

CAPÍTULO II

CARTOGRAFIA HISTÓRICO- CONCEITUAL DA “DEFICIÊNCIA”: CONSTRUÇÃO SOCIAL FEITA DE “INVISIBILIDADES/VISIBILIDADES” E DE UTOPIAS

Annibal Coelho de Amorim

Sônia Gertner

Luciana de Assis Amorim

Introdução

O capítulo ancora-se em três momentos distintos. Primeiro, a revisão cartográfica histórico-conceitual acerca da “deficiência” como “constructo social” em diferentes contextos sociais. Interessa-nos, em particular, inferir sobre aspectos da construção social da “invisibilidade” e “visibilidade” dessas pessoas em respectivos períodos históricos. O segundo toma como ponto de partida aspectos gerais da cartografia e explora trajetórias que os olhares lançados sobre a “deficiência” determinaram na sociedade a partir dos conceitos e práticas

de habilitação e (re)habilitação. No terceiro, infere-se como as “deficiências” têm sido desconstruídas, privilegiando aspectos da emancipação crítica e perspectivas utópicas de pessoas rotuladas como “deficientes”.

O percurso delineado não busca explorar “invisibilidade” e “visibilidade” como par de oposição. Essas dimensões são elementos constitutivos da construção social a que essas pessoas foram submetidas em períodos sócio-históricos. Para tal, tornam-se necessárias incursões teóricas, iniciando pela construção social da realidade, proposta por Berger e Luckmann (1993), secundada pelo construcionismo social da moderna psicologia norte-americana de Kenneth Gergen (1990), entre outros. Concluímos com a teoria interacionista de Georg Simmel, a partir do livro de Vandenberghe (2001), e o conceito de pessoa formulado por Marcel Mauss (2003).

No primeiro momento, recorreremos a Isaías Pessotti (1984) que, apoiado em fontes primárias, se estende da antiguidade clássica aos primórdios da visão científica ao examinar a evolução conceitual da “deficiência mental”. Sem uma cartografia (FERIGATO; CARVALHO, 2011; PASSOS, 2003; PAULON; ROMAGNOLLI, 2010) conceitual em distintos períodos históricos, estaremos fadados a um “velamento”, deixando de lado elementos que elucidam os vestígios da construção social acerca da deficiência. Ideias conformadas em passado longínquo e que, nos “dias de hoje”, continuam a constituir índices de ordem simbólica e ideológica, perpetuando a exclusão social dessas pessoas. Resta-nos o esforço de cartografar dimensões históricas e conceituais da deficiência, interrogando, a partir destas, quais representações sociais emergiram nos diferentes períodos estudados.

Cartografando a deficiência: do conceito de “sub-humano” à identificação da necessidade do “tratamento moral”

A revisão dos conceitos da deficiência nos remete a extensa fonte documental de Isaías Pessotti (1984), que fornece elementos à construção do mapa histórico-conceitual objetivado. Seu livro parte de ideais clássicos da Grécia antiga, particularmente de Esparta, que considerava crianças nascidas com deficiências físicas ou mentais como “sub-humanas”, sendo passíveis de “eliminação ou abandono”. Krynski (1969), ao conceituar deficiência (em particular a mental) remonta ao Código de Hamurabi (2100 a.C.), Papiro Terapêutico de Tebas (1552 a.C.), Talmud, Alcorão e à Bíblia. Segundo Alves (1960), na Roma antiga, Marcus Cícero (106 a 43 a.C.), em “*De Legibus*”, a *Tabula IV* da Lei das Doze Tábuas (“*Pater filium monstrosum et contra formam generis humanae, recens sibi natum, cito necato*”) recomendava “o extermínio de crianças nascidas com deformações físicas ou sinais de monstruosidade”, por serem “contra a forma do gênero humano”. Alves (1960) afirma que Lucius Sêneca (ano 4 a.C. a 65 d.C.) em “*De ira*” ressalta algo semelhante (“*portentosos fetus extinguimus, liberos quoque; si debilis monstrosique editi sunt, mergimus; nec ira, sed ratio est, a sanis inutilia discernere*”), observando a distinção das “coisas inúteis das saudáveis”, “expondo-os” às cercanias do rio Tibre.

O período greco-romano ressalta que a deficiência se encontra fortemente ligada à ideia de “inutilidade” ou de um ser “não saudável”, amparado em premissa estético-legalista, que somente corpos atléticos e idealmente perfeitos não se contrapunham “ao gênero humano”. A simples constatação das deficiências conduzia os sujeitos ao abandono, como admitido por Platão e Aristóteles, respectivamente em “*A República*” e “*Política*”. O fortalecimento gradativo da doutrina cristã modificaria este perfil, resguardan-

do os filhos de Deus (“*les enfants du bon Dieu*”) da “exposição”. Iniciava-se um ciclo caritativo-religioso cercado de mistério e superstições. As “criaturas do bom Deus” (PESSOTTI, 1984), na Inglaterra e no resto da Europa, seriam agora passíveis de proteção, como previsto em “*De prerrogativa regis*” (1325). Segundo Pessotti (Ibid., p. 5), um “guia para proteger os direitos e propriedades dos ‘idiotas’ e para cuidados quotidianos”. Esta legislação, em seu Capítulo XII, acrescentaria ao caráter caritativo outra dimensão: a da expropriação de bens e propriedades de pessoas deficientes, sob a justificativa que destes seriam providas as suas necessidades básicas. Neste período, deficientes mentais, denominados *crétin* ou *Chrétien*⁵ (proximidade à *cristiano*), tinham como a ideia de “*homem sem importância*”, “*homem qualquer*” ou “*pobre coitado*”. Este viés impunha exigências (caridade associada ao castigo pelo isolamento) e reservaria às pessoas “deficientes” infortúnios com o surgimento da Inquisição medieval.

De 1370 a 1486, em pleno processo inquisitorial, surgem o “*Directorium inquisitorum*” de Nicolau Emérico, o “*Lucerna inquisitorum*” de Bernadus Comensis e o “*Malleus Maleficarum*” (o “martelo das bruxas”) de Sprenger e Kramer. Segundo Pessotti (Ibid., p. 8) estes diretórios “perduraram quase três séculos.” Nestes, sob todos os aspectos, uma marca se tornara visível: o uso da força sob a égide do Santo Ofício. Sob o “martelo das bruxas”, deficientes anteriormente classificados como “crianças de Deus”, passam a ser considerados representação do “intercâmbio com demônios ou forças do mal” (KRYNSKI, 1969; PESSOTTI, 1984) que deveriam ser expurgadas. Segundo Pessotti “cerca de meio milhão de pessoas foram queimadas” (Ibid. p. 12), vítimas de métodos inquisitórios entre os séculos XIV e XVII. Emérico, em seu *Directorium*, recomendava ao inquisidor “não se iludir com as respostas dos acusados”, forçando-os a confessar em rituais gro-

tescos de tortura. Dignos de “acolhimento” em período da doutrina cristã; em outro, severamente “condenados” pelo mesmo “Santo Ofício”, pela simples incapacidade de entender a pergunta feita ou responder de maneira “adequada”. A trajetória histórico-social da deficiência, conduzindo o sujeito inicialmente a ser concebido como “sub-humano” e passível de abandono, passa a ser digna de proteção por se tratar de “crianças de Deus”, cedendo terreno à concepção “sobrenaturalista”, por sua suposta ligação às “forças do mal”.

