precisaria de um argumento forte para se engajar em uma reforma substancial de seu procedimento de avaliação de deficiência.</p>	<p>Reconhece as noções de rompimento com a capacidade exclusivamente médica e sim a partir de um modelo interativo pessoa-ambiente, mas parte da premissa de que não há argumentos “fortes” que justifiquem uma mudança significativa na forma de avaliação.</p>
<p>Funcionalidade</p> <p>Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 01</p>	<p>O comprometimento da <b>funcionalidade</b>, por si só, não significa que o indivíduo deve ser considerado uma pessoa com deficiência. Afinal, tal comprometimento pode ser o resultado de uma doença passível de controle e reabilitação em poucos meses, do envelhecimento, que não necessariamente acarreta alterações caracterizadoras de pessoa com deficiência, e de outros fatores que não guardam relação com impedimentos de longo prazo. Essas considerações são importantes</p>	<p>Contrariamente às premissas do modelo social e da análise das interações com as barreiras sociais, distingue “alterações caracterizadoras da pessoa com deficiência” como impedimentos a longo prazo e não passíveis de</p>

Palavras	Contexto	Percepção subjetiva
	<p>porque ajudam a compreender por que o IFBr-M, instrumento-base do GTI, sem as adaptações propostas, apresenta um desempenho insatisfatório na diferenciação das pessoas sem deficiência daquelas com deficiência, bem como na classificação das pessoas com deficiência de acordo com o grau.</p>	<p>reabilitação. Atribui a necessidade de gradação da deficiência.</p>
<p>Funcionalidade Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 08</p>	<p>Os indivíduos avaliados podem apresentar restrição de participação por diferentes motivos e, no caso dos requerentes de BPC, a participação na sociedade em igualdade de condições com outros indivíduos é frequentemente comprometida pela vulnerabilidade socioeconômica, além do possível impedimento corporal. Assim, o qualificador das funções e estruturas do corpo constitui um elemento central da proposta porque estabelece a conexão entre o comprometimento da <b>funcionalidade</b> e o impedimento corporal, necessária para a caracterização da deficiência. Portanto, uma proposta que desconsidere a análise médica sobre os impedimentos corporais é inapropriada para diferenciar as pessoas sem deficiência daquelas com deficiência, bem como para determinar o grau da deficiência.</p>	<p>Reforço da necessidade de utilização da avaliação médica para gradação da deficiência, através da junção dos elementos de comprometimento da funcionalidade e impedimento corporal.</p>
<p>Funcionalidade Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14</p>	<p>Como um padrão internacional, a CIF fornece classificações separadas dos componentes dos <b>Funcionalidade</b> e Fatores Ambientais, cada um dos quais composto de domínios (capítulos e blocos) e categorias. Os qualificadores são fornecidos para descrever a extensão dos problemas na <b>Funcionalidade</b>, ou seja, a extensão da Deficiência denotada por cada variável de domínio e categoria. 'Funcionalidade' na CIF como um termo abrangente, incluindo todos os aspectos e dimensões de como os humanos funcionam e agem, desde as funções (e estruturas) concretas do corpo e da mente humanos até a variedade de ações simples e complexas nas quais uma pessoa se envolve. Essas ações simples e complexas são conceituadas a partir da perspectiva das capacidades intrínsecas da pessoa para realizar ações (a perspectiva da Capacidade), e em termos do desempenho real dessas ações em interação com o contexto completo em que a pessoa vive (a perspectiva de Desempenho).</p>	<p>Menção ao padrão internacional de funcionalidade, que serve para classificar a extensão da deficiência, a partir de todas as dimensões das relações humanas, considerando os potenciais das pessoas e seu desempenho.</p>

Fonte: elaborado pela autora (2022).

A análise dos sentidos atribuídos à funcionalidade aponta para o principal problema destacado nesse estudo, que é a relação aparentemente indissociável de deficiência com a noção de capacidade humana. O conteúdo dos textos parte do entendimento de que a deficiência é necessariamente uma condição grave, autoevidente e impeditiva de exercer cuidados pessoais,

pautados numa análise médica que não compreende a complexidade patológica e interativa com as barreiras.

Em nossa análise, essa estrutura cria dois problemas que impedem o acesso às políticas: um decorrente da independência como premissa do modelo social e outro da não incorporação das premissas de funcionalidade. Primeiramente, entendemos que as premissas do modelo social falam da junção dos elementos para que se distinga a deficiência da funcionalidade. A partir disso, por exemplo, mesmo que nos deparemos com pessoas com deficiências com a mesma condição de lesão física (lesão permanente a longo prazo), a depender da condição econômica para comprar uma cadeira de rodas elétrica, uma cadeira de rodas comum ou mesmo para ter uma cadeira de rodas, serão diferentes os impactos nas condições de funcionalidade, ainda que todos sejam capazes e potencialmente independentes.

Isso fica ainda mais claro quando analisamos que a independência é o parâmetro de medida do impedimento e, portanto, é a noção de sujeito “independente” a utilizada para verificar se há capacidade funcional, quando na realidade os parâmetros do IFBrM levam em conta tanto o potencial (caso acesse a serviços qualificados, por exemplo) quanto o desempenho real das pessoas.

Na nossa perspectiva, fica claro que há uma má utilização dos conceitos, o que pode vir a reduzir o reconhecimento da deficiência em sentido contrário ao que foi proposto pelo modelo social. Ao invés de ampliarmos a política para o reconhecimento para condições médicas que não eram vistas como lesões incapacitantes, mas que em razão das condições sociais se tornam impeditivos para o exercício da plena independência, vemos a argumentação em prol da redução da política através da exclusão da posição de beneficiários de pessoas que possuem condições patológicas leves.

Outro ponto que chamamos a atenção é que as noções de “dependência” e “vulnerável” estão totalmente suprimidas das construções dos textos, esta última aparecendo somente na hipótese condicionante de presunção da vulnerabilidade, isto é, quando em situações de risco, emergência ou estado de calamidade pública, e a dependência associada exclusivamente com a política de assistência.

Mencionamos que a LBI cria somente duas novas políticas assistenciais no Brasil, as residências inclusivas (acolhimento Institucional, no âmbito da Proteção Social Especial de Alta Complexidade do SUAS, para jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência) e o auxílio-inclusão (para PCD's que recebem BPC, ou ex-beneficiários nos últimos cinco anos que passem a exercer uma atividade laborativa no mercado formal de trabalho com remuneração do trabalho de até dois salários mínimos), razão pela qual é

importante compreender quais as perspectivas que a promoção da assistência se envolve nessa noção de medida da deficiência.

