

“Ou todo mundo é louco ou ninguém é!”: refletindo sobre possibilidades de articulação entre deficiência e loucura

*“Either everyone is crazy or no one is!”:
pondering possibilities of articulation between
disability and madness*

Anahi Guedes de Mello

anahigm75@gmail.com

Mestranda em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), pesquisadora vinculada ao Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades (NIGS) e ao Núcleo de Estudos sobre Deficiência (NED).

RESUMO

O objetivo deste trabalho é abordar as possibilidades de articulação entre a experiência da deficiência e a questão denominada pelo sistema biopsicomédico de saúde mental, a partir de uma perspectiva antropológica. O foco da análise são as políticas públicas da área e uma análise de narrativas de pessoas diagnosticadas com algum tipo de “transtorno” de ordem mental ou psicológica. A abordagem se centra nas questões de construção da pessoa, do corpo e da subjetividade, no sentido de compreender como essas categorias se articulam, de um lado, em processos de patologização da deficiência e da loucura e, de outro, na manifestação da chamada “deficiência psicossocial” como identidade política.

Palavras-chave: Deficiência; Loucura; Políticas de saúde mental.

ABSTRACT

The objective of this report is to approach the possibilities of articulation between the experience of disability and the issue denominated by the bio-psycho-medical system of mental health, starting from an anthropological perspective. The focus of the analysis is the public policies of the area and an analysis of the narratives of people diagnosed as having some kind of mental or psychological disorder. The approach centers itself on the issues of construction of the person, the body and the subjectivity, so as to understand how these categories articulate in processes of pathologisation of the disability and of madness on one hand, and on the other hand in the manifestation of the so called “psychosocial disability” as a political identity.

Keywords: Disability; Madness; Mental health policies.

Introdução

No século XVI, com a ampliação do processo de urbanização, tornou-se prática comum à segregação e institucionalização, em hospícios, hospitais, manicômios, escolas especiais e centros de reabilitação, de corpos indesejáveis e não adequados à ordem social, inclusive as pessoas consideradas *loucas* e *deficientes* (GOFFMAN, 1999; PESSOTI, 1984). Autores como Platt (1999) observou que:

“(…) tanto os loucos, os deficientes e os criminosos tinham uma mesma imagem de ofensa à normalização da sociedade. (...) Podemos transcrever aqui a fala de um pesquisador da psicologia experimental, que colaborou para a divulgação dos testes e escalas de inteligência que seriam os de Binet-Simon (escala métrica, que pauta a idade mental da criança diante da média retirada por indivíduos com a qual padronizou o instrumento), prof. Terman, que por fim oficializa o teste de QI, discutindo a incidência da criminalidade entre indivíduos deficientes, afirmando que: “(...) nem todos os criminosos são débeis mentais, mas todos os débeis mentais são pelo menos criminosos potenciais. Difícilmente alguém questionaria o fato de que toda mulher débil mental ser uma prostituta potencial”. (...) A insistente correlação entre marginalidade, deficiência e loucura é bastante volumosa e está estreitamente pautada da psicologia ao senso comum. (...) A instituição, para autores como Foucault, no entanto, seria o marco da segregação do indivíduo (e não só de deficientes, mas também de loucos e criminosos) ao convívio social mais amplo, cujas regras e tratamentos davam-se à parte da dinâmica encontrada no tratamento de sujeitos considerados normais.” (PLATT, 1999, p. 72-73)

O objetivo deste trabalho é investigar as possibilidades de articulação entre a experiência da *deficiência* e a questão denominada pelo sistema biopsicomédico de *saúde mental*¹ (DUARTE, 1994), a partir de uma perspectiva antropológica, em diálogo com o campo dos Estudos sobre Deficiência². O foco da análise são as políticas públicas sobre a questão e uma análise de narrativas de pessoas diagnosticadas com algum tipo de “transtorno” de ordem mental ou psicológica. A abordagem se centra nas questões de construção da pessoa, do corpo e da subjetividade, no sentido de compreender como essas categorias se articulam, de um lado, em processos de patologização da deficiência e da loucura e, de outro, na manifestação da chamada “deficiência psicossocial” como identidade política.

A *loucura* e a *deficiência* ambas estiveram sob o domínio do paradigma biomédico, historicamente ligado ao surgimento de uma concepção de “normalização do corpo”, proposta esta que Foucault (2001) chamou de biopolítica, em que o saber-poder transforma a vida humana por meio do controle de corpos:

“Creio que é fazendo a história das relações entre o corpo e os mecanismos de poder que o investem que podemos chegar a compreender como e por que, nessa época, esses novos fenômenos da possessão apareceram, tomando o lugar dos fenômenos um pouco anteriores da feitiçaria. A possessão faz parte, em seu aparecimento, em seu desenvolvimento e nos mecanismos que a suportam, da história política do corpo.” (FOUCAULT, 2001, p. 271).

Ainda, Foucault (1991, p. 74) em seu trabalho sobre a doença mental afirma que “no instante mesmo em que ela [a sociedade] diagnostica a doença, exclui o doente”. Concordando com esse autor, proponho ampliar essa perspectiva para a experiência da deficiência, explorando as interfaces entre deficiência e loucura, uma vez que a produção e segregação da loucura e das

deficiências estão relacionadas ao processo histórico da emergência do cuidado institucionalizado e das dinâmicas dos processos de desconstrução dos sistemas de encarceramento (VASCONCELOS, 2003).

O recorte teórico de minha análise baseia-se no pressuposto de que a deficiência³ atua como um *regime de subjetivação*⁴ (FOUCAULT, 1984) no contemporâneo, articulando-se também com o campo da reflexão antropológica sobre a *pessoa* (MAUSS, 2003; DUMONT, 1985)⁵. *Regimes* ou *modos de subjetivação* são os “diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos se tornaram sujeitos” (FOUCAULT, 1995, p. 231). Nesse sentido,

“[...] pode-se dizer que o corpo seria um arcabouço para os processos de subjetivação, a trajetória para se chegar ao “ser” e também prisioneiro deste. A constituição do ser humano, como um tipo específico de sujeito, ou seja, subjetivado de determinada maneira, só é possível pelo “caminho” do corpo.” (MENDES, 2006, p. 168).