Fica nítido que as diferentes concepções atribuídas à “deficiência” resultam de construção social e histórica, sob influência de múltiplos interesses. O mapeamento conceitual fortalece a “localização” espaço-temporal e simbólica da deficiência em extremos. De um lado, a do “isolamento” institucional, sob viés aparentemente caritativo, traço da existência negada em sociedade e o seu subsequente ocultamento. De outro, o retorno à “exposição condenatória”, “oficiada” como anúncio da presença demoníaca a ser expiada. Voltaremos as metáforas da “não-existência” e do “não-lugar” adiante. Neste cenário (PESSOTTI, 1984) surgem as figuras dos médicos Philipus Paracelsus e Jerônimo Cardano. Opondo-se à ideia de que o comportamento dos deficientes estivesse ligado a “forças ocultas”, respectivamente inscrevem a deficiência “*sobre as doenças que privam os homens da razão*” e no “*de vita própria*”. Pessotti (1984) afirma textualmente: “com Paracelso e Cardano a insensatez começa a ceder terreno ao bom senso” (Ibid., p. 15-16). Emoldura-se “novo ponto” na cartografia conceitual: o escopo se afasta da superstição, aproximando-se da visão pré-científica (PESSOTTI, 1984). Em 1664, com o “*Cerebri anatomae*”, Thomas Willis aponta o *locus* organicista da deficiência. Em pleno século XVII, a anatomia seria a ponte para “investigações” neurofisiológicas, “sepultando a visão demonológica ou fanática”,

diria Pessotti. A visão fatalista e inquisitória da “deficiência” cedia terreno para outras “doutrinas”: a médica e a jurista.

Incurções menos dogmáticas são apresentadas. Francesco Torti se inclina ao estudo das “febres infantis”, enterrando a visão dos inquisidores medievais. Pouco a pouco, consolida-se a admissibilidade de que o aparecimento da deficiência se deve a causas ambientais (“*ab infirmitate ou nativitate*”), como afirma Pessotti (1984).

John Locke, em 1690, com “*Essay concerning human understanding*”, inaugura a perspectiva do processo pedagógico impresso em “*tabula rasa*”, libertando “humanisticamente” a deficiência. Afirmam-se perspectivas de aprendizado que, a partir de 1800, seriam o primado das contribuições de Jean Itard e outros (Ibid., p. 20). Alguns estigmas, no entanto, continuam a perseguir a deficiência. Os conceitos de “inutilidade” e “improdutividade” são imputados a indivíduos denominados oligofrênicos, sendo responsáveis por sua segregação social.

No século XVII, sob a visão de acolhimento, a Europa via surgir grandes instituições (o Bethlehem ou Bedlam, na Inglaterra, e os famosos hospitais de Salpêtrière e Bicêtre, na França) abrigam enfermos para, ao mesmo tempo, “afastá-los do convívio social.” Segundo consta (PESSOTTI, 1984), a chamada “grande internação” atingiu a cifra de 8.000 pessoas somente na Salpêtrière.

“O selvagem de Aveyron”: um “capítulo à parte” na/da deficiência

Apesar dos diferentes “tipos” de “meninos-animais” (KRYNSKI, 1969; PESSOTTI, 1984) apresentados na classificação de Linneu (1707), “*tetrapus, mutus e hirsutus*” (KRYNSKI, 1969, p. 05), é com Victor, o “selvagem de Aveyron”, que essa concei-

tuação ganha visibilidade. Após o diagnóstico sombrio de Victor feito pelo psiquiatra francês Philippe Pinel, Jean Itard assumiria o “caso”. Em 1801, em “*Mémoire sur les premiers développements de Victor de l’Aveyron*”, Itard faz referência ao exame proferido por Pinel (PESSOTTI, 1984):

[...] “o cidadão Pinel nos apresenta seus sentidos reduzidos a um estado de inércia tal que esse infeliz se encontrava, a tal respeito, muito abaixo de qualquer dos nossos animais domésticos”; seus olhos sem fixidez, sem expressão, errando vagamente de um objeto a outro sem jamais deter-se em algum [...] **incurável** ele não era capaz de qualquer espécie de sociabilidade ou instrução. Tal foi a conclusão a que chegou o cidadão Pinel [...] (Ibid., p. 38, grifo nosso)

A visão diagnóstica de Pinel seria então contrariada pela prática de Itard junto ao “menino-selvagem”, deixando contribuições positivas à cartografia histórico-conceitual da deficiência. Jean Itard é pontual ao contradizer Pinel: “eu não aceitava tal opinião desfavorável [...] ousava conceber algumas esperanças [...]”, criticando a omissão das causas que levaram àquela condição. A “*Mémoire*” de Jean Itard introduz aspectos notabilizados como a avaliação do desenvolvimento e os alicerces que viriam a ser a didática na área da deficiência mental (Ibid., p. 39-41). À perspectiva desenvolvimentista de Itard, associa-se em “*Mémoire*” outra crítica aos avaliadores de Paris, como pontua Pessotti (Ibid., p. 44):

[...] após um exame de alguns minutos o julgaram digno de ser enviado às *Petites Maisons*; como se a sociedade tivesse o direito de arrancar uma criança de uma

vida livre e inocente para mandá-la morrer de tédio num hospício e ali expiar a desgraça de haver decepcionado a curiosidade pública [...].

Afastam-se, pois, aspectos que apresentavam a deficiência como signos da “monstruosidade”, “incurabilidade” e “inutilidade”, passíveis dos grilhões e insulamento social. À frente, a trajetória de Rousseau, Condillac e Locke influirão na conceituação pioneira de Itard, tendo a pedagogia como o “ponto cardeal” mais expressivo. No entanto, apesar de abolido o dogmatismo clerical, ainda se fazia presente a característica especulativa da medicina do período (PESSOTTI, 1984), conferindo à autoridade do médico o “destino do paciente”. Em 1791, o “*Tratado de Foderé*” é publicado, fortalecendo a ideia do “fatalismo hereditário”. Associando “*cretinismo*” ao bócio e direcionando o pensamento pré-científico dos médicos (até as primeiras décadas do século XX), têm em sua origem os preconceitos advindos dos séculos XVIII e XIX. Em 1801, Philippe Pinel com seu “*Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental*”, coloca o problema da “*idiotia*” no domínio da neuropatologia cerebral, definindo o *locus* na cartografia da deficiência. O conceito de deficiência surge associado à “insanidade mental”. Em 1818, no volume 23 do “*Dictionnaire des Sciences Médicales*”, Esquirol cria o termo “*idiotia*”, caracterizada não como doença, mas como: “[...] estado em que as faculdades intelectuais nunca se manifestaram ou não puderam se desenvolver suficientemente [...] o idiota é o que sempre foi, é tudo o que pode ser [...]” (PESSOTTI, 1984, p. 86). Assim, o “*Dictionnaire*”, sob a categoria “*idiotia*” agrupa quaisquer formas de oligofrenia ou deficiência mental profunda (Ibid., p. 86 e 88). Em 1846, segundo Pessotti, Édouard Séguin critica Pinel por ter confundido “imbecilidade” e “demência”

com “*idiotismo*”, a propósito de uma das observações do célebre psiquiatra francês (Ibid., p. 77).

É irrefutável que as classificações de Belhomme (1824) e Esquirol (1838) representam perspectivas da “educação” e um golpe na tentativa da imposição de visão unitária à deficiência. Na esteira dos movimentos reformistas surgem instituições na Europa (França, Suíça, Alemanha, Inglaterra, Holanda) voltadas ao tratamento dos “*perfectibles*” (PESSOTTI, 1984). Do caráter de “sub-humanidade” no período clássico greco-romano e ultrapassada a visão teológica, o conceito de “irrecuperabilidade” dá lugar à condição de “educabilidade” das pessoas deficientes. Dois aspectos centrais devem ser ressaltados neste processo cartográfico: o primeiro, de que a autoridade, anteriormente imposta pela visão dogmática do clero, é, agora, depositada nas mãos dos médicos (PESSOTTI, 1984). O segundo, de que sob o “*Tratado das degenerescências*” de Morel (1857) o conceito de deficiência voltaria a regredir, reassumindo seu caráter mais negativo, por meio da “tendência inata à idiotia” ou mesmo “a perda da perfeição”. Pessotti destaca trechos do *Traitement moral des idiots et autres enfants arriérés*, de Édouard Séguin, em que o médico francês acusa seus colegas de profissão:

Eu acuso formalmente aqui os médicos que escreveram seja registros de observações curiosas, seja artigos mais ou menos teóricos, seja prospectos de charlatão sobre a idiotia, de terem alguns confundido a idiotia com diversas afecções crônicas análogas [...]. Acuso a todos: primeiro, de haverem visto idiotas na sua prática e nos hospitais sem lhes haverem consagrado uma hora assídua de seu tempo, ainda que por curiosidade científica. Segundo, de terem, em consequência, desvirtuado com prejuízo para eles o sentido médico do termo observação

ao apresentarem sob tal título nada mais que a nomenclatura de algumas faculdades intelectuais ausentes em um sujeito [...]. Em suma, eu acuso os médicos por não terem nem observado, nem tratado, nem definido, nem analisado a idiotia, e de terem falado demais sobre ela [...] (Ibid., p. 109, grifos nossos).