QUADRO 5 – SENTIDO DA ASSISTÊNCIA

Palavras	Contexto	Percepção subjetiva
Assistência Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14	A análise da relevância das políticas do ponto de vista orçamentário indica que o Benefício de Prestação Continuada destinado às Pessoas com Deficiência é a mais importante nessa ótica: a maior parte das mais de 30 políticas federais analisadas apresenta despesa com benefícios ou serviços próxima de zero, enquanto o BPC é a maior política de <b>assistência</b> social do País: o volume destinado apenas à pessoa com deficiência é maior do que todo o gasto com o Programa Bolsa Família. Portanto, o grupo concluiu ser essencial analisar o impacto da introdução do instrumento único na política do BPC por meio de estudos específicos	Reconhecimento do BPC como a maior política assistencial e que possui a maior demanda de recursos aponta que um novo instrumento de avaliação pode impactar no orçamento da política pública, já muito alto.
Cuidado Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 07	Tipo de Impedimento: Intelectual; Pergunta emblemática: Não consegue ficar sozinho em segurança, não sendo capaz de gerenciar seus próprios <b>cuidados</b> de saúde, alimentação e higiene básicos, de forma satisfatória. Estratégia de utilização do instrumento do BPC: Utiliza domínio "Cuidado Pessoal" (d5) com qualificador "grave" ou "completo"	Menção na perspectiva do autocuidado e não da promoção de cuidado para com o outro. Ter autocuidado como medida da capacidade.
Apoio Publicação do MEC Educação Especial	Nas escolas regulares inclusivas, a educação especial atua com sua expertise em diferentes metodologias, técnicas e equipamentos específicos para o atendimento educacional especializado ao seu público-alvo bem como para a produção de materiais didáticos adequados e adaptados e para o desenvolvimento de tecnologia assistiva, a fim de serem oferecidos a todos os educandos que necessitarem de <b>apoio</b> especializado para o desenvolvimento de suas potencialidades.	Apoio somente utilizado no sentido de promoção de serviços especializados e específicos.
Apoio Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14	Assim, o ideal é promover a alteração na legislação brasileira para adoção de um sistema unificado de avaliação da deficiência, não-binário, com graus diferentes de acesso às políticas, benefícios e serviços, de acordo com a restrição de participação e a necessidade de <b>apoios</b> – quanto maior a restrição de participação em razão da deficiência, maior deve ser o apoio do estado. Entretanto, enquanto essas alterações não ocorrem, é preciso que o instrumento de avaliação não seja um mecanismo que venha a catalisar a ampliação dessas iniquidades.	O apoio aparece somente na perspectiva de promoção de política do estado para as pessoas que possuem maior restrição em razão da deficiência, razão pela qual demanda-se alteração da legislação para ampliação da promoção.
Auxílio Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 07	Tipo de impedimento: Físico; Pergunta emblemática: Desloca-se exclusivamente em cadeira de rodas; Estratégia de utilização do instrumento do BPC: Utiliza "Dificuldade para andar (mover-se a pé, por curtas ou longas distâncias, sem <b>auxílio</b> de pessoas, equipamentos ou dispositivos) – d450" (questões 122 e 124 para 16 anos ou mais e menores de 16, respectivamente) do domínio "mobilidade" (d4) com qualificador "completo"	Auxílio no sentido da independência, necessidade ou não de auxílio para atividades como requisito de análise.

Palavras	Contexto	Percepção subjetiva
Auxílio  Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14	Para o cidadão ter acesso à maior parte das políticas públicas federais, a caracterização da deficiência é, por lei, binária, ou seja, é necessário apenas constatar se há ou não há deficiência. Assim, o acesso às políticas é autorizado para todos aqueles que são caracterizados como pessoas com deficiência, sem distinção em relação ao grau de gravidade da deficiência. Algumas exceções são o acesso à aposentadoria antecipada para pessoas com deficiência e o <b>auxílio-inclusão</b> , que tem acessos diferenciados conforme o grau de deficiência	Explica que as políticas para PCD 's dependem somente do reconhecimento da deficiência, com distinção apenas nas hipóteses da aposentadoria por condição incapacitante e recebimento do auxílio-inclusão, por grau de deficiência.

Fonte: elaborado pela autora (2022).

A análise do sentido da assistência demonstra claramente que há uma preocupação orçamentária evidente na construção da política pública, havendo uma tendência de realização de práticas para gerar gradações de sujeitos visando que a política seja ofertada de forma reduzida, às pessoas com deficiência em condições de pobreza/miserabilidade e dependência (sem família para exercer o cuidado).

A ausência da universalização do direito à assistência é justamente uma das estruturas do estado neoliberal, que não se coloca na posição de promotor de direitos a todos os sujeitos. Entendemos que a assistência, na perspectiva do texto, cria um contraditório entre a ideia da capacidade plena presumida da PCD, a necessidade de “demonstração” de condições patológicas e funcionais incapacitantes e a precarização da assistência. O cuidado e o apoio não fazem parte da perspectiva da política social, permanecendo como um problema a ser resolvido no âmbito privado/familiar, do mesmo modo da noção restritiva de auxílio.

Por esse conjunto de palavras, nos é mais evidente a contradição da política neoliberal que mencionamos em relação à noção de independência produtiva do modelo social e o local dos sujeitos dependentes na construção da política social. O cuidado só aparece em relação a si próprio como medida da independência, porque não se entende que é papel do Estado estruturar uma política de cuidado.

No mesmo sentido, destacamos que a assistência social não se confunde com o cuidado. A Política de Assistência Social no Brasil tem um caráter restritivo promovendo ações direcionadas a um pequeno contingente populacional atingido pela desigualdade socioeconômica de forma mais severa, não havendo espaço para a promoção de uma política ampliada pela justificativa da ausência de recursos disponíveis, o que leva a um constante condicionamento de circunstância que caracterizam os potenciais beneficiários. As pessoas com deficiência, ainda que inseridas numa complexidade patológica, somente serão considerados beneficiários da assistência na medida em que forem miseráveis.

Através do conteúdo estabelecido no LOAS, a Assistência tem suas bases na seleção enfática dos beneficiários convencionais — “incapacitados física e mentalmente para o trabalho, focalizando nas crianças de 0 a 6 anos, idosos e pessoas com deficiência. A referência aos capazes se concentra na esfera do mercado, com a promoção da integração ao mercado de trabalho que já o excluiu (art. 2º)[...]” (SILVA, 2020, p. 152). As pessoas que “podem trabalhar”, ainda que uma atividade precária, insegura e não adequada aos potenciais do sujeito, não serão abarcadas, porque não se promove o cuidado.

[...] Outro dispositivo considerado como restritivo por Pereira (1998) se refere ao fato de a LOAS adotar o princípio da menor elegibilidade, ou da menor escolha para a seleção dos segmentos a serem contemplados com o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Diante da impossibilidade constitucional de pagar um benefício inferior ao salário-mínimo e ao grande contingente populacional pobre, a LOAS assegura o acesso apenas aos indigentes, deixando de fora da proteção social considerável parcela da população pobre, porém não indigente (SILVA, 2020, p. 152).

O que nos parece contraditório na política apresentada é que ao tempo que se defende a independência da pessoa com deficiência, seja com a presunção da capacidade civil e com a defesa de espaços para o trabalho, não há espaço para recepcionar as pessoas com deficiência que estão economicamente desfavorecidas e que não acessam serviços que possam desenvolver seus potenciais. Por isso partimos para entender o sentido em que a inclusão é proposta.

