



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CENTRO DE DESPORTOS - CDS
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA



A CASA VERDE ENTRE...
POR DENTRO DO DISCURSO OFICIAL DA DEFICIÊNCIA MENTAL

por

Ana Paula Salles da Silva

Florianópolis
2005



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CENTRO DE DESPORTOS - CDS
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**



**A CASA VERDE ENTRE...
POR DENTRO DO DISCURSO OFICIAL DA DEFICIÊNCIA MENTAL**

por

Ana Paula Salles da Silva
Orientadora: Prof^a Dra. Ana Márcia Silva

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, na área de Teoria e Prática Pedagógica, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Florianópolis
2005

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

**A Dissertação: A Casa Verde entre... Por dentro do discurso oficial da
Deficiência Mental**

Elaborada por **Ana Paula Salles da Silva**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Curso de Mestrado em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do Grau de

MESTRE EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Florianópolis, 19 de dezembro de 2005.

Prof. Dr. Juarez Vieira do Nascimento
Coordenador do Mestrado em Educação Física

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Ana Márcia Silva (Orientadora)
Centro de Desportos - UFSC

Prof. Dr. Edgard Matiello Junior
Centro de Desportos - UFSC

Prof^a. Dra. Maristela Souza Silva
Centro de Educação Física - UFSM

Prof^a. Sílvia da Ros
Centro de Educação - UFSC

Existem talvez hoje outros conhecimentos a adquirir, outras interrogações a formular, partindo, não daquilo que os outros souberam, mas daquilo que ignoraram.
(Moscovici)

Para meus pais, com amor!

Para meus alunos, com toda minha admiração!

Agradeco

A **Deus** por estar sempre presente em minha vida!

Aos **meus pais!!!** Sem vocs não haveriam conquistas e motivos para celebrar. Minha gratidao n3o 3 de hoje e nem se encerra agora... sou abençoadada por t3-los na minha vida. Para vocs todo meu amor!!!

A minha orientadora e amiga **Ana M3rcia**. Os laços do conhecimento que nos uniram nesta jornada acad3mica transcendem os limites deste trabalho, pois de fato o aprendizado est3 na pessoa que sou hoje.

Aos **meus amigos!!!** O que dizer daqueles que te seguram quando voc3 est3 caindo, que permanecem com voc3 quando est3 com medo ou dor e que compartilham na mesma intensidade de suas alegrias e de seus sonhos. N3o h3 o que dizer que j3 n3o tenha sido dito, pois todos meus amigos sabem que AMO cada um deles.

Aos **meus alunos!!!** Por serem a raz3o do meu amor pelo ato de ensinar; por me abrirem os olhos e me fazerem ferver de indignaço3o frente a tanta injustiça social; por serem a ess3ncia da minha crença num mundo melhor; por existirem.

Aos **meus professores!!!** Pela oportunidade de crescer nas d3vidas e problematizaço3es. Pelo carinho, respeito e pelas portas sempre abertas...

Aos **membros da banca!!!** Pela valorizaço3o do trabalho desde o aceite do convite at3 o momento final da defesa.

A **professora Ana Luiza Smolka**, por ter aceitado o convite de participar da banca, qualificando o projeto.

Resumo

A deficiência mental é ainda hoje muito mal vista pela sociedade, que se reflete pelo distanciamento do convívio, das pessoas assim diagnosticadas, das diferentes esferas da vida social. Consideramos como hipótese inicial da pesquisa que é através da saúde que se forja a concepção que a sociedade apresenta acerca das pessoas com diagnóstico de deficiência mental. Delimitamos então como problema saber qual (ais) a (s) concepção (ões) ontológica (s) da OMS acerca da Deficiência Mental. A escolha da OMS se dá pela sua representatividade no campo da saúde. Para responder ao problema proposto fizemos uso da análise documental com recursos da análise de conteúdo a partir do olhar sobre dois documentos que são referência da OMS, a saber, a CID-10 e a CIF. As reflexões realizadas apontaram para a presença de uma concepção deteriorada da pessoa diagnosticada com deficiência mental que reflete quase sempre negativamente sobre o seu convívio na sociedade.

Abstract

Lista de Figuras

Figura 1: Sistema de Las Naciones Unidas.	15
Figura 2: Família das classificações de doenças e de problemas relacionados à saúde.	33
Figura 3: Visão geral da CIF.	43

Lista de Tabelas

Tabela 1: Classificação da Deficiência mental de acordo com os níveis de QI.....	57
Tabela 2: Resultante do baixo QI em indivíduos adultos com Deficiência.....	57
Tabela 3: Revisões da Classificação Internacional de Doenças segundo o ano em que foi adotada, anos de uso e número de categorias.	85

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Crianças por sala/ano.....	98
---------------------------------------	----

Lista de Siglas

Organização das Nações Unidas - ONU

Organização Mundial da Saúde - OMS

Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde -CID

Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens - CIDID

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde CIF

Sumário

CAPÍTULO I.....	1
1. Introdução: da origem e relevância do problema.....	1
1.1 Caminhando <i>entre</i> pessoas com deficiência mental.....	1
1.2 Para caminhar <i>junto</i> às pessoas com deficiência mental.....	3
1.3 Objetivo Geral.....	7
1.4 Objetivos Específicos.....	7
1.5 Metodologia.....	8
CAPÍTULO II.....	12
2. OMS e a classificação Internacional de doenças.....	12
2.1 Organização das Nações Unidas.....	12
2.2 Organização Mundial da Saúde.....	19
2.3 OMS e alguns elementos históricos da Classificação Internacional das Doenças.....	25
CAPÍTULO III.....	35
3. Visão geral dos documentos CID – 10 e CIF: suas especificidades.....	35
3.1 CID – 10.....	35
3.2 CIF.....	37
3.3 Deficiência mental na CID-10 e CIF.....	56
CAPÍTULO IV.....	60
4. Deficiência Mental: CID-10 e CIF.....	60
4.1 Parâmetros da Normalidade.....	60
4.2 Classificação Estatística e os Estados de Saúde.....	80
4.3 Diagnóstico.....	88
4.4 Incapacidade e Funcionalidade.....	99
CAPÍTULO V.....	105
5. Para finalizar.....	105
CAPÍTULO VI.....	116
6. Referências Bibliográficas.....	116

CAPÍTULO I

1. Introdução: da origem e relevância do problema

1.1 Caminhando *entre* pessoas com deficiência mental...

Meus primeiros passos no Magistério foram como professora de Educação Física na Rede de Educação Especial, mais especificamente, numa escola para pessoas com diagnóstico de deficiência mental, ou onde estão situados os muitas vezes chamados de “anormais”, os “diferentes”, os “sem-razão”, os que não aprendem. É certo que não concordava com estes “rótulos” muito antes do ingresso neste cenário educativo, mas também é verdade que a idéia que fazia deste grupo de pessoas era constituída mais por estudos científicos e pelo esteriótipo construído cultural e socialmente do que pela convivência direta com estes sujeitos. Assim, o meu olhar para estas pessoas, sujeitos desta rede de ensino, alunos declarados deficientes mentais, era de estranheza e não de reconhecimento, e neste cenário a relação pedagógica era composta inicialmente por um distanciamento.

Este distanciamento era recheado por preconceitos que dificultavam as tentativas de aproximação, as tentativas de reconhecer-me naqueles sujeitos.

Logo nos primeiros meses de trabalho percebi que a existência destes preconceitos apresentava-se de forma objetiva no meu cotidiano pedagógico, como na dúvida sobre o potencial dos alunos, na incerteza da efetividade da abordagem pedagógica, na dificuldade de comunicação, entre outros. Sentia-me, assim, caminhando *entre* pessoas com diagnóstico de deficiência mental e não *junto a* elas. Enquanto na idéia de *entre* existe uma acomodação às barreiras impostas pelo preconceito e uma sensação de distanciamento do desconhecido, na idéia de estar *junto a* existe um processo de aproximação que é iniciado quando há uma pausa para ouvir “o outro”, legitimando-o como igual na relação.

Assim, busquei no meu fazer pedagógico ampliar as experiências nas quais os alunos se tornassem sujeitos participativos na relação ensino-aprendizagem, minimizando a relação de poder, favorecendo as relações de alteridade e

composição¹. A transposição do *entre* para o *junto* à pessoas com deficiência mental me foi possibilitada em muitos momentos da relação pedagógica experienciadas com estes sujeitos quando os mesmos tornaram-se legítimos “outros” no processo educativo; contudo é preciso destacar a fragilidade dessa transposição, pois as barreiras não eram destruídas, elas permaneciam, pois uma experiência de composição não garantia que as outras experiências que se seguiriam também seriam de composição.

No entanto, a experiência do convívio *junto a* mostrou-se ser uma possibilidade de vê-los como iguais na relação pedagógica e para além dela, e não como estranhos, na qual obtive a chance de aprender com as diferenças e entendê-las como parte da complexidade da vida humana. Porém, estar *junto a* não foi uma tarefa simples, porque para tal era preciso dedicação, perseverança, respeito ao outro, pois era preciso assumir uma conduta ética, era preciso estabelecer uma relação de composição, onde havia uma entrega dos sentidos para que se pudesse viver o “outro” na experiência da relação pedagógica. Segundo Sant’anna (2001) esta entrega é necessária para que você aceite o outro na sua singularidade, porque a relação de composição não é uma relação de fusão, é uma relação de respeito às diferenças, onde não há a dominação de “um” sobre o “outro”, o que não significa negar ou camuflar as contradições e as tensões existentes, mas efetivar a relação também a partir delas. O que parece transparecer nesta idéia é um fazer junto, sendo que ambos sujeitos envolvidos no processo ensinam e aprendem.

Constatei ainda, pela minha prática pedagógica, que a transposição do *entre* para o *junto a* não é fácil e tampouco é permanente, dependendo então de um esforço cotidiano para se andar *junto ao* “outro”; e que a idéia da transposição sugere, neste sentido, a experiência da convivência como uma possibilidade de fazer germinar traços de uma conduta ética para com o “outro”, porque indica também a possibilidade de mudança na concepção que se tem sobre as pessoas com deficiência mental. Foi a partir da experiência do convívio pedagógico por meio do estar *junto a* estas pessoas que tenho hoje uma outra concepção a respeito da deficiência mental e das relações humanas. Este fato, porém, não é uma regra, tendo em vista que a convivência por si mesma não garante este olhar sobre estas

¹ Sant’anna (2001)

peessoas. A este respeito acredito que devam existir outras formas que possibilitem um outro olhar sobre as pessoas com deficiência mental, sendo uma delas os discursos que fomentam o imaginário social.

1.2 Para caminhar *junto* às pessoas com deficiência mental...

Na busca por caminhar *junto* às pessoas com diagnóstico de deficiência mental enfrentava um dilema durante a minha práxis pedagógica na educação especial, qual era: a busca pela adequação dos meus alunos às normas sociais para oportunizá-los adentrar na sociedade e no mundo do trabalho, para serem, em certo sentido, aceitos socialmente, ou buscar politizá-los enquanto personagens sociais de um drama histórico de discriminação e preconceito, no qual não apresentam socialmente um discurso de valor pelo estigma de deficiente mental que carregam. A minha opção pedagógica buscava priorizar a segunda possibilidade, visto que estes sujeitos teriam seu potencial cognitivo-racional respeitados, porém a instrumentalização para a sociedade não podia ser ignorada pelo caráter emergencial de possibilitar a estas pessoas uma outra condição que não a permanência vitalícia numa instituição de educação especial. O caráter ambíguo presente na formação destas pessoas, devido a sua configuração na estrutura da sociedade deixa transparecer um pouco da fragilidade deste processo educativo, que segundo o Ministério da Educação e da Cultura – MEC (2001) era denominado inclusivo até 2004.

Na década de 90, o Governo Federal legitimou a educação especial como uma modalidade de ensino, ação que era parte de um projeto de inclusão que visava garantir algum atendimento àquelas pessoas que se encontravam inteiramente excluídas. Este ato do Governo Federal de legitimar a existência de dois sistemas de ensino para firmar o compromisso com a inclusão era passível de crítica. Esta ação criava um arcabouço teórico que legitimava a exclusão que ocorria na prática, além de não se fazer necessário pensar num sistema educativo que se relacione com diferentes capacidades cognitivas.

Não se pode negar, porém, que a inclusão das pessoas com deficiência mental constrói-se numa determinada sociedade a partir dos princípios que sustentam esta sociedade. Assim, uma sociedade seduzida pelo poder de

dominação e controle da natureza, ampliados com os avanços da técnica e da tecnologia, decerto irá afastar de si outras possibilidades de pensamento que não atendam as suas demandas de produção e rendimento. Fato que implica direta e indiretamente na exclusão dos sujeitos da deficiência mental pela incapacidade, ausência de habilidades específicas, mas principalmente, por apresentarem uma relação cognitivo-racional muito diferente dos sujeitos ditos “normais” e que não apresentam dificuldades de adaptarem-se às regras da sociedade.

É a partir deste pano fundo entre um discurso de inclusão, que não fica à margem do sistema em que está inserido, e o descaso pedagógico que via acontecer no cotidiano escolar que surge uma primeira hipótese, que é a sociedade a “deficiente” e que na sua constituição forja-forma pessoas deficientes, que no fim/ no limite mantém a estrutura social vigente, pois não precisa enfrentar os problemas, conflitos que por estes sujeitos seriam levantados. Presumindo, talvez não sejam apenas os sujeitos com diagnóstico de Deficiência Mental que devam procurar entender a sociedade e a ela se adequar. Também a sociedade deveria buscar refletir sobre a possibilidade de outra/s racionalidade/es desvinculadas dos princípios de rendimento e eficácia, delineando-se, assim, a problemática norteadora deste trabalho.

É sabido que o desejo de uma sociedade efetivamente inclusiva está longe de ser alcançado. Mesmo com todo o discurso da inclusão que prega uma adequação da sociedade para melhorar acessibilidade das pessoas com diagnóstico de deficiência mental ao convívio social, estas se encontram ainda localizadas em “instituições especiais”. Além disso, não são encontradas muitas oportunidades inclusivas de lazer na sociedade e as oportunidades no mundo do trabalho ainda são escassas. Assim, a grande maioria das pessoas ditas “normais” não tem a oportunidade de viver no cotidiano a experiência de convívio com as pessoas com diagnóstico de deficiência mental, permanecendo ainda a construção da identidade social destes sujeitos focadas na imagem construída pelos discursos oficiais² e pelos discursos do senso comum. Neste contexto, torna-se significativo refletir sobre a concepção de ser humano que fundamenta as informações/conhecimentos que são veiculadas hoje acerca das pessoas com diagnóstico de deficiência mental, para

² Documentos científicos ou não, mas que representam um determinado órgão ou instituição.

se compreender se estas estão contribuindo ou não para a mudança de olhar sobre este grupo de pessoas na busca pela diminuição das barreiras do preconceito, na expectativa de que possamos caminhar todos *juntos a* e não mais à margem ou *entre* as pessoas com diagnóstico de deficiência mental.

Caminhar *junto á* pode ser então uma experiência descoberta não pela convivência, mas pela reflexão sobre a existência dos diferentes “outros”, sejam estes “outros” pessoas com deficiência, ou não, como parte da complexidade da vida humana, e que por sua vez não torna ninguém nem menos ou mais capaz, apenas mais cúmplices na relação com seus pares.

A possibilidade de perceber de outro modo às pessoas com deficiência, que não a gerada pelo preconceito, pode germinar nos órgãos oficiais responsáveis por refletir cientificamente e politicamente esta questão. Estes órgãos são os responsáveis pelas classificações que se estabelecem acerca das diferenças e também pela organização de políticas públicas que estarão permeando o imaginário social. Assim como nas experiências de convívio, não existe aqui a certeza de que os discursos oficiais que se queiram inclusivos possam, por si só, ajudar na transposição do *entre* para o *junto às...* Porém, os discursos oficiais constituem-se num importante mecanismo de ação, pois podem propiciar a ampliação do entendimento por parte da população sobre esta questão da necessidade de uma outra conduta para com o “outro”.

Conceber então a origem conceitual do discurso que se faz presente na práxis cotidiana, bem como as implicações que dele sucedem, é necessário a um agir que se queira crítico e esclarecido, pois ao discurso está associada uma determinada perspectiva de ser humano, de mundo e de sociedade. Quando a práxis cotidiana do trabalho, do lazer, da escola, etc, se dão desvinculadas desta reflexão, acaba-se por reproduzir o sistema vigente, ainda que se quisesse transformá-lo.

Entendendo que o recorte conceitual ao qual nos referimos diz respeito a pessoas com diagnóstico de deficiência mental e que o discurso oficial mais representativo acerca desta questão se constrói na e pela saúde, torna-se vital aprofundar algumas questões que são veiculadas nesse campo.

Como possibilidade de expressão da força das ciências médicas no recorte da compreensão da des-razão, nos valem da obra “O Alienista”, de Machado de Assis, pela forma como apresenta a ciência como verdade que institui a loucura.

Conta o escritor, no seu romance, que chega a uma cidadezinha do interior brasileiro de nome Itaguaí, o Alienista. Homem de muita cultura e conhecimento, reconhecido por todos por possuir os saberes médicos e com isso deter a verdade científica, levava os moradores daquela pobre cidade a transformarem, por este motivo, sua palavra em lei. A este respeito, destaca-se que o próprio Alienista acreditava que a sua forma de ver o mundo estava acima de qualquer crítica, confiando fielmente ser detentor do único caminho para o conhecimento seguro - a ciência. A cidade o aceita e o acolhe, acreditando nas palavras que lhe saem à boca, assumindo todos os seus discursos como verdadeiros.

Tal médico, o Dr. Bacamarte, constrói logo uma casa para trabalhar - a “Casa Verde” - que se configura na primeira clínica psiquiátrica que se tem notícias naquela região. E como em toda cidade pequena, logo começa o falatório sobre o tamanho da casa. Muito sossegado com a sua função e confiante no seu saber, o médico não parece se deixar afetar com a idéia de muitos considerarem a casa muito grande, pois, até então, não parecia haver alguém naquela cidade que pudesse para lá ser destinado... o que não demorou a ocorrer!

Logo estava a Casa Verde repleta de pessoas que antes eram consideradas de bem, e que foram internadas a partir do olhar inquestionável que constituía as ciências médicas.

Machado de Assis, neste romance, buscou contextualizar como o olhar determinista das ciências médicas transformou pessoas de bem em loucos, pessoas com razão em desprovidos desta. Sua história retrata sobre a loucura um pouco do que acreditamos, por hipótese, acontecer com a deficiência mental. Pressupomos que é na concepção da saúde que se forja o olhar sobre a des-razão e incapacidade da pessoa diagnosticada deficiente mental.

Neste sentido, tomamos como ponto de partida a idéia de focalizar nas ciências médicas, através da OMS/ Organização Mundial da Saúde, pela sua efetividade nesta área, a compreensão que forja acerca da deficiência mental.

É a OMS responsável, no âmbito das Nações Unidas, por classificar todos os tipos de patologias, inclusive as deficiências, bem como orientar as políticas públicas de ação em saúde que acabam por resultar em políticas públicas também em outras áreas, como nas áreas do trabalho e da educação.

Assim, ainda que não se garanta uma outra conduta acerca das pessoas com deficiência mental através dos discursos oficiais, a reflexão sobre a representação destes é necessária porque almeja evidenciar, pelo menos para o meio acadêmico ao qual pertencemos, a idéia de ser humano que lhes sustenta. E, também, analisar se esta gera ou não uma visão estreita da deficiência mental. Neste sentido, delineamos o seguinte problema de pesquisa: **qual(is) a(s) concepção(ões) ontológica(s) que está(ão) implícita(s) nos discursos oficiais da OMS acerca da deficiência mental?**

Esta problemática é específica por ter seu recorte na Deficiência Mental como ponto de partida e eixo norteador das reflexões, ao mesmo tempo em que também pode ser extremamente abrangente. Isto, porque problematiza, a partir de um discurso organizado pela comunidade científica da saúde, a **necessidade** e a **existência** de uma outra ou de outras racionalidades que se apresentam subjacentes ou a margem do processo de constituição da Modernidade. Não deixa de ser, portanto, também uma reflexão sobre quem somos nós, pessoas ditas “normais”.

1.3 Objetivo Geral

Verificar a concepção ontológica implícita no discurso oficial da OMS acerca da Deficiência Mental.

1.4 Objetivos Específicos

- Identificar e analisar qual (is) concepção (ões) de normalidade e patologia está (ão) presente (s) no discurso oficial da OMS acerca da Deficiência Mental, em especial nos documentos da CID-10 e da CIF;
- Analisar os conceitos de incapacidade e funcionalidade difundidos pela CIF nas suas imbricações com a Deficiência Mental;
- Identificar e problematizar as eventuais ambigüidades e dualismos presentes no discurso oficial.

1.5 Metodologia

A OMS constrói um discurso oficial estruturado a partir de bases estáveis, de forma que existe uma consistência particular nos documentos assinados por ela. Esta estrutura garante alguma coerência interna aos mais diversos discursos sobre saúde e os estados de saúde emitidos por esta organização, deixando transparecer a existência de um eixo linear que sustenta este arcabouço teórico. Concebendo que estes discursos, como quaisquer outros, não são isentos de uma compreensão de ser humano, mundo e sociedade, torna-se significativo analisar suas implicações.

Assim, esta pesquisa pretendeu evidenciar, através das análises de documentos oficiais, aquilo que gera, nesta organização, as classificações e as políticas públicas para as pessoas com deficiência mental.

Segundo o que Lüdke e André (1986) identificaram nos estudos de Guba e Lincoln, uma das vantagens da escolha pela análise de documentos é a constituição destes como uma fonte rica e estável, da qual podem ser destacadas evidências que dêem valor aos arrazoados do pesquisador. Porém, Bogdan (1994), ao se referir à análise de documentos oficiais na educação, lembrou-nos da importância de não nos deixarmos cair na argumentação sedutora dos mesmos. Estes documentos são elaborados por profissionais, especialistas que procuram manter a coerência interna, suavizando as contradições e ambigüidades que podem se fazer presentes, pois estes se tratam de documentos externos, elaborados para divulgação. Esta observação também pode ser aplicada aos documentos da OMS. Neste sentido, já antevíamos haver uma imagem sendo construída e/ou confirmada através destes discursos.

A seleção dos documentos foi parte constituinte da construção teórico-metodológica, por estes terem concedido pistas, rastros sobre as informações que alcançamos. Neste sentido os documentos não foram escolhidos aleatoriamente, pois são as linhas que teceram o pano de fundo das nossas reflexões ao longo desta pesquisa.

Os critérios de seleção estabelecidos foram, primeiramente, a partir da relevância dos documentos para refletir a Deficiência Mental, seguida da importância desses documentos para a saúde e do seu alcance social, em diferentes setores de

ação e referências para diferentes políticas públicas no país. Os documentos selecionados para análise foram a CID-10 e a CIF.

A CID-10 é um documento que há muitos anos é responsável pelas classificações das doenças e outros problemas relacionados à saúde, sendo este documento que define por excelência, na OMS, o que é a Deficiência Mental e como a ocorrência desta Deficiência pode ser dividida em outras subclassificações. É base para ação diagnóstica na medicina, sendo que aquilo que é veiculado por esta área, seja pelas informações transmitidas ou no que nelas está implícito, infere de forma direta e indireta sobre as famílias que possuem um membro com diagnóstico de Deficiência Mental. Sua análise justifica-se também porque permanece atuante no que se refere às questões das deficiências mesmo com o lançamento da CIF.

A CIF é aprovada pela Representação Brasileira na Assembléia da OMS em 2001 e surge no cenário nacional, em 2002, como uma grande conquista para as pessoas com deficiências em geral. Este documento estaria contribuindo para a mudança da concepção de incapacidade que recai sobre estas pessoas, o que o torna fundamental para uma perspectiva de caminhar *junto* às pessoas com deficiência mental.

A CIF "será útil para as políticas de inclusão, para definir parâmetros. (...) Ao ser usada, ela poderá medir o que o portador de deficiência pode fazer e o que ele realmente faz", palavras de Cássia Maria Buchalla (apud SILVA, 2003), professora do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP.

É preciso considerar também que segundo o próprio documento da CIF este é um instrumento que possui várias possibilidades de aplicação, vejamos:

- Como uma ferramenta estatística – na colheita e registo (sic) de dados (e.g. em estudos da população e inquéritos na população ou em sistemas de informação para a gestão);
- Como uma ferramenta na investigação – para medir resultados, a qualidade de vida ou os factores ambientais;
- Como uma ferramenta clínica – avaliar necessidades, compatibilizar os tratamentos com as condições específicas, avaliar as aptidões profissionais, a reabilitação e os resultados;
- Como uma ferramenta de política social – no planeamento de sistemas de segurança social, de sistemas de compensação e nos projectos e no desenvolvimento de políticas;
- Como uma ferramenta pedagógica – na elaboração de programas educacionais, para aumentar a consciencialização e realizar acções sociais (OMS, 2003).

Porém, a CIF é um instrumento novo que se encontra ainda em fase de implantação, mas já foi utilizada no Brasil pelo IBGE³ – Instituto Brasileiro de Geografia Estatística – como base para a classificação dos diferentes tipos de deficiências existentes no país.

O método de *análise de conteúdo* foi a estratégia central utilizada nesta pesquisa. Para Krippendorff (apud LÜDKE & ANDRÉ, 1986, p. 39) é caracterizada como “uma técnica de pesquisa para fazer inferências válidas e replicáveis dos dados para o seu contexto”. Lüdke e André parafraseando Krippendorff, afirmam na seqüência que a análise de conteúdo “pode caracterizar-se como um método de investigação do conteúdo simbólico das mensagens”.

Segundo Minayo (1998, p. 74) este método apresenta duas funções quando da aplicação de sua técnica. “Uma se *refere à verificação de hipóteses e/ou questões* (...) confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses). A outra função diz respeito à *descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos*, indo além das aparências do que está sendo comunicado” (Grifos da autora).

A organização da análise é descrita por Minayo (1998) e Bardin (1977) em três momentos: pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

No primeiro momento definimos através dos objetivos e do problema as unidades de registro e as unidades de contexto, que segundo Lüdke e André (1986) podiam apresentar distintas variações como palavras, expressões ou ainda uma análise temática. Demarcamos então palavras e expressões que nos ajudaram inicialmente a refletir sobre os documentos. Algumas dessas palavras e expressões foram ***incapacidade, funcionalidade, retardo mental, desvio, anormalidade, fatores contextuais, fatores ambientais, quociente de inteligência.***

No momento seguinte foi preciso paciência e atenção para se por em prática as decisões da fase anterior, quando foram observadas e articuladas as palavras e expressões aos seus contextos.

Neste último momento da análise do material, mantivemos uma perspectiva qualitativa, por entendermos que estava a contento dos objetivos desta pesquisa.

³ Censo Demográfico 2000.

Para tanto, foram elaboradas categorias de análise que segundo Minayo (1998, p. 70) “são usadas para estabelecer classificações (...) trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso”.

Foram identificadas as seguintes categorias de análise: **a) normalidade e patologia, b) classificações estatísticas e estados de saúde, c) diagnóstico, e d) incapacidade e funcionalidade.**

A escrita deste texto segue em três momentos. O primeiro contextualiza alguns elementos da inserção social e histórica destes documentos. Em seguida, descrevemos como se estruturam estes documentos e como se apresenta neles os conceitos de deficiência mental, fechando com uma análise das categorias selecionadas articuladas com suporte do referencial teórico.

CAPÍTULO II

2. OMS e a classificação Internacional de doenças

Neste capítulo estaremos pontuando algumas questões referentes a três temas, quais sejam: a relação da OMS com a ONU, a constituição histórica e estrutural da OMS, e a relação desta última organização com a classificação das doenças.

Primeiramente, isto se justifica porque entendemos que conhecer um pouco sobre a estrutura da OMS e a sua relação com a história da classificação de doenças se faz necessário para compreender que apesar desta organização ser recente, a mesma articula-se com movimentos de classificação que vem sendo construído há alguns séculos. É, portanto, fruto de uma constituição de pensamento muito particular ao nascimento da modernidade.

Em segundo lugar, porque acreditamos que pensar a relação da Organização Mundial da Saúde com a estrutura maior a qual pertence – a ONU – também é parte importante deste trabalho, pois ainda que realizada de forma concisa, situa os documentos escolhidos para análise dentro de uma ordem-contexto internacional que está para além das questões da saúde e que busca, através de agências especializadas ou de políticas de ação, atender e/ou satisfazer certas necessidades humanas.

Terceiro, pela certeza de que a compreensão do cenário em que se criam estes organismos internacionais deixa transparecer um contexto histórico que não é desprovido de disputas de poder, ainda que os objetivos destas organizações estejam vinculados as questões de cunho humanitário.

2.1 Organização das Nações Unidas

A ONU é a principal organização na busca pela cooperação internacional. Seus objetivos visam, essencialmente: preservar a paz e a segurança mundial; mas,

busca simultaneamente, estimular a cooperação internacional na área econômica, social, cultural e humanitária, além de promover o respeito às liberdades individuais e aos direitos humanos.

Atualmente conta com a participação de 191 países-membros, estendendo suas ramificações por quatro continentes. Sua estrutura é formada por seis órgãos principais, sendo que todos eles estão situados na sede da ONU, em Nova York, com exceção do Tribunal Internacional de Justiça, que fica em Haia, na Holanda. Sendo eles:

- a) *Conselho de Segurança*: que objetiva preservar a paz e a segurança mundial. O Conselho possui 15 países-membros, sendo que 5 são permanentes – China, Estados Unidos, França, Rússia e Reino Unido – e os outros 10 são representações eletivas com mandatos de 2 anos. Neste conselho destaca-se o poder de veto apresentado pelos cinco países-membros permanentes, sobre qualquer propostas do conselho. Este é o único órgão das Nações Unidas em que os países-membros devem acatar todas as decisões, enquanto que as decisões das outras agências têm efeito apenas propositivo (ONU, 2005a);
- b) *Assembléia Geral*: principal órgão deliberativo das Nações Unidas, no qual cada Estado membro tem direito a um voto. As votações em questões importantes, como a discussão sobre a paz e a segurança mundial, a entrada de Sócios novos e as questões orçamentárias são decididas pela maioria de dois terços. Em outras questões as decisões são por maioria simples (ONU, 2005c);
- c) *Conselho de Tutela*: Este Conselho busca administrar as nações sob o regime administrativo de outras, com vistas ao desenvolvimento para sua absorção ou independência. É constituído pelos cinco países permanentes do Conselho de Segurança. Em 1994 puseram fim a última relação de tutela dos 11 Estados dependentes presentes em seu programa. Reuniram-se agora, a partir de um novo regulamento, apenas quando necessário. (ONU, 2005e);
- d) *Secretariado*: sua função é prestar serviços aos principais órgãos e administrar os programas e as políticas que estes elaboram, além de

administrar operações de manutenção da paz, mediar as controvérsias internacionais, analisar tendências e problemas sociais, viabilizar a preparação de estudos sobre os direitos humanos e o desenvolvimento sustentável, divulgar as realizações da ONU, etc. (ONU, 2005f);

- e) *Tribunal Internacional de Justiça*: exerce a função de um tribunal mundial, ajustando conforme o direito internacional as disputas legais que os Estados a esta submetem (ONU, 2005b); e
- f) *Conselho Econômico e Social*: o Conselho atua como o fórum central para a discussão de assuntos econômicos e sociais internacionais, e também na formulação de recomendações de política aos Estados membros e ao próprio sistema de organização das Nações Unidas. Mantém aproximadamente 70% dos recursos humanos e financeiros de toda a ONU. Este Conselho opera ainda como coordenador das 14 agências especializadas, das 10 comissões orgânicas e também das 5 comissões regionais da ONU. (ONU, 2005d).

