

A clinicalização da existência: problematizações e atualizações acerca do olhar médico sobre o público da Educação Especial

The clinicalization of existence: problems and updates about the medical perspective on the special education audience

Kamila Lockmann
Universidade Federal do Rio Grande – FURG¹
Kamila.furg@gmail.com

Rejane Ramos Klein²
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
rrklein1@gmail.com

Resumo: Há 60 anos, Foucault apresentava uma história do olhar, abordando o desenvolvimento da observação médica e do modo como se estruturou, ao longo da modernidade clínica, o conhecimento singular sobre o indivíduo doente. (FOUCAULT, 1980). Com o intuito de atualizar suas contribuições, este texto problematiza os deslocamentos ocorridos no olhar médico sobre a classificação e produção diagnóstica das pessoas com deficiência. Para isso, analisamos as perspectivas médicas e sociais presentes em alguns manuais, como: DSM-5, CID-10, CIF e o mais recente, IFBr-M. A partir das análises, percebemos que, embora haja diferentes concepções de deficiência nesses manuais, o olhar médico continua a produzir uma clinicalização da existência, classificando não somente os corpos e suas deficiências, mas também suas funcionalidades e capacidades. Entretanto, as existências subjetivas não podem ser capturadas, e é justamente na diferença que reside sua potência.

Palavras-chave: Educação Especial; Diagnóstico; Deficiência; Nascimento da Clínica.

¹ Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande, Porto Alegre, RS, Brasil

Abstract: Sixty years ago, Foucault presented a history of the gaze, by addressing the development of the medical observation and the way in which singular knowledge about the sick individual was structured throughout clinical modernity (FOUCAULT, 1980). Aiming at updating his contributions, in this text, we have problematized the displacements that occurred in the medical gaze on the classification and diagnostic production of people with disabilities. In order to do that, we analyzed the medical and social perspectives present in some manuals, such as: DSM-5, ICD-10, CIF and the most recent one, IFBr-M. Based on the analyses, we realized that, although there are different conceptions of disability guiding these manuals, the medical gaze still produces the clinicalization of existence, by classifying not only bodies and their deficiencies, but also their functionalities and capabilities. However, subjective existences cannot be captured, and it is precisely in the difference that their power is found.

Keywords: Special Education; Diagnosis; Deficiency; Birth of the Clinic.

Introdução

*Este livro trata do espaço, da linguagem e da morte;
trata do olhar.*

Michel Foucault – O Nascimento da Clínica

Abrimos este texto com a primeira frase escrita por Michel Foucault no prefácio de seu livro *Nascimento da Clínica*, o qual completa 60 anos e motiva a organização deste Dossiê. Em tal livro, o autor traça uma arqueologia do olhar médico demarcando a passagem de uma medicina clássica para uma medicina moderna, a qual emerge, segundo ele, nos últimos anos do século XVIII. Para o filósofo esta passagem não se deu em função de um refinamento conceitual que poderia estar materializado na descoberta anatômica do corpo e nem mesmo no avanço da utilização de instrumentos técnicos mais potentes, mas sim porque “a relação entre o visível e o invisível, necessária a todo saber concreto, mudou de estrutura e fez aparecer sob o olhar e na linguagem o que se encontrava aquém e além do seu domínio” (FOUCAULT, 1980, p. X).

Trata-se, portanto, de anunciar uma nova relação entre o visível e o enunciável, uma nova aliança entre ver e dizer. Para Foucault, o olhar passa a ser fundador do indivíduo e torna-se possível organizar, em torno dele, uma linguagem racional. A emergência da modernidade clínica permitiu que se pudesse pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica que revelaria a verdade sobre sua

condição de ser e estar no mundo. Assim, fazer a história da modernidade clínica, é fazer a história de um olhar que fala, de um olho que “à medida que visse, que visse mais e melhor, se faria palavra que enuncia e ensina; [...] Este olho que fala seria o servidor das coisas e mestre da verdade” (FOUCAULT, 1980, p. 130).

