



A EDUCAÇÃO COMO DETERMINANTE SOCIAL DE SAÚDE DE SUJEITOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL

Érico Gurgel Amorim (1); Olívia Moraes de Medeiros Neta (2); Jacileide Guimarães (3)

(1) Programa de pós graduação em saúde coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, ericogur@gmail.com.

(2) Centro de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, olivianeta@gmail.com.

(3) Escola da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, jaciguim@gamil.com.

Resumo: Objetivamos analisar a educação como determinante social de saúde de sujeitos com deficiência visual, com ênfase na saúde mental, identificando as dificuldades percebidas e as estratégias de enfrentamento utilizadas em relação às adversidades cotidianas. Trata-se, portanto, de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. Para a coleta de dados, realizamos entrevistas semiestruturadas junto aos sujeitos deficientes visuais no ambulatório de oftalmologia do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), no município de Natal. Os dados foram tratados à luz do método de análise temática descrito por Minayo (2008) e os conteúdos das unidades de registro elencadas, inspirados no modelo de Determinação social da saúde, proposto por Dahlgren e Whitehead (1991). A reflexão das informações analisadas suscita discussões a respeito da persistência de fatores sociais adversos ao processo de inclusão plena e efetiva, geradores de atitudes normalizadoras.

Palavras-chave: Deficiência visual, Saúde mental, Determinantes sociais de saúde, Educação.

1 INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços na disponibilidade de recursos técnico-científicos para prevenção da perda visual e de sua recuperação, perpetuam-se a cada dia o aparecimento de enfermidades oculares, seja por doenças ou acidentes.

Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, a deficiência visual atinge 35 milhões de pessoas, o que equivale a 18,8% da população brasileira (IBGE, 2010).

Nesse contexto, objetivamos analisar o modo pelo qual a educação, entendida como determinante social de saúde, interage com o cotidiano de sujeitos com deficiência visual, em seus modos particulares de andar a vida, problematizando a histórica exclusão social a qual tais sujeitos são submetidos.

A partir da experiência da cegueira, as pessoas passam a conviver com uma deficiência sensorial: a ausência de visão, que as limitam em suas possibilidades de apreensão do mundo externo, interferindo em seu desenvolvimento e ajustamento às situações comuns da vida (AMIRALIAN, 1997).

Deste modo, para as pessoas que nascem ou vem a adquirir uma deficiência, a constituição de seu ser e sua identidade perpassam por sentimentos ambíguos e novos conflitos



compreensíveis, imersos em uma trama de relações sociais com o meio em que estão inseridos.

Além disso, tanto o portador de cegueira total como o de visão subnormal carece de recursos didáticos especiais, para garantir suas possibilidades de desenvolvimento e participação na sociedade (ARAÚJO; MARQUES; OLIVEIRA; SILVA, 2008). Como agravante desta realidade, as instituições de reabilitação apresentam pouca resolubilidade em relação às necessidades da população com deficiência visual (SOUZA; PIMENTEL, 2012).

A não observância de tais recursos didáticos implica na atividade profissional das pessoas com deficiência. Atualmente percebe-se que apesar dos esforços coletivos pela plena inserção no mercado de trabalho, permanecem elevadas as taxas de inatividade entre os indivíduos deste grupo (BRASIL, 2013). Segundo os números divulgados pela Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), somente 0,3% dos brasileiros que têm deficiência visual está empregada.

Apenas recentemente a problemática das pessoas com deficiência saiu da esfera privada para a vida pública, tendo suas demandas reconhecidas como uma questão de direitos humanos (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009). Contudo, ainda hoje, são submetidas a processos de privação coletiva, ou exclusão social, o que nos faz compreender que a problemática da deficiência não está dissociada do contexto sociocultural.

Há, portanto, uma complexidade de problemas nos níveis individual e coletivo que favorecem progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente (RIBEIRO, 2004), dadas as necessidades particulares fracamente atendidas, deslocando-se das suas relações sociais, num processo de indiferenciação humana, o que requer novas abordagens e estratégias compreensivas e intervencionistas.

Nesta contramão, a inclusão é hoje, uma questão central em todos os ambientes em que vivemos: nas famílias, nas escolas, no mercado de trabalho, nos esportes, nos espaços de lazer, enfim, em todas as situações da vida do ser humano (AMIRALIAN, 2009). Esta compreensão remete-nos ao estudo dos determinantes sociais de saúde, a fim de buscarmos elementos estruturantes de cidadania e plenitude dos seres, cuja realização pessoal requer.