A seguir apresentamos a figura que estrutura o sistema de funcionamentos da ONU.



Sistema de las NACIONES UNIDAS

NACIONES UNIDAS



Figura Sistema

* Organizaciones autónomas que trabajan con las Naciones Unidas y entre sí y bajo el mecanismo de coordinación del Consejo económico y Social.
** Informa sólo a la Asamblea General.

As agências especializadas e os Fundos, apesar de serem criados para atender melhor algumas especificidades, muitas vezes atuam em conjunto, articulando projetos, programas e políticas buscando atender da melhor forma que considera possível aos objetivos que se propõem.

Em seus 50 anos de existência a ONU vem contribuindo para o desenvolvimento do mundo, ainda que existam muitas críticas às formas como esta organização se estrutura, ou às ações que têm realizado privilegiando alguns países em detrimento de outros. Dentre todas as críticas destacamos duas. A primeira diz respeito ao direito de Veto no Conselho de Segurança. O direito de Veto pertence aos cinco países-membros permanentes deste Conselho, garantindo a eles vetar qualquer proposta que não considerem de seu interesse, deduzido da idéia de estar fazendo um bem para o mundo. A segunda ressalta o esvaziamento econômico da ONU em favor de instituições como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional, a Organização Internacional de Comércio, entre outras. Estas agências internacionais, em particular, mesmo sendo vinculadas a ONU, estabelecem suas projeções políticas com relativa autonomia.

Como em toda grande organização, a constituição da ONU não acontece por acaso no cenário mundial. Surge logo após a Segunda Guerra Mundial atendendo a um desejo de união entre os povos carentes de paz, mas a criação desta organização é pensada pelos Estados Aliados antes mesmo do final guerra, através mais especificamente de uma proposta elaborada pelo governo norte-americano. Segundo Woensel et. al (2005) a intenção era criar uma organização internacional que substituisse a Liga das Nações, criada após a Primeira Guerra Mundial, pelo motivo desta Liga ter se mostrado ineficiente na resolução de quase todos os conflitos de sua época, destacando-se os que envolviam as grandes potências e as crises que geraram a Segunda Guerra Mundial.

Assim, em 25 de abril de 1945 realizou-se uma conferência em São Francisco/EUA com a presença dos representantes de cinquenta nações em guerra contra as potências do eixo, com a intenção de criar uma organização internacional, que se chamaria “Organização das Nações Unidas”.

“A expressão ‘Nações Unidas’, cunhada pelo presidente norte-americano Franklin Delano Roosevelt (1882-1945), foi utilizada pela primeira vez na “Declaração das Nações Unidas”, em 1º de janeiro de

1942, durante a Segunda Guerra Mundial, quando representantes de 26 nações expressaram a intenção de continuar lutando contra os países do Eixo (Alemanha, Japão e Itália). Dois anos depois, líderes da China, da União Soviética, do Reino Unido e dos Estados Unidos esboçaram uma proposta de estatuto para uma organização internacional de países. (ONU, 2005g, s/p).

Com o término da guerra, a expressão passou a intitular a união de organismos internacionais que assegurariam a paz e a segurança mundial. Segundo Arrighi apud Mattos (2001, p. 389), “o aspecto crucial da visão de Roosevelt era que a segurança do mundo tinha quer ser fundamentada no poder norte-americano, exercido através de sistemas internacionais.”

O aumento progressivo das preocupações com a defesa e o exercício dos direitos humanos por parte de todos os povos intensificou-se com as descobertas realizadas no final da Segunda Guerra Mundial, quando chega ao conhecimento do mundo as atrocidades cometidas durante o Holocausto, reforçando a necessidade da existência de uma organização destinada à manutenção da paz e da segurança mundial. As evidências que chocaram o mundo apresentaram ao mundo aonde pode chegar a frieza humana através da organização nos campos de concentração onde milhares de pessoas eram submetidos a trabalhos escravos, dos sistemas de torturas e das mais diversas experiências “médicas” e que foram fundamentais na constituição de uma mentalidade mundial de combate à guerra e na urgência em preservação do valor da vida. Assim a ONU pensada antes mesmo do fim da guerra se fortalece com as evidências da barbárie.

No mesmo período em que a estrutura da ONU era formulada, ainda durante a guerra, acontece a Conferência de Bretton Woods na qual outras duas agências internacionais são projetadas para integrar o desenvolvimento mundial pós-guerra. Organizada pelo governo norte-americano, a conferência tinha por objetivo delinear novos parâmetros para ordem econômica mundial a serem instituídos após a guerra através da vitória dos Aliados. Resultam de Bretton Woods a criação do Fundo Monetário Internacional – FMI e o Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD, esta última é a primeira organização do então chamado Banco Mundial.

Ambas agências criadas durante a Conferência estão vinculadas a ONU, e merecem destaque neste trabalho pelas relações que estabelecem com os projetos e políticas desenvolvidas pelas demais agências e fundos da ONU, inclusive com a

OMS e também por sua autonomia em relação às decisões da ONU. A importância de pontuarmos alguns aspectos destas organizações se deve principalmente pela possibilidade de entendê-las como um espaço claro de disputa de poder, e que como tal suas ações não são livres de interesses. De forma que entendemos que as relações assumidas por estas agências da ONU não podem ser desvinculadas da idéia da disputa de poder entre governos pela hegemonia no campo mundial.

Segundo Mattos (2001, s/p.) “arquitetura institucional desses dois sistemas de organizações internacionais – as Nações Unidas e as instituições de Breton Woods – foi desenhada pelo governo americano como parte de seu projeto político de hegemonia mundial”. Porém, este mesmo autor destaca que não é possível entender as atuações do Banco Mundial e do FMI apenas como um reflexo dos interesses norte-americanos, sob pena de assumir uma postura ingênua e reducionista frente a estes mecanismos internacionais. O que está sendo ressaltado é que apesar de ser esta uma estrutura pensada como forma de controle, em alguns momentos de sua existência tem atendido também aos interesses dos menos favorecidos economicamente, ainda que busque o equilíbrio econômico através da manutenção do *status quo*. Ou seja, pode-se reconhecer que a ONU tem buscado contribuir com muitos países, ainda que sua estrutura permaneça privilegiando os países de primeiro mundo. É importante perceber que há a manutenção, em sua própria estrutura e lógica de funcionamento, dos privilégios aos países mais desenvolvidos e, ainda, que se mantém a prioridade no desenvolvimento de alguns países, o que acaba por favorecer aos interesses de outros.

A este respeito cabe ressaltar que o desenvolvimento dos países melhores sucedidos economicamente passa necessariamente pelo desenvolvimento, ainda que limitado, dos países menos favorecidos economicamente. Aqui, o desenvolvimento é refletido não apenas do ponto de vista humanitário, mas principalmente, do ponto de vista do crescimento econômico, observando-se as possibilidades de exploração e expansão da ordem econômico-social capitalista.

A autonomia anteriormente referida e que exercem o Banco Mundial e o FMI em relação a ONU diz respeito a pelo menos “um critério de ordem fundamental: o peso dos diversos países-membros nos processos decisórios.” (MATTOS, 2001, s/p.) Nas instituições como a OMS o poder de voto é dividido igualmente, o que

possibilita aos países-membros terem a mesma importância na hora de votar, dado que não se repete com o Banco Mundial e com o FMI. O peso do voto nestas duas últimas instituições está relacionada à proporcionalidade na participação econômica. O poder do voto aumenta de acordo com a contribuição financeira, gerando oportunidades das grandes potências influenciarem mais objetivamente os caminhos tomados por estas instituições (MATTOS, 2001), desfavorecendo explicitamente os países sub-desenvolvidos.

Este é um dos motivos do esvaziamento econômico já mencionado da ONU, pois as ações destas duas instituições estão diretamente ligadas à ordem econômica mundial. Porém, apesar da suposta neutralidade existente nas demais agências especializadas da ONU devido à igualdade de peso no voto, não se deve subestimar a influência dos países economicamente desenvolvidos sobre as propostas, programas e políticas. As agências especializadas da ONU em sua grande maioria utilizam recursos financeiros extras que são provenientes de doações voluntárias dos países-membros mais desenvolvidos e que por sua vez acabam também por interferir em suas atuações. (MATTOS, 2001). O que está se colocando em questão é que as grandes contribuições dos países desenvolvidos a estas agências não acontecem quando a verba estaria indo para um fundo comum onde todas as nações decidiriam em conjunto, através do voto de peso igual, onde é melhor investir. O investimento aparece através de doações a projetos ou propostas pré-estabelecidas.

Neste sentido, a OMS como uma agência especializada da saúde vinculada a ONU, apesar de sua pretensa autonomia, encontra-se também sob a égide da luta de interesses pela hegemonia mundial, sendo suas políticas e projetos muitas vezes sucateadas ou estruturadas a partir dos interesses hegemônicos.

2.2 Organização Mundial da Saúde

Durante a Conferência de São Francisco - EUA, em 1945, para criação da Organização das Nações Unidas, ocorreram alguns fatos marcantes para as questões relativas à saúde. Os médicos Geraldo de Paula Souza, do Brasil, e Szeming Sze, da China, convenceram as delegações de seus respectivos países a

proporem a convocação de uma conferência especial que objetivasse a criação de uma nova Organização Internacional de Saúde. A proposta foi aprovada, sendo por decorrência encaminhada, em fevereiro de 1946, a partir do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, a formação de uma comissão técnica para preparar a conferência que então deliberaria sobre a criação da nova organização internacional de saúde.

Segundo Macêdo (1997) esta comissão técnica era formada por 16 personalidades distintas e por representantes das quatro organizações internacionais de saúde então existentes: A Repartição (Oficina) Internacional de Higiene Pública (Paris), a Seção de Higiene Pública da extinta sociedade das Nações (Londres), a Divisão de Higiene da Administração de Socorro e Reabilitação e a Organização Sanitária Pan-Americana (até aquele momento chamada de Oficina Sanitária de Pan-America).

A comissão reuniu-se em março/abril de 1946 para a construção da proposta com a alteração da denominação de Organização Internacional de Saúde para Organização Mundial da Saúde. A idéia mais forte em questão, era a aglutinação de todas as instituições de saúde pré-existentes para dentro da estrutura deste novo organismo mundial.

A Proposta inicial foi fortemente questionada pela Oficina Sanitária Pan-Americana através de seus representantes, não havendo um consenso sobre a participação desta instituição no novo organismo, fato que contribuiria mais tarde para que durante o processo de implantação da OMS esta assumisse um caráter regionalizado. É Preciso ressaltar que a Oficina Sanitária Pan-Americana era uma importante organização voltada para a saúde das Américas que possuía, até então, 45 anos de história.

Os Estados Americanos tem os mais antigos registros de consultas entre si por meio de organizações em nível coletivo. Os primeiros registros são de 1880, com a 1ª Conferência Internacional dos Estados Americanos que dão origem a Organização dos Estados Americanos (OEA). A 2ª Conferência Internacional dos Estados Americanos (após a 5ª Conferência passa a se chamar Conferência Sanitária Pan-Americana), realizada no México em janeiro de 1902, tem um papel econômico importante. Esta aprova uma convocação para uma Convenção Geral de

Representantes dos organismos sanitários das Repúblicas Americanas para manter um controle sobre as informações das enfermidades ocorridas, além da criação de uma oficina permanente em Washington para coordenar estas atividades. A questão primordial era controlar os riscos que as epidemias representavam para o comércio internacional, principalmente pelos movimentos migratórios freqüentes para as Américas, mais especificamente para os EUA. Quando a convenção é realizada em dezembro de 1902 já possuía conhecimento suficiente para um controle mais eficiente das epidemias que os assolavam. Para tanto foi criada a Oficina Sanitária Internacional (atual Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS) que tinha por objetivo quase que exclusivo fazer cumprir o controle das informações sobre as enfermidades epidêmicas, com cuidados redobrados sobre os portos. (MACÊDO, 1997)

A realização das Conferências Pan-Americanas foram interrompidas em dois momentos nos seus 45 anos, durante a Primeira Guerra Mundial e depois com o início da Segunda Guerra Mundial. Segundo Macêdo (1997, p.22)

“a Organização foi um instrumento útil mas de ação limitada e dimensões reduzidas. (...) A visão da saúde pública, como quase sinônimo da higiene e controle das enfermidades transmissíveis, respondia ao paradigma biológico de interpretação da enfermidade (saúde perdida) em sua acepção microbiana ou sanitária. (...) A atenção médica e por extensão a assistência hospitalar não pareciam interessar à saúde pública ; na realidade persistia a idéia e que esses eram temas de interesse individual ou familiar (para os que podiam) os hospitais (nosocômios, sanatórios, etc.)eram vistos com temor ou como instituições de isolamento (asilos, quarentenas, etc.); a atenção aos pobres era uma questão de caridade pública ou de emergência (epidemias).

Após a Segunda Guerra Mundial a OPAS e as Conferências Pan-Americanas de Saúde serviram para conscientizar sobre importância da contribuição entre os países para os cuidados em saúde pública. Porém, o que está se colocando em questão é a construção histórica desta instituição que se contrapõe à proposta de aglutinação de todas as organizações existentes numa única organização que atenda a saúde de todos os povos.

Sob este contexto Macêdo (1997) relata que a comissão encaminha dois textos antagônicos para a Conferência Internacional de Saúde que fora realizada em junho/julho daquele mesmo ano, em Nova Iorque. Sendo somente após algumas semanas de discussão aprovado um texto que contemplasse a exigência da Oficina

Sanitária Pan-Americana de manter sua autonomia frente a OMS e também a proposta inicial de aglutinação das instituições pré-existentes.

“A Organização Sanitária Pan-Americana e as Conferências Sanitárias Pan-Americanas, e todas as demais Organizações Internacionais Regionais de Saúde que existam antes da data em que esta Constituição seja assinada, serão integradas oportunamente na Organização. A integração se realizará tão logo como seja factível mediante ação conjunta baseada no mútuo consentimento das autoridades competentes, Expressada pelas organizações interessadas.” (art. 54 da Constituição da OMS apud MACÊDO, 1997, pg. 24)

Esta Constituição é assinada em 22 de julho de 1946 por 61 países presentes na Conferência, criando-se um comitê provisório para o trabalho inicial.

O número de participantes na Conferência Internacional de Saúde que assina a Constituição é muito significativo, se pensarmos que nem todos os países ali presentes eram Estados-Membros da ONU. Isto somente foi possível devido à relativa autonomia da OMS em relação a ONU. Autonomia que se referia à liberdade de participação na OMS independente da sua filiação ou não na ONU, o que só fez crescer rapidamente o número de países-membros desta organização, afirmando a preocupação mundial com a saúde dos povos.

O comitê provisório atuou até 1948 quando a decisão da conferência de 1946 foi ratificada por pelo menos 26 dos 51 países que pertenciam a ONU, o que se sucedeu em 7 de abril durante a 1ª Assembléia Mundial de Saúde. Data que ficou conhecida até hoje como o “Dia Mundial da Saúde”.

Nestes dois anos, de 1946 a 1948, a Oficina Sanitária Pan-Americana se fortalece financeiramente e administrativamente, elevando a taxa de contribuição dos países filiados em 150%, aumentando sua condição financeira de US\$ 90.000 para US\$ 1.300.000,

“com isso pode confirmar durante a 1ª Assembléia Mundial de Saúde (1948), a impossibilidade de que o orçamento pudesse ser absorvido dentro do limitado orçamento inicial da OMS, facilitando assim a negociação final do acordo entre as duas organizações, mediante o qual a Oficina Sanitária Pan-Americana atuaria como o Escritório Regional da OMS para as Américas”. (MACÊDO, 1997, p. 25)

Neste sentido, foi a resistência das Américas de integralizar a estrutura da OMS que anularia sua potencialidade, fazendo com que a comissão retificasse a

proposta flexibilizando seu caráter centralista e globalizador, através de uma estrutura com secretarias regionais com alguma autonomia e uma sede central.

Atualmente, a OMS apresenta uma estrutura com seis Regiões – Américas, África, Europa, Mediterrâneo Oriental, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental – e uma Sede Central, localizada em Genebra. Cada Região possui um Comitê Regional e uma Secretaria. O Comitê se reúne a cada ano com a representação de todos os países da Região. A Secretaria atua como um Escritório Regional e é presidida por um diretor-geral, eleito pelo Comitê Regional, ratificado pelo conselho Executivo da OMS e nomeado pelo diretor-geral da OMS.

A OMS é formada na sua totalidade por 192 Estados Membros, os quais governam a instituição por meio de Assembléias Mundiais de Saúde, na qual apenas têm direito a voto os representantes oficiais dos Estados Membros.

Dentro da ONU, a participação nos investimentos nos projetos e políticas em saúde nem sempre acontecem de acordo com o interesse da maioria dos países-membros. Segundo Mattos (2001) as reformas ocorridas nas políticas dos anos 80 favoreceram a intervenção do Banco Mundial no financiamento em políticas de saúde e também na promoção de pesquisas neste campo, ganhando mais atenção nesta década que a própria OMS. Para entender como isso ocorreu, ainda segundo este autor, é preciso retroceder até a Conferência de Alma-Ata, ocorrida em 1978, que foi um estudo sobre um relatório conjunto da OMS e da UNICEF, no qual se avançou num consenso sobre os cuidados primários em saúde a serem dirigidos pelos Estados.

“Os ideais defendidos por Alma-Ata parecem ter orientado a posição da OMS e de suas agências regionais até bem recentemente. Mas ela também pode ser vista como o último suspiro de um padrão de cooperação internacional. Talvez tenha sido a última vez em que a voz dos países em desenvolvimento foi levada a sério num fórum internacional.” (Mattos, 2001, s/p)

Consideração importante quando na década seguinte, anos 90, valorizaria-se a política não mais do financiamento ou investimentos, mas sim a da “oferta de idéias”, passou-se a valorizar a apresentação de modelos de desenvolvimento social e econômico que deveriam ser seguidos pelos países menos desenvolvidos.

As mudanças político-econômicas ocorridas na década de 80 tendo como foco as idéias neo-liberais diminuíram os investimentos tanto na esfera econômica

quanto na social de muitos países que buscavam se ajustar a este novo contexto. No centro deste processo o Banco Mundial e o FMI se tornam referências na ordem econômica mundial, levando as agências de cooperação do sistema das Nações Unidas a perderem prestígio e recursos.

Assim, os investimentos em saúde foram restritos e a UNICEF, neste contexto, rompe com a ideia central de Alma-Ata quando entende que o cuidado primário com a saúde numa perspectiva de expansão universal não poderia ser mantido pelos países sub-desenvolvidos, criando então um pacote seletivo de ações mais eficazes e de menores custos, apoiada por algumas organizações governamentais, inclusive a OMS, e por uma organização privada, no caso específico a Instituição Rockefeller, (MATTOS, 2001). Diminuiu-se a exigência em saúde para atender-se o que é considerado possível.

Nesta conjuntura em que a saúde mundial se encontrava o Banco Mundial começava a investir em projetos de saúde, passando aos debates das políticas públicas para a mesma, além de se expandir também para o financiamento de pesquisas em saúde. Os resultados das pesquisas serviram então para a constituição de modelos de desenvolvimento para os países menos desenvolvidos.

Não só o Banco Mundial, mas também a OMS, já no final dos anos 90, usam como estratégias a “oferta de ideias” para a melhoria da saúde, buscando através delas dizer como os países deveriam estruturar seus sistemas de saúde. Mattos, fazendo a crítica a esta forma de ação, diz que há

“algo em comum nessas iniciativas de ideias por parte do Banco Mundial e da OMS: ambas buscam apresentar as recomendações sobre os sistemas de saúde e suas reformas como se as mesmas decorressem de um conhecimento universal, portanto, universalmente aplicável. Ambas envolvem um considerável esforço de pesquisa, conduzidos por técnicos altamente qualificados, mas que se faz um pouco à margem do debate político entre os representantes dos países-membros. Esforço de pesquisa que, ao fim e ao cabo, oferece critérios para distinguir, entre as diversas experiências de reforma em curso, aquelas que seriam mais adequadas. E, desse modo, permitem oferecer à comunidade de ajuda ao desenvolvimento, parâmetros para a alocação de recursos. Comunidade que, se aceita tais critérios, pode privilegiar, na alocação de seus recursos, os países que claramente aderem às lições propostas. Quer pela força das ideias supostamente universais, quer pelo constrangimento mais indireto, aliás, análogo ao aplicado por vários agentes econômicos privados que atuam nos mercados financeiros internacionais, este novo padrão de oferta de ideias parece seguir cumprindo um papel de disciplinar as políticas dos países em desenvolvimento.” (Mattos, 2001, s/p.)

O que se pode considerar é que a saúde no mundo, inclusive a almejada pela OMS, tem sido pensada também a partir dos benefícios para humanidade, mas nem por isso tem sido isentada da luta pelo poder, pela hegemonia política e econômica.

2.3 OMS e alguns elementos históricos da Classificação Internacional das Doenças

O ato de pensar sobre os males que afligem a saúde do ser humano é antigo; onde o conhecimento sobre a finitude corporal é um desejo de assegurar a vida que não é um anseio exclusivo da modernidade. O que existe na verdade são diferentes olhares para as práticas curativas e também diferentes olhares para o corpo humano e também para o mundo.

Não se pode pensar que os medos e inseguranças causados pela dor e pela possibilidade da morte que se vive hoje eram os mesmos que foram vividos no passado e nem que a forma de lidar com eles sejam as mesmas. É certo que são diferentes, mas não somente pelos recursos diferenciados entre a medicina moderna e as práticas tradicionais, mas principalmente pelo fundamento, teoria que sustenta estas práticas médicas. A este respeito, Silva (2001, p. 17) nos diz que como “todos os demais fenômenos culturais, a Medicina repousa sobre as concepções de mundo de cada período, inscrevendo-se num sistema global de explicação que o ser humano constrói para a realidade em que vive.”

Estando as diferenças circunscritas então pela relação do ser humano com o mundo num determinado período histórico, destacamos alguns marcos classificatórios descrevendo como e por que surgiram.

Segundo Laurenti (1991) as nosografias⁴ existiram em todas as sociedades, inclusive as mais primitivas que explicavam as doenças relacionando-as com a ordem natural e sobrenatural. Sendo que as classificações surgem apenas mais tarde como uma possibilidade de agrupamento destas nosografias, é quando nasce então a idéia de classificação, também chamada de nosologia⁵.

O texto Hindu denominado de Sushruta Samhita (600 A. D.) apresenta uma classificação ordenada de doenças e lesões segundo Wells (apud LAURENTI,

⁴ Atribuição de nomes a entidades mórbidas.

⁵ “Classificação de pessoas doentes segundo grupos – qualquer que seja o critério de classificação – bem como os acordos ou definições quanto aos critérios ou limites dos grupos” (LAURENTI, 1991, p. 407)

1991), sendo, em princípio a intenção mais antiga de uma construção classificatória de doenças, (LAURENTI, 1991).

O interesse na uniformização dada pela ação classificatória era facilitar o acesso ao conhecimento das doenças mórbidas, na busca também pela melhoria das ações curativas ou apenas da sua compreensão dependendo da crença ou não em uma ordem natural.

Contudo, segundo Luz (1988), existe um marco epistemológico que registra um deslocamento significativo na forma de pensar da medicina moderna, passando-se da arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças. Segundo Silva (2001, p. 18) “a doença e não o doente se torna, desde então, a principal preocupação.”

Este marco diz respeito aos avanços conseguidos principalmente com as descobertas sobre o corpo humano através dos trabalhos de dissecação, das obras de arte como as de Leonardo Da Vinci e também sobre as metáforas cartesianas, que resultam no século XIX na consolidação de uma vinculação entre Medicina e Ciência. Esta articulação, segundo Silva (2001, p.17 e 18), leva a estrutura da Medicina a romper “com a ‘teoria humoral’ predominante até então, e colocando-a em conformidade com a nova visão secular de mundo e com uma perspectiva de ser humano e de corpo que se coloca separado do seu entorno e mantido pelo funcionamento autônomo da máquina química do organismo.”

Neste contexto, ocorre uma mudança de olhar sobre a doença e o doente, no qual o organismo humano passa a ser compreendido a partir do modelo da máquina. Desta nova perspectiva, por ter seu funcionamento melhor controlado, se fez ainda mais necessário um sistema classificatório capaz de identificar as doenças que poderiam estar impedindo o bom funcionamento – o adoecimento – ou até mesmo destruir – levar à morte – a máquina humana.

Neste sentido, o conhecimento das doenças e da forma como estas se estruturam é parte integrante da racionalidade moderna. “Através das categorias de: *doenças, entidade mórbida, corpo doente, organismo, fato patológico, lesão, sintoma, etc.*, elaboradas nos período clássico, a medicina instaurar-se-á como um discurso sobre *objetividades*, discurso que institui: a *doença* e o *corpo* como temas de enunciados positivos, *científicos*”. (LUZ, 1988, p.92)

A partir de Fernel, que viveu de 1505 até 1588, a patologia sob este foco começou a se organizar em sistemas de classificação de doenças, desconsiderando progressivamente na construção da importância deste discurso questões sobre a Saúde, a Vida ou Cura (LUZ, 1988). “A saúde passará a ser vista não como afirmação da vida, mas como *ausência de uma patologia*. A ‘cura’ será substituída pela *cessação de sintomas*, sobretudo dos sintomas principais, ou ‘chaves’ de uma doença. (LUZ, 1988, p.92) (Grifo da autora)

Neste processo, a patologia que orienta a clínica médica transforma-se em patologia clínica, “tendo sobre a prática clínica a liderança da teoria, e o privilégio da ciência sobre a arte. Obtém-se, desta forma, uma dupla objetivação: do *corpo humano*, que se torna a *sede das doenças*, e das *doenças* que se tornam *entidades patológicas*.” (LUZ, 1988, p. 86)

Importante destacar que as doenças classificadas neste período estavam necessariamente ligadas à morbidade, não sendo destacadas aquelas ligadas a um adoecimento não letal. As listas classificatórias de doenças que se tem conhecimento desde o renascimento até meados do século XX dizem respeito na verdade às listas de causas de óbitos, organizadas principalmente com o objetivo estatístico de conhecimento das causas de mortes nas populações.

“A análise estatística de uma variável com grande número de categorias – como é o caso da variável doença – só é possível classificando essas categorias. Uma classificação de doenças é um sistema que agrupa as doenças análogas, semelhantes ou afins, segundo uma hierarquização ou eixo classificatório. Uma classificação estatística de doenças implica, portanto um conjunto de grupos de diagnósticos ou doenças, visto que o interesse principal são os agrupamentos e não os casos individualizados como em uma nomenclatura” (LAURENTI, 1991, p. 408)

O título de precursor nos estudos em estatísticas em doenças é dado John Graunt pelo seu estudo realizado em Londres, analisando a mortalidade por causa, publicado em 1662 – “Natural and Political Observation Made Upon the Bills of Mortality” (LAURENTI, 1991). Assim, o estudo estatístico da mortalidade emerge no século XVII com John Graunt e tem um grande impulso no século XIX com William Farr (1808–1883); este último é responsável, segundo a própria CID-10, pelo modelo que mais tarde dá origem a Classificação Internacional de Doenças.

Entre Graunt e Farr não se pode deixar de citar importantes tentativas de classificações:

“1680 Feliz Platter elaborou uma sistematização baseada nos sintomas apresentados pelos doentes; o grande médico inglês Sydenham (1624 -1689) sugeria que as doenças, à maneira das plantas, deveriam ser agrupadas de acordo com os aspectos identificáveis externamente. Deve-se destacar o famoso médico e botânico seco Linneu (1707 – 1778) que criou uma sistematização botânica e zoológica e que também fez uma classificação de doenças, o ‘Genera Morborum’ à maneira de sugestão de Sydenham” (LAURENTI, 1991, p. 409).

Willian foi o primeiro médico estatístico do ‘General Register office of England and Wales’, sendo ele que mais procurou elaborar uma classificação de uso internacional; para tanto, aproveitou-se das listas já existentes, mas a qual julgava sempre incompletas, insuficientes para então obter uma uniformização. Foi grande defensor da idéia de uma classificação uniforme e de uso generalizado. Sua classificação é inspirada na idéia de organização proposta por Linneu (LAURENTI, 1991).

Quando no Congresso Internacional de Estatística realizado em Bruxelas no ano de 1853 afirmou-se a importância de uma classificação estatística de uso internacional para doenças, dá-se um passo importante nessa direção. Neste evento Farr e Marc d’Espine, de Genebra, este último também promotor da necessidade da criação de uma classificação internacional, são indicados para construírem propostas distintas de classificação de doenças para que estas pudessem ser analisadas e escolhidas posteriormente no Congresso de 1855. (LAURENTI, 1991)

A proposta aceita no congresso seguinte foi a de Farr, com alguns ajustes sugeridos por d’Espine, ficando inicialmente classificada em cinco classes, que seriam:

“Classe 1 – Doenças epidêmicas, endêmicas e contagiosas
 Classe 2 – Doenças constituionais
 Classe 3 – Doenças localizadas
 Classe 4 – Doenças do desenvolvimento
 Classe 5 – Doenças ou mortes violentas” (LAURENTI, 1991, p. 411)

Contudo é na descrição da Classe – 3 que encontra-se a estrutura que serviu de base para a classificação internacional de doença atual.

“Ordem 1 – Doenças do Sistema Nervoso
 Ordem 2 – Doenças da Circulação
 Ordem 3 – Doenças da Respiração
 Ordem 4 – Doenças da Digestão

Ordem 5 – Doenças do Sistema Urinário
 Ordem 6 – Doenças da Reprodução
 Ordem 7 – Doenças da Locomoção
 Ordem 8 – Doenças do Sistema Inter-tegumentário” (LAURENTI, 1991, p. 411)

Esta classificação revista quatro vezes (1864, 1874, 1880 e 1886) é então substituída pela classificação estatística das causas de morte apresentada por Bertillon em 1893. Isto acontece com o surgimento do “Instituto Internacional de Estatística” em 1891, que passa a ocupar o lugar dos “Congressos Internacionais de Estatísticas”. Jacques Bertillon, chefe dos serviços de estatísticas, ficou responsável pela comissão que se responsabilizou por preparar uma nova classificação (LAURENTI, 1991). Considerada a primeira classificação internacional de causas de morte (LAURENTI, 1991, JÚSTIZ, NÚÑEZ & GIL, 2000), a classificação de Bertillon, como ficou conhecida, foi assim estruturada:

“I - Doenças Gerais
 II - Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos do Sentido
 III - Doenças do Aparelho Circulatório
 IV - Doenças do Aparelho Respiratório
 V - Doenças do Aparelho Digestivo
 VI - Doenças do Aparelho Geniturinário e de seus Anexos
 VII - Estado Puerperal
 VIII - Doenças da Pele e do Tecido Celular
 IX - Doenças dos Órgãos da Locomoção
 X - Vícios de Conformação
 XI - Primeira Idade
 XII - Velhice
 XIII - Afecções Produzidas por Causas Externas.
 XIV - Doenças Mal Definidas” (LAURENTI, 1991, p. 411)

Alguns anos depois, segundo Laurenti (1991) e Jústiz, Núñez & Gil (2000), a Associação Americana de Saúde Pública recomenda o uso deste modelo, além de sua revisão decenal, o que contribui na sua socialização.

A Classificação de Bertillon pode ser caracterizada hoje como a primeira versão da CID, pois é ela que após 5 versões vem a ser responsabilidade da OMS, passando a se chamar Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde ou CID – 6.

A OMS assume oficialmente em 1946, através do Comitê provisório, a responsabilidade de organizar uma revisão das Listas Internacionais de Causas de Morbidade, bem como, de incentivar uma ação coletiva entre os países na iniciativa

de re-elaborar a classificação internacional de doenças, inclusive apresentando as deficiências. Numa ação que fosse capaz de contribuir com a socialização de informações entre os países pertencentes a OMS, com a intenção de fomentar uma única linguagem para facilitar pesquisas e comparações entre países. Este movimento dá origem, em 1948, à CID – 6, colocada em uso a partir de 1950, e que atualmente encontra-se na sua Décima Revisão – CID-10.