Mas a medicina moral reagiria com o “*Tratado das degenerescências*” de Morel (1857), tendo como princípios gerais a “degradação da natureza” e a “perda da perfeição” com alto teor eugenista. Assemelhando-se ao “*Traité du goitre*”, Foderé reafirma não se tratar de uma “simples noção especulativa”, mas da “evolução, através das gerações, de um elemento mórbido cujo germe os ascendentes carregavam” (Ibid., 134-135). Como acentua Pessotti: “[...] está lançada a semente da rejeição política do deficiente [...] Volta-se, agora com cânones médicos, ao ‘martelo das bruxas’ [...]” (Ibid., p. 169).

A construção social da linguagem do déficit e sua difusão na cultura

As teorias desses tratados – em grande maioria pseudo-científicos –, representaram o sustentáculo sobre o qual foram construídos historicamente e socialmente a totalidade dos vocábulos da linguagem do déficit, ainda hoje amplamente utilizados. Estas terminologias, fabricadas em sua grande maioria no interior das práticas médicas (GERGEN, 1990), acabam se descolando do discurso especializado e se difundem culturalmente, como elementos constitutivos do imaginário social. Com sentido altamente depreciativo e hierarquizado, novas categorias da linguagem do déficit contribuem para a “progressiva enfermidade da cultura”,

fenômeno descrito por Kenneth Gergen em “*Therapeutic Professions and the Diffusion of Deficit*” (Gergen, 1990), relacionado ao crescimento exponencial das profissões do campo terapêutico. Sua utilização, atrelada a situações cotidianas, carregam de um lugar para outro a marca do déficit eivada de valores pejorativos. Esses valores remontam à origem histórica na trajetória cartográfica, evocando novos itinerários de utilização para diferentes categorias (idiotas, cretinos, imbecis, débeis, dementes, degenerados, alienados).

De outro lado, a “*linguagem do déficit*” (AMORIM, 1997; GERGEN, 1990) examinada na dissertação de Mestrado “O Espetáculo da Loucura: Alienismo Oitocentista e Psiquiatria do III Milênio – A Construção Social da Linguagem do *Déficit* e a Progressiva Enfermidade da Cultura”, possibilita a fabricação de realidades, “novos” percursos/sentidos, afetivos e simbólicos em relações humanas, apoiadas na utilização deste tipo de linguagem. A categoria “*arriérés*”, por exemplo, evocada pelo Tratado de Séguin (PESSOTTI, 1984), aponta o atraso no desenvolvimento observado em crianças e, posteriormente, dá origem às expressões “retardo” e “retardamento”. Constitui-se, pois, em referência histórica para a utilização no campo da “deficiência mental” da categoria “retardado”. Estes vocábulos, de aparente inocência no campo profissional, representam categorias reificadas que, ao serem continuamente utilizadas, apequenam os sujeitos e os reduzem à condição de “menos pessoas” (AMORIM, 1997), objetos do saber-poder especializado. Segundo Goffman (1961), pessoas assim objetivadas iniciam uma espécie de “carreira”, mantendo-se, de certa forma, aprisionados aos rótulos atribuídos e apartados da sociedade, que os contém e os isola socialmente. Assim, a ostensiva construção e conseqüente difusão das categorias do *déficit* na cultura as torna progressivamente enfermas (AMORIM, 1997;

GERGEN, 1990). Criam, por um lado, “mapas” ou “itinerários” de sentido para as relações interpessoais vivenciadas em sociedade. Por outro lado, remontam e refinam referências cartográficas de um passado que insiste em se fazer presente. Representam, para muitos, um triste produto do “conhecimento humano” na história humana.

O que seria, afinal, a construção social? Quais seriam suas características na realidade que nos cerca? O exame dessas questões requer um arcabouço de profundidade sociológica que foge ao escopo deste capítulo. Dessa forma, nos deteremos apenas nas contribuições da sociologia do conhecimento de Berger e Luckmann (1993), que trata “das relações entre o pensamento humano e o contexto social dentro do qual surge”, com o propósito de seu esclarecimento. Sabedores que “a sociedade determina a presença (*dasein*), mas não a natureza (*sosein*) das ideias”, estamos particularmente focados nos aspectos da sociologia do conhecimento que remetem ao processo de objetivação, institucionalização e legitimação das práticas médicas (Ibid, p. 15 e 20). No entanto, antes de examinar estes aspectos, faz-se necessário aludir aos chamados “esquemas tipificadores” que, segundo os autores:

[...]afetam continuamente a interação com o outro [...]. Assim, na maior parte do tempo, meus encontros com os outros na vida cotidiana são típicos em duplo sentido, apreendo o outro *como um tipo*, e interatuo com ele numa situação [...] típica [...] (Ibid., p. 49-50, grifo nosso).

Ao examinar, por exemplo, a relação médico-paciente, percebe-se que, de parte a parte, são construídos socialmente papéis a serem exercidos na interação. Do lado do paciente, a expectati-

va de encontrar no profissional o saber e as respostas para o que lhe aflige. De outro, na perspectiva do médico, um conjunto de experiências que podem responder às demandas formuladas no encontro com o paciente. Segundo Berger e Luckmann, faz-se necessário ressaltar que a “linguagem também tipifica as experiências, permitindo agrupá-las em amplas categorias, termos dos quais têm sentido não somente para mim, mas para meus semelhantes” (Ibid., p. 59). No caso da interação médico-paciente, a linguagem especializada do médico não somente tipifica para ele próprio o seu papel, mas, na maioria das vezes, ao mesmo tempo, dota de sentido a realidade vivida pelo paciente. Nas palavras de Berger e Luckmann: “Ao desempenhar papéis, o indivíduo participa de um mundo social. Ao interiorizar estes papéis, o mesmo mundo torna-se subjetivamente real para ele [...]” (Ibid., p. 103).

Assim, a ordem institucional é real “apenas na medida em que é realizada em papéis executados [...]. Para sublinhar sua autoridade, a profissão médica recobre-se com velhos símbolos de poder e mistério, das vestimentas exóticas à linguagem incompreensível, tudo isso naturalmente legitimado para o público e para ela própria em termos práticos” (Ibid., p. 109 e 121, grifo nosso). Outra dimensão destaca-se no papel do médico na interação com o paciente: o da teoria terapêutica como forma de controle da sociedade. Cabe à teoria “ocupar-se com os desvios das definições oficiais da realidade”, sendo necessária a criação de um corpo de conhecimento, que opera por meio de conceitos, servindo-se de mecanismos diagnósticos voltados ao processo “curativo”, como afirmam Berger e Luckmann (1993). Dessa forma, identificado “o problema”, instituem-se os processos terapêuticos, libertando-se o indivíduo do “mal que lhe aflige.” Segundo os autores, “a terapêutica acarreta a aplicação do mecanismo conceitual, a fim de assegurar que os discordantes/desviantes, atuais ou potenciais, se con-

servem dentro das definições institucionalizadas da realidade. Em outras palavras, impedir que os ‘habitantes’ de um dado universo ‘emigrem’. Deve-se, pois, impedir que se emigre da “condição de paciente” para o “universo do médico”, mantendo-se a ordem social da realidade fabricada (Ibid., p. 153-154). A construção social da realidade médica se dá, portanto, por meio de esquemas tipificadores, entre os quais se destacam sua linguagem sagradamente hermética.