De acordo com Lamoureux et al. (2004) e Popescu (2012), o estudo da influência e repercussões da educação como determinante social da saúde da pessoa com deficiência visual contribui para a efetiva intervenção técnica e social. Além disso, fornece elementos para melhor compreender o papel que a visão cumpre no desempenho dos processos de autonomia e inserção social.

Assim, partimos do pressuposto de que as pessoas com deficiência visual vivenciam situação de vulnerabilidade individual e social imersas em contextos de exclusão ou inclusão limitada para a realização de suas necessidades cotidianas, as quais incluem a educação.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, ocorrida no ambulatório de oftalmologia do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), na cidade de Natal/RN, por meio de entrevistas semiestruturadas. A escolha deste local deve-se ao fato de ser um centro de referência público que acolhe pessoas de todo o estado do Rio Grande do Norte com patologias oculares em estágios avançados.

Quanto aos aspectos éticos, destacamos que um projeto foi submetido para apreciação e deliberação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e obteve aprovação, sob parecer de número 1557507, em 24 de Julho de 2015, conforme regulamentação da pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução nº. 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2012).

As entrevistas semiestruturadas combinaram perguntas fechadas ou estruturadas e abertas, proporcionando ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem resposta ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2008).

A análise dos resultados foi realizada com base no método de análise temática proposto por Minayo (2008), que consiste em investigar grupos de significados que compõem a comunicação Referente ao objeto analítico almejado.

A análise temática se encaminha para a Contagem de frequência das unidades de significação como definidoras do caráter do discurso. A presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Foram contemplados 16 sujeitos com idade acima de 20 e abaixo de 60 anos, de ambos os sexos, com afecção crônica ocular congênita ou adquirida, e com acentuado grau de acometimento visual, caracterizando o quadro de deficiência visual, conforme o disposto no Decreto nº 3.298/99 (BRASIL, 1999), que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.

Nessa perspectiva, participaram do estudo 16 pessoas com deficiência visual, congênita ou adquirida, com idade compreendida entre 20 e 60 anos. Oito pessoas eram do sexo masculino (S3, S4, S6, S7, S8, S9, S10 e S12) e oito eram do sexo feminino (S1, S2, S5, S11, S13, S14, S15 e S16).



Das 16 (dezesesseis) pessoas com deficiência visual que participaram desta pesquisa, um tinha deficiência visual congênita (S9) e os demais possuíam deficiência visual adquirida. Na caracterização dos entrevistados, os mesmos foram identificados a partir da nomenclatura adotada, a qual atribuiu o prefixo S, de sujeito de pesquisa, seguida por número cardinal, considerando-se o sigilo dos entrevistados.

3 CONCEPÇÕES SÓCIO-HISTÓRICAS DA DEFICIÊNCIA VISUAL

Para compreender os mecanismos a partir dos quais lidamos, ao nos defrontar com uma pessoa com deficiência visual, imersa numa trama de interações conscientes e inconscientes, faz-se necessário emergir um olhar sobre o modo pelo qual a significação da deficiência visual se deu ao longo do percurso civilizatório, e que fatores relacionam-se a esta prática valorativa.

Assim, podemos considerar que desde os primórdios da civilização, o homem convive com a construção da presença do patológico, do anormal ou do desvio. Além disso, o modo como se dá sua apreensão, significação e conceituação revela uma conjuntura de valores introjetados ou apreendidos no seio social.

Para os povos da Antiguidade, a deficiência visual era causada por espíritos maus, demônios ou castigo por pecados cometidos. Representava a degeneração da raça humana, no período em que a eugenia era princípio predominante. Deste modo, deveriam ser abandonadas ou eliminadas. Trata-se do Paradigma de exclusão social, o qual se fundamenta no modelo metafísico ou divino de explicação da deficiência (SCLIAR, 2007; AMIRALIAN et al., 2000).