É assim que a nossa existência vai sendo objetivada, vai se constituindo em objeto do olhar e da linguagem médica, que por meio de suas visibilidades e dizibilidades, descreve, categoriza, classifica e posiciona os sujeitos a partir dos seus saberes e poderes. Refletir sobre a forma como o olhar médico tem constituído os sujeitos na contemporaneidade, colonizando suas existências e nomeado suas formas de ser, torna-se um movimento importante para compreender os efeitos que a nossa entrada na modernidade clínica pode produzir para a vida humana, especialmente para aquelas que escapam do padrão de normalidade instituído.

Diante disso, este texto objetiva problematizar os deslocamentos ocorridos no olhar médico sobre a classificação, avaliação e produção diagnóstica do público da educação especial. Inspiradas nas contribuições de Michel Foucault, gostaríamos de compreender como as perspectivas médicas, sociais e biopsicossociais da deficiência presentes em alguns manuais de classificação de transtornos e doenças mentais como DSM-5, CID-10, CIF e o mais recente IFBr-M, têm produzido formas distintas de olhar e classificar as existências a partir de parâmetros que descrevem não somente os corpos, mas também suas funcionalidades e capacidades.

Muitas pesquisas da área da Educação Especial têm, reiteradamente, destacado os avanços que o deslocamento de uma concepção biomédica da deficiência para uma concepção social ou biopsicossocial da deficiência têm trazido para o campo da educação e para o reconhecimento das discriminações que as pessoas com deficiência vivenciam na sociedade. Compreender a deficiência para além das suas marcas no corpo e de um processo de individualização das suas limitações é uma contribuição importante para a sociedade se repensar enquanto instância que produz desigualdades. Entretanto, para além dessas contribuições também seria preciso se perguntar: Por que a necessidade de classificar formas de ser e de estar no mundo ainda é imperativa na atualidade? Não estaria aí um fio de continuidade dessa modernidade clínica que nos ensinou a ver e a falar, incessantemente, sobre a diferença? Por que as existências que escapam de um ideal normativo precisam ser nomeadas por um laudo médico ou classificadas por índices de funcionalidade? Seria apenas para garantia de direitos? Ou, como Foucault já sinalizou em outros momentos, estaria aí, na produção do outro anormal, a nossa necessidade de reafirmar a nossa normalidade?

São questões como as colocadas acima que nos lançam a escrita deste artigo e para levar adiante tais problematizações tomamos como materialidade alguns manuais de classificação de transtornos e doenças mentais para analisar os deslocamentos nas concepções médicas, sociais e biopsicossociais da deficiência. Na próxima seção apresentamos mais detalhadamente os caminhos metodológicos trilhados.

Metodologia e materialidade da pesquisa

A pesquisa propõe-se a análise documental a partir de um conjunto de materiais tendo em vista “as discursividades” que constituem especialmente os sujeitos da inclusão escolar. A análise dos dados apresentados a seguir, tem como base a perspectiva de Le Goff (1990), que entende os documentos como monumentos que se materializam em determinados contextos históricos, com suas lutas e disputas por sentidos. Conforme explica Le Goff (1990), o trabalho com documentos permite explorar a percepção histórica de uma época, de uma sociedade, consciente ou inconscientemente. Assim, para utilizá-los foi preciso compreendê-los tal qual a monumentos, pois, assim como eles, os documentos também possuem a capacidade de retratar determinados acontecimentos de uma época, oferecendo informações que marcaram todo um período. A partir disso, entende-se que cada documento “não é qualquer coisa que fica por conta do passado”, mas “um produto da sociedade que o fabricou segundo as relações de forças que aí detinham o poder” (LE GOFF, 1990, p. 470).