#### QUADRO 6 – SENTIDO DA INCLUSÃO

Palavras	Contexto	Percepção subjetiva
Inclusão Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14	A implantação da política do Sistema Unificado tende a possibilitar a focalização nos cidadãos que efetivamente têm deficiência, e necessitam de amparo do Estado para sua plena e equitativa <b>inclusão</b> social. Assim, com o instrumento de avaliação biopsicossocial, multiprofissional e interdisciplinar os benefícios indevidos deixarão de ser concedidos, otimizando o uso de recursos públicos e corroborando com o não desperdício de recursos.	Associa a inclusão à equidade e à necessidade de identificação dos sujeitos que “efetivamente têm deficiência” para otimizar os recursos públicos.
Inserção Publicação do MEC Educação Especial	As classes especializadas (ou especiais) devem receber efetiva fiscalização para que cumpram sua finalidade e não sejam desvirtuadas com a <b>inserção</b> de educandos que não apresentem a estrita necessidade de apoios múltiplos e contínuos dos serviços especializados da educação especial.	Inserção no sentido de inserir. Garantir que a política de educação especial não insira educandos que não apresentem “estrita necessidade de apoios”.
Acesso Publicação do MEC Educação Especial	Sem equidade não há efetiva inclusão. O paradigma da equidade deve ser destacado, pois aponta para a necessidade de que o trabalho pedagógico garanta o uso de serviços e recursos diferenciados que visem ao	Acesso a serviços educacionais especializados compatíveis com as

Palavras	Contexto	Percepção subjetiva
	alcance de oportunidades iguais. A educação especial é um direito de todos que demandam seus recursos e serviços, e os educandos devem ser atendidos de maneira equitativa, ou seja, ter <b>acesso</b> à oferta de experiências educacionais de acordo com suas singularidades e especificidades, pois esta atenção é que vai garantir o acesso, a permanência e o sucesso nos processos educacionais, levando à possibilidade de inclusão social, cultural, acadêmica e profissional.	especificidades da deficiência. Não se fala de acesso amplo e adequado ao maior número de PCD's, mas de ajuste entre a demanda e oferta.
Trabalho Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14	No caso das pessoas com deficiência, a ideia de incapacitação para vida independente e para o <b>trabalho</b> deu lugar ao reconhecimento de impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que, em conjunto com outros obstáculos possa obstruir a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.	Possibilidade de trabalho como medida da capacidade.
Trabalho Relatório Final GTI (MDH) - Doc.01	Os dados da PNS 2019 apontam que o grupo de pessoas com deficiência é uma população com baixa escolarização e pouca inserção no mercado de <b>trabalho</b> comparada à população sem deficiência; é predominantemente composta por mulheres, e está mais concentrada nos centros urbanos. Cerca de um quarto dessa população é de idosos. A região nordeste apresenta o maior número de pessoas com deficiência em relação às demais regiões. Há também dados que apontam a necessidade de tecnologia assistiva para um contingente substancial da população, e que o SUS exerce um papel importante na dispensação desses equipamentos	Perfil das pessoas com deficiência de baixa escolarização e pouca inserção laboral. Necessidade da tecnologia assistiva na perspectiva da atividade laboral/educacional.
Social Relatório Final GTI (MDH) - Doc. 14	Em síntese, o não reconhecimento da deficiência a partir da legislação vigente – Lei Brasileira de Inclusão – gera exclusão <b>social</b> das pessoas com deficiência e a violação de seus direitos fundamentais. Sendo assim, as pessoas com deficiência não possuem alternativa além da judicialização, que comumente ocorre devido a divergências de avaliações em decorrência da não utilização de um instrumento único de avaliação.	Exclusão/inclusão social a partir do reconhecimento da deficiência. O não reconhecimento gera violação dos direitos.
Econômico Decreto Federal nº 6.949/2009	v) Reconhecendo a importância da acessibilidade aos meios físico, social, <b>econômico</b> e cultural, à saúde, à educação e à informação e comunicação, para possibilitar às pessoas com deficiência o pleno gozo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais,	O meio econômico é um dos espaços de possibilidade de pleno gozo dos direitos humanos e das liberdades fundamentais das PCD's.

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Através do conjunto dos sentidos já apresentados nos elementos da deficiência, funcionalidade e assistência, podemos compreender melhor os sentidos que estão inseridos na ideia de inclusão promovida pelos documentos de regulamentação. O termo da inclusão vai aparecer nos textos em sentidos múltiplos, geralmente com um elemento caracterizador, “inclusão econômica”, “inclusão social”, “inclusão para o trabalho”, mas destacamos um trecho

que se refere à noção de inclusão social para aqueles que “efetivamente têm deficiência” sob a ótica da otimização dos recursos públicos.

Como já enfatizamos, as perspectivas do modelo social de ampliação dos sentidos da deficiência para superação do paradigma médico e ampliação da ideia da deficiência foi incorporada na legislação como uma estratégia para redução do contingente de beneficiários através de um modelo de avaliação mais rigoroso, algo que também está estruturado com a inserção e o acesso, que não são ofertados de forma ampla e adequada ao maior número de PCD's, mas de ajustes entre a demanda e oferta.

O trabalho é um fator de análise para comprovação desses requisitos, pois se a pessoa consegue trabalhar, ainda que em regime precário, já não é mais objeto de uma política de assistência, ao tempo em que o perfil de pobreza é resultante da ausência de ações educacionais e oportunidades de trabalho, razão pela qual é necessário o investimento na tecnologia assistiva na perspectiva da atividade laboral/educacional.

Na estrutura neoliberal, mesmo que algumas pessoas com deficiência consigam acessar serviços especializados que promovam as capacidades laborais, a maior parte da população ainda estará à margem, dividida entre pobres e indigentes, integrantes do exército de reserva, se submetendo a trabalhos precários e temporários e contribuindo para a manutenção do baixo custo da mão de obra

O não reconhecimento da deficiência é um fator que promove a exclusão social tanto pela dificuldade de acessar serviços especializados como também pelo perfil da política de assistência existente. Mesmo que reconheçamos o meio econômico como um dos espaços de possibilidade de pleno gozo dos direitos humanos que esteve por muito tempo distante das PCD's em decorrência de uma segregação médico patológica, não é viável ajustar a plena capacidade sem uma política que promova formas de cuidado para aquelas que estão fora dessa inserção laboral.

Estar fora da inserção laboral para as PCD's não deve ser um processo punitivo, entendido enquanto decorrência da falta de interesse frente às políticas de oferta de emprego. É necessário compatibilizar a complexidade existente na figura da deficiência com as melhores formas de garantia de acesso e desenvolvimento das capacidades humanas existentes — ainda que não sejam capacidades laborais.

Sendo assim, chegamos às afirmações caracterizadoras da política de inclusão a partir do seu conteúdo, de que é uma política da independência, na medida que defende e se baseia em ações que atendam a necessidade das pessoas com deficiência de serem independentes economicamente, ainda que essa realidade não seja de fato possível a todas as

peças, e não se promove ações de cuidado e apoio, a residência inclusiva e o auxílio-inclusão, apesar de potenciais instrumentos para essas ações, o caráter restritivo impede seu potencial de cuidado.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se norteou pelo problema de identificar como o neoliberalismo fomenta as estruturas na regulamentação da política de inclusão da pessoa com deficiência a partir da Lei 13.146/2015. Para responder, nos debruçamos sobre os documentos de regulamentação da política com um olhar que levasse em consideração a complexa realidade da pessoa com deficiência.

Nossa primeira consideração é no sentido de entender os processos que levaram à consolidação da legislação através da atuação dos movimentos sociais de pessoas com deficiência. É inegável que o arcabouço jurídico existente no Brasil é fruto de diversas articulações e associações que tem/tiveram como objetivo mudar a realidade das PCD's através da intervenção do Estado e da regulamentação de direitos.

Como fruto dessa luta, destacamos que a CF/88 cria o BPC, benefício de caráter assistencial, o direito a cotas em concursos públicos federais e o acesso à saúde pública como uma forma de atender às duas realidades possíveis dessas pessoas: uma relacionada à falta de condições de acesso ao trabalho/estudo e a outra à necessidade de assistência dos impossibilitados de trabalhar. Da nossa leitura histórica, vemos que a partir dessas garantias previstas na CF/88 a pessoa com deficiência saiu da completa ausência para ter um regramento que assegura serviços compatíveis com suas necessidades evidentes.