Na Idade Média, com o advento do Cristianismo, a pessoa com deficiência visual passa a ser alvo de compaixão, proteção e caridade. Apesar disso, justifica-se a deficiência como uma forma de pagar pelos pecados ou uma via de salvação. Por este motivo, era isolado do convívio com a sociedade, confinado em instituições asilares, hospitais de caridade ou no próprio domicílio, condutas estas balizadas pelo paradigma da segregação social e pela institucionalização (FIGUEIRA, 2014; PACHECO; ALVES, 2007; SILVA, 2009). Em 1260, foi fundado na França o asilo de Quinze Vingts, instituição mais importante deste período e primeira destinada a atender exclusivamente pessoas cegas refugiadas e abandonadas (FRANCO; DIAS, 2005).

Na Modernidade, o pensamento humanista, racional e científico e os anseios capitalistas, frutos da Revolução Industrial, emergem de um enfoque organicista na patologia do sujeito



com deficiência visual, o qual deveria ser submetido a tratamento e curado para ser integrado, ou reintegrado, na sociedade.

Esse modo de significação foi ancorado no modelo biomédico, o qual se relaciona ao princípio da normalização e constitui paradigma da integração social ou de serviços. Também foi nesse período que surgiram as primeiras preocupações com a educação dos deficientes, a partir de mudanças nas atitudes dos grupos sociais estimuladas pelo movimento de atendimento aos deficientes visuais em hospitais (BROGNA, 2005; SILVA, 2009). Em 1784, foi fundado, na França, o Instituto Real dos Jovens Cegos de Paris, considerado a primeira escola do mundo destinada à educação de pessoas cegas (FRANCO; DIAS, 2005).

Na contemporaneidade, o ser deficiente visual adquire uma nova significação, com base legal e filosófica, tendo como eixo norteador o modelo social da deficiência que fez brotar o paradigma da inclusão social. A deficiência visual passa a ser uma resultante de fatores não só mais do corpo lesado da pessoa, mas das barreiras físicas, virtuais e atitudinais impostas pela sociedade. Ela deve preparar-se para garantir a plena participação de todos no jogo democrático (DINIZ, 2007; PACHECO; ALVES, 2007; GESSER; NUREMBERG; TONELI, 2012).

Essa nova postura por uma sociedade inclusiva é particularmente importante, pois na medida em que as sociedades tornam-se, técnica e culturalmente, mais complexas, novos impedimentos corporais e deficiências surgem, os quais se incorporam em um segmento cada vez mais expressivo (FIGUEIRA, 2014).

Além disso, a estigmatização e o preconceito em relação às pessoas com deficiência enrijecem as relações sociais e perpetuam uma realidade excludente. Sendo assim, o ser deficiente visual invoca uma condição a par de padrões elegíveis de estética e funcionalidade, o que o torna particularmente vulnerável à condutas preconceituosas em uma sociedade marcada pelo culto ao corpo e negação da fragilidade humana (LOPES, 2013; SILVA, 2006).

4 OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E A EDUCAÇÃO

Os determinantes sociais da saúde incluem as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade e se relacionam com as condições de vida e trabalho de seus membros, como: habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias (BATISTELLA, 2007).

Essa explicitação veio à tona no relatório realizado em 1974 pelo Ministério da Saúde do Canadá, conhecido como Relatório Lalonde e foi retomado na primeira Conferência



Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em 1978, na VIII Conferência Nacional de Saúde; na constituição da República Federativa do Brasil de 1988; na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080 de 1990 e na Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS (BRASIL, 2005; BATISTELLA, 2007).

O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) explica os mecanismos pelos quais as interações entre os diferentes níveis de condições sociais produzem as desigualdades em saúde. Tal modelo contempla desde o individual até o nível das condições econômicas, culturais e ambientais que predominam na sociedade como um todo, destacando a importância dos fatores não clínicos sobre a situação da saúde dos indivíduos e das populações, permitindo a análise da cadeia de produção social da saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; GEIB, 2012). Além disso, é o modelo adotado pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), por sua simplicidade, fácil compreensão e clara visualização gráfica (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; GEIB, 2012).

Tal modelo inclui os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais, que incluem os comportamentos e estilos de vida até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes, correspondentes às condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.

No nível intermediário, os determinantes são representados pelas condições de vida e trabalho e o papel da coesão social (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Relaciona-se, deste modo, à concepção ampliada de saúde e à compreensão de que ações realizadas por outros setores têm efeito sobre a saúde individual e coletiva (BRASIL, 2005). Com isso, outras perspectivas de promoção e cuidado à saúde, são originadas, clarificando a operacionalidade e atribuindo responsabilidades sociais ao Estado no intuito de garantir saúde como direito de cidadania (SOUZA, 2004).