Quando a OMS assume a responsabilidade pela CID - 6 ela promove uma importante modificação na constituição do documento, ampliando seu alcance para as doenças mórbitas. Por este motivo, modificou-se sua denominação estendendo-a aos problemas relacionados à saúde, fato que repercutiu num acréscimo muito grande no número de classificações propostas pela CID.

A OMS passa então a realizar levantamentos estatísticos para dados epidemiológicos gerais relativos a mortalidade e a morbidade.

As Revisões da CID são organizadas pela OMS para manter a validade das informações e a sua respectiva importância no cenário mundial. Estas revisões eram organizadas até a preparação da 10ª Revisão, com a colaboração de movimentos particulares do mundo todo, mas principalmente dos Centros Colaboradores da OMS⁶, estes últimos responsáveis por redigir pareceres a respeito das insuficiências ou incoerências constatadas no documento. Buscamos identificar quais são estes movimentos particulares e como os mesmos se filiam a OMS, sendo feito o mesmo com relação aos Centros Colaboradores sobre os critérios necessários para atuar na OMS e não encontramos material que trouxesse estes dados. Entendemos que estes informes se faziam necessários pela dimensão política e ideológica que envolvem as políticas públicas na saúde na luta pela hegemonia mundial.

Ao término da etapa de revisão, quando era sentida a necessidade, o material produzido seria então discutido e votado na Assembléia Mundial de Saúde da OMS.

“A partir desta última revisão, ficou definido que poderiam haver atualizações periódicas, entre as revisões e foi definida uma regularidade para essas atualizações. Foi criado um comitê

⁶ Existem segundo a CID-10 (1994) nove Centros de Colaborados da OMS para a Classificação de Doenças, são eles: Office of Population Censuses and Surveys (Reino Unido), National Center for Health Statistics (EUA), Australian Institute of Health (Austrália), Peking Union Medical College Hospital (República Popular da China), INSERN (França), Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo (Brasil), The N. A. Semako Institute (Federação Russa), e Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades (Venezuela).

responsável pela atualização da CID-10. Esse grupo recebe as propostas de mudanças originárias de usuários do mundo todo. Elabora uma lista com as propostas recebidas e faz esta circular entre os componentes do comitê. Após discussões, as propostas de alteração aprovadas pelos membros do comitê é encaminhada para a aprovação pelos diretores dos Centros Colaboradores de OMS para a Família de Classificações Internacionais.” (CBCD, 2005)

Esta mudança tem como objetivo agilizar as atualizações para melhorar a qualidade do serviço oferecido, descartando-se o período de espera de 10 anos até a Revisão seguinte.

A OMS, como um de seus objetivos, divulga oficialmente diversos pareceres com dados estatísticos sobre os estados de saúde da população mundial e de populações localizadas⁷. Existem, porém, documentos que possuem um caráter permanente porque são eles que estruturam a base conceitual e a descrição das classificações de saúde assumidas por esta instituição, ainda que os mesmos passem por seguidas revisões, como é o caso da CID-10.

Para a OMS a CID-10 constitui-se num importante instrumento para pesquisas de ordem estatística as quais possibilitam, entre outras coisas, a formulação de novas e mais eficazes ações em políticas públicas voltadas à saúde.

Os documentos da OMS, de caráter permanente ou não, são de domínio público, podendo ser encontrados na Internet no site oficial da OMS⁸, em demais sites sobre saúde⁹ e em bibliotecas públicas. Porém, o seu uso é maior no nível acadêmico, profissional e político, de forma que grande parte da população tem acesso a estes conhecimentos de forma indireta, ou seja, quando os órgãos públicos deles fazem uso.

Na perspectiva de ampliar as condições de alcance da CID, foi aprovada pelos Estados Membros da OMS na Assembléia de 1976 a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID)¹⁰. Publicada

⁷ Um exemplo atual destes pareceres são os relatórios divulgados em relação aos estados de saúde das populações atingidas pela tragédia ocasionada pelos efeitos da Tsunami. (http://www.who.int/hac/crises/international/asia_tsunami/es/)

⁸ O site oficial da OMS é disponibilizado em seis idiomas Inglês, Francês e Espanhol, Árabe, Chinês e Russo.

⁹ Nos sites sobre doença/saúde já são facilmente encontrados links com os documentos da OMS traduzidos para o português, principalmente, os documentos que apresentam um caráter permanente. No Brasil já existe um centro colaborador da OMS – Centro Brasileiro de Classificação de Doenças/USP – que é responsável pelas traduções destes documentos para o português, que por estar vinculado à OMS, é referência a respeito mais confiável.

¹⁰ International Classification of impairments, disabilities, and handicaps (ICIDH)

em 1980, pela OMS, o documento da CIDID estabelecia, em caráter experimental, as seguintes definições:

Deficiência: perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão.

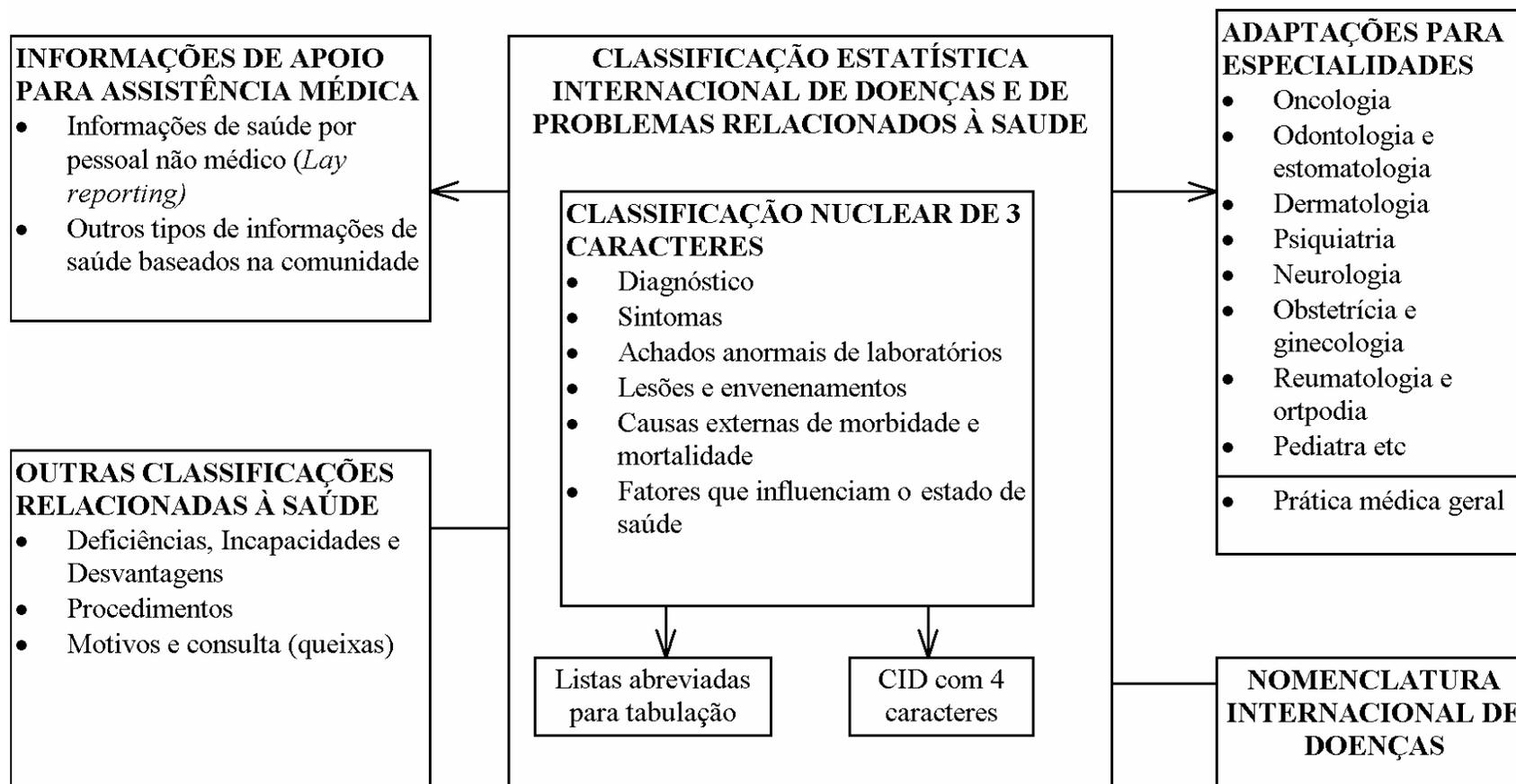
Incapacidade: restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Surge como consequência direta ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. Representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa, nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária.

Desvantagem: prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais. Caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social. Representa a socialização da deficiência e relaciona-se às dificuldades nas habilidades de sobrevivência (Amiralian et al, 2000, p.98).

A CIDID surgiu como uma forma de classificação das consequências das doenças, uma ferramenta de auxílio para atender os objetivos que não eram da finalidade da CID, numa articulação complementar, mesmo sendo sistemas de classificação distintos.

Entretanto, durante a organização da Nona Revisão da CID (Classificação Internacional de Doenças ou CID-9) transpareceu a necessidade de uma ampliação do alcance dos conceitos empregados pela OMS. A classificação vigente não estava conseguindo atender as demandas específicas dos diferentes segmentos da saúde, optando-se, então, pela formação de uma “família” de classificações. Após vários ensaios dos Centros de Colaboradores da OMS organizou-se um documento, revisto pelo “Comitê de Peritos para Classificação Internacional de Doenças” (designado pela própria organização), sendo recomendado, em 1987, que fosse adotado o esquema apresentado a seguir:

Família das classificações de doenças e de problemas relacionados à saúde



(Fonte: CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão, Volume I)

Figura 2: Família das classificações de doenças e de problemas relacionados à saúde.

O esquema procura estabelecer a CID como o centro de uma série de relações hierárquicas e complementares, com o objetivo de atender as demandas da saúde pública. A Família de Classificações da CID tem hoje um caráter permanente, porque é entendida pela OMS como uma importante contribuição na complementação das informações sobre as quais a CID não obtinha alcance.

A partir deste modelo, a CIDID passa a compor a “família” de classificação internacional de doenças da OMS.

A CIDID procura contribuir na melhoria da compreensão sobre as conseqüências das deficiências, bem como, das incapacidades e desvantagens que não eram descritas na CID. Com o passar do tempo, porém, os consultores dos mais diversos países que colaboram com a OMS enviaram sugestões e reflexões para atualizar este documento. A necessidade de atualização advinha de dois grandes motivos, minimizar a insuficiência nas classificações propostas e também diminuir o fomento do preconceito favorecido com as classificações vigentes. Assim, a CIDID permaneceu sendo usada até maio de 2001, quando foi aprovada na Quinquagésima Quarta Assembléia Mundial de Saúde da OMS, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF¹¹, como uma revisão do CIDID, dando entrada em vigor em 21 de maio de 2001.

¹¹ Todas as vezes que me referir a CIF nesta pesquisa estarei fazendo menção a sua versão 2003.

CAPITULO III

3. Visão geral dos documentos CID – 10 e CIF: suas especificidades

A apresentação dos documentos da CID-10 e da CIF constituem-se de forma importante na pesquisa porque será através dos dados aqui destacados que estaremos refletindo a concepção ontológica da OMS acerca da deficiência mental

3.1 CID – 10

A CID-10 é um documento de análise estatística que atua sobre as definições clínicas universalizando o conhecimento das doenças.

A este respeito, sabe-se que um bom sistema de classificação somente é possível com boas nomenclaturas – nosografia, sendo a nomenclatura entendida como

“a maneira pela qual um determinado agravo à saúde que tenha determinados sintomas, sinais, bem como alterações patológicas específicas, recebe o mesmo rótulo, que pode também ser chamado de diagnóstico em qualquer lugar do mundo. Por definição, uma nomenclatura é um catálogo de termos e, no caso de uma nomenclatura de doenças, cada uma delas deve apresentar um verbete, visto que sua função principal é ajudar a se chegar à expressão mais precisa que descreve o padecimento do doente, isto é, o diagnóstico. (LAURENTI, 1991, p.408)

De forma que, as classificações da OMS são referências da compreensão diagnóstica das doenças, quando perpassam o espaço da clínica médica. Têm como propósito “a análise sistemática, a interpretação e a comparação dos dados de mortalidade e morbidade coletados nos diferentes países ou áreas e em diferentes épocas” (OMS, 1994b, p. 2). É aplicada a partir da tradução dos diagnósticos em códigos alfa-numéricos que facilitam o “arquivamento, a recuperação e a análise das informações” (OMS, 1994b, p. 2).

É um documento extenso, sendo composto por três volumes.

“Volume 1. Lista Tabular. Esse volume apresenta o Relatório da Conferência Internacional para a Décima Revisão, a Classificação propriamente dita nos níveis de três e quatro caracteres, a classificação da morfologia de neoplasias, listas especiais de tabulação para mortalidade e para morbidade, as definições e os regulamentos da nomenclatura.

Volume 2. Manual de Instruções. Esse volume apresenta as notas sobre a certificação médica e sobre a classificação, que estavam antes incluídas no Volume 1, agora com maior quantidade de

informações e de material de instrução e orientações sobre o uso do Volume 1, sobre as tabulações e sobre o planejamento para o uso da CID, o que se julgou que faltava nas revisões anteriores. Inclui também a parte histórica, que antes estava incluída na introdução do Volume 1.

Volume 3. Índice Alfabético. Esse volume apresenta o índice propriamente dito com uma introdução e maior quantidade de instruções sobre o seu uso.” (OMS, 1994a, p. 3)

O Volume I da CID-10 apresenta uma lista principal de três caracteres sendo chamada de classificação nuclear porque “é o nível exigido de codificação para informes internacionais ao banco de dados sobre mortalidade da OMS e para comparações internacionais gerais” (OMS, 1994b, p.3).

A Lista Nuclear é uma classificação alfa-numérica, que é formada primeiramente por uma letra que indica a categoria a que pertence a doença, seguida por dois números que informam a doença. O primeiro número caracteriza sua subdivisão dentro da categoria e o segundo número especifica a doença. Exemplo: Transtornos Mentais e comportamentais é uma categoria, sendo que F é a letra que a simboliza, sendo sua classificação possível de F00–F99.

As subdivisões são organizadas de 10 em 10. Exemplo: Uma das subdivisões da categoria dos “Transtornos da personalidade e do comportamento” é “Transtornos do desenvolvimento psicológico” que é classificado de F80 até F89, como listado abaixo.

F80 Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem

F81 Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares

F82 Transtorno específico do desenvolvimento motor

F83 Transtornos específicos mistos do desenvolvimento

F84 Transtornos globais do desenvolvimento

F88 Outros transtornos do desenvolvimento psicológico

F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico não especificado (OMS, 1994a, p.49)

As listas são formadas de 10 em 10 deixando sempre espaço para futuras inclusões. A este respeito Laurenti (1991, p. 408) já dizia que em “uma classificação o número de categorias tem que ser restringido e sempre deve estar prevista a possibilidade de incluir um novo diagnóstico dentro de um agrupamento já existente”. Fica expressa aqui a potencialidade das ciências médicas estarem sempre buscando avançar nos conhecimentos acerca das doenças, bem como a aceitação a priori de que novas doenças irão surgir ou também que serão identificadas algumas doenças que já existem, mas que ainda são desconhecidas.

Cada categoria forma um capítulo que é apresentado na CID-10 numa segunda lista de classificações denominada de “Lista Tabular de Inclusões e Subcategorias de quatro caracteres”. A Lista Tabular apresenta em cada item do capítulo uma explicação diagnóstica da doença, bem como, a forma de uso do quarto caractere.

A lista Tabular é formada por XXI capítulos:

Capítulo I Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias
 Capítulo II Neoplasias (Tumores)
 Capítulo III Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários
 Capítulo IV Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas
 Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais
 Capítulo VI Doenças do Sistema Nervoso
 Capítulo VII Doenças do Olho e Anexos
 Capítulo VIII Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide
 Capítulo IX Doenças do Aparelho Circulatório
 Capítulo X Doenças do Aparelho Respiratório
 Capítulo XI Doenças do Aparelho Digestivo
 Capítulo XII Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo
 Capítulo XIII Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo
 Capítulo XIV Doenças do Aparelho Geniturinário
 Capítulo XV Gravidez, Parto e Puerpério
 Capítulo XVI Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal
 Capítulo XVII Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas
 Capítulo XVIII Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte
 Capítulo XIX Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas
 Capítulo XX Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade
 Capítulo XXI Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde.
 (OMS, 1994a, p. viii)

O quarto caractere é sempre identificado após um “.” e não é obrigatório para as classificações estatísticas internacionais, mas são recomendadas e formam parte integral da CID-10. Cada item pode receber ou não um quarto caractere aparecendo-o na Lista Tabular de acordo com a sua necessidade que é descrita na CID-10.

O quarto caractere diz respeito a especificidade da patologia de acordo com sua extensão ou gravidade.

3.2 CIF

A CIF é como vimos dentro da história de classificações um documento que surge em substituição a CID-10, por razões de ampliação e também de superação, e

para entender sua constituição atual se faz necessário resgatar “alguns” de seus elementos.

Neste sentido, começamos por trazer a tona o porquê que estes documentos foram elaborados. A CIDID surge como possibilidade de complementação da CID-10 nas conseqüências das doenças, atendendo as demandas que esta última não conseguia abarcar, inclusive nas questões a respeito das deficiências em geral. Com o tempo de uso e com as críticas a este documento o mesmo precisou ser revisto, movimento que fez nascer a CIF. Esta aparece no cenário mundial para relativizar a ação determinista que a CIDID exercia sobre as pessoas que possuíam alguma doença e/ou deficiência, para pensar então não somente a doença/deficiência, mas também e, principalmente, a saúde.

A ampliação refere-se então à idéia de estender este documento ao conceito de saúde, centrando-se não apenas na negatividade da doença, mas nas potencialidades que a pessoa pode apresentar. Situa-se, aqui, a idéia de superação, pois busca avançar na minimização dos estigmas ocasionados pela idéia de incapacidade e de anormalidade sempre associadas ao conceito de doença/deficiência.

A CIDID enquanto uma classificação que se responsabilizava pelas deficiências, incapacidades e desvantagens estabelecia uma relação com as conseqüências das doenças e, principalmente, com as deficiências, através de uma visão estritamente médica, sendo esta relação que ditava o padrão de normalidade que deveria ser compreendido pela sociedade. A CIF buscando ampliar o alcance destes conceitos ao olhar para a saúde entende que o ideal não seja uma forma de classificação que identifique somente as doenças, mas sim uma forma de classificação que possa identificar também os estados de saúde.

A grande questão é que a CIF passa a fornecer uma avaliação de saúde e não mais exclusivamente de doença. O que é um avanço significativo em termos de classificação no campo da medicina – saúde.

Decorrente desse olhar é possível identificar que nem todas as pessoas diagnosticadas com alguma deficiência são incapazes ou até mesmo doentes. Além de que sob esta perspectiva nem toda pessoa incapacitada apresenta um estado de doença e/ou deficiência. Sendo este um ponto diferencial que dá à CIF alguma

autonomia em relação a CID-10, o que não ocorria com a CIDID. A autonomia diz respeito à possibilidade de ampliação do conceito de incapacidade.

A incapacidade não conseguia ser mensurada nem na CID-10 e nem na CIDID, pois não havia sido elaborada dentro destes dois documentos uma classificação que pudesse identificar a relação doença \leftrightarrow incapacidade e deficiência \leftrightarrow incapacidade. Não havia também a identificação da incapacidade relacionada a um estado de doença ocasionada pelas diferenças de condições das classes sociais, como no caso da pobreza. Ainda que estejamos cientes que nenhum dos documentos tivessem estas pretensões ressaltamos seus limites para compreender o salto que a CIF tem parecido representar na sociedade. O termo parecido refere-se ao fato da CIF, ainda que busque ampliar a idéia da causa da incapacidade para o ambiente, também não apresenta uma reflexão sobre a constituição das classes sociais que geram a pobreza e que corroboram com os problemas de saúde.

Ainda nesta direção, a CIDID determinava a incapacidade como uma representação objetiva da existência de uma deficiência, ou seja, um indivíduo que apresentasse alguma particularidade restritiva poderia, independente do fator gerador, rapidamente ser considerado deficiente. Na CIF a incapacidade não está articulada unicamente com a deficiência ou com a doença, o que não os impede de estarem presentes e de serem observadas na teia de relações que compõem o quadro de saúde do indivíduo. A incapacidade na CIF está relacionada com alguns aspectos mais amplos da vida do indivíduo, incluindo o que ela mesma chama de “Factores Contextuais” (explicaremos mais a frente), resultando no que parece ser um acúmulo de fatores de ordem não apenas individual.

O documento da CIF foi elaborado para atuar em vários âmbitos da saúde, pois enquanto a CID-10 tem para si a classificação dos estados de saúde, que se referem às doenças, perturbações, lesões, etc, a CIF procura estabelecer a funcionalidade e a incapacidade relacionados aos estados de saúde. Dito de outro modo, a CID-10 define as doenças (ou estado patológico) e a CIF procura estabelecer as relações de funcionalidades e incapacidades relacionadas com o indivíduo, independente se este é doente ou não, e se é uma causa individual ou ambiental.

Nas questões referentes às doenças a CIF e a CID-10 são complementares, porque juntas fornecem dados mais completos sobre a saúde da população, porém ambas também se sobrepõem. Segundo o próprio documento da CIF, versão 2003, é importante

reconhecer a sobreposição entre a CID-10 e a CIF. As duas classificações começam com os sistemas do corpo. Deficiências referem-se às estruturas e funções do corpo que são, em geral, parte do 'processo de doença' e portanto, também utilizadas na CID-10. Não obstante, a CID-10 utiliza as deficiências (tais como, sinais e sintomas) como partes de um conjunto que forma uma 'doença' ou, algumas vezes, como os motivos de contacto com serviços de saúde, enquanto que o sistema CIF utiliza as deficiências como problemas das funções e estruturas do corpo associados aos estados de saúde (OMS, 2003, pg. 6 e 7).

Assim, no caso de deficiências serão encontradas menções tanto na CID-10 quanto na CIF, a primeira irá associar a deficiência ao quadro de uma doença numa visão médica da patologia, sendo responsável pelo diagnóstico, e a segunda irá associar a deficiência comparada com as restrições e as possibilidades deste indivíduo com a de outros indivíduos sem a deficiência numa situação padrão de normalidade, visando perceber seu estado de saúde. O que se observa de antemão nestes documentos é a semelhança pela qual ambos são regidos pela crença num padrão de normalidade. A CID-10 diagnostica que a deficiência é a presença de um desvio na estrutura ou perda funcional das estruturas orgânicas, o que significa uma alteração no padrão normal de saúde. A CIF, por sua vez, aponta a deficiência então diagnosticada articulada com o estado de saúde da pessoa, fazendo isso a partir da sua funcionalidade e da sua incapacidade em situações padrões de normalidade.

A CIF distingue-se de forma mais significativa da CID -10 por apresentar elementos, entre os denominados de Fatores Contextuais, que apontam a sociedade como co-responsável na constituição de barreiras e obstáculos que impendem uma melhor funcionalidade das pessoas avaliadas.

À guisa de esclarecimento a CIF apresenta as seguintes definições no contexto da saúde (e que via de regra são tomadas em todas as áreas que dela fazem uso):

Funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas).

Estruturas do corpo são as partes anatômicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes.

Deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda.

Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.

Participação é o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real.

Limitações de atividade são dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de atividades.

Restrições de participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real

Fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem sua vida (OMS, 2003, p.11).

Sua estrutura de classificação é organizada em duas grandes partes, e cada uma delas apresenta componentes particulares. A primeira diz respeito às Funcionalidades e Incapacidades que apresentam como componentes o *corpo* (funções orgânicas e estruturas morfológicas) e a *atividade e participação* (representadas pela funcionalidade no aspecto individual e social). A segunda parte rege sobre os Factores Contextuais, dividido em *fatores ambientais* (fatores externos que determinam a funcionalidade e a incapacidade do indivíduo) e em *fatores pessoais* (não apresentam classificação na CIF devido a grande variação social e cultural, deixando de lado a apresentação da estrutura sócio-econômica de que faz parte e as implicações de raça, sexo, e outras características pessoais que digam respeito à integridade da pessoa e que respaldam seu bem-estar físico- psico-social).

Cada parte apresenta ainda construtos que são os agentes qualificadores¹² dos limites e possibilidades do indivíduo. Na primeira parte os agentes de qualificação designados são *desempenho* (que descreve o envolvimento do sujeito na sua situação de vida) e *capacidade* (resultante da condição da pessoa de realizar uma tarefa numa situação padrão ou aptidão da pessoa ajustada ao ambiente). Na segunda parte os agentes qualificadores são os *impactos facilitadores e limitadores* (descrevem as características do mundo físico, social e atitudinal).

¹² Todas as classificações realizadas pela CIF podem ser positivas ou negativas e são organizadas por um sistema alfa-numérico, ou seja, são indicadas por codificadores (letra e números) que determinam sobre o que está se referindo, seguidos de agentes qualificadores que são representados por números.

Cada componente é definido por uma letra que irá compor o codificador. As Funções do corpo são definidas pela letra “b” (body), as Estruturas pela letra “s” (structure), a Atividade e participação pela letra “d” (domain) e os Fatores Ambientais pela letra “e” (environment).

	Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade		Parte 2: Factores Contextuais	
Componentes	Funções e Estruturas do Corpo	Actividades e Participação	Factores Ambientais	Factores Pessoais
Domínios	Funções do Corpo Estruturas do Corpo	Áreas Vitais (tarefas, acções)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	I Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
Constructos	Mudança nas funções do corpo (fisiológicas) Mudança nas estruturas do corpo (anatômicas)	Capacidade Execução de tarefas num ambiente padrão Desempenho/Execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa
Aspectos positivos	Integridade funcional e estrutural	Actividades Participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
Aspectos negativos	Deficiência	Limitação da actividade Restrição da participação	Barreiras	Não aplicável
	Incapacidade			

(Fonte: OMS, 2003, p. 12)

Figura 3: Visão geral da CIF.

A primeira parte da CIF, relacionada com as incapacidades e as funcionalidades, é dividida em dois domínios: a) funções e estruturas do corpo e b) atividades e participação.

Cada um destes componentes possui uma classificação própria constituída através de capítulos que especificam cada uma delas.

As funções e estruturas do corpo apesar de fazerem parte de um mesmo domínio são organizadas a partir de capítulos distintos, onde existe uma categorização de capítulos para as funções e uma categorização de capítulos para as estruturas. Como descrito abaixo.

“Funções do corpo

Capítulo 1 Funções mentais

Capítulo 2 Funções sensoriais e dor

Capítulo 3 Funções da voz e da fala

Capítulo 4 Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológicos e imunológico e do aparelho respiratório

Capítulo 5 Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino

Capítulo 6 Funções genitourinárias e reprodutivas

Capítulo 7 Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento

Capítulo 8 Funções da pele e estruturas relacionadas

Estruturas do corpo

Capítulo 1 Estruturas do sistema nervoso

Capítulo 2 Olho, ouvido e estruturas relacionadas

Capítulo 3 Estruturas relacionadas com a voz e a fala

Capítulo 4 Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório

Capítulo 5 Estruturas relacionadas com o aparelho digestivo e com os sistemas metabólico e endócrino

Capítulo 6 Estruturas relacionadas com genitourinário e reprodutivo

Capítulo 7 Estruturas relacionadas com o movimento

Capítulo 8 Pele e estruturas relacionadas” (OMS, 2003, p.27)

Cada capítulo das funções e estruturas do corpo é codificado a partir das suas características particularidades, podendo ser novamente subdividido ou não. Como exemplo, o capítulo da categorização das Funções Mentais é subdividido em Funções mentais globais e Funções mentais específicas, as quais recebem as seguintes codificações.

“Funções mentais globais (b110–b139)

b110 Funções da consciência

b114 Funções da orientação

b117 Funções intelectuais

b122 Funções psicossociais globais

b126 Funções do temperamento e da personalidade

b130 Funções da energia e dos impulsos

b134 Funções do sono

b139 Funções mentais globais, outras específicas e não especificadas

Funções mentais específicas (b140–b1189)

b140 Funções da atenção
 b144 Funções da memória
 b147 Funções psicomotora
 b152 Funções emocionais
 b156 Funções da percepção
 b160 Funções do pensamento
 b164 Funções cognitivas de nível superior
 b167 Funções mentais da linguagem
 b172 Funções do cálculo
 b176 Funções mentais para a seqüência de movimentos complexos
 b180 Funções de experiência pessoal e do tempo
 b180 Funções funções mentais específicas, outras especificadas e não especificadas
 b198 Funções mentais, outras especificadas
 b199 Funções mentais, não especificadas” (OMS, 2003, p.29)

A codificação alfa-numérica acima determina qual das funções está sendo classificada, porém cada uma delas recebe um código extra que a especifica ainda mais. Como exemplo a codificação b110 que refere-se às funções da consciência podem ser especificadas em:

“b1100 Estado de consciência
 b1101 Continuidade da consciência
 b1102 Qualidade da consciência
 b1108 Funções da consciência, outras especificadas
 b1109 Funções da consciência, não especificadas” (OMS, 2003. p.42)

A partir desta identificação do que está sendo avaliado os agentes qualificadores completam as informações referindo-se a sua funcionalidade ou incapacidade. O mesmo acontece com todas as outras subclassificações das funções do corpo e com as estruturas, mas esta última começa a identificação que está sendo classificada com a letra “s”.

As funções e estruturas do corpo são determinadas por uma escala negativa que objetiva verificar a existência e a gravidade da deficiência. Na classificação, por exemplo, de alguma deficiência no estado de consciência pertencente a classificação das funções da consciência, encontrada nas funções mentais globais, esta seria indicada pelo seu codificador b1100 seguido de um “.” e do seu respectivo agente qualificador. O “ponto” separa o codificador do agente qualificador.

A existência e a magnitude da deficiência são mensuradas então pelos agentes qualificadores que seguem a tabela abaixo que é considerada a classificação genérica da CIF.

xxx.0	NENHUMA deficiência	(nenhuma, ausente, escassa,...)	0-4%
xxx.1	Deficiência LIGEIRA	(leve, pequena,...)	5-24%
xxx.2	Deficiência MODERADA	(média,...)	25-49%
xxx.3	Deficiência GRAVE	(grande, extensa,...)	50-95%
xxx.4	Deficiência COMPLETA	(total,...)	96-100%
xxx.8	Não especificada		
xxx.9	Não aplicável		

(OMS, 2003)

Porém, as estruturas, diferentemente das codificações das funções do corpo podem receber mais dois agentes qualificadores, com o segundo demonstrando a natureza da deficiência e o terceiro indicando a sua localização. O terceiro codificador não é de uso obrigatório, sendo a sua classificação entendida como uma sugestão da CIF.

Contudo, todas as classificações alfa-numéricas que não apresentarem nenhum agente qualificador serão classificadas para efeito de análise como ausência de deficiência.

A seguir a descrição do segundo e do terceiro agente qualificador das estruturas do corpo.

“Segundo qualificador

- 0 nenhuma mudança na estrutura
- 1 ausência total
- 2 ausência parcial
- 3 parte adicional
- 4 dimensões aberrantes
- 5 descontinuidade
- 6 posição desviada
- 7 mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acumulação de fluidos
- 8 não especificada
- 9 não aplicável

Terceiro qualificador (sugerido)

- 0 mais de uma região
- 1 direita
- 2 esquerda
- 3 ambos os lados
- 4 parte anterior
- 5 parte posterior
- 6 proximal
- 7 distal
- 8 não especificada
- 9 não aplicável” (OMS, 2003, p. 87)

Enquanto que as estruturas e funções do corpo possuem capítulos distintos, a codificação das atividades e participação resultam num mesmo núcleo de capítulos, onde ambas são classificadas pelo desempenho, primeiro agente qualificador, e pela capacidade, segundo agente qualificador.