Porém, quando nos adentramos na construção da pessoa com deficiência a partir dos marcos históricos e modelos sociológicos de definição da deficiência, torna-se mais evidente que as relações que integram a deficiência enquanto uma opressão social e uma identidade coletiva são mais complexas e o condicionamento ao laudo médico acaba por invisibilizar a realidade socioeconômica.

Por isso, consideramos que falar da pessoa com deficiência é se referir a condição patológica, poder econômico, local de habitação, relações familiares, possibilidade de acesso, dentre outros fatores, sendo a regra encontrar pessoas com condições médicas similares, mas capacidades e funcionalidades distintas.

Outra observação relevante diz respeito ao fato de que os processos econômicos que consolidaram o capitalismo como hegemonia social tem impacto na definição desses sujeitos e seu papel social, seja sobre o ponto de vista da necessidade de controlar a qualidade produtiva dos empregados, a disponibilidade entre cuidar de um familiar doente e trabalhar ou ainda de evitar “o perigoso social” daqueles indigentes, levando-os à institucionalização.

O estudo feito no terceiro capítulo permite reconhecer no modelo de regulamentação os embaraços existentes por não se reconhecer que a deficiência seja, ao mesmo tempo, uma condição material (corpo físico, doença, lesão) e discursiva (limites e possibilidades das capacidades).

Além disso, discutimos como os valores da independência, individualidade e produtividade, que são fundamentais ao capitalismo e ao liberalismo econômico, são enraizadas na estrutura do Estado, fazendo com que as tutelas da pobreza, da doença e da dependência, apesar de constantes na sociedade, sejam tratadas como subsidiárias e restritivas, porque a regra é a não intervenção Estatal no livre mercado.

O capitalismo tem, portanto, um papel fundamental na definição do corpo incapaz e na caracterização da deficiência como ela é hoje, através da estrutura de utilização do saber médico e da medida da capacidade produtiva. Ser livre e independente são premissas para o capitalismo.

O período do Estado do bem-estar social que ocorreu na Europa e EUA foi o período em que as políticas sociais ganharam relevância e onde vimos algumas ações para promover a redução da desigualdade social, com a assistência (restritiva) e inclusão laboral (precária, temporária e mal remunerada) de PCD's. O modelo social, tanto inglês quanto estadunidense, tem um papel fundamental nesse debate para reconhecer as barreiras sociais como parte desse processo de segregação e com isso cobrar do Estado ações mais inclusivas em outras searas que abordem a relação econômica, social, política e comunicacional.

Ao mesmo tempo, reconhecemos que o ideal liberal de independência faz com que as políticas sociais sejam sempre norteadas pelos princípios de economia e menor elegibilidade, atingindo um público muito reduzido.

Nossa análise de conteúdo dos contextos selecionados, partindo das categorias Deficiência, Funcionalidade, Assistência e Inclusão, identificou que apesar do reconhecimento ampliado da deficiência (modelo biopsicossocial), a funcionalidade é medida pela independência, devendo a assistência atingir somente o perfil de indigência (incapaz, dependente, pobre e sem família), culminando numa proposta de inclusão restritiva, que não quer incluir a todas as complexidades corporais, mas criar ferramentas para adequar a política à escassez de recursos públicos, como, por exemplo, mediante a criação de novos requisitos ou mesmo de uma avaliação mais rigorosa, reduzindo os gastos através da focalização do "público efetivamente necessitado".

Essa noção de necessidade "real" é totalmente viciada pelos pressupostos do liberalismo, que não se coloca numa posição de promoção de políticas de cuidado que de fato

possam tutelar as pessoas mais dependentes para além de uma política de transferência de renda, com a capacitação de cuidadores para atendimento público por exemplo.

De certo modo, podemos inclusive dizer que, em decorrência da incorporação de estratégias neoliberais na construção das políticas sociais, os ganhos promovidos pelo modelo social se reverteram em uma estratégia funcional de aumento de corpos capazes de produção.

Dizemos isso porque os processos históricos que destacamos deixam claro que a gestão entre doença e corpo deficiente permitiu retirar as pessoas com deficiência de um tratamento mitológico e religioso, ao mesmo tempo que serviu para promover mais intervenções médicas nas vidas dos sujeitos para garantir controles orgânicos sobre os corpos que podem/devem produzir.

É conveniente ao liberalismo econômico, que as pessoas com deficiência sejam enquadradas em políticas de inclusão laboral, reduzindo gastos públicos com a política de assistência e cuidado. Se há uma cota para trabalho, uma reabilitação e habilitação, não há razão para ampliar o gasto público com uma política de cuidado. De fato, o que temos visto na construção das políticas é a redução das ações voltadas para as pessoas que possuem deficiências graves ou condições patológicas que geram dependência.

É por esse motivo que vemos no papel das políticas sociais como instrumentos de efetivação de Direitos Humanos o caminho para a concretização desses direitos e promoção do acesso a todos os sujeitos em suas diversas complexidades funcionais, desde que pautadas nos ideais de cuidado e empatia radical.

Esse cuidar não se confunde com a promoção de políticas capacitistas, como vemos com as alterações na Lei de Educação Especial, que coloca as PCD's separadas sob justificativa de um tratamento especializado, sem atentar para a necessidade de ter todo um espaço adequado e já pensado para as diferentes mentes e corpos que existem na sociedade, como esboçado pelos princípios de desenho universal e acomodação razoável.

Esse estudo não se propôs a trazer soluções simples e objetivas para problemas que entende serem complexos, históricos e muito associados à forma de constituição da sociedade capitalista, mas consideramos fundamental sinalizar para o que chamamos de caminhos alternativos para uma revolução social possível.

Nosso fundamento metodológico parte da necessidade de promover ações e inquietações que possam levar a uma nova realidade social compatível com as necessidades humanas, o que no nosso entendimento passa por agregar na luta social a perspectiva da pessoa com deficiência como sujeito integrante. Nenhuma revolução social pode ser pensada sem que

tenhamos em mente qual o impacto terá sobre aqueles sujeitos que são ao mesmo tempo objeto de um discurso e de uma barreira material que os leva à exclusão.

Essa dualidade nos faz pensar que as mudanças propostas devem ampliar cada vez mais o sentido da inclusão e ao mesmo tempo trazer o melhor reconhecimento para a identidade deficiente, pois os processos de empatia radical devem se focar em demonstrar a impossibilidade de uma independência humana plena. Se somos dependentes uns dos outros e dependentes do apoio e cuidado também do Estado, é forçoso reconhecer a necessidade de ampliação dessa atenção e deixar de responsabilizar apenas o indivíduo e seu núcleo familiar.

Ainda que essa ideia aparente tons de utopia revolucionária especialmente frente às estratégias do neoliberalismo, vemos que o caminho adequado para essa promoção social está na defesa das políticas públicas de cuidado enquanto meios de materialização dos direitos humanos. O cuidado precisa ser retomado para deixar de ser uma perspectiva capacitista sobre pessoas com deficiência e paternalista sobre crianças e idosos para se tornar um direito associado à dignidade humana, uma vez que todos ao longo da vida, por diversos motivos distintos, somos dependentes de outras pessoas.