Além disso, sob uma perspectiva foucaultiana, utilizou-se o conceito de discurso para analisar alguns enunciados nos manuais de classificação de transtornos e doenças mentais. Discurso, para Foucault, não é apenas um ato de fala, mas um ato discursivo capaz de constituir os objetos dos quais fala. Nas palavras de Veiga-Neto (2003), os discursos são feitos de signos, e eles fazem mais do que simplesmente designar coisas. Esse mais, para o autor, torna os discursos irreduzíveis à língua e ao ato de fala. Assim, o enunciado é um ato discursivo que revela um conjunto de regras em um dado período histórico e em uma dada sociedade. Os atos discursivos não se separam dos contextos locais e dos significados do cotidiano; situam-se em uma rede discursiva que produz verdades sobre os sujeitos e as práticas, constituindo-os de determinadas formas. Os discursos, conforme Foucault, subjetivam porque estão distribuídos de maneira difusa pelo tecido social, marcando o pensamento de uma época, ou seja, os discursos constroem subjetividades. (VEIGA-NETO, 2003). É assim que percebemos que o discurso médico pode produzir subjetividades e incidir sobre a maneira como os sujeitos veem e narram a si mesmos.

Inspiradas nas contribuições de Michel Foucault, analisa-se os deslocamentos no campo da medicina, buscando compreender como as perspectivas médicas, sociais e biopsicossociais da deficiência encontram-se presentes em alguns manuais de classificação de transtornos e doenças mentais - tais como DSM-5, CID-10, CIF e o mais recente IFBr-M - clinicalizando as existências. Apresenta-se a seguir os manuais no quadro abaixo, a fim de analisar como tais indicadores e parâmetros têm produzido formas distintas de olhar e classificar as existências, os corpos, bem como as funcionalidades e capacidades dos sujeitos com deficiência.

Quadro 1: Apresentação dos Documentos

Documento	Descrição Geral
-----------	-----------------

Lockmann e Klein – A clinicalização da existência

DSM-5 - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (2014)	Inicialmente apresenta a Classificação do DSM-5 e o prefácio, divide-se em três seções: Seção I - Informações Básicas sobre o DSM-5; Seção II - Critérios Diagnósticos e Códigos; Seção III - Instrumentos de Avaliação e Modelos Emergentes; ao final segue o Apêndice.
CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (1996)	Apresenta um conjunto de 55 mil códigos utilizados por profissionais de saúde, pesquisadores e formuladores de políticas públicas.
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (2008)	Inicialmente apresenta a versão em português e divide-se em quatro partes: introdução; Classificação de primeiro nível; Classificação de segundo nível; Classificação detalhada com definições; por fim apresenta os Anexos e um índice remissivo.
Resolução Nº 01, de 05 de março de 2020. CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.	Trata-se da. Dispõe sobre a aprovação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado - IFBrM como Instrumento de Avaliação da Deficiência.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2023)

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) é apresentado como “uma classificação de transtornos mentais e critérios associados elaborada para facilitar o estabelecimento de diagnósticos mais confiáveis desses transtornos” (DSM-5, 2014, p.41). Nos últimos 60 anos, o documento passou por sucessivas edições, tornando-se uma referência na área da saúde mental. No entanto, sabe-se que não há como prever uma descrição completa das patologias referentes aos transtornos mentais. Nesse sentido, enfatiza-se no manual, que os critérios diagnósticos atuais pretendem constituir-se na melhor descrição disponível de como os transtornos mentais se expressam e podem ser reconhecidos nessa área. Assim, o DSM tem sido entendido como “um guia prático, funcional e flexível para organizar informações que podem auxiliar o diagnóstico preciso e o tratamento de transtornos mentais” (DSM-5, 2014, p.41). No entanto, para os autores Resende, Pontes e Calazans (2015), além de ser usado por profissionais da área clínica, o DSM visa a ser incorporado globalmente em outras áreas de atuação, tais como a jurídica, escolar e organizacional. Os DSMs partem de uma perspectiva teórica pragmática, em que o sujeito deve estar no melhor funcionamento social possível. Os autores mencionados citam os movimentos de resistências quando analisam esse documento em sua mais nova versão – o DSM5 – a partir de um “processo de medicalização da existência” (RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2015). Nesse sentido,

tais autores propõem refletir criticamente o DSM-5 e suas implicações na criação de novas epidemias de transtornos mentais.