Promover a saúde, desse modo, é atuar para mudar positivamente os elementos considerados determinantes da situação de saúde/doença. Em outras palavras, envolve o reforço da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade de fatores que condicionam a saúde (CZERESNIA, 1999), substrato do qual a educação é peça indispensável deste cenário.

5 RESULTADOS E DICUSSÕES



O diagnóstico e a assimilação de uma deficiência visual repercutem na subjetividade e antecipa novas realidades existenciais que por sua vez, requerem abordagens de enfrentamento. Para tanto, certas características fazem parte do processo de determinação social: história de vida, organização social e familiar, aspectos culturais, aspectos financeiros, dentre outros, abarcados pelas múltiplas formas de viver com a deficiência.

A educação constitui um fator de ampla relevância na determinação da saúde, uma vez que menores possibilidades de ingresso no mercado de trabalho se associam a um menor rendimento escolar, acarretando oportunidades limitadas de formação de capital humano, menos oportunidades de emprego e menor produtividade durante a vida adulta. Disso decorre um ciclo-vicioso de pobreza e miséria (BADZIAK, MOURA, 2010; OMS, 2012).

Dos dezesseis entrevistados, onze possuem ensino fundamental incompleto ou são analfabetos; quatro possuem ensino médio e apenas um possui nível superior (S7). Destacamos, ainda, o fato de que, dos cinco entrevistados que habitam na zona rural ou distrito, todos possuem baixa escolaridade, não ultrapassando o ensino fundamental.

S2 infere que a partir de dificuldades para a leitura, revelou-se o diagnóstico da perda visual, que em seu caso foi gradativa. Além disso, tal acometimento conduziu à interrupção dos estudos, conforme registra: “Descobri o problema de visão quando eu não conseguia enxergar as letras quando eu ia pra escola. Minha maior dificuldade é a de enxergar as letras, de escrever, por isso parei os estudos. Só estudei até a primeira série” (S2).

Em geral, crianças com deficiência têm menos probabilidade de começar a escola, além de índices mais baixos de permanência e aprovação. Além disso, adultos com deficiência experimentam índices significativamente mais baixos de término do Ciclo Fundamental e menor média de anos de escolaridade (OMS, 2012).

Um estudo, que avaliou o rendimento escolar de alunos com deficiência visual, constatou a existência de associação entre baixa acuidade visual e baixo rendimento escolar na amostra avaliada. Entre os escolares com baixa acuidade visual, 25% dos alunos apresentaram rendimento escolar regular ou insatisfatório (TOLEDO et al., 2010).

Jones, Crews e Danielson (2010), ao avaliar idosos com deficiência visual, também constataram menores níveis educacionais no grupo avaliado. Em parte, isso se deve ao fato das pessoas com deficiência enfrentarem barreiras no acesso a materiais e serviços educacionais. Tamanha dificuldade é exacerbada nas comunidades mais pobres (OMS, 2012). No entanto, o desconhecimento de ferramentas e instrumentos de apoio para o estudo frente a uma dificuldade de enxergar é notório em S6. Trata-se de mais um entrave à manutenção do



processo de ensino e aprendizagem de pessoas que venham a adquirir uma deficiência visual, alimentando a exclusão educacional diante de tal fato. Conforme expressou S6: “Quando eu perdi a visão eu não tinha conhecimento de nada. Não sabia que tinha como eu estudar” (S6). A conjuntura social na qual se inserem os sujeitos é uma interferente direta das possibilidades e limitações para o estudo. A história de vida familiar e as condições financeiras levam, muitas vezes, a uma busca por melhoria desta realidade emancipando os sujeitos da vida escolar para uma vida de trabalho, exemplificada por S3 e S4: “Eu nasci e me criei na agricultura. Estudo? Meu pai queria que eu estudasse muito, mas não deu. Mas eu me dediquei na agricultura” (S3).

“Eu cresci os olhos pro serviço pra ganhar logo dinheiro, aí acabou, perdi a oportunidade [...] Agora tem uns que nascem com merecimento já vai melhor, né. Que já nasce com berço de ouro, tem mais condições, tem mais ajuda e já sobe mais no grau. Agora tem uns que já nascem com o pouco que não tem condições, aí ele tem que seguir o rumo do pai... e finda naquilo ali mesmo. O meu lado já foi mais curto, meu pai encostava pedra e tive que seguir o rumo dele, porque o lado do estudo naquela época não dava, porque ele teve dez filhos, e o que ele ganhava só dava pra comer. E meu pai dizia, olhe eu quero que trabalhe e que não entre na vida do mundo, e eu comecei a pegar o ritmo dele e dediquei só ao trabalho” (S4).