Segundo Blikstein (1995), determinados traços de identificação e diferenciação, impregnados de valores positivos (meliorativos) ou negativos (pejorativos), transformam-se em “traços ideológicos”, denominados “isotopias da cultura de uma comunidade” (no caso, a médica), criando “modelos ou padrões perceptivos.” A partir desses traços ideológicos, constituem-se verdadeiros corredores semânticos, “edifícios simbólicos” construídos com categorias que “recortam o universo de formas, cores e espaços em nossas comunidades ocidentais”, muitas das quais com características essencialmente pejorativas (1995, p. 60-61). Os “tratados” mapeados anteriormente revelaram conceitos diversificados e contribuíram para a difusão de ideias, ora supersticiosas, ora pseudocientíficas, mas igualmente, a concreta representação de que os universos simbólicos sedimentados, segundo Berger e Luckmann, “[...] são produtos sociais que têm uma história [...]. Se quisermos entender seu significado, temos que entender a história de sua produção” (BERGER; LUCKMANN, p. 133).

Este é um dos principais objetivos deste capítulo: entender a história da produção da deficiência como “constructo social”. Assim, categorias e conceitos que emergiram dos “tratados” cartografados, devem ser compreendidos como resultado da objetivação, sedimentação e acumulação do conhecimento em determinado período histórico e social. Deixam, por assim dizer, “impres-

sões” visíveis, contribuindo para a construção social de conceitos em épocas subsequentes.

Michel Foucault (2002), em aula no Collège de France, refere-se a “O Normal e o Patológico”, de Canguilhem, para afirmar “que o século XVIII instituiu, com as disciplinas e a normalização, um tipo de poder que não é ligado ao desconhecimento, mas que, ao contrário, só pode funcionar graças à formação de um saber” (FOUCAULT, p.65). Foucault ressalta a existência de um “*continuum*” médico-judiciário, notabilizado pela instituição do exame legal na segunda metade do século XIX. Reportando-se aos termos “preguiça”, “orgulho”, “obstinação”, “maldade”, “imaturidade”, presentes em exames médico-legais, desvela a construção da noção de “periculosidade”, imiscuída às “categorias elementares da moralidade”, juntando, a um só tempo, “o poder judiciário do médico e o poder médico do juiz”. Segundo o autor, “um sistema em partida dupla [...] do qual o exame médico-legal constitui a peça de certo modo central [...]” (Ibid., p. 40-51).

Para além do “corpo do conhecimento” e do acúmulo das experiências, outro importante mecanismo de legitimação da prática médica é o processo de sacralização da linguagem profana do paciente, como admiravelmente descrito por Boltanski (2004) em “Classes Sociais e o Corpo”. Esta linguagem codificada e reificada tem sido responsável pela difusão da “inferioridade”, “tortuosidade”, “anormalidade”, como tipologias características da “*linguagem do déficit*” em nossa cultura. Representam verdadeiros estereótipos que, segundo Schaff, “dependem de esquemas conceituais adquiridos nos processos cognitivos do mundo” (apud BLIKSTEIN, 1995, p. 60). Trata-se de processo continuado de “fabricação da realidade”, expressão cunhada por Izidoro Blikstein ao analisar o filme “Kaspar Hauser”. Apoiados em Fuentes (2014, p. 171), nos referimos às categorias (do défi-

cit) como possibilidades de “abertura psicológica e uma reflexão ao diálogo entre luz e sombra”, um exame de constructos sociais, neste artigo remetido à “deficiência.”

Buscamos compreender a “invisibilidade” e a “visibilidade” social de pessoas cartografadas (como “deficientes”, “loucos”, “autistas”), a partir da aproximação dos significados ocultos em cada “ponto” identificado nesta cartografia. De outra forma, Fuentes apoiada em Orlandi, destaca a questão da “invisibilidade” como uma forma de silenciamento político da deficiência e dos sujeitos individuais e coletivos enquadrados na categoria do déficit (ALVES, 1960; GERGEN, 1990). Segundo Fuentes (apud, 2014, p. 172), “o silêncio liga o não dizer à história e à ideologia”, como nas situações em que os fatos produzidos pela história da deficiência limitaram os sujeitos em seus percursos sociais. Estamos, pois, voltados ao duplo movimento. De um lado, enfrentar esta forma de silenciamento, tornando suas vozes visíveis, de outro, fortalecer as práticas de autodeterminação dos indivíduos e grupos estigmatizados pelas categorias do déficit.

Sobre os conceitos de habilitação e (re)habilitação – a quem eles se destinam?

Se o mapa cartográfico revela que os discursos sobre a(s) “deficiência(s)” foram socialmente construídos, o mesmo conta com significativa contribuição da taxonomia classificatória do discurso médico. Por outro lado, cabe-nos interrogar que tipo de ideologia busca justificar esta taxonomia que, ao criar e difundir categorias, demarca historicamente processos de exclusão social apoiados em categorias como “desvantagem”, “impedimento”, “incapacidade”, “disfunção”, “debilidade”, “deficiência”, etc. Para esta finalidade, partimos de Cardoso (2009), que examina o tema “das

relações capitalistas” e, apoiando-se na categoria de “sujeito ideológico”, ressalta Althusser, para afirmar que:

[...] é um fato que a reprodução social não se realiza exclusivamente a partir da reprodução do trabalho, mas que ele supõe a intervenção fundamental da ideologia [...]. Na escola, o trabalhador é formado para atender certas normas sociais que regulam suas condutas: pontualidade, obediência, *eficiência*, responsabilidade, reconhecimento de toda forma de autoridade. Esta formação supõe o assujeitamento à ideologia dominante [...] (Althusser, 1980, apud Cardoso, 2009, p. 51, grifo nosso, tradução nossa).

A nosso ver, do fragmento de Cardoso (1994a, p. 72-73) a eficiência emerge como a principal categoria a ser alcançada como parâmetro que distingue, de um lado, os “indivíduos” adequados à “força de trabalho”, e de outro, os que têm a marca do déficit como a cifra do destino. Como demonstrou a cartografia histórico-conceitual, reafirmam-se assim padrões considerados “atributos essenciais” à produtividade em determinados contextos sociais. Sujeitos “eficientes” assujeitados à uma ideologia: aptos ao trabalho em sociedade.

Em “A ordem do discurso”, Foucault (1999) reforça nosso argumento ao dizer que: “[...] essa vontade de verdade, apoia-se sobre um suporte institucional [...]. Mas ela é também reconduzida, mais profundamente sem dúvida, pelo modo como o saber é aplicado em uma sociedade, como é valorizado, distribuído, repartido e de certo modo atribuído [...]” (Ibid., p. 17). Pelas palavras proibidas (deficiência, loucura, autismo), como afirma Foucault (Ibid., p.19), nascem sistemas de exclusão. Queiramos ou não, é no interior do “discurso médico”, dentre outros discursos,

“que se observam os princípios de classificação, de ordenação e distribuição [...] para pertencer a uma disciplina deve poder inscrever-se em certo horizonte teórico [...]” (Ibid., p. 19, 21 e 33).