O segundo documento analisado, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, conhecida como CIF, tem como objetivo proporcionar uma linguagem unificada e padronizada e uma estrutura que descreva a saúde e os estados relacionados à saúde. Como uma classificação,

[...] a CIF agrupa sistematicamente diferentes domínios de uma pessoa em uma determinada condição de saúde [...]. Funcionalidade é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação; de maneira similar, incapacidade é um termo que abrange deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação. (CIF, 2008, p.13)

De acordo com Di Nubila & Buchalla (2008), a CIF aprovada em maio de 2001, foi muito bem-vinda pelas organizações de pessoas com deficiências e instituições relacionadas, pois a falta de definição clara de “deficiência” ou “incapacidade” era e tem sido ainda apontada como um impedimento para a promoção de saúde de pessoas com deficiência. A CIF apresenta um caráter complementar a CID-10, que está em sua décima edição, fornecendo um “diagnóstico” de doenças, distúrbios ou outras condições de saúde. Essas informações são complementadas pelos dados adicionais fornecidos pela CIF sobre funcionalidade. Portanto, “Em conjunto, as informações sobre o diagnóstico e sobre a funcionalidade, fornecem uma imagem mais ampla e mais significativa da saúde das pessoas ou da população, que pode ser utilizada para propósitos de tomada de decisão”. (CIF, 2008, p.14)

Di Nubila & Buchalla (2008) apontam alguns elementos do CID-10 e da CIF, que demonstram o papel que desempenham para definir deficiência e incapacidade, contribuindo para “diferentes campos de aplicabilidade no que diz respeito ao entendimento das definições de deficiência ou incapacidade a partir do conceito de funcionalidade e dos fatores contextuais”. (Di NUBILA & BUCHALLA, 2008, p. 324).

Além dessas referências, o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M) também será analisado tendo em vista que esse documento se constitui como um novo modelo de avaliação como um instrumento unificado, “em conformidade com a concepção biopsicossocial de deficiência que caracteriza a legislação brasileira, a exemplo da Lei Brasileira de Inclusão – Lei N° 13.146, de 6 de julho de 2015”. (NUNES, LEITE, AMARAL, 2022, p. 89).

Esse conjunto de documentos tornam-se fundamental para ser discutido, pois ele vem construindo subjetividades a partir das verdades que classificam, definem e clinicalizam formas de ser e de estar no mundo. Tal problematização permite compreender a diferença constituinte dos sujeitos para além de tais parâmetros e verdades, considerando que suas existências escapam de um ideal normativo.

Após apresentar a materialidade investigada e inspiradas no pensamento foucaultiano, na próxima seção, desenvolvemos o movimento de problematização sobre as perspectivas médicas, sociais e biopsicossociais que pautam tais documentos.

Problematizações acerca das formas de ver e enunciar as existências

Compostas de letras, as doenças não têm outra realidade além da ordem da sua composição. Suas variedades remetem, em última análise, a estes poucos indivíduos simples, e tudo o que se pode construir com eles e acima deles não é nada mais do que Nome. (FOUCAULT, 1980, p. 135)

Foucault diz que o olhar clínico opera sobre sujeitos uma redução nominalista. Tal redução é colocada em funcionamento por meio de uma constante vontade de nomear os sujeitos e de classificar suas formas de ser e estar no mundo. Este processo só pode se desenvolver a partir da nossa entrada na modernidade clínica, a qual, segundo o autor, fixou sua própria data de nascimento em torno do fim do século XVIII e início do século XIX, possibilitando assim que os médicos descrevessem o que, durante séculos, permanecera abaixo do limiar do visível e do enunciável. A partir desse momento, não apenas se torna possível marcar a linha divisória entre a normais e anormais, uma operação já realizada há muito tempo a partir de outros parâmetros; mas emerge a possibilidade de produzir saberes específicos e científicos sobre cada uma das existências, classificando-as em categorias e subcategorias, cada vez mais minuciosas e numerosas.