A educação é encarada por alguns sujeitos como uma ferramenta de desenvolvimento pessoal, proporcionando o alcance de sonhos e objetivos, a possibilidade de lidar com situações práticas do dia a dia ou a desenvoltura para as habilidades de comunicação e expressão. Constatamos tal recorrência quando afirmam S4 e S13 que: “Quem tem mais conhecimento, vai mais adiante. [...] Se eu fosse um homem de leitura, eu acho que eu não tava nesse grau aqui não” [...] Às vezes a mulher precisa sair de casa, eu tenho que ficar em casa. Ela ajeita um problema melhor, porque ela tem leitura” (S4). “Porque a pessoa que não sabe ler não sabe explicar tanto. A pessoa que sabe ler sabe explicar tudo que passa, tudo que sente” (S13).

A educação alberga um horizonte no qual os sujeitos com uma deficiência visual podem vislumbrar um caminho de emancipação da condição de luto e afastamento social por meio da integração social, desenvolvimento intelectual, reforço da autoestima e aquisição de novas habilidades e competências, como reforçam S1 e S8: “Minha cunhada falou que ia colocar eu no colégio, pra ver se eu concluía o terceiro. Eu disse tá, foi quando eu fui mais me animando” (S1). “E fui em 2008, e comecei minha reabilitação. Meu objetivo era aprender o braille e música. Foram as duas coisas que eu entrei com o objetivo. Aí foi surgindo a necessidade de estudar, de voltar a estudar. Fiz tudo depois que perdi a visão, ensino fundamental e ensino médio” (S8).



Ao nos defrontarmos com a educação em seus limites e possibilidades frente à condição de deficiência visual, sob um olhar inspirado nos determinantes sociais de saúde, percebemos uma situação ainda bastante vulnerável no tocante à manutenção de práticas excludentes e interceptivas. Todavia, o avanço na legislação em favor da inclusão das pessoas com deficiência nos faz vislumbrar novas perspectivas de práticas sociais que, não obstante, requerem esforços conjuntos de solidariedade, equidade e justiça social.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do direcionamento, evidenciamos uma realidade sistêmica multideterminada quando se fala em educação como determinante social de saúde da pessoa com deficiência. O atendimento de tal vetor contribui para um trilhar de vida mais condizente com os anseios e potencialidades humanas frente às infidelidades do meio que nos cerca, minimizadas ao nível do inevitável e aceitável.

Ficou caracterizada a educação como determinante social vinculado tanto ao nível proximal do indivíduo, quanto ao meso e distal. Isso porque permite uma ressignificação do enfrentar a deficiência, oportunizando novos pilares no soerguimento desta condição, bem como, propiciando integração microssocial tendo as políticas públicas como articuladora e garantidora deste direito.

Os desafios revelados nessa pesquisa recrutam esforços coletivos das instâncias gestoras e de toda a sociedade, visando a promoção de saúde da pessoa com deficiência visual, garantida a partir de sua plena participação no entorno comunitário e do respeito às diferenças próprias de cada um, tendo a educação um pilar integrante nesta estruturação.

A inclusão social, de fato, inadiavelmente almejada e juridicamente prevista, só poderá se concretizar à medida que os direitos universais a uma vida digna e interativa se instaurem, permitindo o escopo da pluralidade na igualdade dos seres humanos que lhes confere a existência.

Desse modo, normatividade não é adaptação; é criação de novas normas de vida, convocando todos os outros a experimentar a diversidade. Dessa experiência, constrói-se uma sociedade receptiva e sensível ao acolhimento e convivência com a diferença, não mais como impotência e incapacidade, mas como oportunidade de experimentação de novos modos de viver, alimentando uma maior capacidade de tolerância às infidelidades do meio, constantemente vigiadas.