Partindo dessa perspectiva, a deficiência pode ser “a investigação da *razão* do investimento” (GOLDMAN, 1999, p. 36), ou seja, o *modo de subjetivação*⁶. Assim, a deficiência pode ser também pensada na perspectiva da genealogia do sujeito moderno-contemporâneo, da centralidade do corpo deficiente como idioma simbólico e político, da identidade e seu impacto na subjetividade da pessoa.

Utilizou-se, para a pesquisa de campo, procedimentos qualitativos e de diálogo com os sujeitos, próprios ao método de cunho etnográfico, a partir da observação participante (MALINOWSKI, 1984), de entrevistas e conversas, realizadas entre novembro de 2008 a abril de 2009, com pessoas com diagnóstico de transtorno psicológico ou mental e/ou com histórico de ativismo no movimento da luta antimanicomial, tanto a nível local (em Florianópolis) quanto no contexto latino-americano (por e-mail)⁷, e do uso do diário de campo (*idem*, 1997) para o registro dos dados etnográficos. Também foi feito um levantamento bibliográfico e leitura sobre a produção intelectual acerca dos temas da deficiência e da saúde mental, tanto na área de Antropologia, como também em outras áreas do conhecimento que o perpassam, como a Educação, a Medicina e a Psicologia, além da análise do Projeto de Lei nº 2.439/2007, que estabelece a obrigatoriedade de revisões periódicas das interdições judiciais deferidas com base em enfermidade ou deficiência mental, e da *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e o Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*.

Os interlocutores desse estudo pertencem à classe média, estão na faixa etária dos 30 a 60 anos e vivenciaram a experiência da institucionalização do sofrimento psíquico. Interessa-me os relatos sobre os sentidos que os sujeitos atribuem à experiência da loucura, considerando o contexto dos movimentos da deficiência e da luta antimanicomial. Por isso, optei por três informantes-chave que satisfazem a esses critérios. É importante destacar que o marco teórico em que se pretende resgatar esses relatos parte dos fundamentos do *modelo social da deficiência*, quando se denuncia os efeitos negativos do *modelo médico* e, especificamente, de toda instituição total (GOFFMAN, 1999; BARNES, 2003). Há dois “modelos clássicos” da deficiência, o modelo médico e o modelo social, posto que Pfeiffer (2002) distingue 10 modelos ou paradigmas da deficiência. Em linhas gerais, no modelo médico o foco se centraliza na deficiência da pessoa, objetivando-se a cura ou medicalização do corpo deficiente. No modelo social, a deficiência não se encerra no corpo, mas deve ser compreendida como o resultado da interação entre um corpo com impedimentos de natureza física, intelectual, mental ou sensorial e um ambiente incapaz de acolher as demandas arquitetônicas, informacionais, programáticas, comunicacionais e atitudinais

que garantiriam condições igualitárias de inserção e de participação social às pessoas com deficiência (CF. MELLO; NUERNBERG, 2012, p. 636).

Quando a loucura passa a ser deficiência psicossocial: breves considerações sobre a linha tênue entre deficiência intelectual e doença mental

Os discursos, as práticas sociais e os diferentes modelos e concepções que se confrontam em torno da categoria deficiência se assemelham aos debates, potencialmente presentes na Antropologia, sobre os modelos racionais de saúde e doença⁸, uma vez que a deficiência muitas vezes é confundida com doença, conforme sugere Pereira (2006) ao se referir à forma como a Sociologia tem estudado a questão da deficiência:

“A tendência da Sociologia tem sido de facto em centrar-se muito mais na questão do corpo e da doença, o que constitui outro motivo para uma certa ala dos estudos da deficiência, particularmente a que é influenciada pelo modelo social, se distanciar desta perspectiva, pois não considera que seja produtiva a associação da doença com a deficiência e o enfoque na experiência da “incapacidade”.” (PEREIRA, 2006, p. 22).

Por outro lado, “as noções de doença e de deficiência, assim como os modos de se lidar com elas, mudam não só de acordo com os tempos e as culturas, mas também de acordo com os saberes que se propõem a estudá-las (...)” (BERGER, 1999, p. 19). Assim, na perspectiva antropológica, a manifestação de deficiências e doenças deve ser interpretada no contexto sociocultural, procurando atribuir-lhes significados através do compartilhamento de experiências de vida.

Segundo Pessotti (apud CAMPOS, 2008, p. 13), a visão organicista de deficiência mental começa com Thomas Illis, ao entendê-la como proveniente do cérebro, retirando-lhe o fundo sobrenatural. *Loucos e idiotas* eram agrupados na mesma categoria quanto às formas de tratamento e internação. A diferenciação entre doenças mentais e deficiência intelectual aparece a partir do século XIX, quando Esquirol (1965) distingue o demente ou imbecil (*louco*) do idiota (*deficiente*), como aponta Campos (2008):

“(…) os imbecis seriam geralmente bem-formados, aparentemente normais, teriam faculdades intelectuais e afetivas em um grau menor que a de um homem perfeito. As causas da insanidade seriam ligadas ao clima, às estações do ano, à idade, ao temperamento, às profissões, aos modos de vida, às leis, à civilização, às condições morais e políticas das pessoas. Já os idiotas não teriam faculdades morais e intelectuais. Elas não foram destruídas, mas nunca se desenvolveram. Elas também apresentariam características físicas bem-definidas, como crânio pequeno e grande face, o que significaria um grau inferior de inteligência. Ainda, para ele, a idiotia não seria uma doença, mas uma condição em que as faculdades intelectuais nunca se manifestam, ou não se desenvolvem o suficiente para que se adquira conhecimento. Segundo esta teoria, a condição do demente poderia mudar, mas a do idiota nunca.” (CAMPOS, 2008, p. 13-14).