Há, portanto, a necessidade de tornar os sujeitos conhecidos, de capturá-los dentro de classificações e diagnósticos que lhe atribuem um nome, ou de uma síndrome, ou de uma deficiência. Em qualquer um dos casos, essas categorizações, fazem desse sujeito alguém menos estranho, mais conhecido e, por isso mesmo, mais nominável. É esse processo que Foucault denomina como redução nominalista, uma maneira de reduzir existências a um nome, ou contemporaneamente poderíamos dizer, a uma sigla. TDAH³, TOD⁴, TAG⁵, TDM⁶, TAS⁷, TEA⁸ são apenas algumas das siglas que demonstram essa operação reducionista das formas de existência, cuja proliferação parece cada vez mais visível no tempo presente.

³ Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade

⁴ Transtorno Opositivo Desafiador

⁵ Transtorno de Ansiedade Generalizada

⁶ Transtorno Depressivo Maior

⁷ Transtorno Afetivo Sazonal

⁸ Transtorno do Espectro Autista

Podemos dizer que a construção desses saberes só foi possível a partir de um constante processo de comparabilidade, o qual “isolando os elementos componentes, permite definir a composição, estabelecer os pontos comuns, as semelhanças e as diferenças com os outros conjuntos e fundar assim uma classificação” (FOUCAULT, 1980, p. 136). Para isso, a noção de norma se torna fundamental. A norma pode ser entendida como:

[...] um princípio de comparação, de comparabilidade, uma medida comum que se institui na pura referência de um grupo a si próprio, a partir do momento em que só se relaciona consigo mesmo, sem exterioridade, sem verticalidade. (EWALD, 2000, p. 86).

Para a norma, não existe exterioridade, nada escapa ao seu abrigo; ela captura todos. Não há determinados sujeitos que se encontram fora do abrigo da norma e outros que estão no seu interior. Todos os sujeitos, sejam classificados como normais ou anormais, estão na norma, são capturados por ela e, por meio dos saberes produzidos, são classificados, ordenados, comparados e distribuídos. Em outras palavras, a norma “[...] permite tirar da exterioridade selvagem os perigosos, os desconhecidos, os bizarros – capturando-os e tornando-os inteligíveis, familiares, acessíveis, controláveis”. (VEIGA-NETO, 2001, p. 115).

É justamente esse movimento de captura das diferentes formas de existência que vemos em operação na constante preocupação em avaliar e classificar as deficiências. Por muitos anos, tal movimento contou com a hegemonia dos saberes biomédicos, materializados em documentos como o DSM-5, o CID-10 ou o ICDH⁹. Tais documentos registram “uma condição anormal de saúde e suas causas, sem registrar o impacto destas condições na vida da pessoa”. (NUBILA, BUCHALLA, 2008, p. 327). Esses manuais transformam as existências em listas, números, códigos e siglas que demarcam a recorrência das características que compõem cada diagnóstico, centralizando tais características no sujeito, nos seus comportamentos e formas de ser.

Trata-se, não só de uma geometria dos corpos, como menciona Foucault, mas para além disso poderíamos pensar em uma geometria das subjetividades, as quais são codificadas a partir do saber clínico em termos psicológicos, comportamentais, de desenvolvimento, entre outros. É “a descrição, ou melhor, o labor implícito da linguagem da descrição, que autoriza a transformação do sintoma em signo, a passagem [...] do individual ao conceitual” (FOUCAULT, 1980, p. 129). Parece ser este o movimento de descrição e de passagem do sintoma ou signo e do individual ao conceitual que vemos em operação nos manuais destacados aqui: eles focam suas descrições nos sujeitos, descrevem elementos individuais, tornando-os comparáveis e generalizáveis para o conjunto todo e, a partir disso, atribuem um nome, uma sigla, com código reducionista da existência. Vejamos alguns exemplos dessa operação:

⁹ Classificação Internacional de Lesão, Deficiência e Handicap: ICDH

Figura 1: Transtornos do Neurodesenvolvimento

Transtornos do Neurodesenvolvimento		
Deficiências Intelectuais (33)		
____ (____)		Deficiência Intelectual (Transtorno do Desenvolvimento)
		<i>Especificar a gravidade atual:</i>
317	(F70)	Leve
318.0	(F71)	Moderada
318.1	(F72)	Grave
318.2	(F73)	Profunda
318.9	(F99)	Atraso Global do Desenvolvimento (41)