Partindo das premissas de Cardoso e Foucault, chegamos ao “surgimento das profissões médicas (re)habilitadoras”, em que Pava-Ripoli e Granada-Echeverry (2016), procuram responder à pergunta formulada no subtítulo: **a quem se destinam estes conceitos de habilitação e (re)habilitação?**

Essas autoras, partindo de revisão de literatura histórico-crítica, examinam como surgiram e se consolidaram práticas do campo das profissões ligadas à temática da habilitação e (re)habilitação. Explorando conceitos de infância e reabilitação, as autoras examinaram documentos científicos voltados à história das profissões (fisiatria, fisioterapia, terapia ocupacional e da linguagem), buscando identificar núcleos de sentido em textos, particularmente, nos Estados Unidos e Europa. Observaram que habilitar “é fazer alguém ou algo hábil, apto ou capaz para uma determinada coisa”. Por outro lado, “(re)habilitar é habilitar de novo ou restituir a alguém ou algo a seu estado anterior” (Ibid., p. 835). Em sua revisão, as autoras chegam à conclusão de que na primeira metade do século XX surgem as profissões médicas da reabilitação, como consequência imediata dos efeitos da primeira guerra mundial e do grande número de soldados feridos por volta de 1918. De 1930 a 1940, com a epidemia de poliomielite, buscam-se alternativas para atendimento de pacientes com paralisia que sobreviveram. Nas iniciativas, uma característica em comum: “restaurar suas funções de maneira que pudessem se integrar à sociedade ‘normal’” (Ibid., p. 837). Na segunda metade do século XX, surgem organizações que consolidam e disseminam o exercício profissional da área de reabilitação médica e o apoio para melhorar a situação das pessoas com “incapacidades”. Em suas conclusões, as autoras

ressaltam que “[...] a reabilitação se confronta com as concepções sobre infância, a qual é vista como construção social [...] e que se deve superar os discursos [...] como objetos a moldar, ordenar, classificar, disciplinar, ensinar e assumi-los como atores sociais” (Ibid., p. 839).

Perspectivas atuais e utopias em cenário de “invisibilidades” e visibilidades”

Perguntamos: como nos posicionarmos diante da categoria “deficiência”, uma vez que esta é um produto social da atividade humana e como tal pode ser “desconstruída”? Onde se ancora teoricamente este tipo de práxis? Qual a contribuição do conceito de emancipação?

O movimento dos direitos civis das sociedades contemporâneas, as lutas contra o preconceito racial, o reconhecimento dos direitos políticos das mulheres, entre outros, são reconhecidamente o berço sobre o qual se edificaram princípios básicos que seriam conhecidos como os direitos das pessoas com “deficiência.” Embebidos culturalmente nas liberdades civis, surgem na Suécia em 1960, posteriormente na Inglaterra, e chegam aos Estados Unidos e Canadá, movimentos como o “People First”. Estes movimentos sociais propõem como estratégias centrais, entre outros, princípios do “self-advocacy” (2014), da autodeterminação e do empoderamento. Decorridos mais de 50 anos, espriam-se hoje em mais de 30 países. Lutando contra a institucionalização, grupos estigmatizados pelas categorias da linguagem do déficit (“doentes mentais”, “deficientes”, “autistas”), contrapõem-se à doença e inventam a saúde, impondo novos sentidos à doença “fabricada como realidade” (AMORIM, 1997; BERGER; LUCKMANN, 1993; VANDENBERGHE, 2001). Kim Nielsen (2014), por sua vez, faz menção à representação social

da “*incompetência legal*” (*non compos mentis*) na história norte-americana que, semelhante ao “*De Prerogativa Regis*”, suprime direitos humanos a partir de critério médico-legal.

Apesar do sistema político norte-americano sustentar a ideia de que todas as pessoas têm direitos, a autora afirma que este direito humano variou historicamente nos Estados Unidos. Silva (2016), em análise sobre o “Direito e a Saúde Mental no Brasil e em Portugal”, aborda “direitos de personalidade” das pessoas “deficientes” mentais. O autor menciona que a ONU adotou somente em 1971 e 1975 as declarações dos “Direitos do Deficiente Mental e das Pessoas Deficientes”, esta última definindo pessoa deficiente como sendo “qualquer pessoa *incapaz* de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal”. No plano do direito, o uso da linguagem do déficit se expressa por meio da categoria “incapaz”. Em pleno século XX, especificamente em 1976, a OMS publica a “Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens” (CIDDD), em que as categorias “*impairment*”, “*disability*” e “*disadvantage*” carregam prefixos característicos de isotopias de inferioridade (AMORIM, 1997; BLIKSTEIN, 1995).

Ao mencionar movimentos de direitos políticos, ressalte-se, em particular, o surgimento, em 1976, no Reino Unido da UPIAS (The Union of the Physically Impaired Against Segregation), cujos fundamentos fortalecem o modelo social da deficiência (FUENTES, 2014). Situa-se, assim, outro marco na contraposição à “fabricação (da realidade) da deficiência”.

A cartografia histórico-conceitual, objeto deste artigo, busca demonstrar o papel central ocupado pelo modelo médico ao longo de séculos, reservando para a UPIAS um desafio contemporâneo: o de enfrentar a difusão do déficit e a progressiva expansão das profissões do campo terapêutico (GERGEN, 1990; AMORIM,

1997). No campo da emancipação social, Fuentes (2014) destaca a necessidade do enfrentamento da coisificação histórico-social a que foram submetidos os “deficientes”. Apoiando-se em Buber (2011), Fuentes descreve dois modos de convivencialidade (MAFFESOLI, 2014) entre os humanos, a do EU-TU e a do EU-ISSO, indicando que estes conceitos se aproximam e se articulam à dimensão de relação societal defendida por Maffesoli (2014):

o modo Eu-Isso nunca é uma relação, mas uma interação instrumental [...]. O Isso é um objeto [...]. Se a presença do outro não for considerada como um Tu, não haverá relação [...] transformado em objeto passível de ser usado, descartado, aviltado [...] (Ibid., p. 181).

Ao enfrentar esse tipo de dominação ideológica, em que é negada a existência na relação convivencial em sociedade (MAFFESOLI, 2014), os “deficientes” iniciam o processo de negação dos rótulos atribuídos. Em gesto de autolibertação, redirecionam o sentido da “existência negada”, confrontando a representação social e recusando o manto de invisibilidade que os recobria. Ao postularem “*rotulem os jarros, não as pessoas*” (“*label jars, not people*”), inscrevem suas ações no campo das práticas que rompem o silêncio da “invisibilidade” e do “não-lugar” e coisificação. Impõem com este e outros gestos o princípio da alteridade, que a palavra “*zuluque*”, em Ubuntu, representa: “o ser humano como ‘*ser-com-outros*’, significando também a humanidade” (FUENTES, 2014, p. 185).

Resgata-se, a um só tempo, sua dimensão existencial, mas igualmente sua realidade política e social, a de alteridade, no qual o vínculo social mantém o sujeito como *socius* em que, segundo Schutte, “uma pessoa é uma pessoa através de outras pessoas” (SCHUTTE, citado por Dirk L. Louw, 2014, apud FUENTES, 2014, p. 185).

Essas ações afirmativas têm profundas raízes nas liberdades civis e se refinam, retirando-os da “sombra de uma existência apagada”, reafirmando a perspectiva a que o ubuntu faz referência: a “de que o outro seja, torne-se” (Ibid., p. 191). Assim, um novo ciclo de ações se estende em várias direções, reafirmando o atributo de pessoa, assumindo sentidos distintos da “categoria deficitária” originalmente atribuída. O grito simbólico de sua libertação (“não sou um rótulo”), os inscreve agora em campo de novos enfrentamentos, ampliando sua “visibilidade” para além do “circo dos horrores” de outrora. Contrapõe-se, pois, a luz das lutas à sombra que antes demarcara o seu conceito da/na história. Onde antes existiam “formas de silêncio”, hoje existe o barulho ruidoso das vozes a ultrapassar os limites construídos socialmente. Ressaltamos, finalmente, com Lévinas (2002, apud FUENTES, 2014, p. 177) que: “a alteridade do absolutamente outro é Outrem”.