O peso da individualidade na modernidade precisa ser questionado de forma profunda pelos segmentos sociais para que nossas políticas de inclusão não se limitem a políticas de transferência de renda e inclusão laboral e as famílias não se tornem as únicas responsáveis pelo cuidado, geralmente informal e não profissionalizado. As questões levantadas pelos estudos feministas relativas ao corpo deficiente e sua interseccionalidade com as questões de gênero, raça e condição socioeconômica não podem estar apartado das discussões sobre a estrutura econômica e exploração do trabalhador.

Por isso, podemos dizer que os resultados da análise de conteúdo nos demonstram que apesar do modelo social promover a inclusão através da ampliação do reconhecimento da deficiência e superação das barreiras sociais, a vinculação à independência gera reforço para a supressão de políticas assistenciais. A inclusão pautada pela independência, por mais que permita avanços no campo social e político, em grande parte retirando as pessoas com deficiência do modelo médico-individual, gera retrocessos no campo econômico, já que a concessão é condicionada a instrumentos que reduzem o rol de beneficiários e limita a promoção de políticas qualificadas para quem é dependente.

A forma de estruturação da política social no Brasil faz com que vejamos de forma apartada as políticas de inclusão e da promoção da assistência social, que não se resume a política de transferência, mas sim a um modelo de prestação de cuidado e apoio em face da desigualdade social e não apenas em caráter subsidiário para aquele que não tem família. Assim,

para a plena efetivação dos direitos humanos, a promoção da assistência social precisa ser traçada sob a ótica da universalização, da empatia radical e do cuidado.

## REFERÊNCIAS

- AGGIO, Juliana. O papel do corpo na percepção segundo Aristóteles. **Trilhas Filosóficas**, [s.l.], v. 2, n. 2, p. 62-71, 12 abr. 2020. Disponível em: <http://natal.uern.br/periodicos/index.php/RTF/article/view/1582#:~:text=Em%20suma%2C%20o%20corpo%20exerce,a%20alma%20recebe%20os%20sens%C3%ADveis>. Acesso em: 9 fev. 2022.
- ALVES, Ismael Gonçalves. Da caridade ao welfare state: um breve ensaio sobre os aspectos históricos dos sistemas de proteção social ocidentais. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 67, n. 1, p. 52-55, Mar. 2015. Disponível em: [http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252015000100017&lng=en&nrm=iso](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252015000100017&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 fev. 2022.
- ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. **Filosofando: Introdução à Filosofia**. São Paulo: Editora Moderna, 1986.
- ARAÚJO, Luana Adriano. Justiça e igualdade para pessoas com deficiências: a Deficiência como uma das fronteiras da justiça de Rawls. **Revista Videre**, [s.l.], v. 12, nº 2, Set/Dez, 2020. Disponível em: <https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/videre/article/download/13310/6759/43429>. Acesso em: 28 abr. 2022.
- ARAUJO, Luiz Alberto David. A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e seus reflexos na ordem jurídica interna do Brasil. In: **Manual dos direitos da pessoa com deficiência**. FERRAZ, Carolina Valença *et al.* (org.). São Paulo: Saraiva, 2012.
- ASSMANN, Selvino José. Estoicismo e Helenização do Cristianismo. **Revista de Ciências Humanas**, [s.l.], v. 11, n. 15, março de 1994. ISSN – 0101-9589. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/23812>. Acesso em 12 fev. 2022.
- BARATTA, Alessandro. **Criminologia Crítica e Crítica do Direito Penal: Introdução à Sociologia do Direito Penal**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Revan: Instituto Carioca de Criminologia, 2014.
- BARBOSA, Gabriela Muniz. **Processo Eleitoral, Democracia e Direito à Informação: estudo sobre o Twitter nas eleições brasileiras de 2018**. 2021. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas) – Universidade Federal da Paraíba, Recife, 2021. Disponível em: [https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/21702?locale=pt\\_BR](https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/21702?locale=pt_BR). Acesso em: 12 ago. 2022.
- BARBOSA, Gabriela Muniz; MUNIZ, Iranice Gonçalves. Populismo autoritário e democracia liberal: direitos humanos em apuros. In: SILVA, Luciano Nascimento (org.) **Fundamentos históricos e epistemológicos dos direitos humanos: linguagem, memória, direito**. Campina Grande: EDUEPB, 2020.
- BARDIN, Lawrence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARROS, Ana Paula do Nascimento. **Dependência e deficiência: um estudo sobre o índice de Funcionalidade brasileiro aplicado à aposentadoria (IFBr-A)**. 2016. Dissertação

(Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20965/1/2016\\_AnaPauladoNascimentoBarros.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20965/1/2016_AnaPauladoNascimentoBarros.pdf). Acesso em: 15 jul. 2022.

BARROS, Petronio Bismarck Tenorio. **Aspectos histórico-jurídicos da teoria da capacidade civil da pessoa natural no Brasil: do império à primeira República**. 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídico-Históricas) – Faculdade de Direito, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2020. Disponível em: <https://eg.uc.pt/handle/10316/92682>. Acesso em: 14 mar. 2022.

BENJAMIN, Walter. **O anjo da História**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2012.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. GEN LTC. Edição do Kindle.

BOITO JÚNIOR, Armando. O caminho brasileiro para o fascismo. **SciELO Brasil CRH**, [s.l.], v. 34, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v34i0.35578>. Acesso em: 15 ago. 2022.

BRASIL. **Código Civil**. Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm). Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Constituição Federal de 1824. Diário Oficial. Brasília, DF. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao24.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm). Acesso em: 12 abr. 2021.

BRASIL. **Constituição Federal de 1934**. Diário Oficial. Brasília, DF. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao34.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm). Acesso em: 12 abr. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. "Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007." ("DECRETO 6949/2009 – PROMULGA A CONVENÇÃO INTERNACIONAL SOBRE ... - IBEE") Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm). Acesso em: 12 jun. 2018.

BRASIL. **Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Estatuto da Pessoa com deficiência. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm)> Acesso em: 15 out. 2018.

CABRAL, Leonardo Santos Amâncio. Índice de funcionalidade brasileiro Modificado (IF-BRM), diferenciação e acessibilidade curricular. **Revista Inclusão e Educação de Populações em situações de Risco ou Vulnerabilidade Social**, [s.l.], vol. 41, n. 114, Maio-Agosto, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/CC223543>. Acesso em: 19 jun. 2022.

CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2018. Leis sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Acessibilidade na Câmara. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/gestao-na-camara-dos-deputados/responsabilidade-social-e->

ambiental/acessibilidade/legislacao-2/leis-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia. Acesso em: 05 jul. 2022.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 7. ed. Reimpr. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2020. Edição do Kindle.

CAPONI, Sandra. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Revistas Temas Livres Scielo Physis**, [s.l.], v. 19, n. 2, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/xHyxtGjNn96bkkSJFbBxGCC/?lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2022.

CAPONI, Sandra. **Loucos e Degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. ISBN 978-85-7541-334-0. Edição do Kindle.

CASARA, Rubens. **Estado Pós-democrático**: Neo-obscurantismo e gestão dos indesejáveis. 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2017. Edição Kindle.

CAVALCANTI, Tatiana. Discurso de Michelle ajuda na inclusão, dizem surdos. **UOL**, 2019. Disponível em: <https://agora.folha.uol.com.br/saopaulo/2019/jan.1985788-discurso-de-michelle-ajuda-na-inclusao-dizem-surdos.shtml>. Acesso em: 23 jul. 2022.