Mello (2008) ao analisar algumas políticas de saúde, observou que o Livro de Recursos (OMS, 2005) e a *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF* (OMS, 2003a) refletiam o paradigma social nas áreas da saúde mental e da deficiência, respectivamente:

“A relevância do primeiro está em nos mostrar a relação entre deficiência e saúde mental, ao afirmar que os transtornos mentais respondem por uma proporção elevada de todos os anos de vida com qualidade perdidos em função de uma deficiência ou transtorno, e a previsão é que esse ônus cresça significativamente no futuro. (...) A Declaração de Caracas (1990) adotada como uma resolução por legisladores, profissionais de saúde mental, líderes dos direitos humanos e ativistas dos movimentos de deficientes convocados pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS), traz implicações importantes para a estrutura dos serviços de saúde mental. Ela afirma que o recurso exclusivo a tratamento por internação em um hospital psiquiátrico isola os pacientes de seu ambiente natural, com isso gerando maior deficiência (OMS, 2005, p.01; 19). Quanto à CIF, ela incorpora os elementos que definem o paradigma social (DINIZ et al., 2007) destacando a funcionalidade e a “incapacidade”⁹ associadas a estados de saúde, contrariamente à CID-10¹⁰ (OMS, 2003b), que reflete o paradigma biomédico e é utilizada nos diagnósticos dos estados de saúde (doenças, distúrbios, lesões, transtornos, etc.). Comparando-se todos esses três documentos da OMS, observou-se um segundo aspecto da relação entre deficiência e saúde mental, que é a forma como se deve abordar as pessoas com deficiência intelectual¹¹ e as com transtorno mental¹². Isso porque é muito comum confundir-se deficiência intelectual com transtorno mental. (...) Antes da CIF havia a CID-10, e foi neste último que se inseriu a deficiência intelectual, entendida sob o nome de deficiência mental, no meio das doenças psiquiátricas agrupadas no Capítulo V – Transtornos Mentais e Comportamentais. Este capítulo apresenta 10 faixas de transtornos, que começa com a faixa F00-F09, vai para a faixa F10-F19 e assim sucessivamente até a última faixa, que é a F99. E a deficiência mental está na F70-F79, sozinha. Todas as outras faixas trazem como transtornos mentais a depressão, a esquizofrenia, a neurose, etc.” (MELLO, 2008, p. 18-19).

A partir dessa constatação, proteger os direitos humanos das pessoas com deficiência e usuárias dos serviços de saúde mental requer uma mudança de paradigma desde um sistema de institucionalização e detenção arbitrária a um sistema inclusivo, baseado na atenção primária à saúde mental e de serviços sociais que contribuam para o fortalecimento das comunidades locais e suas redes de relações sociais, o que é corroborado por Vasconcelos (2003):

“(…) as teorias clássicas de normalização mostram uma inabilidade evidente em explicar as dinâmicas históricas da opressão associada à deficiência e à loucura nas sociedades ocidentais, à emergência do cuidado social e de saúde mental institucionalizado, aos processos de desconstrução do encarceramento e, portanto, em prover uma estrutura crítica na construção de uma estratégia política ampla para a desinstitucionalização. (...) Apesar de apresentar níveis diferenciados de conhecimento, a confrontação entre teorias clássicas de normalização e trabalhos tais como o de Foucault (1961), Scull (1979 e 1984), Warner (1985), Basaglia (1986) e Gauchet e Swan (1999), independente das diferenças teóricas entre estas últimas, mostra como processos políticos, institucionais, culturais e epistemológicos, estruturais e bastante complexos, estão envolvidos na produção e segregação da loucura e das deficiências, no processo histórico de emergência do cuidado institucionalizado e, também, nas dinâmicas dos processos de desconstrução do encarceramento. Esse conhecimento é essencial para a construção de uma estratégia teórica e política consistente para um cuidado emancipatório não institucionalizado e de base comunitária.” (VASCONCELOS, 2003, p. 239).

Além desse trabalho de Vasconcelos (2003), em que esse autor discorre sobre o conceito de *empowerment*¹³ como perspectiva integrada às abordagens da normalização e desinstitucionalização no campo da deficiência e da saúde mental, há nos Estudos sobre Deficiência outros trabalhos que abordam esta aproximação entre deficiência e saúde mental/loucura, como os de Estroff (1981), Beresford (2000), Beresford & Wilson (2002) e Wilton (2004), só para citar alguns. Nesse sentido, para o modelo social da deficiência os chamados “transtornos mentais” também são passíveis de serem classificados como deficiência. A loucura passa, pois, a ser nomeada como *deficiência psicossocial* ou *psiquiátrica* com a entrada definitiva dos ativistas “sobreviventes da psiquiatria” e usuários dos serviços de saúde mental nos movimentos sociais da deficiência¹⁴, cujo tópico abordarei a seguir.

“Ou todo mundo é louco ou ninguém é!”: os sujeitos e suas narrativas sobre a experiência da deficiência psicossocial

Nos últimos anos temos assistido a uma crescente reação de diversos movimentos de resistência à biopolítica de controle e medicalização do corpo e da subjetividade (ORTEGA, 2004). No caso da deficiência, a *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência* e o *Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*, aprovados por unanimidade em Nova Iorque, em 13 de dezembro de 2006 durante a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) e ratificados pelo Brasil¹⁵ com equivalência constitucional¹⁶ em 1º de agosto de 2008, traz a seguinte definição, traduzida para o português a partir da versão original em inglês:

“Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.” (BRASIL, 2008, p. 24).

São citados os impedimentos de natureza física, mental, intelectual e sensorial. O impedimento de natureza intelectual diz respeito às pessoas com deficiência intelectual; o de natureza mental se refere àquelas com as “sequelas do transtorno mental”. Em outras palavras, às pessoas com sofrimento mental¹⁷. Isso significa que em termos mundiais, mas ainda não tanto no Brasil¹⁸, as pessoas usuárias e sobreviventes da psiquiatria estão se aderindo ao movimento das pessoas com deficiência, reivindicando o direito de serem reconhecidas como pessoas com deficiência psicossocial, conforme relato de Elaine¹⁹, militante latino-americana do segmento dos usuários e sobreviventes da psiquiatria no movimento da deficiência:

“Realmente as deficiências psicossociais não se veem porque não são físicas. Estão carregadas de sofrimento, confusão, desorganização. As chamam de enfermidades mentais. Nós entendemos que a definição correta é transtornos psicoafetivos. Ou em todo caso, se há que usar a palavra deficiência, então se diz deficiência psicossocial. As enfermidades mentais na verdade são transtornos. Transtornos que se dão no raciocínio, como a esquizofrenia. Transtornos do afeto, do ânimo, como a depressão, a bipolaridade, o pânico, o transtorno obsessivo compulsivo... Na esquizofrenia o transtorno está na compreensão, a pessoa sai da realidade, muda sua personalidade pela de Deus, ou pela de um herói, pelo de um profeta ou por qualquer outra identidade. Sua mente tá de-

sorganizada, desorientada, a pessoa muda sua identidade, se reconhece com uma identidade diferente. Na depressão, na bipolaridade, obsessão compulsiva, a desordem está na desordem do afeto, na desordem do ânimo. Tanto a desordem da mente como a desordem afetiva são transtornos psico (da mente) e sociais (do afeto, do ânimo). Em geral as chamadas enfermidades mentais têm sintomas gerais, mas de acordo a como esses sintomas se apresentam com maior ou menor força, se apresenta assim as especialidades.” (Elaine).

Segundo o relato de Elaine, a pessoa já não seria mais caracterizada como pessoa com deficiência por um determinado diagnóstico, no caso específico, os transtornos ou enfermidades mentais. Não é o fato de ter uma doença que potencialmente leva a um déficit funcional, por exemplo, no caso da diabetes, sempre haverá uma dúvida: a pessoa diabética deve ser considerada ou não uma pessoa com deficiência? Considero que não se deve cair num rol infinito de patologias, medicalizando o conceito de pessoa com deficiência, porque o modelo social da deficiência considera a deficiência um modo de vida, uma possibilidade digna e constituinte da condição humana. Em relato de campo manifestei estranhamento à presença de “dois loucos” viajando comigo e os demais colegas:

”Lembrei-me de um episódio que vivenciei em julho de 2005, em Bangkok, Tailândia. Estava eu dentro do avião, embarcando de Buenos Aires, Argentina, rumo à capital tailandesa junto com 19 jovens com deficiência de diversos países da América Latina e Caribe selecionados para participar do Inter American Development Bank Training to Empower Youths with Disabilities from Latin America and Caribbean Countries quando, de repente, eu me deparei com dois jovens com deficiência do Peru conversando com minha vizinha de poltrona, costa-riquenha e coordenadora geral do grupo. Fiquei observando-os, tentando entender o que eles vieram fazer conosco. Decerto, a presença deles havia me causado um certo desconforto, marcado pelo meu estranhamento devido ao fato de serem os únicos que não tinham uma “deficiência visível” em relação aos demais, ou seja, não possuíam um “marcador social de diferença” que denotasse, à primeira vista, a presença ou manifestação de uma deficiência. Perguntei, então, à colega costa-riquenha qual era a deficiência daqueles dois jovens e a resposta me deixou bastante surpresa: “deficiência psicossocial”. “Deficiência psicossocial? Mas o que significa isto?”, perguntei-lhe. Após alguns minutos de conversa, e ainda aguardando que os rapazes saíssem de perto de nós, explicou-me que se tratava de “dois loucos”, um com diagnóstico de esquizofrenia; outro, com transtorno bipolar. Essa “nova” deficiência e as suas demandas e reivindicações foram novidades para mim.” (Diário de campo, 26/11/2008).

Nesse momento, levantei uma primeira questão: qual a relação entre loucura e deficiência? Anos depois, a mesma informante, Elaine, relatara conhecê-los, demarcando o *não-lugar* deles no movimento da deficiência, uma vez que representantes de outros tipos de deficiência daquele país questionaram a legitimidade de enquadrar os transtornos de ordem mental ou psicológica no rol das deficiências, através da categoria *psicossocial*: “o que dois loucos vão fazer na Tailândia?”.

Entretanto, no texto da *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência* a definição de pessoa com deficiência na verdade não se limita àquela que apresenta uma redução da sua função, seja ela psíquica, física, motora, sensorial ou intelectual. Esse artigo afasta em definitivo qualquer lista, seja ela exemplificativa ou exaustiva, de patologias ou de situações de déficit que as pessoas com deficiência têm que se ajustar. Sua conceituação envolve a interação da pessoa com o meio, com os dispositivos que a sociedade

disponibiliza para que as pessoas com deficiência possam em determinadas situações compensar e não apresentar o mesmo déficit que teriam se a sociedade não os colocasse à sua disposição, sejam atitudes não discriminatórias, sejam as ajudas técnicas²⁰. Por exemplo, com uma cadeira de rodas motorizada a pessoa com deficiência física consegue um melhor desempenho para realizar determinadas atividades da vida cotidiana do que se não a tivesse. Por isso, mais um fator está relacionado ao conceito de pessoa com deficiência, que é a questão do poder, do Estado em prover recursos e, por conseguinte, está-se referindo ao nível socioeconômico da sociedade. Assim, aquilo que está na pessoa (a limitação funcional), a que está na sociedade (em especial a sua atitude com relação às pessoas com deficiência) e considerando o nível de desenvolvimento socioeconômico de um país, pode-se ter um conceito mais amplo de pessoa com deficiência.

Por outro lado, outro informante, João, do movimento antimanicomial de Florianópolis, deu a entender que no caso brasileiro as pessoas com sofrimento mental não seriam consideradas pessoas com deficiência psicossocial, *“mas que na hora de conseguir transporte coletivo, os loucos são vistos como deficientes e conseguem o cartão especial [da gratuidade do transporte]”*. “Deficientes” ou “loucos”, ambos os movimentos da deficiência e da luta antimanicomial têm pelo menos dois pontos em comum: primeiro, a luta contra a tutela e a institucionalização forçada de suas subjetividades; segundo, o uso de estratégias de subjetivação para resistir ao biopoder, à patologização da loucura e da deficiência, tornando-as bioidentidades sociais (ORTEGA, 2004), como se pode observar no relato de Norberto, um segundo informante do movimento antimanicomial, ao se referir à sua loucura:

“(...) Aquele dia foi muito especial pra mim... eu que lancei o negócio do “Orgulho Louco” aqui no Brasil num encontro brasileiro dos CAPS em São Paulo, e fizeram na Amazônia, na Bahia... Em São Paulo era pra ser uma mistura de caminhada do MST [Movimento Sem-Terra] com Parada Gay, porque a gente invadiu o jardim do hospício depois de várias manifestações culturais da manhã no centro. Pena que não teve mais, mas agora a gente tá inventando um outro lance... se chama racha muro. (...) Mas se alguém quisesse me tirar a minha loucura numa cirurgia, acho que eu ia relutar muito! Apesar de toda dor envolvida eu sou o louco que eu vivo. [...] Não é bem orgulho, mas uma construção da identidade do louco no mundo pra depois poder dissolver... no final seria dizer, rachando o mundo, que ou todo mundo é louco ou ninguém é! (...) Tipo, todo mundo é louco, mas eu tenho que tomar remédio, fazer terapia, sei lá, eu acho que a loucura mora na sensibilidade.” (Norberto).