É com Simmel (VANDENBERGHE, 2001) que retomamos a ideia de que “*a sociedade existe a partir do momento em que os indivíduos estão em interação uns com, para e contra os outros*” (Ibid., p. 19). Se para o autor, como para Kant, “a verdade não é adequação, mas construção, e mesmo, reconstrução do real a partir de um ponto de vista particular” (Ibid., p. 46), o movimento de autodeterminação e de emancipação social das Pessoas com Deficiência fez “multiplicar as perspectivas e considerar o real de todos os ângulos possíveis” (Ibid., p. 46). A propósito, Simmel, em ensaio estético sobre a moldura, ressalta que “[...] é da maior importância que o desenho da moldura torne possível um fluxo contínuo do olhar, como se ele pudesse sempre refluir sobre si mesmo [...]. A moldura, portanto, jamais deve oferecer por sua configuração uma brecha ou uma ponte, por onde o mundo pudesse, por assim dizer, entrar no quadro ou o quadro sair para o mundo” (Ibid., p. 113). A moldura, analogia utilizada ao “enqua-

dramamento diagnóstico” (no caso, o da “deficiência”), encontra-se com o conceito de “*homo duplex*” simmeliano, “pois sua vida não decorre unicamente da categoria da existência, mas paralelamente do dever-ser, ele é o lugar em que se cruzam, de maneira variável, realidades dadas e possibilidades construídas” (Ibid., p. 192).

Em outras palavras, a moldura (ou o constructo social “deficiente”) resultante do “diagnóstico”, pode ou não estar ao alcance do olhar assinalado nesta e em outras cartografias conceituais, apoiando e/ou reforçando sentidos que Merleau-Ponty (2004, p. 34) refere ser “o mapa do eu-posso” ou o do “eu-não-posso.” As diferentes possibilidades de “retratar” a deficiência remetem-nos imediatamente ao conceito de representação social. Detemo-nos, particularmente, em Rodriguez (2005), no qual “em busca do sentido” apoia Castoriadis (“primeiras imagens”) como a criação humana, um imaginário “portador de significações sociais”:

[...] apoiando-se no que já está na natureza e na história [...] a gênese do sentido, a produção de novos sistemas de significados e significantes [...] que orientam e que dirigem toda a vida da sociedade [...] esse mundo instituído define o que é informação, o que é ruído e o que é nada para uma sociedade [...] (RODRIGUEZ, 2005, p. 234-238).

Alternando entre as representações coletivas de Durkheim e representações sociais de Moscovici, Rodriguez (2005) se apoia no último para explicar:

[...] a produção de sentidos e representações: [...] esse modo de representarmos o mundo em que vivemos se apoia sobre uma visão triádica da realidade: entre o significante (representação social) e o significado (objeto

ou referente) [...] ambos, figura e significado, se constituem reciprocamente [...](Ibid., p. 239).

Rodriguez, apoiada em Moscovic e Vignaux (1994 apud RODRIGUEZ, 2005, p. 61), resgata o conceito de [...] *themata que perduram como 'conceitos-imagem* para reafirmar que nossas representações, crenças, discursos, provêm de muitas outras elaboradas no passado imediato, mediato e de larga duração [...] (Ibid., p, 242, grifos nossos).

Assim, ressaltamos que a cartografia histórico-conceitual abordada, pela multiplicidade de imagens e significações sociais constituídas ao longo de séculos, contribuiu para o arcabouço de uma realidade social acerca da deficiência.

Mais adiante, examinamos como forças instituintes dos movimentos de emancipação social desafiam e contradizem o instituído sócio-historicamente. Da mesma forma que se tornou possível a superação das visões “sobrenaturalistas” e “supersticiosas” do passado, nos dias de hoje torna-se necessário desconstruir outras formas de silenciamento.

Ramos (2014) apoia a denúncia de Whitaker (apud RAMOS, p. 216), através da qual o Complexo Médico-Acadêmico-Industrial/CMAI, vem “derramando sobre o globo uma abundância de ‘epidemias’ ‘psiquiátricas’”, tal qual Gergen (1990) previra há mais de 20 anos. Lançamos mão de uma das analogias de Simmel (VANDENBERGHE, 2001) (“*nós somos como homens caminhando sobre um barco no sentido oposto ao de seu curso*”) para postular que, mesmo embarcados em “naus errantes”, as pessoas “deficientes” submetidas ao isolamento social deram início a movimentos inicialmente imperceptíveis, hoje registrados “a olhos vistos”. Neste caminhar, assinala Simmel, o que interessa “é o jogo de interações como substrato vivo do social, como cadinho da so-

cidade [...], a sociedade existe onde um número de indivíduos entra em interação” (Ibid., p. 90-91). Sua existência e convivência social, negadas pelo processo de institucionalização, representaram denúncias permanentes, a exigir respostas do silenciamento determinado pela linguagem do déficit. Embarcados contra a vontade, por meio de suas lutas agora mais visíveis, caminharam na direção contrária ao “movimento do barco”.

Assim, se de um lado persiste o posicionamento do CMAI (RAMOS, 2014), de outro lado os “deficientes” rejeitam rótulos que lhes são atribuídos e (re)constroem mapas pessoais e/ou sociais. Dia após dia, reafirmam o “eu-posso/nós-podemos”, construindo possibilidades de alteridade, sentidos sociológicos das microrrelações eu-tu (re)estabelecidas. Neste “cadinho da sociedade” (VANDENBERGHE, 2001), aqui (re)vista sob o olhar simmeliano, “enquanto os barcos continuam a se mover”, sujeitos (individuais e/ou coletivos) ampliam sua capacidade de (re)orientação, incluindo itinerários de sentidos em suas vidas, aportando no que, segundo Maffesoli (2014, p. 34), “faz existir *no e para* o olhar do outro” (grifos nossos).

Ao criticar o modelo medicalizador da “deficiência”, buscamos nos situar ao lado do movimento de mobilização e insurgência política das pessoas deficientes, opondo-se à visão funcionalista do corpo, que reduz a pessoa à lesão ou ao impedimento, atribuindo-lhe a condição de “menos pessoa”, que lhe acompanha quase como “impressão digital”. Tal qual Martins *et al.* (2012), compreendemos que “[...] o modelo social de deficiência vem propor uma reconceitualização da deficiência como uma forma de opressão social” (Ibid., p. 47; UPIAS, 1976), presumindo que “[...] os problemas implicados pela deficiência se prendem com as estruturas sociais [...]”, possibilitando o reposicionamento social destes sujeitos individuais (ou coletivos). Fazemos eco a Martins *et al.*, apoiados em

Colin Barnes (1992, apud MARTINS *et al.*, 2012, p. 49-50) “de que se faz necessário “diálogo viável” entre a comunidade científica e as pessoas com deficiência, de modo a potenciar a sua emancipação.” Para atingir este objetivo, acompanhamos os autores ancorados em Boaventura de Sousa Santos (1999b):

As ciências sociais críticas têm, pois, de refundar uma das reivindicações originais da teoria crítica moderna: a distinção entre objetividade e neutralidade. A objetividade decorre da aplicação rigorosa e honesta dos métodos de investigação que nos permitem fazer análises que não se reduzem à reprodução antecipada das preferências ideológicas daqueles que a levam a cabo. A objetividade decorre ainda da aplicação sistemática de métodos que permitam identificar os pressupostos, os preconceitos, os valores e os interesses que subjazem à investigação científica supostamente desprovida deles [...] (Ibid., 1999b, p. 207).

Ao finalizar este segmento, nos servimos do conceito marxista de emancipação social citado por Ferreira e Rigotto (2014, p. 4110), que nos advertem: “[...] somente quando a teoria é apropriada, metabolizada e sintetizada em ato pelos sujeitos capazes de realizar as transformações sociais, têm-se o uso social e democrático do conhecimento científico sendo posto a serviço da diminuição das desigualdades sociais [...]”.