CHAUÍ, Marilena. **Introdução à história da filosofia**: dos pré-socráticos a Aristóteles. 2 ed. ver. Ampl. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. v. 1.

CHAVES, Denisson Gonçalves. **Modelo social da deficiência**: Entre o Político e o Jurídico. Editora Dialética. Edição do Kindle. 2020.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 12. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019. Edição do Kindle.

COSTA, Lucia Cortes da; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; SILVA, Vini Rabassa da. **A política social na América do Sul: perspectivas e desafios no século XXI [online]**. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2013. ISBN 978-85-7798-231-8. SciELO - Editora UEPG. Edição do Kindle.

DE GIORGI, Raffaele. Por uma ecologia dos direitos humanos. **R. Opin. Jur.**, Fortaleza, nº 20, ano 15, p. 324-340, 2017.

DELGADO, Guilherme; JACCOUD, Luciana; NOGUEIRA, Roberto Passos. Seguridade Social: Redefinindo o alcance da cidadania. **Boletim de Políticas Sociais**, Brasília, v.1, n.17, 2009. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4347/1/bps\\_n17\\_vol01\\_seguridade\\_social.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4347/1/bps_n17_vol01_seguridade_social.pdf). Acesso em: 15 jul. 2022.

DESCARTES, René. As paixões da alma. *In*: DESCARTES, René. **Discurso do método; Meditações; objeções e respostas; As paixões da alma; Cartas**. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1979. p. 213-294. (Os Pensadores).

DINIZ, Debora. **O que é Deficiência**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Editora Brasiliense, 2017.

DUARTE, Danilo Freire. Uma Breve História do Ópio e dos Opióides. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 55, n. 1, Janeiro – fevereiro, 2005. Artigo Especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/jphPg6dLHxQJDsxGtgmhjJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 fev. 2022.

ELIAS, Norbert. **O Processo Civilizador**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994. v. 1: Uma História dos Costumes.

EMPOLI, Giuliano da. **Os engenheiros do caos** : como as fakes news, as teorias da conspiração e os algoritmos estão sendo utilizados para disseminar ódio, medo e influenciar eleições. 3. ed. São Paulo: Vestígio, 2019.

ENGELS, Friedrich. **A Origem da Família, da Propriedade privada e do Estado**. 9. ed. [s.l.]: Editora Civilização Brasileira S.A, 1984. 215 p. v. 99: Serie Ciências Sociais.

EVANS, Suzanne E. **Hitler's Forgotten Victims**. The History Press. Edição do Kindle. 2016.

FACHIN, Zulmar Antonio; PAGLIARINI, Alexandre Coutinho. Movimentos Sociais na Constituição Brasileira de 1988 - A Construção da Democracia e dos Direitos Humanos. **Revista Direitos Humanos E Democracia**, [s.l.], v. 6, n. 12, p. 150–160. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21527/2317-5389.2018.12.150-160>. Acesso em: 8 ago. 2022.

FIGUEIRA, Emílio. **As Pessoas Com Deficiência na História do Brasil**: Uma trajetória de silêncio e gritos!. 4. ed. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2021. Edição do Kindle.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009. Edição do Kindle.

FONSECA, Ricardo Tadeu Marques da. “O novo conceito constitucional de pessoa com deficiência: um ato de coragem”. In: **Manual dos direitos da pessoa com deficiência**. FERRAZ, Carolina Valença *et al.* (org.). São Paulo: Saraiva, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1999. Curso no Collège de France (1975-1976).

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**: Na idade clássica. São Paulo: Editora Perspectiva, 2017.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro/São Paulo: Edição Graal, 2016.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Biopolítica. Curso dado no College de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008. Coleção Tópicos.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2021.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Rio de Janeiro: Edição Vozes, 2014.

FRASER, Nancy; GORDON, Linda. A Genealogy of Dependency: Tracing a Keyword of the U.S. Welfare State. *In*: KITTAY, Eva Feder; FEDER, Ellen K. **The subject of care: feminist perspectives on dependency**. Rowman & Littlefield Publishers, 2003. Edição do Kindle.

GARLAND-THOMSON, Rosemarie. Integrating disability, transforming feminist theory. *In*: **Feminist disability studies**. Kim Q. Hall (org.). Indiana: Indiana University press, 2011.

GAVÉRIO, Marco Antônio. Medo de um planeta aleijado? – Notas para possíveis aleijamentos da sexualidade. **Revista Askesis**, [s.l.], v. 4, n. 1, Janeiro/Junho, p. 103-117, 2015. Disponível em: <http://www.revistaaskesis.ufscar.br/index.php/askesis/article/view/29>. Acesso em: 10 fev. 2022.

GAVÉRIO, Marco Antônio; OLIVEIRA, Everton Luiz de. A CRÍTICA DEFICIENTE - ALGUNS POSICIONAMENTOS CRIP-FEMINISTAS. *In*: IV Enlaçando Sexualidades - Moralidades, Família e Fecundidade, 2015, Salvador. **Anais do Seminário Enlaçando Sexualidades**. Salvador: EDUNEB, 2015. Disponível em: [http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2015\\_jul.comunicacaooralmarcoantonioagaverioevertonluisoliveira.pdf](http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2015_jul.comunicacaooralmarcoantonioagaverioevertonluisoliveira.pdf). Acesso em: 10 fev. 2022.

GEFAELL, Clara Valverde. **De la necropolítica neoliberal a la empatía radical: Violencia discreta, cuerpos excluidos y repolitización**. Barcelona: Icaria editorial, 2015.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. v. 1: parte geral.

HUNT, Paul. **Foreword - 1966: Stigma: The Experience of Disability**, London: Geoffrey Chapman. Disponível em: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Hunt-Foreword.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2022.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A Questão Social no Capitalismo. **Temporalis**, [s.l.], nº 3, ano II, Janeiro a Junho, 2001.

JACCOUD, Luciana; MESQUITA, Ana Cleusa; PAIVA, Andrea Barreto de. **O benefício de prestação continuada na reforma da previdência: Contribuições para o debate**. Rio de Janeiro: IPEA, 2017. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7783/1/td\\_2301.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7783/1/td_2301.pdf). Acesso em: 10 jun. 2022.

KAFER, Alison. **Feminist, Queer, Crip**. Indiana University Press: USA. 2013. 258 p.

KITTAY, Eva Feder. **Love's Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency**. New York: Routledge, 1999.

KLEIN, Naomi. **A doutrina do choque: A ascensão do capitalismo de desastre**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

LANNA JÚNIOR, Mário Cléber Martins. **História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da Doença**. 4. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

LE GOFF, Jacques; TRUONG, Nicolas. **Uma história do corpo na Idade Média**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LEITE JUNIOR, Jorge. Monstros, Bufões e freaks: riso, medo e exclusão dos anormais. **Boca Larga - Caderno dos Doutores da Alegria**, [s.l.], n. 2, 2006.

LEITE, Glauber Salomão. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seus reflexos na ordem jurídica interna do Brasil. In: **Manual dos direitos da pessoa com deficiência**. FERRAZ, Carolina Valença *et al* (org.). São Paulo: Saraiva, 2012.

LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; PINTO, Isabela Cardoso de Matos; PEREIRA, Silvia de Oliveira (org.). **Políticas Públicas e pessoa com deficiência: políticas públicas e pessoa com deficiência: direitos humanos, família e saúde** [online]. Salvador: EDUFBA, 2011. ISBN: 978-85-232-0930-8. SciELO - EDUFBA. Edição do Kindle.