Atividades e Participação

Capítulo 1 Aprendizagem e aplicação do conhecimento

Capítulo 2 Tarefas e exigências gerais

Capítulo 3 Comunicação

Capítulo 4 Mobilidade

Capítulo 5 Auto cuidados

Capítulo 6 Vida doméstica

Capítulo 7 Interações e relacionamentos interpessoais

Capítulo 8 Áreas principais da vida

Capítulo 9 Vida comunitária, social e cívica (OMS, 2003, p. 28)

As codificações destes domínios seguem as denominações alfa-númericas de “d1 a d9” seguido de números que determinam através das subdivisões suas especificidades como acontece com as funções e as estruturas. Exemplo: d155 refere-se ao Capítulo 1 Aprendizagem e aplicação do conhecimento na especificidade para “adquirir competências”, podendo ainda ser codificada em d1550 (adquirir competências básicas), d1551 (adquirir competências complexas), d1558 (adquirir competências, outras não especificadas) e d1559 (adquirir competências, não especificada).

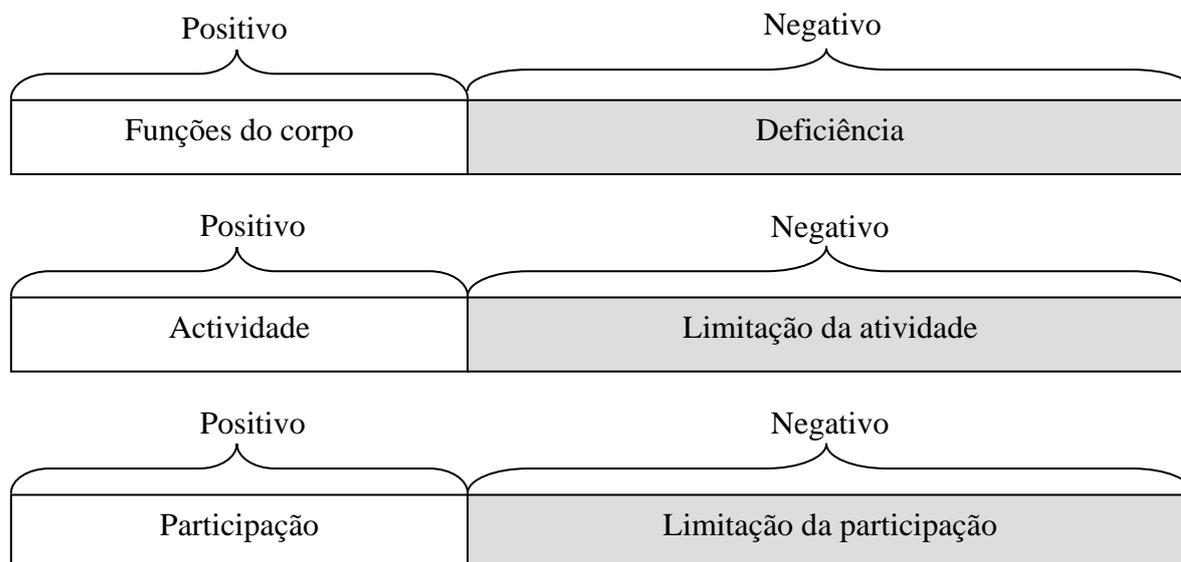
Enquanto domínios Atividades e Participação podem apresentar até cinco agentes qualificadores, que também são identificados após um “ponto”. Exemplo: dXXXx._ _ _ _ _

O primeiro qualificador avalia o desempenho, o segundo a capacidade, o terceiro avalia a capacidade com auxílio, o quarto o desempenho sem auxílio, sendo o quinto adicional. Os primeiros qualificadores são essenciais, o segundo e o terceiro são opcionais, o quinto qualificador ainda não foi desenvolvido, ficando em aberto para uma futura classificação que possa refletir o “envolvimento ou a satisfação subjetiva” (OMS, 2003, p.188).

Os agentes qualificadores da capacidade e do desempenho seguem a tabela de classificação genérica da CIF. Porém a recomendação é que venham acompanhados da codificação dos Fatores ambientais que se relacionem, pois eles complementam a informação.

Existe ainda no documento da CIF uma sugestão para a avaliação dos aspectos positivos de acordo com os critérios de quem a utiliza, qual seja:

Codificação de aspectos positivos



(OMS, 2003, p.181 e 182)

Destaco, neste exemplo da CIF, que mesmo num quadro que procura visar a codificação dos aspectos positivos é resguardado um maior espaço para os aspectos negativos.

Os Fatores Ambientais por definição no documento da CIF

“constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida. (...) (Sendo que estes) fatores ambientais devem ser codificados sob a perspectiva da pessoa cuja situação esta sendo descrita. “Por exemplo, as rampas ou passeios e lances rebaixados sem piso anti derrapante devem ser codificadas como um facilitador para um utilizador de cadeira de rodas mas como um obstáculo para uma pessoa cega.” (OMS, 2003, p. 141)

Assim é a experiência da pessoa avaliada ao subir a rampa que irá determinar se o agente em questão, no caso a rampa sem piso anti derrapante, é ou não um obstáculo a partir de sua condição inicial.

Dado muito relevante, mas como é mensurada a perspectiva das pessoas consideradas deficientes mentais se estas não são capazes de pensar por si? Os outros é que pensam por elas? Neste caso, os padrões de normalidade são a garantia da satisfação destas pessoas nas ações que resultam políticas públicas para este público alvo? Perguntas que permanecem sem respostas. Não foi

encontrada na CIF um exemplo de avaliação de uma pessoa com diagnóstico de deficiência mental que tenha opinado ou caracterizado sua condição, o que possibilita deduzirmos que esta é uma classificação sempre dependente mais do olhar do pesquisador do que da pessoa pesquisada. Porém, fica em aberto a questão de quem pensa o que é melhor ou não para as pessoas com diagnóstico de deficiência mental, para mais a frente refletirmos os alicerces que sustentam o olhar para as pessoas com diagnóstico de deficiência mental.

Os agentes qualificadores dos Fatores ambientais descritos são classificados por códigos e mensurados numa escala positiva ou negativa que vai de 0 a 4. Quando o código estiver separado da escala de mensuração por um ponto é porque estará se referindo a um obstáculo, e quando estiver separado pelo sinal + estará mencionando um facilitador. Vejamos a tabela a seguir:

Xxx.0	NENHUM obstáculo	(nenhum, ausente, escasso...)	0 – 4%
Xxx.1	Obstáculo LEVE	(ligeiro, fraco...)	5 – 24%
Xxx.2	Obstáculo MODERADO	(médio, regular...)	25 – 49%
Xxx.3	Obstáculo GRAVE	(elevado, extremo...)	50 – 95%
Xxx.4	Obstáculo COMPLETO	(total...)	96 – 100%
Xxx+0	NENHUM facilitador	(nenhum, ausente, escasso...)	0 – 4%
Xxx+1	Facilitador LEVE	(ligeiro, fraco...)	5 – 24%
Xxx+2	Facilitador MODERADO	(médio, regular...)	25 – 49%
Xxx+3	Facilitador GRAVE	(elevado, extremo...)	50 – 95%
Xxx+4	Facilitador COMPLETO	(total...)	96 – 100%
Xxx.8	Obstáculo não especificado		
Xxx+8	Facilitador não especificado		
Xxx.9	Não aplicável		

(OMS, 2003, p. 141)

Assim, Xxx é o código que dirá a que fator ambiental estamos nos referindo, enquanto o ponto ou o sinal de mais determinam se é positivo ou negativo, e o último número busca dar dimensão do problema. A mensuração diz respeito a intensidade com que o meio físico, social e atitudinal facilitam ou prejudicam a vida cotidiana das pessoas avaliadas.

Os Fatores Ambientais mencionados na CIF englobam cinco capítulos, divididos em: 1) produtos e tecnologias, 2) ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem, 3) apoio e relacionamentos, 4) atitudes, e 5) serviços, sistemas e

políticas. Cada capítulo apresenta uma subdivisão interna que resulta nos codificadores que serão usados nas classificações.

Para exemplificação nos deteremos nos capítulo 3 e 4, pela sua aproximação com os objetivos da pesquisa.

No capítulo 3 objetiva-se mensurar a quantidade de apoio prático físico e emocional recebido pela pessoa avaliada, seja o apoio dado tanto de pessoas como de animais.

Neste item verifica-se então uma preocupação com a quantidade de apoio, de pessoas ou profissionais disponíveis para oferecer assistência à pessoa, buscando visualizar o suporte que dispõe a pessoa avaliada. Sendo considerado então um fator negativo a falta deste suporte, desta atenção, e um fator positivo a presença destes. Como demonstra o quadro abaixo:

CÓDIGO	ATITUDES
e310	Família próxima
e315	Família alargada
e320	Amigos
e325	Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade
e330	Pessoas em posições de autoridade
e335	Pessoas em posições subordinadas
e340	Prestadores de cuidados pessoais e assistentes sociais
e345	Estranhos
e350	Animais domesticados
e355	Profissionais da saúde
e360	Outros profissionais
e398	Apoio e relacionamentos, outros especificados
e399	Apoio e relacionamentos, não especificados

(OMS, 2003)

No documento da CIF há uma descrição mais detalhada de que pessoas e animais se encaixam nas categorias de classificação.

Diferentemente do que será abordado no capítulo 4, aqui no capítulo três as pessoas não são avaliadas pelas suas atitudes, mas sim pela quantidade de apoio oferecida em relação a pessoa avaliada, nas diferentes esferas do seu cotidiano. Exemplo: Na avaliação de uma criança frente ao apoio paterno em relação ao subsídio escolar; se for identificado que este não oferece condições para o estudo do filho, a classificação seria esta: e310.4. Ou seja, o pai é considerado um obstáculo na vida educativa do filho. Outra situação: Na avaliação da atuação do cão como guia por uma pessoa cega este pode aparecer como um facilitador,

quantificado como moderado nas suas tarefas diárias, ficando a classificação do cão em e350+2.

Analisar quantitativamente o apoio recebido de outros pela pessoa avaliada indica quem, nas suas relações sociais, está facilitando ou inibindo sua participação social e o seu bem-estar. Ainda que não indique os motivos, reforça a importância de se pensar a alteridade, pois demonstra a relação diretamente proporcional de autonomia e dependência da qual falava Morin (1997). Nesta relação a pessoa é cada vez mais autônoma quanto mais compreende a sua relação de dependência com as outras pessoas. O inverso é também verdadeiro, o suporte dado a uma pessoa também é dessa forma a busca pela promoção da autonomia de si. A classificação identificada aqui pode, e entendemos que deve, então, servir de agente de reflexão-ação não apenas para a pessoa avaliada, mas necessariamente para o meio em que ela vive. Mas, será isso possível? Ou mesmo viável? Não temos a pretensão de responder.

Contudo, pensar quantitativamente as carências de apoio da população sem considerar as condições sociais em que estas se dão é ignorar elementos importantes da construção destas relações. Como a CIF é um instrumento de classificação que busca apontar estatísticas capazes de indicar melhores caminhos de intervenção social, acreditamos que esta categoria não deve assumir o caráter universalizante de uma classificação sob pena de desconsiderar as tão desiguais experiências vividas. Talvez devesse ser abordada considerando populações menores, partindo da contextualização das características semelhantes e divergentes nas diferentes esferas da vida das pessoas pesquisadas, ainda que fuja do propósito da CIF.

Entendemos que a contextualização do obstáculo investigado é significativa na promoção de políticas públicas, por que se o problema é de carência familiar, é preciso investigar a causa, para que as ações tenham efeito. Exemplo: se considerarmos a falta de apoio, seja físico e/ou emocional, para com a criança por parte de uma mãe, que é solteira, sem considerar as injustas relações de trabalho que a fazem trabalhar 15 horas/dia para sustentar a filha, o veredito é básico, não há apoio. Entretanto, esta mesma mãe faz o possível para proporcionar à filha moradia, alimentação, educação, assistência médica onde o apoio será considerado e classificado um facilitador completo. O problema da carência, neste caso

específico, está associado a uma relação direta com um problema de ordem mundial que é a falta de empregos, que gera mão de obra barata e jornadas longas de trabalho. O que estamos querendo dizer com este exemplo é que se esta criança for avaliada juntamente com outras crianças que apresentem carência familiar por parte da mãe, sem se considerar o contexto social em que estão inseridas, provavelmente as ações resultantes de políticas públicas para minimizar este problema não apresentarão os resultados desejados. Negligenciando-se as ações que poderiam efetivamente pensar uma outra ordem na organização do trabalho, indo na causa que gera o problema da carência. Ainda sobre este caso entendemos que o obstáculo aparece como o indivíduo (a mãe) e não a sociedade.

No exemplo dado anteriormente da avaliação do cão guia como facilitador moderado para a vida da pessoa, não foi detectado e registrado quais as queixas que fizeram o cão guia ser considerado apenas um facilitador moderado em vez das outras possibilidades. Dados que em proporção estatística poderiam resultar em não investimento neste agente facilitador por ser considerado de baixa eficiência, quando talvez o problema desta baixa eficiência estivesse muito mais relacionado com a dificuldade de locomoção pela não permissão de animais em transportes coletivos, como ônibus e táxis. Ainda que a lei diga o contrário. O que nos leva a entender que uma classificação estatística por si só é incompleta, ainda que importante.

É claro que estaríamos talvez pensando numa classificação complementar à classificação, o que poderia resultar numa infinidade de questões, mas é preciso ressaltar as limitações deste item para que o mesmo não se propague nas relações de força política como um instrumento onde as causas reais fiquem sempre escondidas.

Parece haver ainda uma relação deste documento com a preocupação existente hoje no mundo em atender as demandas mais emergenciais, e não estamos negando a importância das mesmas. Observamos, porém, que estas preocupações podem desdobrar-se em negações ou adiamentos por tempo indeterminado das reflexões sobre as raízes dos problemas das desigualdades sociais.

No capítulo 4 as atitudes correspondem às “conseqüências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores, normas, crenças religiosas e outras” (OMS, 2003, p. 156) e que pra nós resulta num importante momento de análise, visto que é

aqui que encontramos os maiores entraves em relação à inclusão das pessoas com deficiência. A idéia de inclusão está necessariamente ligada a estas expressões de atitude, pois as mesmas podem conduzir tanto a uma aceitação das pessoas consideradas deficientes como reforçar os estigmas já existentes ou, ainda, criar outros.

Neste sentido, segundo o próprio documento, os valores e as crenças não são codificados separadamente por entender estes como a força motriz das atitudes.

Neste item “as atitudes classificadas são as dos indivíduos relativamente à pessoa cuja situação está sendo descrita” (OMS, 2003, p. 156). Objetiva-se aqui mensurar o impacto das atitudes de diferentes indivíduos sobre a pessoa avaliada. Os indivíduos dizem respeito às pessoas que compõem as relações sociais estabelecidas pela pessoa avaliada, como demonstra o quadro abaixo.

CÓDIGO ATITUDES

- e410 Atitudes individuais de membros da família próxima
- e415 Atitudes individuais de membros da família alargada
- e420 Atitudes individuais dos amigos
- e425 Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade
- e430 Atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade
- e435 Atitudes individuais de pessoas em posições subordinadas
- e440 Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e assistentes sociais
- e445 Atitudes individuais de estranhos
- e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde
- e455 Atitudes individuais de outros profissionais
- e460 Atitudes sociais
- e465 Normas, práticas e ideologias sociais
- e498 Atitudes, outras especificadas
- e499 Atitudes, não especificadas

(OMS, 2003)

Cada atitude desta é na CIF minuciosamente detalhada quanto a sua especificidade, das quais destacamos três.

“Atitudes individuais de profissionais da saúde. Opiniões e crenças gerais ou específicas de profissionais de saúde, sobre a pessoa ou sobre outras questões (e. g. questões sociais, políticas e econômicas) que influenciam o comportamento e as acções individuais.” (OMS, 2003, p. 157) Considerando que a nossa pesquisa se inicia a partir da idéia de que é através da saúde que se forja o conhecimento e a concepção que se tem sobre as pessoas com diagnóstico de deficiência mental,

entendemos que a realização da mensuração do impacto das atitudes individuais dos profissionais da saúde é muito significativo em qualquer especificidade. Através deste levantamento poderia se constatar efetivamente qual o imaginário social que estes estão promovendo. Dados que seriam extremamente relevantes para uma auto-reflexão no campo da saúde.

Aqui é preciso considerar que a uniformização das terminologias médicas classificatórias - do sistema tradicional – no mundo, que tem por justificativa o aumento e a socialização do conhecimento, agem de forma determinista sobre a vida das pessoas. A este respeito é importante ressaltar que são muitos os estigmas causados pela compreensão negativa de doença e de deficiência. Assumindo o desafio de amenizar esta visão negativa que a saúde vem se vinculando, a OMS busca reduzir os impactos da atitude diagnóstica dos profissionais da saúde com ajuda dos conhecimentos das ciências sociais, esforço evidenciado na CIF.

Em relação a saúde a CIF parece propor uma mudança de olhar para a pessoa doente e/ou deficiente, mas se for pensado na sua ação generalizante que atinge diferentes domínios da vida humana (lazer, educação, trabalho, etc...) pode agir retrogradamente ao colocar as pessoas sempre em padrões de comparação, não mais apenas de incapacidade, mas agora também de funcionalidades de forma acrítica. Não basta ser saudável, é preciso ser funcional, projeto que parece atender perfeitamente aos ideais do sistema capitalista.

“Atitudes sociais. Opinião e crenças gerais ou específicas mantidas em geral pelas pessoas de uma cultura, sociedade, agrupamentos sub culturais ou outros grupos sociais, sobre outros indivíduos ou sobre outras questões sociais, políticas e econômicas que influenciam o comportamento e as ações dos indivíduos ou dos grupos.” (OMS, 2003, p. 157)

Focando a classificação das ações coletivas frente a um determinado grupo ou indivíduo, objetiva-se com esta decodificação identificar se as mesmas estão facilitando ou colocando obstáculos para a vida das pessoas. A questão sobre as atitudes sociais nos remete a pensar a constituição das práticas coletivas e individuais, por entender que estas só poderiam ser forjadas no interior e com elementos desta mesma sociedade, não sendo estas destituídas de suas raízes históricas e menos ainda de suas disputas de poder. Assim, um levantamento estatístico de ações estigmatizadoras em situações padrões não é suficiente para uma auto-crítica, porque as situações padrões são reflexo do sistema social, ou seja,

elas existem porque em alguma medida são consideradas aceitáveis e ou até mesmo normais. Para haver uma mudança é preciso ir à gênese do problema, é preciso compreender por que estas atitudes se originam e quais as relações de poder que por ela são sustentadas.

“Normas, práticas e ideologias sociais. Costumes, práticas, regras e sistemas abstractos de valores e crenças normativas (e.g ideologias, visões normativas do mundo, filosofias morais) que surgem dentro dos contextos sociais e que afectam ou criam práticas e comportamentos sociais e individuais, tais como, normas sociais de moral, etiqueta e comportamento religioso; doutrina religiosa e normas e práticas resultantes; normas que regulam os rituais ou as reuniões sociais.” (OMS, 2003, p. 157)

Este item possibilita visualizar a ação dos agentes normativos que condicionam não só as formas de agir, mas principalmente as formas de pensar. Indicar os elementos que têm esta ação restritiva e os que têm ação facilitadora em relação às normas, práticas e ideologias sociais é apontar sutilmente uma possibilidade de reestruturação social. Para isso, os resultados estatísticos aqui encontrados não devem ser pensados a partir de situações padrões de normalidade fundamentadas unicamente em princípios de rendimento e eficácia, devendo se considerar outros princípios partícipes das necessidades humanas.

O problema neste caso está no engessamento da avaliação das normas, práticas e ideologias sociais com base em princípios pré-determinados sem uma crítica dialética e histórica. Por exemplo: a não adaptação de uma pessoa deficiente mental na sociedade não deve ser entendida apenas a partir da sua deficiência ou da sua funcionalidade, mas também do fato de que as normas sociais não são inclusivas, ou melhor, devem partir do fato de que elas são excludentes. Assim, quando estatisticamente consideramos algo como facilitador deveremos ter claro que isto não quer dizer que não seja excludente para uma minoria. Recai-se aqui sobre o problema da generalização que não atende ao interesse de todos.

A grande questão que engloba os 3 destaques é a generalização, fato que coloca todas as culturas, crenças e valores, diferentes classes sociais, etc, dentro de um mesmo bojo conceitual que não dá conta de sua complexidade, impondo limites consideráveis. Limites que, por exemplo, não consideram a possibilidade de pensar a saúde da sociedade a partir da existência de lutas de classes, fato que favorece as grandes potências econômicas ao encobrir a pobreza/miséria dos países subdesenvolvidos.

Retornando à idéia abordada no capítulo anterior onde a saúde dos povos não está isenta das lutas pela hegemonia mundial, entendemos que a CIF não contribui efetivamente para ampliar o debate a respeito das desigualdades sociais como possíveis causas de doenças e deficiências. Esta forma de classificação também não possibilita pensar as sociedades – em destaque a ocidental – como sistemas *criadores* de deficiências.

O que estamos vendo segundo a CIF é um instrumento de levantamento de dados objetivos que ao avaliar ainda precisa avançar muito nas formas de classificar o que ela denomina de fatores ambientais, para só então, contribuir de forma mais efetiva com a saúde dos povos. A este respeito é preciso mencionar que o próprio documento esclarece que os Fatores Ambientais nele relacionados ainda estão em fase de experimentação e é recomendada cautela no seu uso.

3.3 Deficiência mental na CID-10 e CIF

Após a apresentação mais geral de algumas características mais relevantes da CID-10 e da CIF considerando a temática proposta, vamos neste sub-capítulo, analisar os documentos acerca da compreensão da deficiência mental, foco mais específico da pesquisa. Para tanto, pontuamos a seguir alguns elementos que se referem objetivamente à deficiência mental.

Na classificação da CID-10 sobre doenças mentais a deficiência mental aparece como sinônimo de retardo mental, que é compreendido como uma

parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social. O retardo mental pode acompanhar outro transtorno mental ou físico, ou ocorrer de modo independente. (CID-10, 1994, p.361)

A deficiência mental vem sendo diagnosticada pelas incapacidades reveladas no decorrer do desenvolvimento do indivíduo em sua adequação ao convívio social e ao processo ensino-aprendizagem. A deficiência na CID-10 é classificada num indivíduo adulto a partir de quatro níveis de retardo, que são estimados pelo Quociente de Inteligência (QI), apresentados na Tabela 1.

Tabela 1: Classificação da Deficiência mental de acordo com os níveis de QI

Deficiência mental	Indivíduo Adulto (amplitude aproximada)
Retardo mental leve	QI entre 50 e 69
Retardo mental moderado	QI entre 35 e 49
Retardo mental grave	QI entre 20 e 34
Retardo mental profundo	QI abaixo de 20

(Fonte: CID – 10, 1994)

A quantificação do QI está relacionada com a idéia de idade mental de um adulto comparada com a idade mental de uma criança, como demonstra a Tabela 2.

Tabela 2: Resultante do baixo QI em indivíduos adultos com Deficiência

Indivíduo Adulto com Deficiência (amplitude aproximada)	Idade Mental Aproximada em adultos
QI entre 50 e 69	de 9 a menos de 12 anos
QI entre 35 e 49	de 6 a menos de 9 anos
QI entre 20 e 34	de 3 a menos de 6 anos
QI abaixo de 20	abaixo de 3 anos

(Fonte: CID-10, 1994)

A descrição detalhada da classificação do retardo mental está dentro do Capítulo V “Transtornos Mentais e Comportamentais” da Lista Tabular. Sua classificação nuclear alfanumérica varia de F70 –F79, como veremos a seguir:

“F70 Retardo mental leve

(...) Provavelmente devem ocorrer dificuldades de aprendizado na escola. Muitos adultos serão capazes de trabalhar e de manter relacionamento satisfatório e de contribuir para a sociedade.

Inclui: atraso mental leve

debilidade mental

fraqueza mental

oligofrenia leve

subnormalidade mental leve

F71 Retardo mental moderado

(...) Provavelmente devem ocorrer atrasos acentuados do desenvolvimento na infância, mas a maioria dos pacientes aprende a desenvolver algum grau de independência quanto aos cuidados pessoais e adquirir comunicação adequada e habilidades acadêmicas. Os adultos necessitarão e assistência em grau variado para viver e trabalhar na comunidade.

Inclui: atraso mental médio

oligofrenia moderada

subnormalidade mental moderada

F73 Retardo mental grave

(...) Provavelmente deve ocorrer a necessidade de assistência contínua.

Inclui: atraso mental grave

oligofrenia grave

subnormalidade mental grave

F73 Retardo mental profundo

(...) Devem ocorrer limitações graves quanto aos cuidados pessoais, continência, comunicação e mobilidade.

Inclui: atraso mental profundo
 oligofrenia profunda
 subnormalidade mental profunda

F80 Outro retardo mental

F79 Retardo mental, não especificado

Inclui: deficiência mental SOE
 oligofrenia SOE
 subnormalidade mental SOE” (OMS, 1994a, p.362).

Os três caracteres referem-se então a Lista Nuclear, mas esta Lista Tabular apresenta ainda a explicação e a determinação sobre o uso do quarto caractere.

“As seguintes subdivisões de quarto caráter devem ser usadas com as categorias F70 – F79 para identificar a extensão do comprometimento comportamental:

- . 0 Menção de ausência de ou de comprometimento mínimo do comportamento
- . 1 Comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento
- . 8 Outros comprometimentos do comportamento
- . 9 Sem menção de comprometimento do comportamento” (OMS, 1994a, p. 361)

Quanto à CIF, não é seu objetivo fornecer o diagnóstico da deficiência mental. Esta limita-se a identificar as condições de funcionalidade e incapacidade do indivíduo com esta deficiência articulada com as suas condições de vida, identificados pela apresentação do que é ou não capaz de fazer em comparação com uma pessoa sem deficiência, numa dada situação ideal. Neste sentido, a deficiência mental ainda é um diagnóstico de ordem médica que é apenas baseado nos padrões citados pela CID-10. A função da CIF é, apenas, a de completar esta informação com as conseqüências do “desvio” da normalidade na vida desta pessoa, bem como, indicar as funcionalidades não afetadas pela deficiência mental, ou ainda, a funcionalidade que é afetada, mas que ainda assim é funcional.

O instrumento de avaliação da CIF é importante porque possibilita identificar que a deficiência (patológica) não é o único fator que gera desvantagens ou incapacidades (presença de alguma anormalidade) para as pessoas com deficiências. Estas desvantagens e incapacidades resultam de múltiplos fatores, inclusive da influência da sociedade, apontados através dos obstáculos colocados pelos Fatores Contextuais.

Contudo as associações parecem ser uma “colcha de retalhos” das avaliações extremamente fragmentadas das inúmeras possibilidades. O que destacamos aqui e que abordaremos mais à frente é a falta de contextualização

histórica sobre o caráter determinista destas classificações aplicadas sobre a realidade, principalmente quando se abordam os fatores contextuais.

Cabe aqui um retorno ao romance “O Alienista” citado na introdução. Naquele contexto, o caminho da verdade e da solução para os males da humanidade era a ciência, pela qual a medicina torna-se a soberana nos discursos sobre a saúde. Para o Alienista, o mal maior da sociedade encontrava-se na loucura, precisando então defini-la com clareza para poder agir sobre ela de forma eficaz. Num diálogo elucidador entre o Dr. Bacamarte e um fiel amigo, o primeiro lhe fala sobre como delimita a loucura. “ – Supondo o espírito humano uma vasta concha, o meu fim, Sr. Soares, é ver se posso extrair a pérola, que é a razão; por outros termos, demarquemos definitivamente os limites da razão e da loucura. A razão é o perfeito equilíbrio de todas as faculdades; fora daí insânia, insânia e insânia.” (ASSIS, 2001, p. 24 e 25). A razão era avaliada por ele como o equilíbrio das faculdades em relação às práticas sociais normatizadas por padrões naturalizados, sendo os loucos os diferentes da norma.

Em relação aos documentos acima apresentados parece haver alguma familiaridade em relação ao discurso que estabelece a verdade, a ciência médica hegemônica, delimitando também a deficiência mental, a des-razão, a partir de padrões sociais naturalizados.

CAPÍTULO IV

4. Deficiência Mental: CID-10 e CIF

Depois de apresentados os documentos CID-10 e CIF nos seus aspectos mais relevantes para a nossa discussão, foram estruturadas quatro categorias de análise. São elas: a) a relação da anormalidade e patologia, b) as Classificações Estatísticas e os Estados de Saúde, c) Diagnóstico, e d) a Incapacidade e a Funcionalidade.

A relação da normalidade/patologia aparece como base que sustenta o discurso oficial, enquanto as classificações têm um papel decisivo no olhar que se dirige à sociedade, e também, nas políticas públicas que serão estruturadas a partir dos seus dados.

O diagnóstico aparece dentro de um paradoxo criado pelas ciências médicas onde este, ao mesmo tempo em que contribui para diminuir o estigma da deficiência mental, atua também de forma a sustentar preconceitos.

A incapacidade e a funcionalidade são conceitos que merecem destaque não apenas pela possibilidade de abertura na sua concepção realizadas através das revisões dos documentos que resultam na CIF, mas também pela forma como estes conceitos se articulam com o sistema social vigente.

Assim, cada categoria é analisada a seguir a partir dos dados fornecidos pelos documentos analisados, com o suporte do referencial bibliográfico. Este diálogo das fontes com o referencial auxilia a problematizá-los, a partir da construção histórica destes termos e as implicações que apresentam no interior da OMS e para uma compreensão da pessoa com diagnóstico de deficiência mental.

4.1 Parâmetros da Normalidade

Estaremos aqui trilhando os caminhos que constituem o olhar das ciências médicas, em especial da OMS, sobre a anormalidade e a patologia, para compreender as implicações desta na concepção que se tem da pessoa com diagnóstico de deficiência mental como um ser “anormal”, desprovido de razão.

Nesta discussão não pode se deixar de citar a tese “O Normal e o Patológico” de Georges Canguilhem quando este discute justamente a compreensão que as ciências médicas apresentam acerca deste assunto. Tese que foi defendida em 1944, mas que apresenta questões ainda muito relevantes visto que as ciências médicas parecem ter pouco evoluído neste sentido.

Principalmente, quando este autor identifica que o modelo de pensamento assumido pelas ciências médicas aponta para a existência de uma compreensão restrita por parte das instituições que a compõem acerca da normatividade biológica Canguilhem (1995). Fundamentadas neste modelo, estas instituições, em sua prática cotidiana, negam as influências das normas culturais e sociais no quadro da saúde.

Personagem importante na configuração deste cenário da história da saúde é August Comte que segundo Canguilhem desenvolveu uma forma de explicar a vida através dos determinantes biológicos; pautados sobre os princípios da ciência positivista tiveram grande influência sobre a concepção que predomina nas ciências médicas. Segundo Silva (2001, p. 25) uma das contribuições de Comte ainda vistas nas ciências biomédicas é a de que “toda ciência é positiva, pois parte do eu está posto à disposição na realidade, do *positum*; e fora de sua positividade não há ciência.”

Canguilhem (1995) constrói uma dura crítica às concepções de normalidade e patologia desenvolvidas por Comte, identificando que os fenômenos de ordem patológica são idênticos aos fenômenos considerados de ordem normal, encontrando diferença apenas nas variações quantitativas.