Há uma série de questões que essa fala levanta que estão relacionadas às discussões sobre a forma como pessoa e loucura são articuladas no discurso de Norberto, sem as quais haveria um “corte do sujeito”: visibilidade, a independência e autonomia que o remédio e terapia lhe trariam, capacidade de ação, entre outras. Segundo Foucault (1997), na modernidade a loucura vai opor a ordem da razão à desordem da desrazão, porque se sou capaz de duvidar, penso; logo, se penso, não posso ser louco. Outra questão interessante nessa fala de Norberto é a apreensão da experiência da loucura como experiência de crescimento, amadurecimento - apreensão que a aproxima de algumas experiências de adocimento relatadas pela literatura específica do campo da Antropologia da Saúde²¹.

Durante o trabalho de campo constatou-se uma proliferação de novos modos de se exigir o reconhecimento político e social de ser pessoa com deficiência²² vindas das pessoas com fissuras labiopalatais, pessoas com visão monocular, pessoas com perda auditiva unilateral, pessoas com hemofilia, pessoas

com doença renal crônica, pessoas com albinismo, pessoas escarpeladas²³, etc. Essa emergência de novos sujeitos é interessante do ponto de vista do modelo social da deficiência, uma vez que o referencial não é o da perda ou ausência de um atributo corporal, mas a relação da pessoa com o contexto social, ao apontar para as barreiras sociais. É a partir da análise dessa relação que se pode verificar as possíveis desigualdades sociais e posteriormente determinar a legitimidade do usufruto de direitos específicos para esses sujeitos, entre os já previstos na legislação brasileira para as pessoas com deficiência. No caso da representatividade do segmento dos sobreviventes e usuários da saúde mental dentro do movimento da deficiência, Elaine afirma que:

“Fiquei desapontada por não incluírem [no texto da convenção] os eletrochoques e a medicação forçada como formas de violência contra as pessoas com deficiência psicossocial... são intervenções psiquiátricas forçadas e constituem graves violações à integridade física e mental da pessoa, assim como o aborto e a esterilização forçada contra as mulheres com deficiência. Deveria ter esse destaque porque são situações em que se subestima a importância do consentimento livre e esclarecido como parte do direito aos cuidados médicos, evitando qualquer tipo de abuso. Então os usuários e sobreviventes da psiquiatria são marginalizados até dentro do movimento da deficiência... gostaria que grupos que não estiveram no “centro” do movimento da deficiência sejam representados adequadamente. No caso do movimento dos usuários e sobreviventes da psiquiatria, realmente ele surgiu primeiro separadamente do resto do movimento da deficiência.” (Elaine).

Com base no caráter denunciador desse relato, considere interessante também analisar, comparativamente ao texto da convenção, o PL 2.439/2007, aprovado na Câmara e em tramitação no Senado naquele momento do trabalho de campo. Esse documento acrescentaria artigos à Lei nº 10.406/2001, estabelecendo a obrigatoriedade de revisões periódicas das interdições judiciais deferidas com base em *enfermidade* ou *deficiência mental*. Noutros termos, as interdições passariam a ser revistas a cada dois anos, para reavaliação das circunstâncias que levaram à inaptidão do exercício dos atos da vida civil de pessoas interditas, e ainda determinaria que todas as interdições ocorridas nos últimos dez anos sejam revistas num prazo máximo de três anos. A preocupação com o tema das interdições judiciais é muito pertinente, justamente porque o artigo 12 da supracitada convenção, que trata do reconhecimento igual perante a lei, aborda a capacidade legal das pessoas com deficiência:

“1. Os Estados Partes reafirmam que as pessoas com deficiência têm o direito de ser reconhecidas em todos os lugares como pessoas perante a lei; 2. Os Estados Partes reconhecerão que as pessoas com deficiência gozam de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida; 3. Os Estados Partes tomarão medidas apropriadas para prover o acesso de pessoas com deficiência ao apoio de que necessitarem no exercício de sua capacidade legal; 4. Os Estados Partes assegurarão que todas as medidas relativas ao exercício da capacidade legal incluam salvaguardas apropriadas e efetivas para prevenir abusos, em conformidade com o direito internacional dos direitos humanos. Essas salvaguardas assegurarão que as medidas relativas ao exercício da capacidade legal respeitem os direitos, a vontade e as preferências da pessoa, sejam isentas de conflito de interesses e de influência indevida, sejam proporcionais e apropriadas às circunstâncias da pessoa, se apliquem pelo período mais curto possível e sejam submetidas à revisão regular por uma autoridade ou órgão judiciário competente, independente e imparcial. As salvaguardas serão proporcionais ao grau em que tais medidas afetarem os direitos e interesses da pessoa; e 5. Os Estados Partes, sujeitos ao disposto neste Artigo, tomarão todas as medidas apropriadas e efetivas para assegurar às pessoas

com deficiência o igual direito de possuir ou herdar bens, de controlar as próprias finanças e de ter igual acesso a empréstimos bancários, hipotecas e outras formas de crédito financeiro, e assegurarão que as pessoas com deficiência não sejam arbitrariamente destituídas de seus bens.” (BRASIL, 2008, p. 30)