Fonte: DSM-5, 2014, p. XIII

Figura 2: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (59)		
____ (____)		Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (59)
		<i>Determinar o subtipo:</i>
314.01	(F90.2)	Apresentação combinada
314.00	(F90.0)	Apresentação predominantemente desatenta
314.01	(F90.1)	Apresentação predominantemente hiperativa/in
		<i>Especificar se: Em remissão parcial</i>
		<i>Especificar a gravidade atual: Leve, Moderada, Grave</i>

Fonte: DSM-5, 2014, p. XIV

Nas tabelas acima fica explícito esse movimento de redução nominalista de que fala Foucault. “Antes de ser tomada na espessura do corpo, a [existência] recebe uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies”. Além disso, esse movimento de classificação vem acompanhado de descrições minuciosas sobre as características de cada transtorno, de cada síndrome, de cada diagnóstico, isolando os elementos que constituem cada um “em uma arquitetura rigorosa de uma designação verbal”, (FOUCAULT, 1980, 135). Vejamos como tal descrição, relativa a determinados transtornos, aparece no DSM-5.

Esse transtorno do neurodesenvolvimento manifesta-se, inicialmente, durante os anos de escolaridade formal, caracterizando-se por **dificuldades persistentes e prejudiciais nas habilidades básicas** acadêmicas de leitura, escrita e/ou matemática. O desempenho [...] está bastante **abaixo da média para a idade, ou níveis de desempenho aceitáveis** são atingidos somente com esforço extraordinário. (DSM-5, 2014, p. 32)

O transtorno do espectro autista caracteriza-se por **déficits persistentes na comunicação social e na interação social** em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, [...]. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do

espectro autista **requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.** (DSM-5, 2014, p. 32)

Tal foco na descrição dos déficits, das dificuldades e dos desempenhos parece constituir-se na bússola do médico para clinicalização das existências¹⁰. Entretanto, Foucault diz que essa rede de saber médico parece ocultar o sujeito real já que “o olhar médico não se dirige inicialmente ao corpo concreto, [...] à plenitude visível que está diante dele, mas a intervalos da natureza, a lacunas e a distâncias em que aparecem como em negativo os signos que diferenciam uma doença da outra, a verdadeira da falsa, a legítima da bastarda” (FOUCAULT, 1980, p. 7). Nesse sentido parece que não se parte das diferentes formas de ser, estar e viver no mundo, mas das classificações pré-existentes fixadas por um vocabulário chancelado pela estrutura científica do saber médico. Nesse movimento, Foucault destaca que a linguagem se encontra encarregada de uma dupla função:

[...] por seu valor de exatidão, estabelece uma correlação entre cada setor do visível e um elemento enunciável que lhe corresponde o mais possível; mas este elemento enunciável, no interior do seu papel de descrição, põe em ação uma função dominadora que, por sua articulação, com um vocabulário constante e fixo, autoriza a comparação, a generalização e a colocação no interior do conjunto. (FOUCAULT, 1980, p. 129)

Assim, ao partir, não de existências reais, mas das classificações presentes nos próprios manuais, dos seus intervalos e séries que marcam desvios, o saber médico opera um processo de generalização e de colocação do sujeito no interior de um conjunto cujo efeito é a produção diagnóstica de uma variedade de formas vida.

É preciso ressaltar que esse exercício de problematização desenvolvido aqui não designa uma postura contrária a toda e qualquer forma de produção diagnóstica sobre os sujeitos. Entretanto, mesmo reconhecendo a importância do diagnóstico, chamamos a atenção para o fato de que, em muitas ocasiões, o diagnóstico produz um rótulo, atribui uma marca ao sujeito, que enfatiza muito mais suas limitações do que suas possibilidades. Atualmente, é necessário entender que o saber médico ocupa um espaço de legitimidade e de cientificidade e que, quando produz um diagnóstico sobre os sujeitos, também está produzindo determinadas verdades sobre eles, conferindo-lhes uma série de características, estabelecendo níveis do seu desenvolvimento, limitações para a sua aprendizagem, assim como fazendo prescrições para a sua própria vida. Além disso, as formas de acesso ao diagnóstico são muito diferenciadas, assim como as formas de acompanhamento dos sujeitos diagnosticados, sendo possível que a produção diagnóstica sirva