Segundo ele “o anormal não o é por ausência de normalidade” (CANGUILHEM, 1995, p. 97), sendo que a sua caracterização não está também na diminuição ou num desvio da normalidade, mas efetiva-se sim por apresentar uma outra normalidade distinta da que se faz predominante ou a que seja desejável. Ou seja, Canguilhem chama a atenção para a compreensão de que os estados que sugerem um desequilíbrio são de alguma forma um estado de viver. Os estados patológicos seriam na sua compreensão uma intolerância do indivíduo a novas formas de vida. Sendo esta intolerância gerada pelos múltiplos fatores (não apenas de ordem biológica) que constituem a história de vida do indivíduo. A recuperação e/ou a cura neste sentido não é em nenhum momento um retorno ao estado anterior,

o que acontece é o aparecimento ou não (no caso de estados patológicos que levem a óbito) de novas condições adaptativas a outras normas de vida.

A partir destes elementos, Canguilhem (1995) procurou contextualizar e demonstrar como as ciências médicas têm se portado em relação aos padrões de normalidade, esclarecendo que adotaram medidas impositivas. O padrão de normalidade estabelecido na visão médica corrente na área da saúde parte da idéia de corrigir imperfeições, anormalidades presentes numa pessoa, numa visão estritamente funcional. Este padrão ignora que as doenças também são formas de reação do organismo a determinadas situações. Assim, a atenção médica despendida a um paciente é dada tendencialmente à reestruturação das funções orgânicas ausentes ou não funcionais.

Para Jasper (apud CANGUILHEM, 1995), o médico é o que menos se interessa pela definição de saúde e doença, porque para o médico o que lhe cabe cientificamente são as questões relativas aos fenômenos vitais. Esse pensamento era decorrente da idéia da medicina se limitar a “determinar quais são os fenômenos vitais durante os quais os homens se dizem doentes, quais são as origens desses fenômenos, as leis da sua evolução, as ações que o modificam” (CANGUILHEM, 1995, p. 93). Este projeto se caracterizava estritamente normalizador e, do ponto de vista da medicina, não justificava a necessidade de uma definição conceitual.

A sociedade é que, na expressão de seus pacientes e das idéias dominantes, segundo Jasper (apud CANGUILHEM, 1995, p.93), define o conceito de doença, constituída por um julgamento de valor ideal, no qual o “doente é um conceito geral de não-valor que compreende todos os valores negativos possíveis”; a doença é então algo a ser necessariamente rejeitado, enquanto o que é desejado se constitui pela compreensão ideal de saúde, ou seja, se caracteriza pela norma.

A pessoa normal é então aquela que pode servir de modelo para outras as quais ainda não são assim classificadas por apresentarem alguma doença ou deficiência. Neste sentido, Canguilhem (1995, p. 211) nos diz que “o normal é, ao mesmo tempo, a extensão e a exibição da norma”. Este mesmo autor continua afirmando que a norma é de ante-mão a rejeição do anormal; “uma norma tira seu sentido, sua função e seu valor do fato de existir, fora dela, algo que não corresponde à exigência a que ela obedece.”

Pode-se dizer que aquilo que não é desejado na medicina, só se expressa pelo que não é desejado no social, porque a doença é extensão dos desejos de uma pessoa de retornar a um estado anterior de não debilidade. O que estamos querendo dizer é que a sociedade, na busca da saúde, prende-se a uma idéia de normalidade que fundamenta as ciências médicas.

De forma que a medicina ao identificar cientificamente a doença aponta na sociedade algo que não é normal, e que já é de antemão socialmente indesejado. A saúde, representada aqui pela concepção da OMS, através dos documentos da CID-10 e da CIF traz, na sua bagagem histórica, o entendimento sobre o que é ou não normal, a partir da idéia de algo não desejado. E quando não repensa o conceito de saúde e de doença, ela corrobora na proliferação de um conceito de doença como uma anormalidade.

A questão é, ainda que a sociedade tenha novos valores e apresente novos significados, a verdade ainda é obtida cientificamente e, por conseguinte, não é questionável. A medicina tradicional que não procura refletir sobre si mesma, sobre a sua ciência, sobre a sua forma de determinar o que é e o que não é normal, mantém-se atenta ao que é da ordem da fisiologia e da correção funcional. Sob este aspecto, a deficiência está longe de ser considerada algo normal e, conseqüentemente, longe de ser socialmente aceita.

Quando se sabe que *norma* é a palavra latina que quer dizer esquadro e que *normalis* significa perpendicular, sabe-se tudo o que é preciso saber sobre o terreno de origem do sentido dos termos norma e normal trazidos para uma grande variedade de outros campos. **Uma norma, uma regra, é aquilo que serve para retificar, por de pé, endireitar. “Normar”, normalizar é impor uma exigência a uma existência, a um dado, cuja variedade e disparidade se apresentam, em relação à exigência, como um determinado hostil, mais ainda do que estranho.”** (CANGUILHEM, 1995, p. 211). (grifo nosso).

Quando Bachelard, nas palavras de Canguilhem, diz “que todo valor tem que ser obtido em oposição a um anti-valor” (1995, p. 211) está associando a norma à construção social de um valor positivo e um negativo, no qual todo e qualquer desvio é uma agressão à norma ou à ordem estabelecida como normal. Sob esta perspectiva o anormal é também um risco à manutenção da norma, da ordem.

Uma norma só é a possibilidade de uma referência quando foi instituída ou escolhida como expressão de uma preferência e como instrumento de uma vontade de substituir um estado de coisas insatisfatório por um estado de coisas satisfatório. Assim, qualquer preferência de uma ordem

possível é acompanhada – geralmente de maneira implícita – pela aversão à ordem inversa possível. (CANGUILHEM, 1995, p.212)

Neste sentido, cabe ressaltar que Foucault (apud MARTINS, 1999) foi o primeiro a focar a medicina não mais como ciência da vida, mas como uma ciência do homem. Incorporou a idéia de uma ciência social, política e histórica, evidenciando que por trás da neutralidade científica originária da biologia e da medicina havia uma compreensão de mundo e uma forma de poder instituído. Assim quando se pensa numa aversão a uma ordem inversa, pode-se pensar também num fazer científico que condiciona intencionalmente o olhar das ciências médicas.

Enquanto uma ciência do homem pautada na racionalidade científica moderna, as ciências médicas sofreram modificações. Mudaram de uma compreensão de normalidade para outra, mas, sempre tomando como fundamento a ordem biológica. Segundo Luz (1988), há uma passagem de uma concepção ontológica da doença entendida como uma entidade, um ser independente, para uma outra concepção que entende as enfermidades como desvios patológicos da normalidade. Contudo, diz ela, esta mudança não altera os fundamentos objetivadores que colocam na relação normal/patológico uma idéia de ordem e evolução atuando com os ideais dos princípios positivistas.

Assim, mesmo não sendo mais uma entidade para ser um estado, a doença continua regida pela lógica da racionalidade circunscrita na modernidade. Segundo os estudos de Luz (1988), os conceitos de normal e patológico são categorias subordinadas às categorias de Ordem (natural, social) e de Evolução (progressiva). Estas categorias estão presentes na perspectiva Comteana que se institui na modernidade, procurando estabelecer uma única lei que determina tanto o mundo natural quanto o social, através do racionalismo científico positivista.

“Certamente, suposto ao postulado da unificação Natural-Social, está a concepção de Natureza (natureza humana, ou natureza social), e de que as leis que regem uma como a outra são as mesmas, porque seu fundamento é um só: o intelecto humano, a Razão, no seu progresso contínuo e laborioso que encontrou, na ciência moderna, seu apogeu e seu lugar verdadeiro”. (LUZ, 1988, p. 111)

Os movimentos contrários a estas posturas dizem respeito às concepções naturalistas, dinâmicas e, na grande maioria das vezes, vitalistas. Segundo Canguilhem (1995) procuravam supor no homem uma harmonia, um equilíbrio onde

a doença seria um desequilíbrio. A doença é parte do homem enquanto um desequilíbrio em busca de um novo, e necessariamente diferente, ponto de equilíbrio. Segundo Luz (1988) esta concepção está deslocada no cenário moderno, pois é marginalizada pelo discurso científico.

Destacamos que mesmo apesar desta compreensão da doença estar marginalizada pelo discurso médico-científico ela existe subjacente a todo descrédito, e ainda que de forma não hegemônica, sobrevive. Segundo Luz (1988) estas outras concepções de saúde, como a homeopatia, têm um espaço restrito na modernidade não pelo debate, diálogo ou pelo conhecimento que promovem em contraste com a medicina moderna, mas pela ignorância das pessoas sobre estes assuntos e que continuam legitimando esta última como prática e saber de verdade.

Nesta fase da modernidade na qual a medicina hegemônica é prática e saber de verdade, pode-se compreender que as normas estabelecidas em uma sociedade não são, em sua grande maioria, impostas à força. Segundo Tomasini (1994), grande parte das normas sociais é internalizada pelas pessoas desde a infância através do convívio social, das interações que estabelecem durante a sua formação, das experiências por diversas passagens em instituições. Em outras palavras, o pertencimento a uma sociedade faz com que algumas regras, formas de conduta e valores sejam aceitos como naturais.

Por este motivo, não é, segundo Ganguilhem (1995), necessário o uso de agentes coercitivos na determinação de uma norma. O que acontece é justamente ao contrário, criam-se instituições que são agentes mantenedores de uma ordem pré-estabelecida e, por assim dizer, culturalmente naturalizada.

Um exemplo dessas instituições corretivas foi a hipotética, mas exemplar, “Casa Verde”, pois esta se configurava num espaço que objetivava normalizar a desrazão, onde a racionalidade constituía-se pelos padrões culturais. Para o Alienista, todo aquele que fugisse da norma era desprovido de razão, sendo considerado louco. Acentuamos a crítica realizada por Machado de Assis sobre a construção social, em fins do século dezenove, do discurso médico como um discurso científico e, nesta condição, como um discurso de verdade.

Um outro exemplo da manutenção da ordem já previamente identificado aqui no Brasil é a aceitação das instituições especiais de ensino como inclusivas, visto

que há um espaço social destinado a aceitação da anormalidade, valorizando efetivamente o conceito de normalidade na sociedade.

A CID-10 e CIF inscrevem-se nesta categoria enquanto classificações estatísticas que organizam os diagnósticos e avaliações de saúde que caracterizam a anormalidade na constituição da deficiência mental.

Assim, ainda que as ciências médicas avancem dizendo que há uma relação entre o organismo e o ambiente, persiste o predomínio do organismo sobre o ambiente. A questão está na ênfase das análises médicas fundamentadas ainda a partir do organismo, ou seja, a partir da biologia em relação dialética com o indivíduo e com o ambiente. A CIF é um exemplo disto quanto busca a interconexão com o social na avaliação da saúde das pessoas. O faz a partir da normalidade biológica do organismo em relação ao meio, de forma que entendemos que esta também é uma forma de impor uma normalidade do ponto de vista das ciências médicas. Segundo Foucault (apud MARTINS, 1999, p. 9), a ênfase deve ser

“dada no indivíduo, e não no organismo, de maneira que é importante destacar as múltiplas relações das individualidades no espaço social. O fundamental no discurso da medicina não seria o reconhecimento da capacidade inerente ao organismo de produção de normas, mas a imposição ativa de normas sobre as populações, regulada pela medicina. A este processo Foucault denomina normalização”. (Grifo nosso)

O que está se colocando em questão é pensar a vida a partir dos indivíduos e não mais dos organismos, objetivando-os de forma reducionista, pensado o ser humano a partir da sua realidade simbólica, histórica, social, política, cultural, econômica e também biológica.

Faz parte deste processo compreender que natureza e cultura são recortes de um mesmo tecido. A cultura é uma forma de expressão do humano e que, como tal, o constitui tanto quanto a natureza orgânica. Em decorrência disso, a implicação das ciências médicas como construção humana da compreensão do normal e do patológico faz gerar, para o gênero humano, novas normas que organizam a vida, como já explicitava Foucault.

Destacamos, neste contexto, que um dos elementos que parece contribuir para esta forma das ciências médicas pautarem-se apenas pela ordem do biológico pode ser associado à racionalidade moderna aliada à ciência positivista. Esta última contribuiu para provocar uma mudança de olhar para o ser humano, de forma que

este pudesse ser objetivado, determinado cientificamente. Sendo que a racionalidade moderna aparece então como um elemento importante que subsidia primeiro a constituição da doença como uma entidade independente e depois como um desvio geral da normalidade.

Além de que, é justamente a idéia da falta de racionalidade que constitui a concepção das pessoas com diagnóstico de deficiência mental. O que nos conduz necessariamente a pensar a racionalidade por duas vias. Primeiro, no que diz respeito à ciência que se apropria de uma forma de razão e racionalidade que fundamentam as ciências médicas e mais especificamente a OMS. E em segundo, a condição de des-razão em que se colocam as pessoas consideradas deficientes mentais quando a razão atua como um agente determinante na condição para ser humano. Estas diferentes vias serão analisadas na seqüência, a partir de uma perspectiva da razão, a partir de seu processo de subjetivação, tal como identifica Horkheimer (2000).

4.1.1 O processo de subjetivação da razão e algumas implicações para as ciências médicas e para a Deficiência Mental

A forma de constituição das ciências médicas e a forma como se constituem os diagnósticos são condicionados historicamente, ao mesmo tempo em que interferem e são constituídos pelas mudanças no conceito de razão. Neste caso, refletir sobre este processo de subjetivação é necessário para compreender qual a concepção de ciência e de humano que figuram na OMS.

Horkheimer (2000) descreve o que seria o processo de subjetivação da razão como um processo de estreitamento deste conceito. Estreitamento que ocorre através de uma longa transformação que culmina na passagem da crença da razão objetiva para a crença na razão subjetiva. A diferença fundamental de ambas está no fato de que na primeira a razão é um princípio inerente da realidade – que procurava evidenciar a sua harmonia com a realidade objetiva, com um fim em si mesmo –, e na segunda a razão é uma faculdade subjetiva da mente.

Neste sentido, refletir acerca do processo de subjetivação da razão é importante porque acreditamos na hipótese de que é no estreitamento do conceito e na exacerbação de sua vertente instrumental que na atualidade as pessoas são

mais facilmente diagnosticadas deficientes mentais. A idéia está então na possibilidade de se ver como era pensado o grau de racionalidade de uma vida humana antes do estreitamento do conceito, pois a racionalidade do deficiente mental hoje é avaliada sob outros princípios que não estes da razão objetiva. O que contribuiria para compreender o sentido e o significado de sua objetivação na atualidade.

A constituição de alguns dos sistemas filosóficos mais antigos da civilização ocidental – como o de Sócrates, Platão, Aristóteles.... – e depois os escolásticos e também o Idealismo Alemão, apresentavam uma relação objetiva com o conceito de razão, almejando a verdade absoluta, uma explicação da ordem objetiva. Ainda que esta verdade absoluta fosse pensada de diferentes formas por cada sistema, o que importava era a harmonia da ordem objetiva com uma finalidade última e em si mesma. “A teoria da razão objetiva não enfoca a coordenação do comportamento e objetivos, mas os conceitos – por mais mitológicos que estes pareçam hoje – tais como a idéia do bem supremo, o problema do destino humano e o modo de realização dos fins últimos”. (HORKHEIMER, 2000, p. 15).

As formas de pensamento articuladas com a idéia de razão objetiva eram fiéis aos seus fundamentos, tanto que se opuseram – algumas vezes duramente – a outras formas de compreensão da realidade. Neste sentido, as crenças na mitologia grega foram as primeiras a serem desmistificadas porque não comungavam das fontes da razão, pois até mesmo as crenças no entendimento da razão objetiva deveriam também ser constituídas através dos fundamentos da racionalidade e não de uma alusão divina. Segundo Horkheimer (2000, p. 16) a razão objetiva, também composta por uma faculdade subjetiva, ao “denunciar a mitologia como uma falsa objetividade, isto é, como uma criação do sujeito, teve que usar conceitos que reconheceu como adequados. Assim, desenvolveu sempre uma objetividade em si”. Poderíamos dizer que esta objetividade estava expressa no conteúdo do conceito de razão. Para os filósofos da razão objetiva, acreditar em Deuses não era o problema, responder as perguntas essenciais também não era problema, desde que estas respostas fossem pensadas numa ordem objetiva, que apresentassem uma finalidade última de ser, uma finalidade em si, que não dependesse exclusivamente do humano.

Esses filósofos objetivavam desenvolver um sistema abrangente, ou uma hierarquia, de todos os seres, incluindo o homem e os seus fins. **O grau de racionalidade de uma vida humana podia ser determinado segundo a sua harmonia com essa totalidade. A sua estrutura objetiva, e não apenas o homem e seus propósitos, era o que determinava a avaliação dos pensamentos e das ações individuais.** (HORKHEIMER, 2000, p. 14) (Grifo nosso)

Na Idade Média, o homem tem sua finalidade em Deus, e o caminho para alcançá-la é a fé. A verdade almejada segundo o cristianismo – que faz-se hegemônico na época – é Deus, por muito tempo contemplado apenas pela revelação. Neste processo é que os escolásticos exercem a função de agentes conciliadores entre a fé e a razão, na qual resiste por algum tempo a idéia de uma razão objetiva articulada com a fé Cristã. Contudo, ao ter criticado a mitologia, a razão objetiva precisa também se posicionar frente ao conteúdo da religião, pois ambas se dizem responsáveis pela verdade, tornando-se excludentes entre si. Enquanto uma busca a verdade pela autoridade divina a outra o faz pelo entendimento racional, o que não significava encontrar a mesma verdade, gerando um constrangimento a ambas.

Para Horkheimer (2000, p. 21) “os sistemas filosóficos de razão objetiva implicam a convicção de que se pode descobrir uma estrutura fundamental ou totalmente abrangente do ser e de que disso se pode derivar uma concepção do destino humano”. Assim, apesar da razão objetiva ser pensada em função de uma finalidade última e em si mesma, como no caso da religião, não necessariamente estaria ligada a ela, sendo em seu conhecimento sua substituta essencial.

No Idealismo Alemão, a razão objetiva vigora em Hegel pela “idéia de espírito absoluto” que possibilita pensar nas questões essenciais e em fundamentos de ordem ontológica que sustentem uma racionalidade objetiva tendo um fim em si e para si (BORGES, 1998). Porém, com o Iluminismo, a crítica da razão objetiva exercida sobre o caráter mitológico presente no discurso Cristão recai sobre si, sendo justamente sobre a idéia do mito da verdade que a razão objetiva contribui para sua derrocada, pois os críticos passam a questionar a possibilidade do conhecimento da verdade absoluta ligada a uma racionalidade objetiva.

Sobre estes sistemas recaiu, ainda, o questionamento sobre a desconsideração com a realidade experienciada pelos seres humanos no seu processo histórico, ou seja, a ordem objetiva era pensada distante das diferenças

sociais vigentes e, portanto, não dava conta de explicar as barbáries a que estes sujeitos foram submetidos.

Sob os aspectos apontados, a razão objetiva, na sua concepção originária, tem a idéia de um fim em si mesmo e sua característica mais relevante é a de refletir a condição humana enquanto constituinte de um sistema maior. Pode-se dizer que seu principal objetivo centrava-se na empreitada por constituir uma relação simbiótica/harmônica com o mundo vivido conquistada com a articulação entre o espírito do mundo e o espírito humano – objetividade e subjetividade –, o que não garantiu essa atitude de fato.

O processo de Subjetivação da Razão foi fomentado involuntariamente pela própria idéia de razão objetiva que, ao exercer a crítica a outras formas de compreensão da realidade como a mitologia e a superstição, criou sobre si mesma uma atmosfera mitológica. Transformou-se no mito da verdade, sendo desacreditada na modernidade pelo fundamento da crítica que realizava. Sua atenção para com os fins de todo o conceito determinando a ela – razão objetiva – um fim racional em si mesmo, é então rechaçada pela racionalidade hodierna, visto que esta última entende que este domínio não pertence à razão.

Este curso de estreitamento da razão objetiva se dá durante e pelo Iluminismo, pois as idéias iluministas primavam pela razão humana como fonte de conhecimento, na tentativa de se libertar do dogmatismo dos grandes sistemas objetivos; contudo, os iluministas não perceberam que ao desmistificar a realidade o fizeram criando novos mitos, sendo a ciência a sua prima mais próxima.

O mito da ciência configura-se pela precisão e pelas classificações que determinam a compreensão da realidade. A racionalidade não está mais no mundo e sim, no ser humano, especialmente através de seus métodos científicos que possibilitam o conhecimento deste mundo.

A ciência pensada enquanto um mito é possível pelo caráter de repetição intrínseco ao procedimento científico.

A objetividade da ciência consiste também no fato de que tudo nela pode ser repetido *ad nauseam*, como um experimento, por exemplo, dando sempre o mesmo resultado. Ora, segundo Horkheimer e Adorno, a temporalidade cíclica do mito pressupõe exatamente essa possibilidade de repetição que é hoje considerada típica da ciência moderna: ‘O princípio da imanência, da explicação de todo acontecer como repetição, o qual o esclarecimento defende contra a imaginação mítica, é aquele do próprio mito’. (DUARTE, 2002, p. 29).

A ciência emergente durante o Iluminismo auxilia na libertação dos sistemas objetivos, dando ao ser humano o senhorio da razão. Mas, esta passagem não acontece sem maiores implicações, pois foi a própria crença na superioridade do saber científico o responsável pela a cegueira frente aos limites da constituição desta racionalidade científica.

Os renascentistas, precursores deste processo, acreditavam que os fins, ao contrário de possuírem uma finalidade em si mesmos, estavam diretamente relacionados aos interesses dos sujeitos e, como estes se desenvolviam no plano dos juízos de valor, não caberia à razão atribuir menção aos fins (HORKHEIMER, 2000). Assim, a validade da existência de um sistema de compreensão da realidade que a objetivasse por si mesma passa pelos crivos da crítica do Iluminismo, encantado pelo potencial da razão subjetiva e, mais especificamente, com o seu apêndice instrumental, desconsiderando a necessidade de uma presença objetiva na razão.

A descrença na objetividade do conceito ou a sua negação enquanto uma construção fantasiosa impossibilita a razão de exercer uma efetiva participação no questionamento das formulações que sustentam a sociedade, o que significa dizer que tudo o que orienta a sociedade depende de algo que não a razão (HORKHEIMER, 2000). O valor da verdade para a sociedade moderna se perde nos interesses, gostos e predições pessoais.

Neste sentido, a razão objetiva, ao confrontar-se com a religião, colocou em xeque não só a sua constituição mitológica, mas necessariamente a crença numa verdade objetiva. Ao revelar a incapacidade da mitologia de argüir verdadeiramente sob uma ordem objetiva, a razão objetiva torna questionável sua própria capacidade de chegar a uma verdade objetiva. Nesta crise, a razão subjetiva se fortalece porque escapa deste dilema quando tende “a estabelecer duas classificações diversas, uma para a ciência e para a filosofia, e outra para a mitologia institucionalizada, reconhecendo, assim, ambas” (HORKHEIMER, 2000, p.21). Entretanto, para razão subjetiva, a verdade era exercida sob o valor do interesse humano e não sob a ordem de uma verdade objetiva absoluta que determina os fins.

A razão como órgão destinado a perceber a verdadeira natureza da realidade e determinar os princípios que guiam a nossa vida começou a ser considerada como obsoleta. Especulação é sinônimo de metafísica, e metafísica é sinônimo de mitologia e superstição. Podemos dizer que a

história da razão ou do iluminismo, desde os primórdios na Grécia até os dias atuais, conduziu a um estado de coisas em que até mesmo a palavra razão é suspeita de conotar alguma entidade mitológica. A razão se liquidou a si mesma como agente de compreensão ética, moral e religiosa (HORKHEIMER, 2000, p. 26 e 27).

A razão que buscava compreender as relações entre os sistemas que compõem a realidade, tendo a racionalidade configurada num entendimento objetivo destas relações e seu fim, é esquecida. As finalidades das ações racionais já não precisariam estar em primeiro plano. De forma que a razão, outrora ligada à concepção do universo em sua totalidade, perde seu conteúdo em si, o conteúdo da própria razão, sendo escamoteada e substituída.

Assim, a razão subjetiva fora considerada apenas como “*expressão parcial e limitada de uma racionalidade universal da qual se derivam os critérios de medida de todos os seres e coisas*” (HORKHEIMER, 2000, p.14) (Grifo nosso). Esta forma de razão se faz senhora do conhecimento e determina o que é a verdade e o que não pode ser verdade.

Não mais relacionada a uma ordem objetiva, a razão perde os conteúdos que lhe eram próprios e que lhe garantiam a sua autonomia em relação aos conceitos e também a percepção subjetiva e a capacidade de julgamento. A razão cala-se para o mundo, tornando-se apenas um instrumento operacional das estruturas lógicas desenvolvidas pelos seres humanos, uma faculdade exclusiva da mente. Aqui vale destacar o desenvolvimento da ciência positiva, com um aporte metodológico que garantiria a veracidade sobre a realidade.

Pensando nas pessoas com deficiência mental, podemos identificar aqui a perda da sua condição de sujeito racional, pois há uma deficiência específica no aparelho cognitivo que afeta as operações de ordem lógica. Estas operações passam a ser expressivas neste momento da história e são um desdobramento desta nova construção da racionalidade. Esta passa a ser avaliada não mais na totalidade de ações frente a uma ordem objetiva existente na realidade, na qual então suas ações poderiam possuir uma finalidade e um fim em si mesmas. A razão é avaliada, agora, na relação de comparação com um padrão de normalidade fundamentado em ações que priorizam os meios e não os fins.

A emergência da razão subjetiva, caracterizada também durante o Iluminismo pela necessidade de auto-preservação dos sujeitos, assinala como meta a organização racional da sociedade para atender as suas necessidades e também

as suas vontades. Contudo, em relação ao humano, opera não mais com um fim em si mesma, valorizando-se apenas a organização lógica para a obtenção ou realização de algo. O que se coloca como realmente importante não é o fazer e a sua finalidade em si, mas sim como fazer, afinal são os meios que determinam os fins.

Com o desmembramento/descompromisso com a ordem objetiva, a razão subjetiva permite o esvaziamento do conceito, o que acarreta no processo de formalização da razão. Quando da perda do conteúdo é a forma quem garante a validade da razão e o faz através da sua ação prática, não sendo mais tarefa da razão subjetiva a função especulativa do conhecimento da verdade. A razão subjetiva assume para si apenas a estruturação e correlação de formulações lógicas da realidade e que são constituídas na relação de indiferença da razão perante a qualquer objeto determinado ou qualquer sujeito determinado.

A preocupação com a compreensão dos fins a partir da objetividade em si é o fundamento primeiro que estava sempre presente na racionalidade objetiva. Não significa que esta forma de observar a realidade ignorava as relações de adequação dos meios aos fins, mas apenas que esta relação de adequação estava subjugada a um segundo plano. Na razão subjetiva não só os meios prevalecem em detrimento dos fins, como também é negada a compreensão objetiva deste fim.

Destacamos que esta forma de pensar gera um preconceito para a análise do sentido e do significado das ações desenvolvidas pelas pessoas com diagnóstico de deficiência mental. No limite, são elas entendidas como desprovidas da potencialidade cognitivo-racional que fundamentaria a organização dos meios. Não havendo, de alguma forma, sentido ou significado na ação destes sujeitos.

A respeito da formalização da razão, Horkheimer (2000) diria que as ações devem ser todas programadas: por exemplo, um passeio próximo ao fim da tarde deve ser justificado como uma necessidade de fazer algum exercício físico, mas nunca pelo prazer da contemplação – que se caracterizaria como um fim em si mesmo.

Pensar a programação é oficializar a importância dos meios, pois são os meios que irão determinar a eficiência, o rendimento e a redução do tempo para realização de uma determinada tarefa. É a programação que justifica a necessidade da tarefa. Não se pode mais justificar a realização de algo com uma finalidade em si.

A explicação da realidade está no humano, então é preciso programar e justificar suas ações para que estas tenham validade. Assim, as ações das pessoas ficam subjugadas a uma explicação a partir de um raciocínio lógico-metodológico. As ações devem então seguir uma programação que se justifique pela operacionalidade e não mais pela finalidade que poderiam apresentar para a singularidade do indivíduo.

Aqui pode se destacar que as pessoas com o diagnóstico da deficiência mental são, na grande maioria, excluídas das ações sociais por não corresponderem com as expectativas mínimas exigidas cultural e socialmente. Fato que nos faz pensar, por um lado, se estas exigências não estão associadas muito mais ao seu “*modus-operantis*” do que pelo sentido e significado que representam realmente. E, por outro, que estas exigências culturais e sociais estão vinculadas a uma forma de compreensão da normalidade/anormalidade pautadas pelas ciências médicas que as naturalizam.

Neste contexto, destacamos que a razão formal não exerce poder (princípios reguladores) para argumentar sobre os interesses humanos. Assim, tanto faz a barbárie cometida, esta sempre poderá encontrar uma justificativa racional – lógica – a seu favor ou contra, porque a razão perde ainda seu fundamento ético universal ao ser transformada de ato de reflexão especulativa em um método lógico formal. O que não significa dizer que a relação da razão objetiva com a totalidade seja apenas uma questão de ordem ética, mas sim que a preocupação com uma finalidade ética estaria nela contemplada.

Desde que os fins não são mais determinados à luz da razão, é também impossível dizer que um sistema econômico e político não importa o quanto cruel e despótico ele seja, é menos racional do que outro. Segundo a razão formalizada, o despotismo, a crueldade e a opressão não são maus em si mesmo; nenhuma operação racional endossaria um veredito contra a ditadura se os responsáveis por tal operação pudessem dela tirar algum proveito. (HORKHEIMER, 2000, p. 39)

Ao atender os interesses pessoais, a razão subjetiva dá margens aos mais diversos interesses particulares, sejam eles de lucro, poder ou emancipação, etc, não havendo na realidade uma ordem universalizante como havia na idéia de razão objetiva que oriente esses interesses. Assim, o processo de formalização da razão concede seus benefícios aos interesses de quem opera sobre a razão, sem, como já foi dito, ter sobre si algum princípio regulador para além da forma.

Quem opera sobre a razão na atualidade é a ciência, onde a formalização da razão acaba servindo aos interesses dos poucos que argüirem com mais veracidade ou com discurso lógico mais eficiente, através das ciências positivas (que fazem uso da razão a-crítica). Pensando na particularidade da saúde pode-se concluir que esta também pode se configurar num espaço de manobras ditadas pelos interesses das ciências positivas, visto que atuam com base na razão formal, sobre a idéia da neutralidade científica.

É importante destacar ainda, que as ciências médicas, enquanto possibilidade de garantia da vida, constituem-se num saber privilegiado na sociedade, dado que é a saúde que irá contribuir para a exclusão das anormalidades/patologias existentes no social. Quando as ciências médicas se apossam do formalismo da razão, entendemos que a mesma corrobora com uma compreensão negativa acerca da deficiência mental, fazendo-a por duas vias: a primeira e de forma mais indireta pelo determinismo do que é ou não normal na sociedade, e em segundo, e de forma mais direta, pelo padrão de racionalidade operacional objetivado na eficácia e no rendimento que determina a des-razão, no caso a deficiência mental.

O pragmatismo, que é uma vertente do positivismo, identifica-se com o formalismo da razão porque esta forma de pensamento se estabelece enquanto um plano de ação. “O centro dessa filosofia é a opinião de que uma idéia, um conceito ou uma teoria nada mais são do que um esquema ou plano de ação, e portanto a verdade é nada mais do que o sucesso da idéia”. (HORKHEIMER, 2000, p. 49).