Romper o que foi posto em silêncio e invisível durante tanto tempo, significa também assumir postura crítica de nossas práticas, posicionando-nos ao lado daqueles que enfrentam determinadas formas de opressão e controle social. Apoiados em Martins *et al.* (2012), comprometemo-nos com a emancipação da deficiência como agenda de pesquisa, a ser co-construída com os segmentos “que foram

silenciados pela história”. Suas vozes não se tornam somente visíveis quando os pesquisamos como “sujeitos temáticos”, mas também, e principalmente, quando se constituem em-si, sujeitos concretos no processo de elaboração da pesquisa. Inclinando-nos, mais uma vez, em direção à construção social da “invisibilidade e visibilidade” da “deficiência” na sociedade contemporânea, referimos Michel Maffesoli (2014, p. 24), quando propõe “trazer à luz (*in venire*) o que está aí, *descobrir* o que parece termos ver”, como tarefa que se articula com a emancipação social da deficiência. Como propõe Maffesoli (Ibid., p. 27), estamos tentando trilhar o “caminho estreito, abrupto, o que leva ao desconhecido”. Em outras palavras, “o caminho perigoso da verdade: a *aletheia* como desvelamento” (Ibid., p. 24). Apoiados em Maffesoli (Ibid., p. 28), ressalte-se que, se as “palavras, pertinentes, vivificam as coisas”, por outro lado, as categorias que contêm atributos hierárquicos e pejorativos (BLIKSTEIN, 1995) da “linguagem do déficit” mortificam socialmente os sujeitos.

Corredores Semânticos da Deficiência

Século	Conceito de Deficiência Prevalente	Corredor Semântico	Sentido Social / Representação Social Predominante
XIV (1325)	Idiotia / Chrétien / Crétin	Pejorativo	Homem sem importância
XIV-XVII	Representação demoníaca	Pejorativo	Sobrenatural (sob influência de forças ocultas / do mal)
XVII	Tabula Rasa	Pejorativo	Privados da razão
XVII	Meninos-selvagens	Pejorativo	Hábitos animalescos
XVIII	Cretinismo	Pejorativo	“Perda da perfeição”
XIX	Idiotia / Oligofrenia	Pejorativo	Alienados mentais
XIX	Idiotia como parada do desenvolvimento	Pejorativo	Perfectíveis / Atrasados/ Educáveis
XIX	Degenerescências / “Circo dos horrores”	Pejorativo	Degenerados / Deficiência como “espetáculo”
XX-XXI	Deficientes / Pessoas com deficiência / Pessoa em primeiro lugar	Meliorativo	Busca da autonomia e da emancipação social

Fontes: BLIKSTEIN, 1995; PESSOTI, 1984.

Como ilustrado acima, a “gramática da deficiência” varia

substancialmente, dependendo dos “aspectos conceituais” abordados em cada “ponto cartográfico”, contribuindo para a emergência de representações sociais acerca da “deficiência”, que variam da invisibilidade social à ultraexposição. Como nos “circos dos horrores” (“*freak shows*”), difundidos na Europa e nos Estados Unidos, entre 1840 e 1970, explorando estigmas físicos (“anomalias”, “defeitos”) como “mercadoria”, ainda hoje facilmente encontrados na internet (https://en.wikipedia.org/wiki/Freak_show).

Em oposição à linguagem vivificante, a linguagem que difunde o déficit na cultura (GERGEN, 1990; AMORIM, 1997), apequena ou mortifica os sujeitos, transformando-os em quase coisas, reduzindo-os aos rótulos atribuídos. Se é possível desconstruir o silêncio pela compreensão dos constructos derivados de diferentes períodos históricos, este mesmo silêncio de “invisibilidade” política tem sido objeto e pauta dos movimentos de “pessoas deficientes” que lutam pela emancipação crítica. Neste sentido, frise-se que determinados períodos são responsáveis pela (re)“fabricação da realidade da deficiência”, visível sob o signo da “monstruosidade”, (re)submetidos à “exposição” nos chamados “circos dos horrores” (“*freak shows*”), em troca de “alimento e abrigo”. Os relatos são incontáveis e a pesquisa das imagens dos “espetáculos da deficiência” na internet confirmam sua visibilidade atrelada ao efeito “espetaculoso e sensacionalista”, explorando a dimensão do que supostamente “é contrário ao gênero humano”.

Falando de utopias e de alteridade

A primeira questão a que nos remetemos é a própria etimologia da palavra utopia, inventada no século XVI por Thomas Moore, parte do grego *Ou* (“**não**”) que, articulado a *topos* (“**lugar**”), corresponderia à expressão do “não lugar” ou “em lugar

nenhum”, podendo assumir o sentido do que está “fora do lugar”. Ou como dicionários etimológicos ressaltam, “lugar ou situação perfeitos, por isso inexistentes”. Assim, falar de utopias quando se trabalha com o(s) conceito(s) de “deficiência(s)” é admitir historicamente o “exposto”, aquele fora do lugar social, situado à margem, como este artigo procurou mapear. No entanto, ao admitir o caráter histórico-social das lutas destes sujeitos, constata-se que o que estava “fora do lugar” (ou inexistente), ocupa agora um sentido e um “lugar bastante diferenciado”. O que de fato permanece “fora de lugar” é a insistente taxonomia do déficit que demarca o “lugar de poder”: “o de quem classifica”. Assim, quando se aceita este “não lugar”, de forma passiva e sem luta, “o de quem é classificado” anula a possibilidade de sua existência no *socius*. Estes dois polos, de certa forma, se encontram no momento em que o “lugar utópico” da emancipação crítica enfrenta a “linguagem do déficit”, o espaço classificatório da “coisificação”, reduzindo o “deficiente” à condição de menos pessoa.

Marcel Mauss (2003), em Sociologia e Antropologia, examina várias concepções da ideia de “pessoa”, entre estas a de personagem, “papel cumprido pelo indivíduo em dramas sagrados, assim como o papel na vida familiar” (Ibid., p. 381-382). Mas é na ideia de *persona latina* (*máscara: trágica, ritual, ancestral*) que evolui a noção de pessoa e de “Eu”, “vindo de *per/sonare*, a máscara pela qual ressoa a voz (do ator) [...] a imago, a máscara de cera moldada sobre a face [...] a propriedade dos simulacra e das imagines [...]” (Ibid., p. 385-387-389). Assim, a palavra *persona* assume sua condição de personagem de comédia e tragédia, representando, segundo Mauss, “o embuste, a hipocrisia – o estranho ao “Eu” (Ibid., p. 389). No entanto, é a partir da noção de *uno* que a noção de *pessoa* é criada. Enquanto “*universitas é um corpo ou sociedade de pessoas [...], persona – substantia rationalis individua representa uma substantia*

racional indivisível individual” (Ibid., p. 392 e 393).

O percurso “de máscara, personagem à máscara, a um nome, a um indivíduo”, segundo Mauss (2003), “caminha, lentamente, através dos tempos, das sociedades [...] por caminhos aparentemente os mais arriscados, para mostrar como é preciso tomar consciência de nós mesmos [...]” (Ibid., p. 397).

Nestas considerações finais, dedicamos especial atenção à noção maussiana de *máscara pela qual ressoa a voz*, por acreditar que esta cumpre um papel decisivo no enfrentamento dos diferentes sentidos atribuídos à “deficiência.”

Tal qual Berger e Luckmann (1993, p. 124), defendemos a necessidade de *desreificação* de sua realidade, em última análise, distanciando-se do papel que lhe foi destinada histórica e socialmente. Dessa forma, a nosso ver, o conceito de máscara possibilita o exercício de múltiplos papéis, por exemplo, o de atores que “brincam com a realidade da deficiência”, incorporando o que Johann Huizinga (1980) definiu como *homo ludens*, ao analisar os elementos do jogo na cultura. Retomando aspectos cartográficos abordados, identificamos que o modelo médico tem contribuído decisivamente para a construção de um certo modo de “olhar e se relacionar com a deficiência”. Em última análise, cumpre o papel de determinar, ao mesmo tempo, sua visibilidade e invisibilidade.