REFERÊNCIAS

- AMIRALIAN, M. L. T. M. Deficiência visual: perspectivas na contemporaneidade. São Paulo: Vetor Editora, 2009.
- AMIRALIAN, M. L. T. M. Compreendendo o cego: uma visão psicanalítica da por meio de desenhos-estórias. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- AMIRALIAN, M. L. T. M., et al. Conceituando deficiência. Revista Saúde Pública, São Paulo, n. 34, v. 1, p. 97-103, 2000. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp. Acesso em: 10 jan. 2015.
- ARAÚJO, A. P.; MARQUES, E. S.; OLIVEIRA, M. L. A.; SILVA, E. F. Portadores de necessidades especiais: o caso do instituto de educação e reabilitação dos cegos do Rio Grande do Norte. Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação, Campinas, v.5, n. 2, p. 67-86, jan./jun. 2008.
- AHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.
- BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, Florianópolis, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.
- BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de saúde. In: Fonseca, Angélica Ferreira; Corbo, Ana Maria D'Andrea. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV; FIOCRUZ, 2007. p. 25-49.
- BRASIL. Decreto n. 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm. Acesso em: 29 set. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde e doença: dois fenômenos da vida. In: Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Curso de Formação de facilitadores de educação permanente em saúde. Brasil: Ministério da Saúde / Fiocruz, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/%20saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012. Acesso em: 20 out. 2015.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. Relação anual de relações sociais. 2013.



- Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/observatorio/>. Acesso em: 21 out. 2015.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, P. A. Saúde e seus determinantes sociais. *Physis - Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 23 out. 2013.
- DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W, 2009. Deficiência, direitos humanos e justiça. In: DINIZ, D. Deficiência e discriminação. Brasília: Letras Livres/Ed. UnB, 2009, p. 97-115.
- FIGUEIRA, E. Introdução à psicologia e pessoas com deficiência: a construção de um novo relacionamento! 2. ed. São Paulo: Edição do Autor/AgBook, 2014.
- FRANCO, J. R.; DIAS, T. R. S. A pessoa cega no processo histórico: um breve percurso. *Revista Benjamin Constant*, v. 30, abr. 2005.
- GESSER, M.; NUREMBERG, A. H.; TONELI, M. J. F. A contribuição do modelo social da deficiência à psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 24, n. 3, p. 557-566, 2012.
- IBGE. Censo 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 12 abr. 2013.
- JONES, G. C.; CREWS, J. E, DANIELSON, M. L. Health risk profile for older adults with blindness: an application of the International Classification of Functioning, Disability, and Health framework. *Ophthalmic Epidemiology* ano 17, n. 6, p.400-10. Dez. 2010.
- LAMOUREUX, E. L.; HASSELL, J. B.; KEEFFE, J. E. The Determinants of Participation in Activities of Daily Living in People With Impaired Vision. *Am J Ophthalmol*. v. 137, n. 2, p. 265-70. Fev. 2004.
- LOPES, G. C. O preconceito contra o deficiente ao longo da história. *EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires, a. 17, n. 176, jan. 2013. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em: 12 jul. 2015.
- MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre a deficiência. Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo, 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/9/WHO_NMH_VIP_11.01_por.pdf. Acesso em: 20 maio. 2015.
- POPESCU, M. L. et al. Explaining the Relationship between Three Eye Diseases and Depressive Symptoms in Older Adults, *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, v. 53, n. 4, p. 2308-13, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22427589>. Acesso em: 21 set. 2014.
- RIBEIRO, J. E. C. Association of depressive aspects with visual impairment caused by



cataract in the elderly. *Arq Bras Oftalmol.* v. 67, n. 5, p. 795-9, 2004.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03>. Acesso em: 2 abr. 2015.

SILVA, L. M. O estranhamento causado pela deficiência: preconceito e experiência. *Revista brasileira de educação.* v. 11, n. 33, p. 424-561, 2006.

SOUZA, E. C. F. O homem, as doenças e seus modelos explicativos: breve percurso na história. In: FERREIRA, M. A; RONCALLI, A G; LIMA, K. *Saúde Bucal Coletiva: conhecer para atuar.* Natal: EDUFRN, 2004.

SOUZA, F. R.; PIMENTEL, A. M. Pessoas com deficiência: entre necessidades e atenção à saúde. *Cadernos de Terapia Ocupacional, São Carlos*, v. 20, n. 2, p. 229-237, 2012. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2012.024>. Acesso em: 30 jun. 2015.

TOLEDO, C. et al. Detecção precoce de deficiência visual e sua relação com o rendimento escolar / Early detection of visual impairment and its relation with school effectiveness. *Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo*, v. 56, n. 4, 2010.