Sobre o caráter pragmático das ciências biomédicas diz que estas, a luz de Comte, “são constituídas a partir de uma concepção que acredita que o ser humano deva focar a Natureza a se subsumir à sua atividade normativa ou, como diz o próprio Comte (1990, p.19), ‘o verdadeiro espírito positivo consiste em *ver para prever*, em estudar o que é afim para daí concluir o que será, segundo o dogma geral da invariabilidade das leis naturais” (SILVA, 2001, p. 25 e 26)

Ainda que historicamente instituída a falência da razão objetiva, esta deixa na razão subjetiva e nas suas diferentes ramificações, alguns resquícios objetivadores com conotações caras à compreensão objetiva.

Os resquícios de objetividade presentes na razão subjetiva refletem-se não só na crítica à ausência de conceitos universalizantes, “... mas também no fundo de comportamentos e ações exclusivamente psicológicos e aparentemente pessoais”

(HORKHEIMER, 2000, p. 42), que não se revelam apenas como ações pragmáticas, exclusivamente determinadas por um propósito que lhe é alheio. Existem no cotidiano alguns momentos em que agimos por atenção à ação em si, consumada pela potencialidade positiva da tradição. Nestas “... velhas formas de vida que estão latentes sob a superfície da civilização moderna ainda fornecem, em muitos casos, o calor de qualquer prazer, de qualquer amor de uma coisa por si mesma, sem estar relacionada com outra”. (HORKHEIMER, 2000, p.42). Momentos raros e cada vez mais escassos.

Apesar desta expressão negativa da razão subjetiva, não se pode negar que o movimento iluminista caracterizou-se pela busca do esclarecimento fomentada na esperança do espírito humano proferir verdades desprovidas de fantasia. Esta esperança surge no momento em que se pode escapar de um dogmatismo totalitário imposto pela vertente Judaico Cristã, bem como, escapar do misticismo que impregna as concepções metafísicas da realidade em virtude da sua determinação no alcance da verdade objetiva. É a partir deste movimento que o ser humano faz uso então do pensamento para compreender a realidade; na visão de Kant um exercício necessário para a saída da “menoridade intelectual” a qual a humanidade estava submetida (GAARDER, 2001).

A razão subjetiva formalizada e neutra, que prosperou durante o Iluminismo, maximizou os planos de dominação da natureza. A diferença em relação ao tempo que lhe sucedeu, é que antes o conhecimento da natureza na sua forma metafísica ou religiosa – apesar de ansiar também conceber o seu movimento para melhorar a sua condição de auto-preservação e subsistência da espécie humana – era submetido necessariamente a valores éticos e morais ou forças transcendentais, sendo a contemplação de uma natureza encantada o eixo norteador. No Iluminismo, o conhecimento é dado longe destes valores, mas refletido nas possibilidades de conforto e bem estar da humanidade que poderiam ser alcançados pela operacionalidade lógico-metodológica da ciência através de sua capacidade de mensurar, ordenar e manipular a natureza.

Identifica-se durante o Iluminismo a emergência e queda do *racionalismo humanista*¹³, para a ascensão da *racionalização* que, em suma, é a retira do

¹³ (MORIN, 1998, p. 160) “O racionalismo das luzes era humanista, ou seja, associava sincreticamente o respeito e o culto do homem livre e racional, sujeito do universo, e a ideologia de

fermento crítico do racionalismo humanista. Surge na sociedade ocidental, uma racionalidade fechada que devora a razão – na sua abertura crítica – (MORIN, 1998). Como resultado, tem-se uma sociedade que vive o fracasso de um sonho esquecido, pois foram-lhe arrancados do horizonte os princípios Iluministas.

À ciência emergente deste processo coube então a redução, a disjunção, a generalização de todos os aspectos da natureza; os meios, ou melhor, os métodos eram justificados pela explosão nos avanços científicos e tecnológicos. O controle da natureza era determinado pela operacionalidade lógica dos métodos. A razão, e por consequência a ciência, vira objetivamente um instrumento lógico, desprovido de qualquer auto-crítica.

Para Morin (1998, p. 162), o processo de racionalização “começou por considerar o trabalhador não como pessoa, mas como força física de trabalho”, mas logo em seguida passa a perceber que ao atender algumas necessidades dos mesmos o seu rendimento durante o trabalho poderia melhorar. Morin (1998, p 163) diz ainda que

enquanto a razão humanista era liberal, a racionalização técnica aparece como violência, ‘persuasão’, segundo a fórmula de Heidegger. Vê-se que ciência, técnica, razão constituem momentos, aspectos de um ‘pôr em causa’ do mundo natural, intimado a obedecer ao cálculo; e a técnica saída da experimentação e da aplicação científicas é um processo de manipulação generalizada, para agir não só sobre a natureza mas também sobre a sociedade.

Na prevalência da vertente instrumental da razão subjetiva os anseios de emancipação foram extraídos do pensamento, sendo substituídos pela ciência e pela técnica, não importando aonde estas pudessem levar, pois, desprovidas de juízos de valor, era apenas a otimização do método que interessava. O método era entendido enquanto um procedimento eficaz na obtenção de resultados. Neste sentido, toda operação lógica apresenta-se enquanto método destinado ao alcance de um determinado propósito. Sob esta perspectiva, a razão instrumental é uma razão marcada pelo absolutismo metodológico e o método é neste sentido a chave para verdade, porque garante o controle sobre as variáveis do que se deseja.

um universo integralmente racional.” O racionalismo teve sua gênese durante a Idade Média, onde a razão era usada para explicar os desígnios de Deus, o que deu margem para novas explicações racionais sobre os fenômenos naturais. Assim, emergiu o racionalismo humanista, vinculado aos princípios iluministas de emancipação da razão humana.

Assim, a ciência, com toda sua proposta de rigor metodológico, transforma-se rapidamente na chave para todas as portas do conhecimento. Porém, com o êxito da razão instrumental perde-se toda a auto-crítica, e a ciência não percebe que se transformara em mito, ficando a razão enredada no obscurantismo de uma ciência cega e anti-reflexiva.

Entre outros problemas, destacamos que em algum momento da cisão sujeito e objeto, a razão enquanto método se fez autônoma, sem que pudesse esse reconhecê-la como sua construção. Segundo Horkheimer & Adorno (apud VAZ, 1995), ao abrir mão da verdade em favor da operacionalidade, a razão não parece perceber-se enquanto fruto do trabalho do sujeito na constituição do conceito de natureza.

O mito passa a ser a iluminação e a natureza, mera objetividade. O preço que os homens pagam pela multiplicação do seu poder é a sua alienação daquilo sobre o que exercem o poder. O iluminismo se relaciona com as coisas assim como o ditador se relaciona com os homens. Ele os conhece, na medida em que os pode manipular. O homem de ciência conhece as coisas, na medida em que as pode produzir. É assim que o em-si das coisas vem a ser para-ele. (HORKHEIMER & ADORNO, 1989, p. 7)

Segundo Vaz (1995, p.81) o domínio da natureza interna aos seres humanos não basta a este estágio da modernidade, é preciso também “a redução destes à mera naturalidade, legitimando então a sujeição à qual eles se submetem”.

A razão, ao contribuir na transformação do ser humano em objeto, não percebeu que se colocou à beira do irracionalismo. Sob a teia da ciência é que a razão instrumental enche de esperança aqueles que estão à margem do capital com as promessas de uma vida melhor. Neste sentido, a razão instrumental não se limita à ciência, pois, após enredar e dominar a ciência, a razão instrumental se expande aos domínios comuns, à vida privada, à vida social, reificando a passos largos as experiências humanas. “Efetivamente, quando se afundam o humanismo e a virtude crítica, há desencadeamento de uma força implacável de ordem e de homogeneização”. (MORIN, 1998, p.164).

Com estas considerações pode-se pensar acerca da tarefa empreendida pela OMS, representada pela CID-10 e pela CIF. Classificando o humano esquadrinhando-o, generalizando-o, torna-o um objeto mensurável... indistinto, pois mesmo que considere suas determinações de ordem cultural e psicológica, manterá o diagnóstico e a decisão sobre o “tratamento” a partir das suas características

biológicas. Ou seja, a partir da manutenção de um padrão de normalidade, que como foi visto está submetida à razão subjetiva, na sua vertente instrumental, através do pensamento positivista comteano.

É preciso considerar que não é apenas o diagnóstico e o tratamento, mas também que as políticas públicas organizadas para atender as pessoas com necessidades especiais são efetivadas, na atualidade, a partir da idéia de anormalidade. O que significa dizer que as ciências médicas produzem uma ordem normalizadora para além da saúde.

A normalidade, entendida a partir do biológico, não tem como referência a relação simbiótica entre ser humano e natureza, mas sim a relação eficaz entre meios e fins. Esta relação é concretizada muito mais pela efetividade de um processo cultural naturalizado – normas sociais, hábitos –, do que pela potencialidade real exercida por estes sujeitos com deficiência mental em relação ao ambiente.

Este pensamento expresso na saúde é homogeneizador, porque procura estabelecer critérios de normalização, no qual na radicalidade pode se pensar numa eugenia subjetiva do corpo, lembrando que a norma pode existir independente do seu conhecimento. Pensamento que além de condicionar o olhar pode também, na mesma intensidade, servir como meio para efetivação de interesses políticos econômicos, como foi anteriormente apontado.

O mesmo pensamento se encontra manifesto no contexto escolar, pois os sujeitos ali inseridos e que não se adaptarem estarão sendo alocados em espaços especiais, num processo de seleção fundamentado nas suas capacidades – sejam elas da mente ou não – voltadas necessariamente à articulação entre meios e fins. Reconhecendo-se aqui, a fragilidade e o risco que se assumem quando da aceitação das classificações das funcionalidades e incapacidades humanas pautadas sobre uma racionalidade a-crítica, sendo necessário então compreender os limites impostos por ela no alcance do conhecimento.

Neste sentido, entendemos que, através da apropriação desta racionalidade a-crítica estamos desenvolvendo uma cultura de classificação humana que desconsidera a sua diversidade. Tal capacidade pode levar até a um processo de hierarquização social por capacidade, dado que parece pressupor e favorecer a um certo Liberalismo, onde o indivíduo é responsável por si.

Como pontuamos, as ciências médicas e as políticas dela derivadas, no caso aqui, os documentos da OMS, agem de forma determinante, sendo validados pelo positivismo que incorpora no seu encadeamento teórico a formalidade da razão enquanto um instrumento metodológico. A constituição dos documentos CID-10 e CIF assumem por sua vez uma postura que se configura como verdade, mas que não é crítica de si mesmo.

Quanto à deficiência mental, o diagnóstico fica facilitado quando se configura a racionalidade humana através de padrões de normalidade que estão subjugados a eficácia e ao rendimento intrínsecos a racionalidade instrumental. Ou seja, a operacionalidade entre os meios é que irá definir a capacidade cognitivo-racional do indivíduo.

Neste contexto, Castoriadis (apud MORIN, 1998, p. 169) já dizia que a “transformação da sociedade que o nosso tempo exige revela-se inseparável da auto-superação da razão”.

4.2 Classificação Estatística e os Estados de Saúde

Em meados do século XIX, os estudos estatísticos unem-se às ciências humanas dizendo-se o carro chefe das verdades científicas. A linguagem numérica e a precisão das medidas constituíam-se como a expressão da verdade e não poderiam ser contestadas. Fato que fizeram as ciências humanas incorporar em uma idéia de reforma epistemológica, que abandona um processo de especulação subjetiva, para atender as demandas de uma ciência, ou seja, de uma verdade.

As verdades estatísticas, segundo Gould (2003), foram consideradas, dentro da antropologia, um dos grandes saltos da ciência para determinar a inteligência humana no século XIX, através dos processos de medição do crânio, na ciência chamada “craniometria”. Através desta ciência, diz ele, os craniometristas acreditavam ser possível distinguir as pessoas mais inteligentes apenas pela medida do tamanho do crânio.

Segundo Sabbatini (1997), Paul Broca foi o pioneiro no estudo da antropologia física, e o grande responsável pelo progresso da antropometria craniana. Na época, ele desenvolve novos tipos de instrumentos de medida

(craniômetros) e índices numéricos. Além de ser um cientista muito respeitado e fundador da Sociedade Antropológica de Paris em 1859, a *Revue d'Anthropologie* em 1872 e a Escola de Antropologia de Paris, em 1876.

Esta técnica – craniometria – desenvolvida e aprimorada por Paul Broca através de craniômetros, afirmava que pessoas com o crânio maior seriam mais inteligentes que as outras com crânios menores, independente dos fatores culturais em que estivessem inseridas. Neste caso, a união entre a quantificação das medidas e a teoria da evolução contribuíram para o surgimento de uma das primeiras pesquisas racistas consideradas científicas, pois atribuía uma hierarquização da evolução das raças pela medida do crânio (GOULD, 2003).

Stephen Jay Gould (2003) faz críticas duras às verdades estatísticas sobre as teorias humanas realizadas única e exclusivamente por um olhar de caráter biologista, ainda que, como biólogo evolucionista, não negue a importância da esfera biológica. Para este autor, a vida não pode ser compreendida apenas através dos determinantes biológicos, sob pena de se pensar ingenuamente ou ainda de deliberar os fatos resultantes de pesquisas empíricas em favor de uma suposição prévia e ou de interesses políticos.

A este respeito, diz ainda que a evolução cultural é muito mais rápida e muito mais determinante nos comportamentos humanos do que a evolução genética. Para ele, a evolução natural precisa de uma necessidade de adaptação ou do acaso para sofrer mudanças, as quais são muito lentas, enquanto a cultura armazena conhecimentos que se reconstróem a partir do interesses humanos de forma muito acelerada. Um exemplo disso são os avanços tecnológicos que intervêm mais diretamente no comportamento humano do que os determinantes genéticos. (GOULD, 2003). Este autor reconhece o peso advindo dos conhecimentos científicos da área médica para reforçar os preconceitos sociais.

Sobre esta “ciência da verdade” que se destacava, vale ressaltar que as descobertas estatísticas eram vistas como uma média que correspondia à verdade objetivada da realidade. As pesquisas empíricas de cunho quantitativo com representação estatística constituíam-se como a forma mais eficaz de objetivar a realidade naquela época, e ainda o é assim considerado.

A questão, talvez, seria a necessidade de todo estatístico fazer o exercício de não transformar a média aproximativa da realidade na própria realidade, porém,

segundo Gould (2003), os propagandistas e as pessoas que tomavam posse desta informação, quando da emergência desta ciência, tomavam a média como verdade. Este fato parece acontecer até hoje nas ciências médicas quando do uso das informações estatísticas, pois ainda prevalece a idéia de uma generalização de padrões ideais que buscam corresponder à média, desconsiderando em suma os múltiplos elementos que são partícipes da diversidade humana.

Alfred Binet, diretor do laboratório de psicologia da Sorbonne, quando decidiu estudar a inteligência em fins do século XIX, também o fez através da craniometria de Paul Broca, que era a sensação científico-metodológica naquele período. É ele, porém, que através de suas próprias pesquisas empíricas vem considerar equivocados alguns dos resultados que não apresentaram a coerência esperada com a teoria de Broca. Desta forma, começou a perceber que suas experiências sempre perspectivavam encontrar determinados resultados, reconhecendo mais tarde “o grande perigo que supõem os preconceitos subjacentes e a crença do cientista na sua própria objetividade” (GOULD, 2003, p. 150). Mudando mais à frente para outra linha de pesquisa, pontuando os limites da objetividade da craniometria.

Assim, no início daquele século, já era conhecido o risco das verdades estatísticas tornarem-se retratos falseadores da realidade, porém esta informação não foi suficiente para impedir que muitos cientistas não se deixassem iludir por uma suposição prévia, ou por um olhar induzido para realidade. É preciso lembrar que esta era a época do absolutismo metodológico, sendo este o único meio de se controlar as variáveis para o alcance seguro da verdade.

Um importante destaque da craniometria aqui é a forma como uma pesquisa por ser científica, pode ser tomada como verdadeira e por fundamento, sem se questionar sua contextualização histórica e social. Entendemos que é preciso considerar os fatos de uma pesquisa não a partir da suposta neutralidade científica, mas justamente pelo fato de que esta neutralidade não existe e que, por sua vez, devia ser esclarecida no corpo do próprio trabalho do pesquisador. Tal atitude, por si só, não garantiria a honestidade do pesquisador ao explicitar os seus objetivos ideológicos que constituem para ele a necessidade de realização da pesquisa, bem como, a sua não ingenuidade em relação aos seus próprios preconceitos.

No material empírico desta pesquisa, temos a CID-10 e a CIF que são instrumentos de ordem estatística, sendo o segundo mais abrangente do que o

primeiro. Contudo, cabe lembrar que a CID é projetada por um médico estatístico na época em que esta ciência tem o intuito de objetivar realidade para além das especulações, onde era preciso quantificar para determinar. Assim, as classificações estatísticas tinham por fim determinar a verdade através da quantidade, e as medidas cabíveis eram tomadas a partir do olhar para os dados, os quais, por sua vez, eram sempre efetivados pela ordem biológica.

A CID, enquanto um instrumento de levantamento dos dados de mortalidade, afetava diretamente as intervenções de políticas da saúde, surgindo para controlar as grandes epidemias que afetavam o mercado internacional que estava em franco desenvolvimento através das imigrações. (BREILH, 1991)

Esta intenção subjacente à construção de um instrumento de ordem internacional se torna importante, pois apresenta-se como um reflexo da questão econômica dos países hegemônicos. A necessidade destes países parece estar vinculada mais significativamente ao aspecto financeiro do que à preocupação com a condição de saúde das pessoas. Neste sentido, diria Foucault (apud Martins, 1999), não há uma inocência política no olhar das ciências médicas.

A construção da CIF já acontece num outro contexto. Esta aparece para conhecer as conseqüências das doenças, enquanto ainda era denominada de CIDID, e atualmente procura relativizar o caráter negativo da doença e da deficiência sobre a incapacidade e a funcionalidade apresentadas pelos indivíduos atuando sobre os estados de saúde. Aponta, como já foi apresentado no capítulo anterior, as relações de incapacidade e funcionalidade articuladas com aspectos da vida do indivíduo e não mais apenas como uma conseqüência da doença ou da deficiência. Neste sentido, a proposta da CIF está mais próxima de uma proposta dialética, mas existe ainda a predominância da efetivação do biológico sobre o social, porque está necessariamente vinculada à “Família de Classificação de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde” da OMS.

Segundo Battistella e Britto (2002) a intenção da OMS é de que a CID e a CIF sejam usadas conjuntamente, pois enquanto a CID classifica e registra as doenças, a CIF complementaria as informações a respeito da incapacidade e da funcionalidade, não devendo esta última ser usada isoladamente.

Enquanto uma avaliação do retrato estatístico – leia-se aqui uma avaliação aproximativa da realidade – da deficiência mental verifica-se um avanço quando do

aparecimento da CIF em relação a CID. Isto se dá porque na CIF os indicadores que aparecem e que implicam no diagnóstico não são apenas relativos à patologia na sua constituição biológica, mas, também, em função das relações que travam com os fatores ambientais e a influência que exercem. Estes últimos contribuindo para a efetivação ou não deste diagnóstico.

Ainda que no fundamento exista um raciocínio contrário ao de Foucault (apud Martins, 1999), quando este diz que são as normas sociais advindas das ciências médicas e, portanto poderíamos dizer o próprio diagnóstico, que impõe normas às formas de vida. A CIF, ao problematizar as questões sociais, quer aliviar as pressões exercidas sobre as pessoas ditas incapacitadas, mostrando que a sociedade também é responsável por esta. Fazendo esta classificação apenas a partir do biológico continua, porém, ditando um padrão de normalidade que ao apresentar a avaliação impõe uma forma de ser, impõe uma norma.

Neste sentido, o grande problema não é o *discurso social* sobre a incapacidade, mas o *discurso natural* estabelecido sobre ela. O que se quer dizer é que se toma algo como natural, esquecendo que na verdade é um discurso médico e, portanto, necessariamente social.

Outro aspecto relevante da CID são as sucessivas inclusões de doenças a cada revisão deste documento. Sendo um instrumento de classificação estatística utilizado há mais de cem anos e revisado a cada 10 anos até 1994, apresenta um número crescente de doenças nas suas classificações, como veremos na tabela a seguir.

Tabela 3: Revisões da Classificação Internacional de Doenças segundo o ano em que foi adotada, anos de uso e número de categorias.

Revisões	Ano da conferência que a adotou	Anos de uso	Categorias			Total
			Doenças	C. Externas	Motivos Assist. Saúde	
Primeira	1900	1900-1909	157	22		179
Segunda	1909	1910-1920	157	32		189
Terceira	1920	1921-1929	166	39		205
Quarta	1929	1930-1938	164	36		200
Quinta	1938	1939-1948	164	36		200
Sexta	1948	1949-1957	769	153	88	1010
Sétima	1955	1958-1967	800	153	88	1041
Oitava	1965	1968-1978	858	182	48	1088
Nona	1975	1979-1992	909	192	77	1178
Décima	1989	1993-2002(?)	1575	373	82	2030

(LAURENTI, 1991, p. 412)

O grande aumento no número de doenças em 1949 pode ser explicado pela mudança promovida pela OMS, durante a 6ª Revisão da CID, quando esta é transformada numa lista de classificação estatística de morbi-mortalidade. Assim sendo, foram incluídas todas as doenças e problemas relacionados à saúde que não conduziam à morte, necessariamente. Independente desta alteração específica organizada pela OMS, o crescente número de doenças pode ser explicado também e mais objetivamente pela mudança de concepção de doença que ocorre por volta do início do século XIX.

Neste período o estudo da fisiologia avança, segundo Luz (1988), para as análises microscópicas, de maneira que as doenças vão deixando de ser percebidas como entidades em si, como seres independentes. Ocorre, então, mudança na concepção ontológica da doença, de forma que se passa a compreendê-las como desvios patológicos da normalidade.

Esta mudança tem grande impulso com as experiências clínicas de Claude Bernard, onde “os sintomas são vistos muito mais como perturbações, *disfunções* do organismo do que como *modo de ser* de um ‘entidade’ (doença). Os ‘distúrbios’ são índices de desvios, cujos limites precisam ser estatisticamente estabelecidos, matematicamente elaborados.” (LUZ, 1988, p. 110).

Sendo a doença um desvio, é possível dizer que tudo pode ser patologizado. Esta lógica traz, como decorrência, não apenas a perda do conceito de doença, mas também a perda do conceito de saúde. “Se a entidade doença desaparece nessa

nova visão, tudo é potencialmente Patologia, pois muito tênues são as bordas do Normal e do Patológico. Tudo é *desvio* em potencial. Juntamente com a doença, desfaz-se definitivamente, no grande universo da racionalidade médica, o conceito de Saúde.” (Luz, 1988, p. 110).

Aqui perpassa a idéia de uma crescente patologização do normal.

Quando pensamos nos desvios de normalidade identificados pelo Alienista na “Casa Verde”, vemos que estes eram apenas formas distintas de expressão da singularidade humana e que em algum momento destoavam dos padrões de normalidade.

A este respeito, Goffman (1982) já dizia que todos, em algum momento, serão estigmatizados por situações padrões com as quais não correspondem. Podemos citar aqui situações que envolvem desde os padrões de saúde, de beleza, de comportamento, de aprendizagem, etc...

A idealização do ser humano normal acaba por colocar potencialmente a todos, em algum momento, numa situação de anormalidade. Este dado é corroborado pelas ciências médicas que não refletem sobre a concepção de saúde/doença, proliferando a percepção da normalidade como algo desejável e da anormalidade como algo abominável, que deve ser eliminado.

Desconsidera-se totalmente a possibilidade de pensar a vida através de processos constantes de equilíbrio e desequilíbrio, onde ambos os termos são constituintes humanos e como tal, correspondem à condição de vida das pessoas e não à entidades independentes.

Apesar disso, a OMS através de sua Constituição define “la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (WHO, 2004, s/p). De forma que, “tal y como establece su Constitución, el objetivo de OMS es que todos los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.” (WHO, 2004, s/p).

Esta visão pode ser considerada utópica, pois o completo bem estar físico, mental e social é um ideal. Porém, ainda que a OMS diga ser preciso dispor do máximo de saúde que se possa conseguir, é necessário considerar este máximo com relação a alguma coisa, no caso, a organização econômico-social capitalista que estamos vivendo na atualidade.

Neste contexto, é preciso considerar que existe por trás deste discurso a certeza de que não haverá para todos as mesmas condições de promover a saúde ou a diminuição dos riscos de doenças. Em suma, é dizer que o máximo grau de saúde que se possa conseguir está associado às condições sócio-econômicas da população mundial, mas que este fator não é um implicativo com o qual se possa lidar.

Quando realiza suas pesquisas de caráter epidemiológico através da CID-10, a OMS o faz sem contextualizar os fatores da ordem social que interferem na incidência maior do número de doenças. Pode, quando muito, contribuir para o tratamento das suas conseqüências, mas deixar escamoteada em determinadas situações a preocupação com as causas reais destes fenômenos que se inscrevem na realidade.

Cabe destacar, a este respeito, que um dos maiores críticos da CID-10 é Jaime Breilh (1991). Este autor demonstra, através de exemplos significativos, que esta classificação não deixa transparecer a doença como um fenômeno também relativo as desigualdades advindas das diferenças de classes sociais e das relações de trabalho do sistema capitalista.

Mesmo que Laurenti (1991) não considere esta crítica de Breilh significativa, entendendo a CID-10 apenas enquanto um instrumento que se propõem à verificação estatística, acreditamos que esta é uma forma muito limitada de coleta de dados, pois sobre ela sempre incorrerá os riscos já destacados por Gould (2003). É preciso considerar as inúmeras possibilidades de interpretação destes dados, configurando estes documentos como possíveis agentes (como já foram no passado instrumentos semelhantes) de confirmação de idéias e preconceitos previamente concebidos ou como um instrumento de poder na luta pela hegemonia.

Pensando na superação destes problemas aparece a “Família de Classificação de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde”, em que a CIF aparece como um instrumento importante ao considerar os fatores de ordem contextual. É preciso dizer, porém, que ela mesma afirma que não atua sobre os determinantes das classes sociais, de gênero, de raça, etc.

Em relação à deficiência mental, as classificações na CID-10 são organizadas dentre os transtornos mentais e de comportamento, nos remetendo a pensar que ainda que atue sobre um desvio geral da normalidade, este desvio precisa ser

entendido como aquilo que é socialmente aceito, a partir de determinado padrão. Entra aqui novamente a idéia de como a medicina impõe uma forma de normalidade às vidas humanas, pois é ela que, no limite, institui através de suas classificações a normalidade e a não-normalidade, alimentando o senso-comum sobre os desvios de normalidade.

4. 3 Diagnóstico

A CID-10 como apresentado anteriormente, caracteriza a deficiência mental a partir de níveis de Quociente de Inteligência. Porém, a origem desta forma de categorização parte da psicologia, vindo a se afirmar nos manuais de classificação da saúde na forma de diagnóstico médico.

Segundo Gould (2003, p. 152) é através das pesquisas sobre medição da inteligência de Binet que se têm os primeiros elementos do que viria a ser denominado de Quociente de Inteligência ou QI. Surge no início do século XX, mais especificamente no ano de 1904, quando aquele pesquisador foi “comissionado pelo Ministério da Educação Pública [Alemanha] para realizar um estudo com um objetivo específico e prático: desenvolver técnicas para identificar crianças cujo fracasso escolar sugerisse a necessidade de alguma forma de educação especial”. Frustrado com os resultados advindo das pesquisas da craniometria, Binet resolve abandonar os enfoques médicos e os estigmas anatômicos, optando pela investigação de ordem psicológica.

É importante resgatar alguns aspectos referentes à iniciativa de Binet para compreender como esta foi distorcida ao longo do tempo, assumindo as características apresentadas na atualidade, a exemplo da OMS.

O instrumento de medida criado por aquele pesquisador tratava-se de uma escala construída pela avaliação de uma série de tarefas desempenhadas na vida cotidiana, “mas que implicavam certos procedimentos racionais básicos, como ‘a direção (ordenamento), a compreensão, a invenção e a crítica (correção)’” (BINET apud GOULD, p.152). Ao contrário das pesquisas que já existiam e procuravam medir faculdades mentais específicas e independentes, a escala construída por ele visava, através de diferentes testes de habilidade, expressar numericamente um valor que representasse a potencialidade global da criança e não sua inteligência inata (GOULD, 2003).

Binet considerava a inteligência de ordem inata, mas sua escala, a qual posteriormente determinaria o QI, não poderia ser considerada uma medida da inteligência inata de determinado indivíduo. Para ele, “a escala rigorosamente falando, não permite medir a inteligência porque as qualidades intelectuais não se podem sobrepor umas às outras, e, portanto, é impossível medi-las como se medem as superfícies lineares” (BINET apud GOULD, 2003, p. 154). Na seqüência, Gould afirma que, tanto para ele quanto para Binet, o QI “não é mais que um guia aproximativo e empírico, elaborado com uma finalidade prática”.

Binet segundo Gould (2003, p. 155) sabia que sua função era apenas identificar se a criança era normal ou atrasada em relação às outras. Para ele, “qualquer que fosse a causa do mal desempenho escolar, o propósito da escala era identificar a criança com problemas e ajudá-la a melhorar: nunca atribuir-lhe um rótulo e impor-lhe limites. Ainda que algumas crianças tivessem uma incapacidade inata para obter resultados normais, todas podiam melhorar se recebessem a assistência adequada”. Fazemos este destaque porque apesar de usar a idéia de normalidade, Binet não estava se referindo à deficiência e sim à avaliação de crianças que apresentavam dificuldades escolares, fossem elas deficientes ou não.

Em 1908 publica uma revisão de sua primeira escala já apresentada em 1905, fazendo alguns ajustes. Nesta versão, introduz aquilo que poderia ser considerado hoje um estigma às pessoas com diagnóstico de deficiência mental, de forma a infantilizá-las.

“Binet decidiu atribuir a cada tarefa um nível de idade e, a idade mínima em que uma criança de inteligência normal seria capaz de realizar com êxito a tarefa em questão. A criança começava por realizar com as tarefas que correspondiam ao primeiro nível de idade e, em seguida, ia realizando as tarefas seguintes, até que se deparasse com as que não podia realizar. A idade associada às últimas tarefas realizadas pelas crianças tornava-se assim a sua “idade mental”, e seu nível intelectual geral era calculado subtraindo-se essa idade mental de sua verdadeira idade cronológica.” (GOULD, 2003, p. 152)

O fato logo gerou o surgimento do Quociente de Inteligência, com o psicólogo alemão Stern. Este último acreditava que a idade mental deveria ser dividida de acordo com a idade cronológica, pois entendia que a subtração não deixava transparecer a gravidade do atraso. Seu exemplo clássico é aquele em que a diferença de dois anos de atraso para crianças de 2 e 4 anos e de adolescentes de 14 e 16 são muito mais graves no primeiro caso. Para ele – e para muitos até hoje –

o que vale é a mensuração relativa e não absoluta entre a idade mental e a cronológica (Stern apud Gould, 2003).

Anastasi (1977) diz que Binet não apreciava o termo “idade mental” preferindo a idéia de nível mental, já por prever os estigmas que este poderia causar, não podendo defender esta idéia, por ter morrido logo em seguida, deixando Stern sem ter como argumentar quanto ao conceito de idade mental.

Esta correlação com o Quociente de Inteligência é observada na OMS, através de um processo da reificação da inteligência. Quando da ocorrência desta reificação, no caso da deficiência mental, esta é vista como uma entidade independente e, por conseguinte, o diagnóstico atribuído será o de incapaz, justamente pela consideração da falta da capacidade cognitivo-racional.

Em nossa análise, a relação desenvolvida para a compreensão do potencial cognitivo do deficiente mental não é coerente com a criança que é usada como um padrão, e que, portanto, deve corresponder a uma perspectiva ideal de ser. Bem como, não é coerente com a pessoa adulta com diagnóstico de deficiência mental que estará sendo sempre comparada de forma pejorativa a uma criança.