¹⁰ Utiliza-se a expressão “Clinicalização das existências” para evidenciar determinada concepção de deficiência pautada nesses manuais a partir de um olhar médico que classifica não somente os corpos e as deficiências, mas também suas funcionalidades e capacidades. Problematiza-se tal concepção a fim de dar visibilidade às existências subjetivas que talvez não possam ser capturadas quando vistas pela potência da vida.

para encerrar os sujeitos em concepções limitadoras da existência, sem o devido acompanhamento e intervenção adequada.

Essa forma de descrição e classificação discutida até aqui decorre de uma concepção biomédica que pautou por muito tempo, e ainda pauta, os processos de avaliação da deficiência, produzindo uma clinicalização da existência. As bases epistemológicas que sustentam o modelo biomédico da deficiência fundaram-se nos ideais iluministas que marcaram os séculos XVII, XVIII e XIX e que também influenciaram a construção dos ideais científicos positivistas (FOUCAULT, 1980). Para o modelo médico, “a deficiência é consequência natural da lesão em um corpo, e a pessoa deficiente deve ser objeto de cuidados biomédicos”. (DINIZ, 2012, p. 15). Assim, neste modelo, a deficiência é compreendida como uma tragédia pessoal, como uma questão individual que provém de desvios da natureza, os quais expõem uma limitação corporal ou cognitiva que se centra no sujeito, cujo apontamento só pode se dar a partir de padrões de normalidade requeridos.

Tal modelo foi fundante para a definição sobre os processos de avaliação da deficiência e encontra-se presentes em manuais como DSM-5, citado anteriormente, assim como na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) ou na ICIDH (Classificação Internacional de lesão, deficiência e Handicap). Esta última inaugura o que alguns autores chamam de tripartição conceitual entre lesão, deficiência e *handicap*, os quais de acordo com a ICIDH deveriam ser assim compreendidos:

- 1) Lesão: é qualquer perda ou anormalidade psicológica, fisiológica ou anatômica de estrutura ou função;
- 2) Deficiência: é qualquer restrição ou falta **resultante de uma lesão** na habilidade de executar uma atividade da maneira ou da forma considerada normal para os seres humanos;
- 3) Handicap: é a desvantagem **individual, resultante de uma lesão ou deficiência** que limita ou dificulta o cumprimento do papel considerado normal. (DINIZ, 2012, p. 40)
[Grifos nossos]

A partir de tais entendimentos fica claro que o documento se sustenta no modelo médico da deficiência, uma vez que compreende a lesão como uma anormalidade e a deficiência e a desvantagem como resultado dessa lesão e, portanto, como algo individual, centrado no sujeito. Diante de tal compreensão, o documento passa a sofrer uma série de críticas dos teóricos do modelo social da deficiência, para os quais as desvantagens vivenciadas pelos sujeitos não são resultado direto das suas lesões, mas da estrutura social pouco sensível às diversidades.

Tais críticas foram importantes na consolidação do modelo social da deficiência, o qual vinha sendo discutido pelo menos desde a década de 1970, com a entrada de pessoas com deficiência na disputa discursiva que passou a contestar a hegemonia do saber médico na descrição e classificação de seus

corpos. Diniz (2012), destaca que os estudos sobre a deficiência precisaram, por quase 40 anos, descrever a deficiência como uma expressão da desigualdade social até assumir certo protagonismo da descrição da própria experiência existencial das pessoas com deficiência. Foi somente nos anos 2000, que tais deslocamentos na compreensão da deficiência alcançaram o âmbito das deliberações políticas de um ponto de vista global.