No entanto, a partir de perspectivas do modelo social, “personagens” abordados neste segmento colocaram “de lado” a realidade construída pelo modelo médico. Como assinala Vandenberghe (2001, p. 66), “ser capaz de deslizar sobre a ‘pele’ do outro” constitui fonte inesgotável de conhecimento, imprescindível à compreensão dos recortes da “realidade da deficiência”. Concor damos com Martins *et al.* (2012, p. 50) que existem estruturas que continuam a marginalizar e silenciar as experiências das pessoas com deficiência e/ou suas famílias. Acreditamos em uma miríade

de práticas, em que a questão da visibilidade da deficiência serve à desreificação e à desconstrução social de corredores semânticos pejorativos. As estratégias desreificadoras buscam enfrentar um mundo desumanizado que insiste em legitimar universos simbólicos por meio de categorias hierarquizadas, “normalizando” a história e definindo a estreiteza de caminhos percorridos.

Tal como Boaventura Sousa Santos, na análise feita por OLIVEIRA, compreendemos que na discussão em torno da igualdade e diferença reside a emancipação crítica das pessoas com deficiência, que lhes confere o livre arbítrio de “ter o direito de serem iguais sempre que a diferença os inferioriza e ter o direito de serem diferentes sempre que a igualdade os descaracteriza” (SANTOS, 1999a, p. 62, apud Oliveira, p 77, 2008).

Esta cartografia apontou indícios da trajetória de “coisificação” da deficiência, que estende sombras sobre as relações entre as pessoas na sociedade. Espera-se que este “mapa” possibilite também reflexões sobre possibilidades de desconstrução desta essencialização. Estas “utopias” repousam nas lutas de emancipação social das pessoas rotuladas como “deficientes”. Suas lutas são como réstias de luz, capazes de enfrentar as sombras e a estreiteza dos caminhos percorridos pelo preconceito e a exclusão social.

Enfrentar o silenciamento por meio da análise histórico-conceitual possibilita que novos caminhos instituintes sejam trilhados, que se constituirão em novas referências cartográficas para a reafirmação do princípio da alteridade.

“Defeito Perfeito” (Nação Zumbi)

“Nada é como se quer. Nada. [...] Eu lhe quero assim, desse jeito. [...] Vai ser sempre do jeito que é [...]”.

Referências Bibliográficas

ALVES, J. C. M. **A Forma Humana no Direito Romano**. 1960. Tese (Concurso). Rio de Janeiro.

AMORIM, A. C. **O Espetáculo da Loucura - Alienismo oitocentista e Psiquiatria do III Milênio**: A construção social da linguagem do déficit e a progressiva enfermidade da Cultura. 1997. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Práticas Socioculturais). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

AMORIM, A. C. O Espetáculo da Loucura ... a Invenção da Saúde Cidadã. In: **A Loucura da/na História**. AMARANTE, P. (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, LAPS/ENSP, 2000.

AMORIM, A. C.; CAVALCANTE, F. G. Narrations of the self: video production in a marginalized subculture. In: **Therapy as Social Construction**. MCNAMEE, S.; GERGEN, K. (Eds.). London: Sage, 1992.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. **A Construção Social da Realidade**: Tratado de Sociologia do Conhecimento. Petrópolis: Vozes, 2 ed, 1993.

BLIKSTEIN, I. **Kaspar Hauser ou A Fabricação da Realidade**. São Paulo: Cultrix, 1995.

BLOCK, P.; CAVALCANTE, F. G. Historical Perceptions of Autism in Brazil: Professional treatment, family advocacy and autistic pride, 1943-2010. In: BURCH, S.; REMBIS, M. (Eds.) **Disability Histories**. Chicago: University of Illinois Press, 2014.

BOLTANSKI, L. **As Classes Sociais e o Corpo**. São Paulo: Graal, 2004.

CARDOSO, M. L. Sobre as relações sociais capitalistas. In: **Fundamentos da Educação Escola do Brasil Contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV, 2009.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface**, São Paulo, v. 15, n. 38, p. 663-75, jul./set. 2011.

FERREIRA, M.; RIGOTTO, R. M. Contribuições epistemológicas/metodológicas para o fortalecimento de uma (cons)ciência emancipadora. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(10), p. 4103-4111, 2014.

FOUCAULT, M. **A Ordem do Discurso**. São Paulo: Loyola, 1999.

FOUCAULT, M. **Os Anormais**: Curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FUENTES, L. A. Tornar-se o que se é no sentido da filosofia ubuntu africana e o sentido da individuação na e da cultura brasileira. In: BOECHAT, W. **A Alma Brasileira: luzes e sombras**. Petrópolis: Vozes, 2014.

GERGEN, K. J. Therapeutic Professions and the Diffusion of Deficit. **Journal of Mind and Behavior**, Mayne, v. 11, n. 3 and 4, Summer and Autumn 1990.

GOFFMAN, E. **Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates**. Garden City, NY: Doubleday, 1961.

HUIZINGA, J. **Homo Ludens: O jogo como elemento da cultura**. São Paulo: Perspectiva, 1980.

KRYNSKI, S. **Deficiência Mental**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1969.

MAFFESOLI, M. Iniciação, arquétipos e pós-modernidade. In:

BOECHAT, W. **A Alma Brasileira: luzes e sombras**. Petrópolis: Vozes, 2014.

MARTINS, B. et al. A emancipação dos estudos da deficiência. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 98, p. 45-64, set. 2012.

MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MERLEAU-PONTY, M. **O Olho e o Espírito**. São Paulo: Cosac Naify, 2004.

NIELSEN, K. Property, Disability and the Making of the Incompetent Citizen in the United States, 1860s-1940s. In: BURCH, S.; REMBIS, M. (Eds.) **Disability Histories**. Chicago: University of Illinois Press, 2014.

OLIVEIRA, I.B. **Boaventura & a Educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2 ed. 2008.

PASSOS, I. C. F. Cartografia da Publicação Brasileira em Saúde Mental: 1980-1996. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 19, n. 3, set./dez. 2003.

PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, ano 10, n.1, p. 85-102, 1º Quadrimestre de 2010.

PAVA-RIPOLI, N. A.; GRANADA-ECHEVERRY, P. El surgimiento de las profesiones médicas (re)habilitadoras y la infancia: historia entretejida de tensiones teóricas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(3): 833-842, 2016.

PESSOTTI, I. **Deficiência Mental: da superstição à ciência**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1984.

RAMOS, F. Do DSM-III ao DSM-5: traçando o percurso médico-industrial da psiquiatria de mercado. In: **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. (Orgs.). Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

RODRIGUEZ, M. A. B. Em busca do sentido: do imaginário social às representações sociais. In: **Memória, Imaginário e Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005.

SILVA, N. T. R. C. **O Direito e a Saúde Mental: Aspectos Históricos da Tutela no Brasil e em Portugal**. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=fb3f76858cb38e5b>>. Acesso em: 10 out. 2016.

SANTOS, B. S. Construção multicultural da igualdade e da diferença. **Oficina do CES n. 135**, Coimbra: Centro de Estudos Sociais, jan. 1999a.

SANTOS, B. S. Porque é tão difícil construir uma teoria crítica? **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 54, p. 197-215, jun. 1999b.

UPIAS: The Union of The Physically Impaired Against Segregation; The Disability Alliance. **Fundamental Principles of Disability, 1975**. London, Nov. 1976.

VANDENBERGHE, F. **As sociologias de Georg Simmel**. São Paulo: Edusc; Edufpa: Belém, 2001.