Esse tema é ainda hoje bastante controverso, necessitando de ajustes na legislação nacional e na prática da não interdição de pessoas com deficiência (especialmente aquelas com deficiência intelectual e com deficiência psicossocial) por parte das famílias e do próprio Estado. Nesse sentido, ao comparar o artigo 12 com o PL 2.439/2007, entende-se que o documento da convenção, ao adotar medidas de salvaguardas, não admite mais as interdições judiciais, qualquer que seja o seu tipo. Noutros termos, a absoluta suprime completamente a capacidade civil da pessoa, e a relativa, parcialmente, sob pena de tratamento desigual e indigno às pessoas com deficiência intelectual e às com “transtornos mentais”. Do ponto de vista das violações de direitos humanos, é preciso discutir com os movimentos da deficiência e da luta antimanicomial os efeitos do artigo 12 da convenção, sobre a capacidade dessas pessoas para exercerem sozinhas todos os atos da vida civil. Esse artigo específico confere capacidade legal às pessoas com deficiência e impõe aos Estados-Parte a obrigação de prover todos os apoios que permitam a autonomia e o desejo da própria pessoa, agora não mais tratada de forma diferente perante a lei e os atos públicos da vida, porquanto vários representantes dos movimentos antimanicomial e da deficiência condenam a imposição da tutela por representar a morte civil dos sujeitos, facilitando sua institucionalização e, portanto,

“(…) implica, en sus efectos prácticos, la “muerte social y legal” y la violación de los derechos humanos y la dignidad de la persona. En ese sentido, se enfatizó que una persona puede necesitar asistencia para la toma de decisiones, e incluso algunas personas pueden requerir de un altísimo nivel de asistencia. Sin embargo, ello no significa que la persona tenga que ser excluida de la toma de decisión. Y es posible prestar dicha asistencia sin necesidad de anular o limitar los derechos de la persona, respetando su autonomía. Asimismo, se remarcó la situación de discriminación que enfrentan en esta materia las personas con diversidades intelectuales o psiquiátricas, dado que, incluso cuando no hay una presunción legal, existe una presunción social, que suele guiar tanto a jueces como a legisladores. De este modo, se abogó por establecer en la Convención el modelo de asistencia en la toma de decisiones, en reemplazo del modelo de sustitución. Esta moción fue apoyada por otras organizaciones no gubernamentales, entre las que se destacan *Inclusion International* y *Disabled Peoples International*. La primera apoyó firmemente la posición mantenida, respecto de que las personas con diversidades intelectuales y psicosociales se encontraban en una situación muy vulnerable respecto a la sustitución en la toma de decisiones. Asimismo, se remarcó el espíritu de la Convención respecto del principio de autonomía, desde donde debía ser abordado también el tema de la capacidad. Finalmente, se recordó por parte de *Disabled Peoples International* que la falta de reconocimiento del derecho fundamental de tomar las propias decisiones ha derivado en la institucionalización, la esterilización forzada y otras violaciones de los derechos humanos de las personas con discapacidad en todo el mundo.” (PALACIOS, 2008, p. 425)

Nesse sentido, o princípio da autonomia pressupõe que as pessoas com deficiência têm o direito de fazerem suas próprias escolhas, sem as interferências, o que reporta ao artigo 19 da convenção, que discorre sobre o conceito de “vida independente”. O conceito de vida independente parte do princípio de que apenas as pessoas com deficiência sabem o que é melhor para si mesmas. Entende-se que a pessoa com deficiência, dependendo do tipo e grau ou severidade da deficiência, pode não realizar, sozinha, determinadas atividades, dependendo, por isso mesmo, de terceiros. Mas a elas deve-se ser creditado o poder de tomar decisões sobre essas atividades, respeitando suas opiniões e

desejos. Uma pessoa com tetraplegia severa pode não ser, por exemplo, capaz de se vestir sozinha (por restrição de autonomia), mas ela tem independência para decidir e escolher que tipo de roupa quer vestir. A autonomia (controle sobre o próprio corpo e sobre o ambiente mais próximo) e a independência (faculdade de decidir por si mesma) são os dois lados da mesma moeda, fundamentalmente importantes na vida das pessoas com deficiência.

Considerações finais

A afirmação entre aspas do título desse artigo ecoa a reação de muitos profissionais e pesquisadores da saúde quando se referem à recente publicação, por parte da Associação Psiquiátrica Americana (APA), da quinta versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5*, o manual de diagnósticos dessa importante instituição que é usado no mundo todo para identificar e classificar os transtornos mentais e do desenvolvimento. Diversas revistas nacionais de divulgação científica publicadas próximas ao mês de maio de 2013, quando foi divulgado o novo manual, trazem comentários irônicos dizendo que agora todos podem ser enquadrados em algum quadro diagnóstico e que, portanto a regra agora é a “anormalidade”²⁴.

Vivemos a intensificação de perspectivas medicalizantes que se difundem facilmente em razão de modos de vida que exigem respostas rápidas àquilo que mobiliza os referenciais de saúde e de doença/transtornos. À medida que a sociedade avança em termos de complexidade das formas de interação, identidade e diferenciação, também parece crescer a necessidade de novos mecanismos de enquadramento social pautados pela perspectiva biomédica, para os quais novas formas de institucionalização emergem, como as de “natureza química”. Nesse meio tensionam interesses de diferentes esferas científicas, políticas e econômicas, o que se reflete na busca por definições que contemplem os interesses que constituem esses contextos.

Ao procurar refletir sobre esses processos numa perspectiva antropológica e sob a ótica dos Estudos sobre Deficiência, procuro mostrar que mais do que uma questão técnica e nosológica, estão em jogo formas de conceber a condição humana e a noção hegemônica de *pessoa*. Da separação entre loucura e deficiência no século XIX à introdução do termo “deficiência psicossocial” na contemporaneidade, vimos emergir novas formas de identidade política que ainda não foram completamente avaliadas no campo acadêmico.

NOTAS

¹ Segundo Maluf (2006), o conceito de “saúde mental” na verdade “(...) não se trata de uma categoria da análise antropológica e dos seus limites como categoria descritiva ou que dê conta das diferentes representações, modelos físico-morais e experiências sociais em torno da questão (ver Duarte, 1994). A escolha pelo termo “saúde mental”, no entanto se deve a sua maior capacidade de especificar e delimitar melhor o universo empírico da pesquisa (do que o uso de categorias de análise mais amplas como “perturbação físico-moral” entre outras poderia proporcionar).”