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

LOWY, Michael. **Walter Benjamin: aviso de incêndio** (Coleção Marxismo e Literatura). [s.l.]: Boitempo Editorial. Edição do Kindle. 2005.

MADRUGA, Sidney. **Pessoas com deficiências e direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2016.

MAIOR, Izabel Maria Madeira de Loureiro. Movimento político das pessoas com deficiência: reflexões sobre a conquista de direitos. **Revista Inclusão Social**, [s.l.], v. 10, n. 2, 2017. Disponível em: <https://revista.ibict.br/inclusao/article/view/4029>. Acesso em: 20 jul. 2022.

MARCONI, Marina de Andrade, LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2020.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2000. Disponível em: <http://www.unirio.br/cchs/ess/Members/renata.gomes/2020.1/estagio-supervisionado-ii/Bibliografia/complementar/MARTINELLI-%20M.%20Lucia.%20Servico%20social%20-%20identidade%20e%20alienacao.pdf/view>. Acesso em: 20 jul. 2022.

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da Economia Política**. Livro I – O Processo de produção do Capital. [s.l.]: Editora Boitempo, 2017.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2001. 119 p.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Martins Fontes. 1998.

MASCARO, Alysson Leandro. **Filosofia do Direito**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

MCRUER, Robert. **Crip Theory: Cultural Signs of Queerness and Disability**. NYU Press: USA. 2006.

MELLO, Anahí Guedes de. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 10, out. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.07792016>. Acesso em: 20 ago. 2022.

MELLO, João Manuel Cardoso de. **O Capitalismo Tardio**: Contribuição à Revisão Crítica da Formação e do desenvolvimento da Economia Brasileira. 8. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1982.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Revista estudos avançados**, [s.l.], v. 27, n. 78, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gzYFsDyxzXPjJK8WvWvG8th/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 ago. 2022.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. São Paulo: Boitempo, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2016.

MOURA, João Carlos da Cunha. **Direito ao corpo e sexualidade**: o lugar da prostituta. São Luís: Editora Café & Lápis, 2013. 130 p.

MOURA, Lucia Lemos Dias de; MOURA, Paulo Vieira de. Políticas Sociais e Direitos Humanos no Estado Brasileiro. *In*: RIBEIRO Luziana Ramalho; NASCIMENTO, Regina Coelli Gomes; MOURA, Paulo Vieira de (org). **Direitos humanos e política social**. Joao Pessoa: Editora da UFPB, 2019.

NILSEN, Kim E. **A disability history of the United States**: ReVisioning American History. ISSN: 978-0-8070-2204-7. Boston, Massachusetts – Beacon Press. 2012.

NUNES, Lauren Cristine Aguiar; LEITE, Lúcia Pereira; AMARAL, Gabriel Filipe Duarte. Análise do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M) e suas Implicações Sociais. **Revista Ensaio**, [s.l.], n. 28, ed. Especial, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-54702022v28e0161>. Acesso em: 1 ago. 2022.

NUSSBAUM, Martha. **Fronteiras da Justiça**: Deficiência, Nacionalidade, pertencimento à espécie. São Paulo: Editora WMF MartinsFontes, 2013.

OLIVEIRA, Ana Emilia Figueiredo de; GARCIA, Paola Trindade. **REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**: Rede de Cuidados à pessoa com deficiência. São Luís: EDUFMA, 2017.

Disponível em:

[https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/9914/3/REDE\\_DE\\_CUIDADOS\\_A\\_PESSOA\\_COM\\_DEFICI%C3%8ANCIA.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/9914/3/REDE_DE_CUIDADOS_A_PESSOA_COM_DEFICI%C3%8ANCIA.pdf). Acesso em: 19 jul. 2022.

OLIVER, Michael (1992). Changing the Social Relations of Research Production?. **Disability & Society**, [s.l.], v. 7, n. 2, p. 101-114. DOI: 10.1080/02674649266780141.

OMOTE, Sadao. Estigma no tempo da Inclusão. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 10, n. 3, p. 287-308, Set.-Dez, 2004. Disponível em: <https://www.abpee.net/pdf/artigos/art-10-3-3.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

PAULA, Ana Rita de; REGEN, Mina; LOPES, Penha. **Sexualidade e Deficiência: Rompendo o Silêncio**. 2. ed. São Paulo: Expressão e Arte Editora, 2011.

PEGDEN, Raphael Tomas Ferreira Mendes . Direito, governamentalidade e constituição da psiquiatria no Brasil. In: Arthur Arruda Leal Ferreira (org.). **Governamentalidade e práticas psicológicas: a gestão pela liberdade**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2021. p. 353-376.

Disponível em:

[https://www.academia.edu/47771696/Direito\\_governamentalidade\\_e\\_constitui%C3%A7%C3%A3o\\_da\\_psiquiatria\\_no\\_Brasil\\_no\\_s%C3%A9culo\\_XIX](https://www.academia.edu/47771696/Direito_governamentalidade_e_constitui%C3%A7%C3%A3o_da_psiquiatria_no_Brasil_no_s%C3%A9culo_XIX). Acesso em: 05 jun. 2022.

PICCOLO, Gustavo Martins. **Por um pensar sociológico sobre a deficiência**. Curitiba: Appris, 2015. 285 p.

PIOVESAN, Flávia. Convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência: inovações, alcance e impacto. In: FERRAZ, Carolina Valença *et al.* (org.). **Manual dos direitos da pessoa com deficiência**. São Paulo: Saraiva, 2012.

PIOVESAN, Flávia. Convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência: inovações, alcance e impacto. In: FERRAZ, Carolina Valença *et al.* (org.). **Manual dos direitos da pessoa com deficiência**. São Paulo: Saraiva, 2012.

PLATÃO. **Fédon**. 5. ed. São Paulo: Nova Cultura, 1991. Os pensadores.

POPPER, Janice Alen; DIAS, Jussara Marques de Medeiros. Contexto histórico do código do menor para o estatuto da criança e adolescente. Caderno de Resumos, **Anais do EVINCI – UniBrasil**, 2016. Disponível em:

<https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisvinci/issue/view/8/>. Acesso em: 22 abr. 2022.

REIS, Daniela Ferreira dos. SOUSA, Tuanny Soeiro. **Vidas (In)Desejáveis?! Diálogos Sobre Aborto e Direito à existência de Pessoas com Deficiência**. In: 3º Seminário Internacional Desfazendo Gênero, 2017, Campina Grande. III SEMINÁRIO INTERNACIONAL DESFAZENDO GÊNERO: Comunicações Orais, Pôsteres, Trabalhos Técnicos e Artístico-Culturais, 2017. (“Ebook 3Desfazendo\_Gênero.pdf | Gênero | Estudos de Gênero - Scribd”) v. 1. p. 01-2946.

REIS, Daniela Ferreira dos. DIREITO ALEIJADO: Análise do discurso da "deficiência" na Legislação Brasileira sob a ótica do Feminist disability studies e da Teoria Crip-queer. In: MOURA, João Carlos Cunha. (org.). **Para Além de Onde os Olhos Alcançam: Novas perspectivas sociojurídicas sobre violência**. [s.l.]: Novas Edições acadêmicas, 2019.