No que diz respeito à criança, parece estar nas entrelinhas uma concepção “etapista” de infância, como se ela ainda não fosse, mas estivesse se preparando para ser, no caso, um adulto. Não existe aqui um entendimento da infância como um momento legítimo da vida humana.

Ao analisarmos a etimologia da palavra infância, identificamos que seu significado advém de “infans”, ou seja, aquele que não tem fala ou que não tem nada importante a dizer. Kohan (2003, p. 16), no seu artigo Infância e Educação em Platão, diz que infans

“está formado por um prefixo privativo in e fari, ‘falar’, dali seu sentido de “que não fala”, “incapaz de falar”. Tão forte é seu sentido originário que (...) emprega ainda o substantivo derivado infantia com o sentido de “incapacidade de falar”. Mas logo infans– substantivado – e infantia são empregados no sentido de “infante”, “criança” e “infância”, respectivamente.”

Porém, são muitos os estudos sobre a infância na atualidade que procuram apresentá-la sobre um outro aspecto, muito diferente desta origem, a partir de um

referencial que legitima a importância da infância na experiência humana. Ela, a criança, tem muito a dizer sobre o que é o “humano”.

Por outro lado é preciso destacar ainda que na antiguidade

há usos de *infans* referindo-se a pessoas de até, pelo menos, quinze anos, com o qual devemos entender que *infans* não remete especificamente à criança pequena que não adquiriu ainda a capacidade de falar, mas que, antes, refere-se aos que, por sua minoridade, não estão ainda habilitados para testemunhar nos tribunais: *infans* seria assim “o que não pode valer-se de sua palavra para dar testemunho”. A palavra *infantes* também passa a designar a muitas outras classes de marginais que não participam da atividade pública, como os doentes mentais. (Kohan, 2003, p. 16)

Nesta questão mais particular, destacamos a associação da palavra infância também com a perda do exercício de um discurso de valor por parte das pessoas adultas diagnosticadas deficientes mentais.

No caso do adulto deficiente mental, percebemos que esta classificação desconsidera seu desenvolvimento para além de capacidades operativas e de adequação, negando as implicações que o constituem enquanto um ser humano, portanto, histórico e social.

A definição e classificação da CID-10, neste sentido, apresentam uma visão médica positivista que observa o indivíduo e contextualiza a deficiência mental unicamente como um quadro biológico anormal. Conseqüentemente, torna-se um quadro negativo, havendo uma descaracterização da vida na sua complexidade. As implicações desta concepção acarretam numa “infantilização” do adulto com deficiência mental.

Esta infantilização é portadora da perda do direito ao exercício da cidadania, pois estas pessoas deixam de apresentar, a partir do diagnóstico de deficiência mental, um discurso que tenha sentido e significado dentro dos padrões considerados normais na sociedade. Existe através do diagnóstico uma negação das expressões de juízo de valor enunciadas por estas pessoas dentro da sociedade.

Contudo, Binet segundo Gould (2003) não objetivava transformar o valor do QI na identidade do indivíduo, como aparece circunscrever o diagnóstico da CID-10 em relação ao estigma que proporciona na atualidade sobre as pessoas com diagnóstico de deficiência mental.

A este respeito, Binet dizia não ser o responsável por identificar as causas aos prognósticos a respeito do atraso apresentado pelas crianças; sua ação

buscava apenas dar assistência educativa especial de ordem prática, podendo auxiliar no seu desenvolvimento a partir do que lhe fora proposto. Em suas próprias palavras,

Nosso propósito é poder medir a capacidade intelectual da criança que nos trazem, verificar se ela é normal ou atrasada. Portanto, o que devemos estudar é o seu estado atual, e apenas isso. Não nos interessa a sua história passada, nem o seu futuro; conseqüentemente, deixamos de lado a sua etiologia, e não faremos qualquer tentativa de estabelecer uma distinção entre a idiotia adquirida e a congênita... Quanto ao seu futuro, praticamos a mesma abstenção; não procuramos estabelecer ou preparar qualquer prognóstico, e não nos pronunciamos quanto à possibilidade de cura de seu atraso ser ou não incurável. Limitamo-nos a determinar a verdade quanto ao ser presente estado mental. (BINET apud GOULD, p. 155).

A diferença desta nova teoria com os hereditaristas da época que acreditavam na deficiência inata, é que estes utilizavam suas escalas como forma de encaminhar as crianças para receberem uma educação de acordo com a sua herança genética, ou seja, criavam uma 'teoria de limitações'. Para Binet o que se pretendia propor era a utilização dos testes com fins de identificação e assistência e não para determinar ações para futuro desta criança, afinal para ele não teria sentido pensar em ajudar uma criança que é biologicamente determinada como incapaz (BINET apud GOULD, 2003).

Mesmo sendo a intenção de Binet contribuir para com o desenvolvimento da inteligência das crianças consideradas atrasadas, é possível encontrar em sua teoria alguns elementos que influenciaram na constituição da idéia de um ensino paralelo, ou melhor, de uma educação especial.

Acreditava ele ser necessário organizar salas de aulas especiais onde não seria ensinada a educação formal, mas sim exercícios de um novo método o qual denominou de "ortopedia mental", com os objetivos de ensinar os alunos a aprender a aprender. Suas pesquisas neste campo revelaram que obtivera êxito, pois os alunos não melhoravam apenas os seus conhecimentos, mas também sua inteligência (GOULD, 2003). Sobre este aspecto diria ele, "neste sentido prático, o único de que dispomos, afirmamos que a inteligência dessas crianças se desenvolveu. Conseguimos desenvolver aquilo que constitui a inteligência de um aluno: a capacidade de aprender e assimilar o ensino". (BINET apud GOULD, 2003, p.158)

Porém, a determinação do QI por este autor deixou uma herança que foi distorcida e que ainda hoje estigmatiza muitas crianças no espaço escolar. Segundo

as autoras Maia e Fonseca (2002, p. 262), existe historicamente construída, “em nossa cultura, uma tendência usual para se acreditar que os testes padronizados de inteligência são capazes de prever o fracasso ou o sucesso dos indivíduos nas habilidades acadêmicas em gerais”. Fato gerado pela apropriação do QI como um dado imutável, que leva a crer numa incapacidade inata.

Sobre este aspecto, Maia e Fonseca (2002) realizaram uma pesquisa que relacionava a avaliação por parte de testes de QI e a alfabetização, onde os resultados negavam a possibilidade de observar o QI como imutável e também como inato. Para chegarem a estes resultados aplicaram os testes de QI duas vezes numa mesma turma de primeira série do ensino regular. O primeiro teste foi aplicado em meados do ano letivo e o segundo ao final deste.

Segundo as autoras, “muitos alunos deste estudo, em decorrência do resultado em um teste de inteligência foram diagnosticados na primeira avaliação como dotados de uma inteligência *abaixo da média* (Limítrofes ou Deficientes Mentais) e em uma nova avaliação do mesmo teste foram considerados *normais*, pois aumentaram seus escores de QI”. (Maia e Fonseca, 2002)

A questão levantada pela autora diz respeito também às conseqüências de se assumir o resultado de um diagnóstico de deficiência mental determinando de forma prognóstica todas as possibilidades deste indivíduo. Neste sentido, já diria Vygotsky (apud ANACHE, 2005) que ao determinar a potencialidade você reduz automaticamente as experiências destinadas a criança, de forma que ela é dada como incapaz antes mesmo que possa experimentar a realização de algo.

Antevendo estes equívocos na apropriação de sua teoria, Binet a compôs, segundo Gould (2003, p. 158), sobre três princípios básicos, os quais deveriam ser seguidos à risca:

“1. As marcas obtidas constituem um recurso prático; não são o arcabouço de uma teoria do intelecto; não definem nada de inato ou permanente. Não podemos dizer que medem a “inteligência ou qualquer outra entidade reificada.

2. A escala é um guia aproximativo e empírico para a identificação de crianças ligeiramente retardadas e com problemas de aprendizagem, que necessitam de uma assistência especial. Não é um recurso para o estabelecimento de qualquer hierarquia entre as crianças normais.

3. Qualquer que seja a causa das dificuldades de que padecem as crianças, a ênfase deve recair na possibilidade de aprimoramento da sua capacidade através de uma educação especial. Os baixos resultados não devem ser usados para se atribuir às crianças o rótulo de incapacidade inata.”

Como vivemos num mundo onde idéias, propostas e ações estão em constante movimento, é preciso lembrar que nem sempre este é progressivo e linear, receio que já preocupava Binet ao ressaltar os princípios básicos sobre a utilização de sua teoria. As boas intenções de Binet foram distorcidas por três grandes psicólogos dos Estados Unidos ao negligenciarem seus princípios básicos, transformando sua escala em instrumentos de reificação da inteligência, sob a justificativa da prevalência da hereditariedade.

O próprio Gould (2003) ao fazer a análise do movimento histórico da teoria de Binet apresenta a tese do QI hereditário como uma invenção americana.

“H. H. Goddard, que introduziu no país a escala de Binet e reificou os resultados, atribuindo-lhes o valor de inteligência inata; L. M. Terman, que elaborou a escala de Stanford-Binet, e sonhou com uma sociedade racional onde a profissão de cada pessoa seria decidida com bases no seu QI; e R. M. Yerkes, que convenceu o exército a submeter 1.750.000 homens a um teste de inteligência na Primeira Guerra mundial, justificando assim a suposta objetividade de dados que afirmavam a hereditariedade do QI, base da Lei de Restrição da Imigração promulgada em 1924, através da qual se restringia o acesso aos Estados Unidos de pessoas proveniente de regiões geneticamente desfavorecidas.” (GOULD, 2003, p. 161)

A importância destas informações desdobra-se num outro plano que não apenas na objetificação das diferenças para o desenvolvimento do conhecimento, se destacando necessariamente nas lutas pela hegemonia intelectual, racial, econômica, política, cultural, etc dentro deste país, repercutindo fora dele também. Gould (2003) descreve brilhantemente as influências de cada uma destas tentativas de fazer da teoria do QI uma ciência objetiva nos Estados Unidos e as suas implicações para a sociedade. Muitas destas tentativas seguiram de forma ingênua e outras serviram, objetivamente, para reforçar ideais hegemônicos e/ou preconceitos subjacentes.

Algumas das conseqüências destas pesquisas empíricas de cunho estatístico que descartavam totalmente os fatores ambientais levaram à segregação das pessoas que apresentavam o “QI” diagnosticado como abaixo da média para evitar a reprodução. Acreditava-se que pessoas de baixo QI reproduziam a idiotice, argumento que justificou cirurgias de esterilizações sem consciência por parte dos pacientes. Além disso, foram feitas propostas de hierarquização social de acordo com o nível da inteligência, a falsa explicação das diferenças econômicas e de classes sociais, a importância de determinadas raças em detrimento de outras, etc (GOULD, 2003).

Estas teorias sobre o QI hereditário começam a ser questionadas em torno de 1930, mas é preciso lembrar que muitos destes argumentos servirão para os eugenistas da época. Na Segunda Guerra Mundial, os alemães, sob o pretexto de purificação da raça ariana, portanto, muito semelhante aos argumentos pregados nos Estados Unidos para as campanhas contra a reprodução da “idiotice”, levaram a morte milhões de pessoas.

Gould (2003) destaca ainda as conseqüências duríssimas sobre a entrada de imigrantes nos Estados Unidos, que negavam a entrada no país quando da verificação do nível de QI abaixo da média considerada normal, pois iriam influenciar negativamente a sociedade americana. Calcula-se que seis milhões de imigrantes teriam tentado deixar a Europa as vésperas da Segunda Guerra, não conseguindo, porém, por não ter para onde fugir. Aquele momento histórico nos mostra a força que algumas idéias podem ter, agindo tão drasticamente sobre as populações quanto as bombas.

Ainda que estas teorias tenham sido questionadas, é preciso dizer que o estigma já havia se enraizado na forma do preconceito. A este respeito, o descrédito para com estas pessoas já estava posto. Neste sentido, Arthur Jensen, em 1979, portanto muito próximo de nós, resgata a teoria do QI hereditário para diferenciar a inteligência entre brancos e negros, ato de preconceito realizado sobre a suposta neutralidade científica. Neste caso, a ciência – essencialmente a positiva – parece estar sempre à sombra da ignorância ou do mal uso de sua objetividade cega e sem limites. À espreita do conhecimento parece estar sempre a luta pela hegemonia, seja ela de que ordem for.

É preciso ressaltar que como os preconceitos já estavam então enraizados socialmente havia uma concepção de normalidade que regia falsamente o imaginário social, pois mascarava as diferenças ambientais. Sobre este aspecto, e mais recentemente, Mônica Kassar (1995) ao realizar uma pesquisa aqui no Brasil sobre a “Ciência e Senso Comum no Cotidiano das Classes Especiais” sentiu-se compelida a discutir a questão do diagnóstico, por entender através de seus dados que este apresentava uma característica dialética.

Longe de negar a teoria muito bem fundamentada por Goffman (1982) sobre o estigma, fato gerado pelo diagnóstico da deficiência sobre o indivíduo, esta autora não pode deixar de verificar uma positividade quando do seu uso para a

identificação de crianças com diagnóstico de deficiência mental dentro do Ensino Regular. Isto sucedeu porque a pesquisadora percebeu que a ausência do diagnóstico médico não significava sua ausência de fato (KASSAR, 1995).

O imaginário social construiu uma teoria sobre a normalidade e a anormalidade que parece, por vezes, independente do diagnóstico médico. De alguma forma, também, o senso comum reforçava a tendência médica do diagnóstico, autorizando-os a fazer uma determinada avaliação com base num padrão de normalidade que entendiam como ideal para os seres humanos. Em síntese, exercitavam, cotidianamente, a transformação de uma medida abstrata, um valor, na coisa em si. Reforçam, desta maneira, o imaginário em curso, fazendo com que a sociedade acabe estigmatizando os sujeitos por uma média valorativa abstrata que, em geral, não atende a ninguém especificamente.

A grande questão então levantada por Kassar é que quando existe a ausência do diagnóstico as pessoas tendem a transformar as desvantagens ocasionadas pelas desigualdades sociais em doenças. Dito de outra forma, as crianças não aprendem porque são deficientes. Neste caso, “não é o diagnóstico pura e simplesmente que rotula e segrega o indivíduo. É a sociedade fragmentada e desigual que se utiliza do diagnóstico como legitimador de sua necessidade de segregação” (KASSAR, 1995, p. 47 e 48).

As escolas regulares estariam justificando os seus fracassos no ensino pela patologia e não pelos modelos de ensino-aprendizagem adotados ou até mesmo por outros fatores. O diagnóstico é então um meio da própria sociedade de mascarar a sua deficiência. A escola especial é uma instituição que não apresenta um caráter necessariamente formativo – agindo mais de forma normalizadora sobre as condutas humanas do que pelo ensino –. Em geral, sua existência se faz necessária neste contexto para justificar as fronteiras das desigualdades sócio-econômicas, além de transformar seres desfavorecidos historicamente em sujeitos patológicos.

A segregação pela patologia é na atualidade uma prática muito comum, bastando refletir sobre a escassez de espaços inclusivos na sociedade que vise atender as diferenças, em todas as esferas da vida.

Um exemplo desta exclusão, para além da escola e do trabalho, são os espaços de lazer os quais, segundo o princípio de uma sociedade inclusiva, deveriam proporcionar oportunidades de participação. O que ocorre é no máximo

uma semi-inclusão pela oportunidade de integrar classes especiais que poderíamos chamar de guetos segregativos.

Antes de continuar a crítica ao diagnóstico, vale destacar a diferenciação realizada por Kassar (1995) entre o diagnóstico médico e o diagnóstico prático, e as implicações que os resultados de sua pesquisa apresentaram. O diagnóstico médico carrega toda a carga de uma avaliação científica, enquanto o diagnóstico prático é aquele realizado pelo senso comum, identificado por esta autora, como tendo os professores e diretores de escolas regulares como seus principais atores, e que se fundamentam na comparação com a idéia do aluno ideal. Quando da falta de uma avaliação médica, são os professores com base na sua experiência de ensino – em geral, regida por uma lógica racional de desenvolvimento linear – que encaminham ou não as crianças para a educação especial.

As implicações, segundo os dados desta autora, são graves, pois mostram como as ações, para o bem ou para o mal, pré-determinam o futuro da criança. A pesquisa realizada no ano de 1991 acompanhou uma transição de governo local no Mato Grosso do Sul que provocou, ao final do ano de 1990, uma suspensão da realização dos diagnósticos médicos. Este fato resultou num acréscimo de alunos encaminhados do ensino regular para as classes especiais nos anos de 1991 e 1992 através do diagnóstico prático. “De uma média de 14 crianças por sala, entre os anos de 1977 a 1987, passamos a uma média de 10 crianças em 1988 (ano do início das avaliações diagnósticas), 5,25 em 1989 e 3,5 em 1990, quando houve a ameaça de fechamento de algumas salas por falta de clientela”. (KASSAR, 1995, p. 38 e 39).

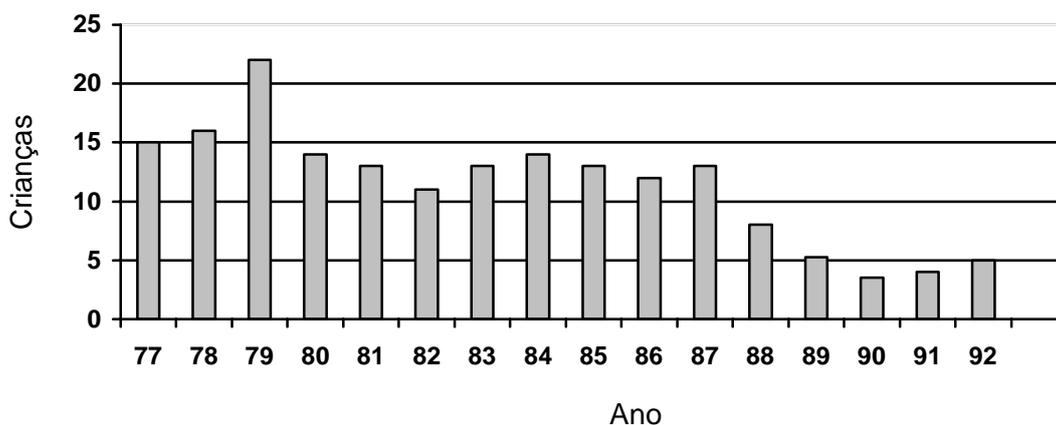


Gráfico 1: Crianças por sala/ano.

Importante ressaltar aqui que os testes realizados, os quais determinavam o diagnóstico médico neste Estado durante os anos de 1988 a 1990, englobavam não apenas a determinação do QI, mas também outros fatores, como veremos a seguir

- Bender – teste de fundamentação gestáltica, não verbal, que consiste em cópias de traçados, e tem como objetivo detectar disfunções neurológicas;
- Wisc Wechsler Intelligence Scale for Children – cujo objetivo é determinar a quantidade de informação geral que o sujeito abstraiu de seu meio, por ter como pressuposto a relação: informações adquiridas-capacidade intelectual, e assim determinar o escore referente, supostamente, à sua capacidade de inteligência;
- Provas pedagógicas referentes ao conteúdo programático da 1ª série – com a intenção de ‘checar’ algumas das informações fornecidas pelo professor;
- Provas de Piaget – para detectar a maturidade das elaborações conceituais referentes às noções de conservação, invariância, seriação, entre outras;
- Ficha de informação social – respondida pela criança, solicitando dados sobre sua vida, seus gostos, seus interesses, suas atividades extra-escolares, etc. (KASSAR, 1995, p.38)

Além destes testes que eram aplicados individualmente, havia ainda uma entrevista com a família para identificar o histórico social da criança, fazendo com que o diagnóstico médico afastasse do estigma da deficiência mental crianças com dificuldade de aprendizagem.

Assim, ainda que os diagnósticos médicos não sejam perfeitos e atuem, na grande maioria das vezes, de forma a estigmatizar os indivíduos, principalmente pela CID-10 de forma reificadora, criaram uma lógica de pensamento social que os tornou necessários para evitar erros ainda maiores de avaliação. Tais erros são promovidos pelo preconceito e desconsideram as resultantes dos fatores sociais.

O diagnóstico parece ter contribuído para evitar a exclusão, mas reforça o estigma sobre a criança que receberá o diagnóstico, porque irá determinar uma

incapacidade apenas de ordem biológica. Neste sentido, está a crítica quanto as classificações duras realizadas pela objetivação da deficiência pelas ciências empiristas, que escondem por trás de suas classificações a desconsideração da complexidade da realidade social na qual estes indivíduos são diagnosticados deficientes mentais.

Anahe (apud KASSAR, 1995) diz que 76% das crianças de classes especiais, provenientes do Estado de Mato Grosso do Sul, são de baixo nível sócio-econômico. Este dado implica compreender que o ambiente interfere sim no diagnóstico, e mais, significa dizer que o diagnóstico da Deficiência Mental é definida por critérios não apenas médicos, sendo a desigualdade camuflada pelo diagnóstico médico.

Neste sentido, os critérios escamoteados pelas ciências médicas seriam então os critérios éticos, morais, comportamentais, legais, psicossociais, ou seja, uma série de fatores não hereditários e não contextualizados pelas ciências médicas, e que se propagam como verdades científicas de ordem imutável.

Ainda que a idéia da hereditariedade pareça não ser mais plausível, parece resistir a idéia de algo inato que não será desenvolvido pelo ambiente social no qual a criança está inserida, determinando a sua incapacidade mesmo antes que ela, a criança, apresente alguma possibilidade de aprendizagem. A determinação do diagnóstico age contrariamente às idéias de Binet no início do século, de contribuir com a aprendizagem buscando meios de melhor assistir o desenvolvimento da criança, porque junto com o diagnóstico vem o prognóstico de incapacidade. Contudo, este prognóstico parece estar mais associado aos valores de ordem social que são naturalizados através da visão médica biologicista, ou pelo senso comum acrítico, do que pela própria criança em si.

4.4 Incapacidade e Funcionalidade

A expectativa com a implementação da CIF é que se possa romper com algumas destas barreiras e permitir que a pessoa com diagnóstico de deficiência possa apresentar o máximo da sua funcionalidade dentro da sociedade.

Neste sentido a CIF, enquanto instrumento de classificação, busca evitar um estreitamento do olhar ao fazer correlação com alguns dos fatores de ordem social

para a classificação da funcionalidade e incapacidade. Pode-se dizer que se constitui numa tentativa de esquivar-se do diagnóstico fechado da CID-10, ampliando a capacidade de avaliação dos fenômenos que compreendem o estado de saúde. Como descrito no próprio documento (OMS, 2003), foram muitas as propostas de modelos conceituais para a construção da CIF que podem ser compreendidos por uma relação dialética entre o modelo médico de incapacidade e funcionalidade *versus* o modelo social.

O modelo médico seria representado pela idéia de que o problema centra-se na pessoa; já a incapacidade seria causada pela doença ou pela deficiência. Este modelo tem por objetivo erradicar o problema através da cura, da adaptação ou da mudança de comportamento, tendo como implicação política, a mudança ou reforma nas políticas de saúde. O principal foco de atenção é a assistência médica. No modelo social

a incapacidade não é um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social ... a solução do problema requer uma acção social e é da responsabilidade colectiva da sociedade fazer as modificações ambientais necessárias ... é então uma questão atitudinal e ideológica ... a nível político, se transformam numa questão de direitos humanos. (OMS, 2003, p.21)

Ao procurar estabelecer uma nova relação na constituição deste documento, a OMS dá um passo significativo na concepção de saúde que apresentava, pois busca superar apenas a idéia de um desvio da normalidade biológica. Aponta, também, para os fatores de ordem social que implicam na incapacidade e na funcionalidade das pessoas.

Segundo Battistella & Brito (2002, p. 99) a CIF “mede a capacidade da PPD (Pessoa Portadora de Deficiência) em superar diferentes níveis de dificuldades relacionadas às tarefas do cotidiano”.

É preciso ressaltar que como a gravidade da deficiência mental é identificada pelo comportamento adaptativo da pessoa na sociedade, o reconhecimento dos fatores contextuais pode contribuir para amenizar o estigma. Compreende-se que ao oportunizar melhores condições de vida a estas pessoas, elas possam explorar melhor o desenvolvimento de suas capacidades e, a partir disso, apresentar um comportamento mais “aceitável”. No limite, contribuiria para amenizar a gravidade

identificada no diagnóstico, apresentando este sujeito à sociedade como alguém dotado de funcionalidade.

Contudo, a CIF, ao classificar a pessoa doente ou com deficiência, também o faz a partir do diagnóstico médico, evidenciando também aquilo que historicamente vem sendo rejeitado - a anormalidade. Este parece ser a característica mais negativa das classificações da Deficiência Mental na CID-10 e na CIF.

Identifica-se a ampliação do conceito de incapacidade que foi descrito através do processo de revisão da CID-10 até chegar ao documento que compõe hoje a CIF. Esta compreensão é importante porque busca contextualizar a presença da doença, no caso, um desvio da normalidade biológica, o que não significa necessariamente que a pessoa seja incapaz. Esta compreensão da doença/deficiência não mais como algo necessariamente negativo, incapacitante, deve ser evidenciada, pois contribui para a compreensão desta como parte constituinte do processo da vida humana.

Não é o caso de aceitar as doenças, e também as deficiências, e nada fazer para amenizar a dor e o sofrimento das pessoas diante das dificuldades por elas enfrentadas. Neste sentido, Berlinguer (1988) já dizia que é preciso sim possibilitar a vida propiciando condições desta pessoa se manter, pois muitas doenças são evitáveis, curáveis ou amenizáveis, tanto na constituição do atendimento clínico quanto nas conseqüências sociais que enfrentam as pessoas consideradas doentes/deficientes.

Trata-se, então, da idéia de pensar a deficiência como uma expressão do humano que pode e deve, através do conhecimento e da cultura, ser minimizada enquanto a condição que segrega a pessoa do convívio social. Pode-se fazer isso ao estimular o desenvolvimento das suas capacidades a partir das suas potencialidades, o que é muito diferente do desejo de normalizá-lo para que possa atender determinadas condutas sociais naturalizadas.

É preciso destacar, porém, que a CIF, ainda que represente um avanço para as pessoas com deficiência mental no sentido de potencializar o que são capazes de realizar, não apresenta nenhuma crítica ao padrão de eficiência arraigado na sociedade produtivista, na qual o deficiente é sempre o “não eficiente”. O que parece ser proposto com este documento da OMS é possibilitar a ampliação das condições de produção das pessoas com deficiências, para que sejam aceitas por sua adequação ao sistema social. Existe uma apropriação de uma idéia que parece

positiva, pois apresenta as potencialidades das pessoas diagnosticadas com deficiência mental, porém realizadas de forma a-histórica em relação a construção social de um sistema que é em si desigual. Por melhores que sejam os prognósticos a respeito da funcionalidade, pouco implicará numa mudança da ordem social que os beneficie, efetivamente.

Indicamos que, enquanto um documento de ordem estatística, desconsidera as relações causadas pelas desigualdades sociais, apresentando a pessoa com diagnóstico de deficiência mental como funcional, mas não produz uma reflexão acerca do sistema social que estabelece a existência desta deficiência. Não há, em nenhum momento, uma reflexão acerca das possibilidades de existência de uma outra forma de racionalidade, pois as formas que legitimam este olhar são focadas também por uma racionalidade estreita, que tende a operar logicamente entre meios e fins.

Nesta questão, o deficiente mental não é apenas considerado o não eficiente, mas também é o “sem razão”, porque sua característica principal é ter afetado seu potencial cognitivo-racional. Sob este aspecto lhe é negada toda e qualquer intervenção social que divirja da norma, porque sobre ele está o estigma do deficiente mental.

Para Goffman (Apud GOLDWASSER, 1985, p.29) o estigma é definido como

... um atributo que lo vuelve (el extraño) diferente de los demás ... y lo convierte en alguien menos apetecible, en casos extremos, en una persona casi enteramente malvada, peligrosa o débil. De ese modo dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado. Un atributo de esa naturaleza es un estigma en especial, cuando él produce en los demás ... un descrédito amplio ...

A pessoa com deficiência mental será vista com descrédito, com uma potencialidade deteriorada, dado que se dará de tal forma, que antes que se veja o humano nesta pessoa, se verá primeiro o deficiente, sendo este reduzido aos seus atributos ou à ausência deles, como no caso da Deficiência Mental. Como tal, não é um ser que poderia ser considerado produtor de normas racionais, acarretando no fato de que o seu discurso é um discurso de não-valor.

A linguagem estabelece um importante papel neste processo, pois uma crítica muito forte à racionalidade da pessoa diagnosticada com deficiência mental é o não

desenvolvimento da linguagem, escrita e falada, dentro dos padrões considerados normais.

Sabe-se que a estrutura educacional na atualidade é voltada ao desenvolvimento do aprendizado da linguagem escrita, pois é a partir dela que serão desenvolvidos os outros conhecimentos acerca da realidade. Neste sentido, imagina-se por que a “deficiência mental” vem sendo considerada a “pedra no sapato” do conceito de inclusão. A lógica de toda a estrutura de ensino funciona a partir desta forma de pensamento, existindo, então, apenas duas possibilidades de intervenção. Pode-se organizar o ensino de forma a que este aluno possa aprender (num processo de adequação) ou reformulando a estrutura de ensino considerando as diferentes capacidades cognitivas.

Atualmente o discurso tem se efetivado pela segunda possibilidade visto que se compreende a inclusão como um processo de mão dupla que vai da pessoa com diagnóstico de deficiência mental para a sociedade e da sociedade para a pessoa com diagnóstico de deficiência mental.

Porém, o que acontece é uma pré disposição social a acreditar hoje que as únicas formas de linguagem humana são dadas através da fala e da escrita, esquecendo-se que o movimento é intencional e compõem nas suas expressões uma forma de linguagem repleta de sentidos e significados. Quando estes são desconsiderados deixamos de perceber, através da corporeidade, outras possibilidades de comunicação e expressão e, talvez, outras formas de racionalidade.

O que queremos dizer é que quando da classificação diagnóstica há uma desvalorização para com a intervenção social destes sujeitos na sociedade, como se a sua fala (ou falta dela) não fosse capaz de expressar nada de significativo, desconsiderando outras formas de linguagem não verbal. Assim, há uma desconsideração com todo sentido e significado produzido por estes sujeitos, expressos de diferentes formas.

Na especificidade das áreas que lidam com práticas corporais na modernidade, como a educação física, existe ainda um descaso com toda a expressão corporal destes sujeitos, visto que hegemonicamente querem impor-lhes uma normatividade funcional que necessariamente não apresenta nenhum sentido e

significado para estes sujeitos. Nega-se a sua singularidade para imputar-lhes comportamentos sociais naturalizados.

A corporeidade, neste sentido, não é entendida em sua intencionalidade, perdendo, com isso, a possibilidade de ampliar a compreensão da sociedade, deixando-se cegar pelos seus próprios valores e normas. Quanto à pessoa diagnosticada deficiente mental, perde direitos sobre o seu próprio ser e dever-ser.

Em síntese, perde o humano. Após ter realizado várias internações em “O Alienista”, Dr. Bacamarte começa a duvidar de seus métodos científicos. Percebe, então, que a loucura determinada por ele partia muito mais de pré-concepções culturais sobre comportamentos e valores naturalizados, do que pela existência efetiva da loucura nos seus pacientes. Em determinado momento, passou a duvidar de si e de sua própria fonte de certeza, começando a questionar sua prática científica e sua própria normalização cultural que o cegava frente à diversidade humana. Ao despertar para a complexidade do ser humano nas suas múltiplas possibilidades de ser, vendo que não era isso que caracterizaria efetivamente a loucura, Dr. Bacamarte se auto-diagnosticou louco. Fez isso porque entendeu que a sua concepção de loucura estava pautada sobre uma racionalidade cega, diretiva e condicionada por determinantes de um padrão de normalidade socialmente construído que não configuram em si, necessariamente, a verdade sobre loucura e a não-loucura. Passou a compreender que sua ingenuidade então era fruto de uma irracionalidade, dada por uma postura a - crítica e que, portanto, merecia ser repensada.