² O nome Estudos sobre Deficiência ampara-se na referência ao campo internacionalmente conhecido como *Disability Studies*, constituído no Reino Unido e Estados Unidos na década de 1970. Trata-se de um campo interdisciplinar de investigação, no qual a deficiência é considerada uma forma de opressão que opera com outras categorias sociais como gênero, classe, raça/etnia, orientação sexual, nacionalidade e geração, etc. O modelo social da deficiência proposto por esse campo implica o contexto social na definição da deficiência.

³ É importante esclarecer que neste trabalho estou também considerando a “loucura” no sentido geral de deficiência, ou seja, trata-se da *deficiência psicossocial*.

⁴ Quer dizer, não a deficiência em si, mas os significados atribuídos pelos sujeitos à experiência da deficiência.

⁵ Em Dumont (1985) encontramos uma reflexão, a partir do paradigma maussiano de pessoa, sobre o indivíduo e o individualismo moderno, marcado pela concepção iluminista de sujeito universal. Para Mauss, a forma moderna da pessoa é o indivíduo.

⁶ Segundo Goldman (1999, p. 35), as “formas de subjetivação” estudadas por Foucault poderiam ser chamadas, a grosso modo, de “noção de pessoa”, em referência a Mauss (2003).

⁷ Durante o trabalho de campo observei que no Brasil, de forma geral, os integrantes do movimento da luta antimanicomial, muitos deles usuários e ex-usuários dos serviços de saúde mental, não se identificam como pessoas com deficiência nem participam do movimento da deficiência, ainda que seus discursos e práticas sociais se assemelhem aos dos ativistas da deficiência. Por essa razão, senti a necessidade de conversar e entrevistar por e-mail uma pessoa de um país latino-americano de fala hispânica, devido ao fato de participar ativamente do movimento da deficiência identificando-se como *persona com deficiência psicossocial*, possuindo, pois, outra percepção sobre a “enfermidade mental”.

⁸ Há uma grande produção antropológica sobre doença e perturbação, saúde mental, cultura psicanalítica e doença dos nervos, onde autores como Duarte (1986, 1994) e Langdon (2005) têm questionado sobre o caráter biologizante desses modelos.

⁹ Uso incapacidade entre parênteses porque há um problema sério de tradução para o português do original em inglês, que é a palavra *disability*. Para maiores detalhes ver novamente em Diniz et al. (2007) e em Torres et al. (2007).

¹⁰ Classificação Internacional de Doenças, décima versão.

¹¹ A *deficiência intelectual* foi oficialmente adotada em substituição à *deficiência mental* depois da aprovação e divulgação do documento *Declaração de Montreal sobre Deficiência Intelectual*, de 2004. Segundo Sasaki (2005), “a primeira razão [dessa substituição] tem a ver com o fenômeno propriamente dito. Ou seja, é mais apropriado o termo intelectual por referir-se ao funcionamento do intelecto especificamente e não ao funcionamento da mente como um todo.”

¹² Alguns dos integrantes do movimento antimanicomial da cidade de Joinville/SC me relataram que preferem o termo *peçoas com sofrimento mental*.

¹³ Traduzido como empoderamento.

¹⁴ Por exemplo, a *World Network of Users and Survivors of Psychiatry* foi uma das Organizações Não-Governamentais que teve participação ativa nas negociações que culminaram na redação final da *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e o Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*.

¹⁵ Perante a ONU e sem reservas ou interpretações, o Brasil foi o 34º país do mundo a ratificar a Convenção e o 20º em relação ao protocolo facultativo. Ao ratificar também o protocolo facultativo, o país “poderá ser interpelado internacionalmente e receber sanções, caso ocorram violações dos direitos das pessoas com deficiência.” (BRASIL, 2008, p. 14).

¹⁶ Trata-se do primeiro tratado de Direitos Humanos tornado constitucional no Brasil, consolidado através do Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008.

¹⁷ A partir da nova lei psiquiátrica brasileira, a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, o Brasil substituiu oficialmente o termo “doença mental” pelo “transtorno mental”, porém aqui uso *sofrimento mental* como uma categoria nativa.

¹⁸ No Brasil esta aproximação ainda é muito tímida, fragmentada ou isolada, conforme pude constatar durante o trabalho de campo.

¹⁹ Este e todos os demais nomes são fictícios; entrevista transcrita a partir do diário de campo de 26 de novembro de 2008.

²⁰ No âmbito da legislação federal, o tema das ajudas técnicas é ampliado, recebendo tratamento mais aprofundado pelo Decreto Federal nº 5296/04. Ademais, no Brasil o termo ajudas técnicas costuma aparecer como sinônimo de tecnologia assistiva, ou seja, são recursos tecnológicos que promovem a funcionalidade das pessoas com deficiência.

²¹ Por exemplo, ver a coletânea de artigos organizados por Duarte & Leal (1998).

²² O Projeto de Lei nº 7.672/2006, que versava incluir a visão monocular e a perda auditiva unilateral na classificação de deficiência visual e auditiva, respectivamente, foi objeto de análise da equipe da antiga Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde. Esta análise, apresentada em seu parecer nº

05/2007/CORDE/SEDH/PR, de seis de agosto de 2007, foi motivada pela preocupação “com os Projetos de Lei em tramitação e com as decisões judiciais tomadas com pouco embasamento técnico” que a fez constituir “um Grupo de Trabalho formado por especialistas nas áreas da deficiência visual e auditiva, além de representantes de diversos Ministérios que trabalham com o tema.” Nesse grupo de trabalho, em reunião realizada em Brasília, entre os dias 29 a 31 de janeiro de 2007, foram tratados especificamente os temas da visão monocular, da perda auditiva unilateral, do albinismo e da fissura labiopalatal.

²³ O escalpelamento se deve à falta de segurança nas embarcações. Como os motores dos barcos não são apropriados para a navegação, ficam fixados no meio do veículo e, assim, ao transferir a força do motor para a hélice, que fica na parte traseira, é preciso a utilização de um eixo. O problema é que esse eixo fica exposto e gira a uma velocidade de 1800 rotações por minuto. Por isso, ao menor descuido, os cabelos podem se enroscar ao eixo e arrancar todo o couro cabeludo, parte da pele do rosto e orelhas.