REIS, Daniela Ferreira dos. Definição da Deficiência no Brasil: Reflexões sobre o modelo brasileiro de avaliação biopsicossocial da deficiência a partir da Lei nº 13.146/2015. Anais da X Jornada Internacional de Políticas Públicas, JOINPP 2021. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão. Disponível em:<

[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho\\_submissaoId\\_1366\\_1366612edeb45b82b.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_1366_1366612edeb45b82b.pdf)> Acesso em: 22 abr. 2022.

RODRIGUES, José Carlos. **O corpo na história [online]**. Rio de Janeiro: SciELO-Editora FIOCRUZ, 1999. Antropologia e saúde collection. ISBN: 978-85-7541-555-9. Edição do Kindle.

SANT'ANA E SILVA JUNIOR, Nelson Gomes de. **Criminologia Liberal**: notas sobre a Escola Clássica e o período pré-científico da Criminologia. Publicado na Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica. Rio de Janeiro: Vol. 11, nº2, maio-agosto, 2019, p.304-317.

SANT'ANA E SILVA JUNIOR, Nelson Gomes de. **Política Criminal, Saberes criminológicos e Justiça Penal**: Que lugar para a psicologia?. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2017. 203 p.

SANTOS, Cauim Ferreira das Neves; MARSILLAC, Narbal Fontes de. A cultura e a retórica dos direitos humanos: uma utopia contingente. *In*: SILVA, Luciano Nascimento (org.). **Fundamentos históricos e epistemológicos dos direitos humanos**: linguagem, memória, direito. Campina Grande: EDUEPB, 2020.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão**: construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA. 1997. Disponível em: <https://archive.org/details/inclusaoconstrui0000sass/page/n5/mode/2up>. Acesso em: 17 abr. 2022.

SERAFIM, Henrique Rabello. ALVES, Ismael Gonçalves. **A Construção do Estado de Bem-Estar Ocidental**: do Controle da Pobreza às Garantias Sociais. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/view/16925/4136>. Acesso em: 08 mar. 2022

SERAPIONI, Mauro; TESSER, Charles Dalcanale. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. **Revista ENSAIO: Saúde debate**, RIO DE JANEIRO, v. 43, n. especial 5, p. 44-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S504>. Acesso em: 20 jul. 2022.

SHREVE, Maggie. The Independent Living Movement: History and Philosophy to Implementation and Practice. **ILRU**, 2011. Disponível em: [https://www.ilru.org/sites/default/files/resources/il\\_history/IL\\_Movement.pdf](https://www.ilru.org/sites/default/files/resources/il_history/IL_Movement.pdf). Acesso em: 02 mar. 2022

SILVA, Francisco Carlos Teixeira. Corpo e Negacionismo: a Novilingua do Fascismo na Nova República, Brasil. **Revista de história**, Juiz de Fora, v. 25, n. 2, p. 307-332, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34019/2594-8296.2019.v25.28162>. Acesso em: 2 mar. 2022.

SILVA, Lília Penha Viana. **Rupturas e continuidades da Assistência Social**: da benemerência ao direito – uma incursão no Brasil e no Maranhão. São Luís: Editora EDUFMA, 2020.

SILVA, Otto Marques da. **A Epopeia Ignorada: a pessoa deficiente na história do Mundo de Ontem e de Hoje** “a epopeia ignorada oto marques da silva corrigido - Issuu. São Paulo: Cedas, 1987. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/130604275/A-Epopeia-Ignorada-Oto-Marques-da-Silvacorrigido>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SILVA, Segislane Moésia Pereira de. **Contrarreforma do Estado e a Política de Saúde Mental**: um estudo nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis no Estado da Paraíba. 2021. Dissertação (Mestrado do Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas) – Universidade Federal da Paraíba, Recife, 2021. Disponível em:

[https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/20930?locale=pt\\_BR](https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/20930?locale=pt_BR). Acesso em: 22 abr. 2022.

SIQUEIRA, Dirceu Pereira; CURTI, Letícia Mársico. "**Eugenia, Neogenia e Bioética: Aproximações e Distanciamentos sob uma Perspectiva Jurídica de Reconhecimento de Direitos.**" ("CUSTEIO DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL: A CONTROVÉRSIA ... - ResearchGate") Disponível em:<<https://revistas.unijui.edu.br/index.php/revistadireitoemdebate/article/view/7871>>. Acesso em 16 fev. 2022

SMARTLAB, 2019. Observatório da Diversidade e da Igualdade de Oportunidades de Trabalho – Pessoa com deficiência. Disponível em: <https://smartlabbr.org/diversidade/localidade/0?dimensao=pcd>. Acesso em:01 mar. 2022.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, nº 16, ano 8, p. 20-45, jul./dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt/>. Acesso em: 01 jul. 2022.

STIKER, Henry-Jacques. **A History of Disability**. Michigan: University of Michigan Press. 1999.

SUS. **Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002**. Ministério da Saúde, Brasília, 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html). Acesso em: 17 jul. 2022.

TCU. **Relatório de Políticas e Programas de Governo: Plano Viver Sem Limite**. TCU, 2018. Disponível em: <https://sites.tcu.gov.br/relatorio-de-politicas/2018/plano-viver-sem-limite.htm>. Acesso em: 25 jul. 2022.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Pinel e o nascimento do alienismo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 540-560, ago. 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812019000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000200012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 19 ago. 2022.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro; RAMOS, Fernando A. de Cunha. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. **Revista Latinoam. História da Psiquiatria**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 364-381, junho 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/CDJLGj8ZFKZgdwcSHMwN4LQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2022.

THOMSON, Rosemarie Garland. **Freakery: Cultural Spectacles of the Extraordinary Body**. [s.l.]: NYU Press, 1996.

TOSI, Giuseppe. Aristóteles e a Escravidão Natural. Publicado no Boletim do CPA, Campinas, nº 15, jan./jun. 2003. Disponível em:<[http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/tosi/tosi\\_aristoteles.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/tosi/tosi_aristoteles.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2022.

TOSI, Giuseppe. Democracia, Liberalismo e Socialismo em Norberto Bobbio. Uma resposta a Vitullo e Scavo. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, Bauru, v. 5, n. 2, p. 51-78,

jul./dez., 2017. Disponível em:

<https://www3.faac.unesp.br/ridh/index.php/ridh/article/view/522>. Acesso em: 15 jul. 2022.

UN. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). UN, 2007. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>. Acesso em: 02 mar. 2022.

UPIAS. UNION OF THE PHYSICALLY IMPAIRED AGAINST SEGREGATION. UPIAS, 1976. Disponível em: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/UPIAS-UPIAS.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2022.

VENTURA, Luiz Alexandre Souza. PSOL pede providências por fala de Bolsonaro sobre educação inclusiva. **Estadão**, 2020. Disponível em: <https://brasil.estadao.com.br/blogs/vencer-limites/psol-pede-providencias-por-fala-de-bolsonaro-sobre-educacao-inclusiva/>. Acesso em: 10 ago. 2022.

WEBER, Max. **A ética protestante e o “espírito” do capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

WHO. Impairment, Disability, Or Handicap?. WHO, 1980. Disponível em:

[https://www.continuetolearn.uiowa.edu/nas1/07c187/Module%201/module\\_1\\_p3.html#:~:text=Impairment%20refers%20to%20a%20problem,of%20a%20normal%20life%20role](https://www.continuetolearn.uiowa.edu/nas1/07c187/Module%201/module_1_p3.html#:~:text=Impairment%20refers%20to%20a%20problem,of%20a%20normal%20life%20role). Acesso em: 16 fev. 2022.