Esta autocrítica realizada pelo Alienista parece estar longe de acontecer dentro de organismos como a OMS, assim como de alguns círculos acadêmicos. Seus documentos permanecem caracterizados como a expressão da verdade presente na realidade, o que os torna instrumentos de poder. De forma que, assim como o Dr. Barcamarte deixou-se levar por um conhecimento *a priori*, a prática e uso destes documentos, supondo neles uma neutralidade não existente, corrobora com uma provável patologização do normal ao reforçar a idéia de um padrão ideal de normalidade.

CAPITULO V

5. Para finalizar...

Para finalizar este relatório de pesquisa alguns elementos merecem ser destacados, de forma que nesta reflexão final buscamos elaborar uma síntese da análise desenvolvida, explicitando os dados mais relevantes em relação aos objetivos pretendidos, além de apresentar alguns elementos novos e complementares.

A funcionalidade e a incapacidade são avaliadas de acordo com situações ideais pela CIF, a qual por sua vez, pontua a incapacidade como uma barreira imposta não apenas pelo biológico, mas também pelas questões que são decorrentes das barreiras encontradas na sociedade, descritas nos fatores ambientais. Porém, uma questão importante é que a avaliação diagnóstica fica submetida de antemão a um determinado padrão de normalidade presente na sociedade, ainda que ao pontuar as barreiras impostas pelo ambiente, busque superar a exclusão.

Ao refletirmos sobre esta idéia de um padrão de normalidade, não é difícil imaginar que durante o desenvolvimento da criança, inclusive daquelas diagnosticadas com deficiência mental, os ensinamentos de normas, regras e condutas são dados como fundamentais, pois a partir deles é que se consagram as possibilidades do convívio em sociedade. De forma que não se pode negar a presença de uma normatividade social que rege o convívio em sociedade.

É preciso dizer que não há sociedade sem normas que constituem a civilização. A vida está circunscrita às normas, sem normas não há vida. Porém, equivocado seria pensar que as mesmas não são mutáveis ou reversíveis quando da mudança para algo novo. Neste sentido, Canguilhem (1995, p.188), ao escrever sobre a cura, diria que “nenhuma cura é uma volta à inocência biológica. Curar é criar para si novas formas de vida, às vezes, superiores às antigas. Há uma irreversibilidade da normatividade biológica”, que também acreditamos existir nos processos culturais e sociais.

O que está se colocando é que mesmo com toda ação médica para voltar a um estado de saúde, o organismo jamais será o mesmo de antes da doença. Assim acontece em relação à deficiência. Todo o processo de normalização não vai fazê-lo assumir uma normalidade ideal, mas sim uma outra forma de ser. A questão está na exclusão que provoca esta normatividade social que advém das exigências do cumprimento de normas culturais cristalizadas como naturais; normatividade, a qual, por princípio, não atende a diversidade da população.

Podemos imaginar a existência de uma classificação preliminar que permeia o imaginário social e que constitui um comportamento padrão de ser humano normal, o que entendemos, no limite, como um ensaio rústico da CID-10 e da CIF. Estas classificações também avaliam as pessoas, tanto doentes como não doentes, a partir de determinadas situações e, no caso da CIF, destaca formas de se pensar meios de potencializar a funcionalidade. De outra maneira, estas classificações agem como instrumentos que reforçam a idéia de um padrão de normalidade, estendendo de certa forma este pensamento a outras esferas da vida humana, como o lazer e o trabalho.

O que identificamos através da análise dos documentos da CID-10 e da CIF é que a normatividade social é também construída a partir das ciências médicas que procuram normalizar a vida de acordo com um padrão ideal de saúde. Sendo este padrão estabelecido de acordo com médias estatísticas que muitas vezes não correspondem à diversidade da população mundial, nem às condições de vida destas – elemento que sabemos corroborar significativamente na compreensão do seu estado de saúde.

Esta ação normalizadora é evidenciada quando políticas públicas para as pessoas com deficiência são pensadas a partir da idéia da anormalidade e não a partir das diferentes expressões humanas, em que suas necessidades se constroem a partir das relações sociais que estabelecem. No caso do uso destes documentos específicos, quando deixam escapar em suas classificações as desigualdades sociais, não contextualizam o diagnóstico da deficiência mental como uma criação das relações que se estabelecem dentro da sociedade.

Um dos documentos mais importantes na atualidade em defesa dos direitos das pessoas portadores de necessidades especiais é a “Declaração de Salamanca”, que por sua vez também centra a atenção na criança.

A Declaração de Salamanca surge para contemplar algumas questões que não haviam sido consideradas na “Declaração de Educação para Todos” aprovada na Conferência de Jomtien, Tailândia, entre 5 e 9 de março de 1990. Visto que a mesma não atendia a demandas específicas e necessárias para inclusão das pessoas com deficiência, ou seja, para a efetivação da idéia de Educação para Todos. Estes documentos estabelecem que o ensino, ou o processo de educação sistemático, seja centrado na criança. Pode-se dizer que, ao centrar-se no indivíduo, o processo assim organizado torna-se uma terapia individual, como se o problema estivesse na criança. Apregoa-se para a educação da criança o mesmo olhar objetivador que é evidenciado nas ciências médicas tradicionais, não considerando que é através das relações sociais que a criança se desenvolve.

Segundo Guhur (2002, s/p) a Conferência de 1990 dizia buscar a equidade e o acesso à educação objetivando a melhoria da qualidade de vida. Estes direitos seriam atingidos pela redução da pobreza e também pela promoção da equidade. A Satisfação das Necessidades Básicas de Aprendizagem, como consta no Artigo 1º da “Declaração de Educação para Todos” que versa sobre os objetivos deste plano de ação está assim descrita:

“Cada pessoa – criança, jovem ou adulto – deve estar em condições de aproveitar as oportunidades básicas de aprendizagem. Essas necessidades compreendem tanto os instrumentos essenciais para a aprendizagem (como a leitura e a escrita, a expressão oral, o cálculo, a solução de problemas), quanto os conteúdos básicos de aprendizagem (como conhecimentos, habilidades, valores e atitudes), necessários para que os seres humanos possam sobreviver, desenvolver plenamente suas potencialidades, viver e trabalhar com dignidade, participar plenamente do desenvolvimento, melhorar a qualidade de vida, tomar decisões fundamentadas e continuar aprendendo. A amplitude das necessidades básicas de aprendizagem e a maneira de satisfazê-las variam segundo cada país e cada cultura, e, inevitavelmente, mudam com o decorrer do tempo. (Declaração de Educação para Todos, 1990)

Para esta autora (GUHUR, 2002, s/p.), seria necessário pensar sobre

“a preocupação utilitarista e a expectativa com o imediato e com o que pode ser operacionalizado, subentendidas nas funções atribuídas às NEBAs¹⁴, bem como sua centração no atendimento de necessidades individuais, desconsiderando o coletivo no qual elas se originam e desenvolvem, como se bastasse uma determinação externa a delimitar o comportamento a ser seguido, para que ele harmoniosamente se concretizasse, em meio aos interesses conflitantes da sociedade”.

Considerando que a atenção deveria ser voltada para o sujeito e suas necessidades individuais, resta questionar se não caberia à organização escolar repensar as formas pelas quais estas necessidades se estabelecem. Talvez, a questão fosse pensar diferentes meios de possibilitar aos alunos com deficiência adequarem-se, integrarem-se na sociedade que está posta. Esta proposta não difere da visão tradicional de saúde, onde o problema está na criança com deficiência e que, portanto, devem-se possibilitar condições para diminuir as conseqüências desta anormalidade, para que se possa, então, tornar viável o convívio em sociedade.

A compreensão de deficiência presente nestes documentos parece ignorar o fato de que a sociedade também produz deficiências como um reflexo das condições históricas, econômicas, sociais e culturais. A deficiência não é pensada para além de suas definições orgânicas, ela apenas existe e, a partir deste fato, é dever da educação facilitar a aprendizagem e o acesso dos alunos com deficiência ao convívio social. A inclusão que se propõe está estruturada, ainda que se diga o contrário, sob o paradigma da normalização.

O processo de normalização das pessoas com diagnóstico de deficiência está presente antes mesmo do seu nascimento, quando se tem idéias pré-concebidas sobre a anormalidade do ser humano e que, por sua vez, irão determinar suas relações sociais. Aqui importa, segundo Barreto (1999), a idéia de normalidade que a família espera da criança e a expectativa é sempre pelo melhor. Porém, quando o médico diz à família que a criança terá, devido a algum problema específico, um retardamento mental, o sonho desmorona. O estigma é tão forte que começa a determinar a vida daquela criança antes mesmo do seu nascimento.

¹⁴ NEBAs significa Necessidades Básicas de Aprendizagens, e dizem respeito aos objetivos da “Declaração Mundial de Educação para Todos: Satisfação das Necessidades Básicas de aprendizagem” que foram definidas na Conferência de Jomtien.

Barreto (1999) nos relata, ao fazer um paralelo entre duas famílias que esperavam filhos na mesma época, com um deles diagnosticado deficiente e o outro não, como o estigma determinou as relações sociais que as crianças, por intermédio da família, estabeleceram. A família com o filho considerado “normal” saía para passear apresentando a criança para todos, e desde muito cedo vizinhos, amigos e parentes o pegavam no colo para brincar. Logo que começara a andar esta criança já estava em contato com outras crianças, brincando e aprendendo a se socializar. Suas oportunidades e estímulos ao desenvolvimento foram muito diferentes da criança com diagnóstico de deficiência. A família desta última, muito receosa com os cuidados e com o preconceito dos outros, mal a apresentava a outras pessoas, que passou a crescer sozinha. Com medo da reação das outras crianças ou de que seu filho poderia se machucar, os pais não a levavam ao parque para brincar e suas experiências foram restritas e seu desenvolvimento prejudicado.

Este relato nos mostra que o diagnóstico pode se constituir num fator negativo sobre as relações sociais, pois existe um desconhecimento de que a deficiência é também uma construção social e cultural, o que limitou muito o desenvolvimento da segunda criança. A deficiência, neste caso, estende-se também à família que sofre com o estigma social por apresentar um filho deficiente.

Estes dados parecem indicar que as classificações realizadas através da escala de QI reificam a deficiência como algo em si, uma anormalidade que não é representativa das questões culturais naturalizadas.

Ampliando este pensamento sobre a idéia de ser humano ideal, vemos que “o outro” também está presente na construção da deficiência, mas não apenas na presença efetiva de alguém. Entendemos a presença do “outro” nas construções arquitetônicas dos espaços de lazer, nos espaços escolares, na constituição dos materiais que a mesma necessita e também na constituição do próprio brinquedo. As determinações culturais fundamentadas num ideal de humano impõem-se, ainda que subjetivamente, na forma de agir e de pensar das pessoas.

Estas formas com a qual o “outro” se apresenta para nós exige uma determinada forma de agir e de pensar. Quando pensamos no ato de educar sem refletir sobre esta informação, estaremos caminhando *entre* pessoas com diagnóstico de deficiência mental, pois estaremos impondo uma forma de ser. Ou seja, não aparece na relação pedagógica uma forma onde todos os envolvidos

estariam se reconstruindo e reconstruindo o meio, a partir de suas singularidades, de forma a caminharem *juntos*.

Se pensarmos que é objetivamente pelos atrasos que apresenta no desenvolvimento do aprendizado de comportamentos e ensinamentos classificados como ideais para determinada idade que a criança ou adolescente pode ser classificado como deficiente mental à intervenção do outro (presente fisicamente ou não) fica mais evidenciada. Este dado aponta a CIF como uma mudança, pois além de alargar o conceito de deficiência, busca promover melhorias na qualidade de vida das pessoas com deficiência. Demonstra, assim, que muitas de suas incapacidades são reflexos da constituição do social, ainda que a sua crítica não se estenda ao sistema econômico que compõem o social.

Neste sentido, acreditamos que é nas relações sociais que a pessoa estabelece a constituição de si, de forma a parecer mais ou menos normal. Somente com uma reflexão sobre o que rege esta normalidade social que se pode avançar. O que acaba não acontecendo, pois os comportamentos culturais, normas e valores são regidos por uma lógica de reprodução do normal.

Assim, quando se trata do desenvolvimento de uma criança esta estará sendo avaliada a partir de um padrão de normalidade, sendo que após o diagnóstico da deficiência mental esta criança provavelmente irá passar por um processo de condicionamento. Neste processo, não será dada tanta importância para o sentido e o significado que a criança verá na atividade que está desenvolvendo, desde que ela seja capaz de reproduzi-la, alcançando um nível de normalidade.

Para o ensino das crianças com diagnóstico de deficiência mental, segundo Tomasini (1994), toda e qualquer atividade é decomposta em partes pequenas, ainda que isto possa lhe tirar o seu sentido e o seu significado, para que sejam automatizadas ações da vida cotidiana, por um certo adestramento. Um exemplo dado por esta autora refere-se ao uso do vaso sanitário, retirado de um documento da FCEE¹⁵ de 1984, no qual a criança é colocada para sentar no mesmo de duas em duas horas, permanecendo uns 30's. A observação acompanha e se nada acontecer ela é liberada, caso faça alguma coisa, deve ser muito elogiada pelo seu ato.

¹⁵ Fundação Catarinense de Educação Especial

Esta decomposição é realizada com vistas a aceleração por parte da aprendizagem de alguns “fazeres” que as crianças sem deficiência mental, em geral, não encontram grandes dificuldades. Isto acontece de tal forma que as agressões que lhe são impingidas são aceitas quase que naturalmente, por serem consideradas como “normais” na sociedade, sem que as mesmas sejam pensadas em relação a estes sujeitos. Para Foucault (1989, p. 138), o “ato é decomposto em seus elementos, é definida a posição do corpo, dos membros, das articulações; para cada movimento é determinada uma direção, uma amplitude, uma duração; é prescrita uma ordem de sucessão”. O objetivo fica expresso na absorção de uma postura adequada, um comportamento não discrepante, o exercício de regras socialmente aceitas, ou seja, quase um robô.

“A organização racional de uma tarefa exige que se estabeleça uma cuidadosa articulação entre o corpo e o objeto a ser manipulado. Trata-se aqui de treinamento, de adestramento. À primeira vista, o que se objetiva é tornar o corpo capaz de dominar e manipular o objeto, mas só a primeira vista. Na verdade, trata-se de fazer o corpo conformar-se aos requisitos que a manipulação do objeto exige. Se pensarmos que a quase totalidade dos objetos de uso cotidiano foram criados para ser utilizados por pessoas “normais”, que não sofrem restrições nos seus movimentos e gestos, o que se está afirmando fica mais claro. Desse ponto de vista, é o objeto que, ao ser manipulado, se impõe ao corpo e não o contrário. É o objeto que vai dar outra forma ou outro conteúdo ao corpo.” (Tomasini, 1994, p. 80)

Este mesmo quadro é estabelecido em relação ao pensamento, no qual os conhecimentos ensinados estão restritos a uma única lógica, sendo-lhe vedado toda e qualquer forma de expressão racional que fuja desta direção. Neste caso, se as pessoas com diagnóstico de deficiente mental fugirem da norma, estas podem ser consideradas com uma graduação maior do nível de gravidade da patologia ou, ainda, tachadas de indisciplinadas. A condição de deficiente mental retira a condição de sujeito de valor positivo, sendo este objeto de uma formação condicionadora, pois a razão nunca está neles, mas sempre fora deles.

Neste sentido, entra a importante questão do diagnóstico da deficiência mental, pois sempre que uma pessoa for considerada deficiente mental estará sendo subestimada. Barreto (1999, p. 21), em sua pesquisa, conta a história de uma professora do ensino regular que dizia não saber trabalhar com os alunos da APAE/Associação de Pais e Amigos do Excepcionais – instituição que atende pessoas diagnosticadas deficientes mentais. Porém, se os alunos desta professora

fossem submetidos a uma avaliação diagnóstica numa escola especial, acredita-se que pelo menos dois destes alunos seriam identificados como clientela da educação especial.

Esta situação relatada dá mostras da importância do diagnóstico na vida dos sujeitos, pois, como alertava Goffmam (1982), o peso do estigma será carregado por toda a vida. O peso é tamanho que quando da isenção do diagnóstico a pessoa poderia até mesmo exercer profissões, ainda que de nível intelectual inferior, sem que ninguém ao redor pudesse dizer sobre a sua fragilidade cognitiva. Nesta perspectiva, Foucault dizia que a sociedade “no instante em que ela diagnostica a doença, exclui o doente” (1991, p.74), não sendo diferente no ambiente escolar.

Contudo, enfrentamos, na atualidade, um paradoxo no qual o diagnóstico médico apresenta uma positividade, ainda que torne-se excludente. Ao diminuir o preconceito sobre crianças com diagnósticos práticos, não elimina o estigma do diagnóstico oficial. Neste caso, o diagnóstico cria uma deficiência que não pode curar.

Neste sentido, entendemos que se a CIF (2003), mesmo representando um importante avanço em termos de classificação no cenário mundial das pessoas com deficiências, passasse a ser usada nas instituições de ensino, estaria corroborando para a manutenção de uma educação centrada no diagnóstico e no prognóstico. Este processo manteria, como ponto de partida, uma avaliação com base num determinado padrão de normalidade. Ainda que avalie não só as incapacidades que devem ser compensadas/corrigidas ou subsidiadas por medidas de adequação social para que estes sujeitos possam se inserir na sociedade, mas também as funcionalidades destes sujeitos enquanto seres humanos capazes e produtivos em alguma esfera de sua vida é preciso repensar seu uso.

Entendemos que apontar a funcionalidade da pessoa com diagnóstico de deficiência mental sem considerar as implicações desta significa validar um projeto social falido. Através da positividade dada pela funcionalidade das pessoas estigmatizadas, objetiva-se escamotear ou mesmo maquiagem um processo de equidade social que não será alcançado. Talvez, justamente ao contrário do esperado, irá corroborar com a manutenção hierárquica das classes sociais.

Neste contexto, fica difícil pensar em equidade social se a responsabilidade por ela é passada novamente para o indivíduo, tirando-se o peso da deficiência do social. É certo que apresentando alguma funcionalidade estas pessoas podem ser por si, não ficando mais marginalizadas efetivamente do sistema. Será que existe como pensar em equidade social se as pessoas hoje diagnosticadas com deficiência mental são caracterizadas por um padrão de normalidade que na atualidade é, em muito, o desdobramento da racionalidade instrumental? Visto que estes sujeitos, ao não seguirem este padrão de aptos ou “normais”, são submetidos à pena vigente, a da exclusão, pois o conceito de deficiência ainda é o de **não eficiente**.

Assim as pessoas diagnosticadas deficientes mentais são não-eficientes, mas são funcionais, sendo que o fracasso em qualquer esfera da vida é uma responsabilidade individual, é quase uma patologia.

Sob esta ótica, é preciso pensar criticamente e perceber que os verdadeiros fracassos do ensino – alunos “deficientes” – podem estar escondendo sua verdadeira necessidade, a alienação dos sujeitos que por ele passam. Nem todos terão as mesmas oportunidades, há quase um processo de eugenia em curso, do mais forte sobre o mais fraco, que sustenta o sistema social onde todos podem chegar a ser bem sucedidos, mas nem todos o são. Além disso, este fato corrobora com uma lógica onde tudo depende apenas do indivíduo, pois as oportunidades estão sendo “supostamente” dadas.

Na atualidade, este é um fato importante, porque se formos pensar nos sujeitos que não têm acesso ao conhecimento e que não apresentam deficiência mental, estarão eles altamente adequados ao sistema: ainda que alienados serão seres racionais, porque operam logicamente articulando meios e fins.

No caso da pessoa com deficiência mental, a adequação direta com meios e fins fica deteriorada em função da sua capacidade cognitivo-racional. Contudo esta não adequação chama a atenção por sua rebeldia, por seu movimento de resistência inconsciente. As pessoas com diagnóstico de deficiência mental destacam-se por uma não adequação, caracterizando uma parcela da sociedade que não estaria se beneficiando dos processos produtivos, havendo então, falhas neste sistema produtivo que faz girar as relações sócio-econômicas. Porém, ao apresentar estes sujeitos como funcionais – ainda que não racionais – sugere uma desmarginalização destes sujeitos que não se concretiza.

Aqui, esconde-se a perversidade da idéia da funcionalidade, pois ao apontar as possibilidades das pessoas diagnosticadas com deficiência mental, devolve a elas a responsabilidade pelo seu desenvolvimento ou desempenho, minimizando a responsabilidade social.

Neste sentido, pensar a Deficiência Mental é necessariamente pensar o humano, pois não há como recortar este fenômeno reificando-o como uma entidade, independente da condição humana. Pensá-la enquanto um desvio geral da normalidade, também parece apresentar conseqüências que colocam a pessoa com este diagnóstico numa margem estigmatizada da sociedade, negando a elas as condições para pertencer plenamente ao gênero “humano”.

Neste sentido, é preciso pensar no que entendemos por humano. Considerar que a racionalidade é a característica definidora do humano traz desdobramentos perversos para aqueles considerados desprovidos de razão. Ao insistirmos na concepção de que o humano é necessariamente um ser racional, a pessoa diagnosticada com deficiência mental é considerada sem razão. No limite, estaremos promovendo a idéia de que estas pessoas perderam sua condição humana.

Acreditar que o ser humano tem sua racionalidade caracterizada a partir de uma racionalidade instrumental é que parece irracional. É preciso considerar que “o real excede sempre o racional” (MORIN, 1998, p. 169). Neste sentido, como nos diz Merleau-Ponty (apud MORIN, 1998, p. 169), é necessário “ampliar nossa razão para torná-la capaz de compreender aquilo que, em nós e nos outros, precede e excede a razão”. Esta perspectiva, em nosso entender, indica alguma possibilidade de um outro olhar para a pessoa com o diagnóstico de deficiência mental.

A este respeito é preciso considerar que há limites na idéia de razão, para os quais Morin (1998, p. 168) aponta a necessidade de pensar uma razão aberta que seja capaz de assumir intrinsecamente com o *racional*, o *irracional* (acaso, desordens, aporias, brechas lógicas) e o *a-racional*. Seguindo com este encadeamento de idéias, a razão aberta seria uma razão complexa, já que “não concebe em oposição absoluta, mas em oposição relativa, isto é, também em complementaridade, em comunicação, em trocas, os termos até ali antinômicos: inteligência e afetividade; razão e desrazão”.

A partir destes elementos, entendemos que a relação definidora da normalidade e da patologia está imbricada numa questão maior, que é a

compreensão que se tem do humano e não apenas da doença. Neste caso, a OMS, através da CID-10 e da CIF, não tem contribuído muito para refletir o humano na sua complexidade ou nas suas múltiplas formas de “ser humano” porque é tecida pela concepção de humano dada pela racionalidade moderna. Esta concepção é objetivada pela instrumentalidade, pela operacionalidade em função, dentre outros elementos, pelo estreitamento do próprio conceito de razão e racionalidade. Por outro lado, também é preciso destacar que as ciências médicas, e mais especificamente os documentos em questão, que ao serem regidos por esta racionalidade, também forjam a sua manutenção.

O que estamos colocando em xeque aqui não é a humanidade da pessoa diagnosticada com deficiência mental, porque entendemos e a vemos como um ser humano. Estamos questionando a forma reducionista como o humano vem sendo compreendido na modernidade e o processo de formação humana que é decorrente. De algum modo, toda a discussão desta pesquisa emerge de uma questão maior centrada em compreender qual concepção ontológica está presente na sociedade moderna. Ao apresentar uma concepção ontológica acerca da deficiência mental, a OMS promove também uma concepção de humano “normal” que propaga-se ao senso comum num processo de normalização.

A questão toma proporções ao pensarmos que as ciências médicas passam a se constituir como uma “Casa Verde”. Mais do que isso, estamos nós – ditos “normais” e “não-normais” – dentro de um mundo que se constitui na própria “Casa Verde” e necessariamente, ao continuarmos trilhando por este caminho, seremos em algum momento enlaçados na teia da anormalidade e da des-razão.

CAPÍTULO VI

6. Referências Bibliográficas

AMIRALIAN, M. L. T. et al. Conceituando Deficiência. **Rev. Saúde Pública**. Vol. 34. n.1. São Paulo. 2000.

ANACHE, A. A. **Reflexões sobre o diagnóstico psicológico da deficiência mental utilizado em educação especial**. 2005. Data: 04/08/05. Disponível em: http://www.educacaoonline.pro.br/reflexoes_sobre_diagnostico.asp

ANASTASI, A. **Testes Psicológicos**. São Paulo: EPU, 1977.

ASSIS, M. **O Alienista e outras histórias**. 2ª ed. São Paulo: Ediouro, 2001.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRETO, D. B. M. **A carne marcada: reflexões acerca da corporeidade da pessoa portadora de deficiência**. Florianópolis: UFSC, 1999. (Dissertação de Mestrado)

BATTISTEELLA, L. R., BRITO, C. M. M. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Tendências e Reflexões. **Acta Fisiátrica**. 2002. 9(2) p. 98-101.

BERLINGUER, G. **A Doença**. São Paulo: Editora Hucitec, 1988.

BOGDAN, R. & BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994.

BORGES, M. L. A. **História e Metafísica em Hegel: sobre a noção de espírito do mundo**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998.

BREILH, J. **Epidemiologia Economia, Política e Saúde**. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista: Fundação para o Desenvolvimento da UNESP: HUCITEC, 1991.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CBCD. Atualizações de CID-10. **Centro Brasileiro de Classificação de Doenças/CBCD**. 2005. Data: 26/09/2005. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/~cbcd/>

DUARTE, R. **Adorno/Horkheimer & A Dialética do Esclarecimento**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002. (Coleção Filosofia passo-a-passo).

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

_____. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

GAARDER, J. **O mundo de Sofia**. São Paulo: Editora Schwart Ltda, 2001.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4.ª ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1982.

GOLDWASSER, M. J. “Cria Fama e Deita-te na Cama”: um estudo de Estigmatização numa Instituição total. In: Velho, G. **Desvio e Divergência: uma crítica da patologia social** 5ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.

GOULD, S. J. **A Falsa Medida do Homem**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
GUHUR, M. L. P. Inclusão Social do Deficiente sob a Perspectiva da Globalização. **Rev. Comunicações**. Ano 9, n. 1. 2002 Disponível em: <<http://www.unimep.br/fch/revcomunica/ano9n1/>> Acessado em: 11/07/04.

HORKHEIMER, M. **Eclipse da Razão**. São Paulo: Centauro, 2000.

HORKHEIMER, M. & ADORNO, T. W. Conceito de Ilumismo. In: **Textos Escolhidos / Max Horkheimer , Theodor W. Adorno**. São Paulo: Nova Cultural, 1989. (Coleção os Pensadores.)

IBGE. Características gerais da população. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro, 2001.

JÚSTIZ, F. M. J., NÚÑEZ, A. R., GIL, L. A. B. Apreciaciones sobre la clasificación internacional de enfermedad. **Rev. Cubana Hig Epidemiologia**. 2000. 38 (3): 215 - 219

JENSEN. A. R. **Bias in mental testing**. New York: Free Pass, 1979.

KASSAR, M. C. M. **Ciência e Senso Comum no Cotidiano das Classes Especiais**. Campinas: Papirus, 1995. – (Série Educação Especial).

KOHAN. W. O. Infância e educação em Platão. **Rev. Educação e Pesquisa**. São Paulo, v.29, n.1, jan./jun. 2003. p. 11-26

LAURENTI, R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo. 1991. 25 (6): 407 -17.

LÜDKE, M. & ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, M. T. **Natural Racional Social**: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MACÊDO, C. G. **Notas para uma história recente da saúde pública na América Latina**. Brasília: Organização Pan-Americana – Representação Brasil, 1997.

MAIA, A. C. B., FONSECA, M. L. Quociente de Inteligência e Aquisição de Leitura: Um Estudo Correlacional. **Rev. Psicologia e Reflexão Crítica**. 2002. 15 (2) p. 261 - 270

MARTINS, A. Novos paradigmas e Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: IMS/EdUERJ, 1999. v. 9, n. 1.

MATTOS, R. A. de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral de ofertas de idéias. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2001, vol.6, no.2, p.377-389. ISSN 1413-8123.

MEC – Ministério da Educação. **Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica**. MEC: SEESP, 2001.

MINAYO, C. S. (Org.) **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Vozes, 1994.

MORIN, E. **O método I. A Natureza da Natureza**. Portugal: Europa-América, 1997.

_____. **Ciência com Consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão**. Volume 1. Lista Tabular. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994a.

_____. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão**. Volume 2. Manual de Instrução. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994b.

_____. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. 2003.

ONU. Información básica. **Consejo de Seguridad da la ONU**. 2005a Data: 20/07/2005. Disponível em: http://www.un.org/spanish/docs/sc/unsc_infobasica.html

_____. La Cour internationale de Justice 1946 – 1996. **Cour Internationale de Justice**. 2005b Data: 20/07/2005. Disponível em: <http://www.icj-cij.org/cijwww/cinformationgenerale/cbbook/cbookframepage.htm>

_____. Acerca de la Asamblea General. **Asamblea General**. 2005c Data: 20/07/2005. Disponível em: <http://www.un.org/spanish/aboutun/organs/ga/57/bgrdga.htm>

_____. La labor del Consejo Económico y Social. **Consejo Económico y Social**. La labor del Consejo Económico y Social. 2005d Data: 20/07/2005. Disponível em: <http://www.un.org/spanish/documents/esc/about.htm>

_____. **Consejo de Administración Fiduciária.** 2005e. Data: 20/07/2005. Disponível em: <http://www.un.org/spanish/documents/caf.htm>

_____. **Secretaría.** 2005f. Data: 20/07/2005. Disponível em: <http://www.un.org/spanish/aboutun/organs/secretar.htm>

_____. História. **Nações Unidas no Brasil.** 2005g. Data: 25/09/2005. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/conheca_hist.php

SABBATINI, R. M. E. **Mapas Cerebrais:** o estudo da função cerebral no século XX. 1997. Data: 15/10/2005 Disponível em: http://www.cerebromente.org.brn01fenologfrenloc_port.htm

SANT'ANN, D. B. **Corpos de Passagem:** ensaios sobre a subjetividade contemporânea. São Paul: Estação Liberdade, 2001.

SILVA, A. M. **Corpo, Ciência e Mercado:** reflexões acerca da gestação de um novo arquétipo da felicidade. Campinas: Autores Associados; Florianópolis: Editora da UFSC, 2001.

SILVA, H. M. CIF é instrumento de políticas de inclusão social. In: **APCD Jornal**, 2003. Data: 15/ 06/ 2004. Disponível em: <http://www.apcd.org.br/Biblioteca/Jornal/2003/agosto.asp>

TOMASINI, M. E. A. **Educação Especial e Deficiência Mental:** da extração do saber ao exercício do poder. Florianópolis: UFSC, 1994. (Dissertação de Mestrado)

VAZ, A. F. **Razão e Corporeidade:** elementos para a compreensão da cultura corporal na modernidade. Florianópolis : UFSC, 1995. (Dissertação de Mestrado)

WHO. **World Health Organization.** 2004. Disponível em <<http://www.who.in>> Acessado em: 12/07/2004.

WOENSEL, A. C. V., et all. **A Segunda Guerra Mundial e o surgimento das Nações Unidas.** Data: 20/07/2005. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/oficinas/dhparaiba/1/2guerra.html>