²⁴ Um exemplo é o texto de Eliane Brum, da Revista Época, publicado também *on line*, disponível no seguinte link: <<http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/eliane-brum/noticia/2013/05/acordei-doente-mental.html>>.

REFERÊNCIAS

BARNES, Colin. What a Difference a Decade Makes: reflections on doing “emancipatory” disability research. *Disability & Society*, v. 18, nº 1, 2003. p. 3-17.

BERESFORD, Peter. What Have Madness and Psychiatric System Survivors Got to Do with Disability and Disability Studies? *Disability & Society*, v. 15, nº 1, 2000. p. 167-172.

BERESFORD, Peter; WILSON, Anne. Genes Spell Danger: mental health service users/survivors, bioethics and control. *Disability & Society*, v. 17, nº 5, 2002. p. 541-553.

BERGER, Mirela. *A Projeção da Deficiência*. São Paulo, 1999. 202 p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade de São Paulo, São Paulo.

BRASIL. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Tradução Oficial / Brasil. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH); Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), 2008.

CAMPOS, Penélope Machado X. *Deficiência e Preconceito: a visão do deficiente*. Brasília, 2008. 82 p. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade de Brasília, Brasília.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; SQUINCA, Flávia. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(10): 2507-2510, out. 2007.

DUARTE, Luiz Fernando D.; LEAL, Ondina F. (Orgs.). *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

DUARTE, Luiz Fernando D. A Outra Saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

_____. *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas Brasileiras*. Rio de Janeiro: JZE/CNPq, 1986.

DUMONT, Louis. *O Individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

- ESQUIROL, Jean Étienne D. *Mental Maladies: a treatise on insanity*. New York: The New York Academy of Medicine, 1965.
- ESTROFF, Sue E. *Making it Crazy: an ethnography of psychiatric clients in an American community*. Berkeley: University of California Press, 1981.
- FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade 1: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- _____. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.
- _____. Sobre a Genealogia da Ética: uma revisão do trabalho. In: RABINOW, D. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- _____. *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1997.
- _____. *História da Sexualidade 2: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1999.
- GOLDMAN, Marcio. Uma Categoria do Pensamento Antropológico: a noção de pessoa. In: *Alguma Antropologia*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Núcleo de Antropologia da Política, 1999.
- LANGDON, Esther J. A Construção Sócio-Cultural da Doença e seu Desafio para a Prática Médica. In: BARUZZI, Roberto G., JUNQUEIRA, Carmen (Orgs.). *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: Terra Virgem/Unifesp, 2005, p. 115-134.
- MALINOWSKI, Bronislaw. *Um Diário no Sentido Estrito do Termo*. Record: Rio de Janeiro, 1997.
- _____. *Argonautas do Pacífico Ocidental*. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1984.
- MALUF, Sônia W. *Gênero, Subjetividade e “Saúde Mental”*: políticas públicas, ativismo e experiências sociais em torno de gênero e “saúde mental”. In: Projeto de pesquisa Edital CNPq Universal, 2006.
- MAUSS, Marcel. Uma Categoria do Espírito Humano: a noção de pessoa, a de “eu”. In: _____. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003.
- MELLO, Anahi G. *Deficiência, Subjetividade e Saúde Mental*: aquilo que não devia estar ali, está lá para sempre. In: Relatório de Pesquisa Iniciação Científica PIBIC/CNPq, 2008.
- MELLO, Anahi G.; NUERNBERG, Adriano H. Gênero e Deficiência: interseções e perspectivas. *Revista Estudos Feministas*, v. 20, n. 3, 2012, p. 635-655.
- MENDES, Cláudio L. O Corpo em Foucault: superfície de disciplinamento e governo. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis: EDUFSC, n° 39, abr. 2006, p. 167-181.
- OMS. *Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação*. Geneva: Marketing and Dissemination, 2005.
- OMS. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. In: BUCHALLA, Cassia M. (Org. e Coord. Trad.), Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP, 2003a.

OMS. *CID-10*. In: Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Classificação de Doenças em Português, 9 edição revista. São Paulo: EDUSP, 2003b.

ORTEGA, Francisco. Biopolíticas da Saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Revista Interfaces, Comunicação, Educação e Saúde*, v. 8, n.14, set 2003-fev2004, p. 9-20.

PALACIOS, Agustina. *El Modelo Social de Discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: CERMI; Ediciones Cinca, 2008.

PEREIRA, Ana Maria Baila A. O Corpo(-)Sentido: reflexões sobre “deficiência” e doença crônica. In: *O Cabo dos Trabalhos - Revista Eletrônica do Programa de Doutorado Pós-Colonialismos e Cidadania Global*, nº 2, 2006. Disponível em: <<http://cabodostrabalhos.ces.uc.pt/n2/ensaios.php>>. Acesso em: 26 jul. 2009.

PESSOTTI, Isaías. *Deficiência Mental: da superstição à ciência*. São Paulo: EDUSP, 1984.

PFEIFFER, David. The Philosophical Foundations of Disability Studies. *Disability Studies Quarterly*, v. 22, n. 2, 2002, p. 3-23.

PLATT, Adreana D. Uma Contribuição Histórico-Filosófica para a Análise do Conceito de Deficiência. *Ponto de Vista*, v. 1, n. 1, jul/dez. 1999. p. 71-80.

SASSAKI, Romeu K. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: deficiência mental ou intelectual? Doença ou transtorno mental? *Revista Nacional de Reabilitação*, ano IX, nº 43, mar./abr. 2005, p. 9-10.

TORRES, Elisabeth F.; MAZZONI, Alberto A.; MELLO, Anahi G. Nem toda pessoa cega lê em Braille nem toda pessoa surda se comunica em língua de sinais. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 33, nº 2, mai.-ago. 2007 p. 369-385.

VASCONCELOS, Eduardo M. *O Poder que Brota da Dor e da Opressão: empowerment*, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

WILTON, Robert D. More Responsibility, Less Control: psychiatric survivors and Welfare State restructuring. *Disability & Society*, v. 19, nº 4, 2004. p. 371-385.