Para que isso fosse possível foram fundamentais os estudos acerca da deficiência materializados no modelo social e posteriormente no modelo biopsicossocial. Podemos dizer que os primeiros teóricos do modelo social da deficiência afastaram-se de qualquer explicação individualizante ou medicalizante da deficiência e a compreenderam, não mais como uma questão médica, mas como uma questão social. Nessa perspectiva as desvantagens vivenciadas pelas pessoas com deficiência não resultariam da lesão, mas das estruturas e barreiras sociais pouco sensíveis à diversidade, limitando assim sua participação na sociedade. Nesse sentido, as intervenções deveriam se direcionar para a modificação das estruturas e eliminação das barreiras que limitavam a experiência das pessoas com deficiência, e não a tratamentos médicos que ensejavam a normalização dos corpos deficientes. Assim,

Com a adoção do modelo social, a deficiência deixa de ser um problema trágico, de ocorrência isolada de alguns indivíduos menos afortunados, para os quais a única resposta social apropriada é o tratamento médico (modelo médico), para ser abordada como uma situação de discriminação coletiva e de opressão social para a qual a única resposta apropriada é a ação política. (BAMPI, GUILHEM, ALVES, 2010, p. 6)

É preciso considerar os importantes avanços que o modelo social da deficiência foi capaz de anunciar para o campo, especialmente, por seu questionamento ao modelo biomédico e a hegemonia deste saber na definição da deficiência. Entretanto, tal modelo silenciou de alguma forma o corpo com lesão, transferindo a deficiência do campo da natureza para a sociedade. “Nessa compreensão, falar do corpo, da dor, da dependência, do cuidado ou das fragilidades seria subsumir à autoridade biomédica de controle da deficiência como desvio ou anormalidade” (WENDELL, 1996, p. 117; MORRIS, 2001, p. 9). No entanto, esse silenciamento foi quebrado com a entrada de outras perspectivas que puderam contribuir com o modelo social, ampliando suas formas de compreensão das variáveis que se articulam na experiência de viver a deficiência. “Não por coincidência, o modelo social da deficiência teve início com homens adultos, brancos e portadores de lesão medular, um grupo de pessoas para quem as barreiras sociais seriam essencialmente físicas e mensuráveis”. (DINIZ, BARBOSA, SANTOS, 2009, p. 71). Segundo tais autores, foi o movimento feminista aquele capaz não só de evidenciar que outras variáveis de desigualdade estariam associadas ao fenômeno da deficiência (raça, classe, gênero, idade) mas também de introduzir o tema do cuidado como uma necessidade humana. A partir desses importantes deslocamentos surge o modelo biopsicossocial da deficiência.

Trata-se de um modelo no qual se pretende pensar a deficiência de um ponto de vista relacional, reconhecendo as contribuições do modelo social para se pensar e descrever a deficiência, mas se valendo de uma multiplicidade de olhares para avaliá-la. É o chamado modelo biopsicossocial, ou modelo relacional de deficiência, que afirma que a deficiência é produzida por diversos fatores, dentre eles fatores psicológicos, biológicos, interpessoais e contextuais. (BARBOSA, 2017, p. 6).

Este modelo parece estar ganhando força nos últimos anos e já mobiliza a criação de diferentes documentos que tem imprimido tal compreensão na definição da deficiência e nos seus processos de avaliação. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF), no âmbito internacional, assim como a Lei Brasileira de Inclusão e o mais recente Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr), no âmbito nacional, são exemplos que marcam essa transição.

Diferentemente da ICIDH, que propunha a compreensão da deficiência por meio de um modelo unicausal baseado na doença, o modelo CIF é multicausal e está baseado na funcionalidade, que cobre os componentes de funções e estruturas do corpo, atividade e participação social. Segundo esse modelo, a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, a limitação de suas atividades, a restrição à participação social e os fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho das atividades e da participação. (BAMPI, GUILHEM, ALVES, 2010, p. 4)

Essa compreensão biopsicossocial da deficiência foi também materializada na Lei Brasileira de Inclusão (LBI), a qual passou a considerar, em seu artigo 2º pessoa com deficiência como “aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2015). Ainda neste mesmo artigo a LBI prevê que a avaliação da deficiência seja biopsicossocial, realizada por equipe multi e interdisciplinar e que o poder executivo deverá criar instrumentos para a avaliação da deficiência. Desta feita, surge o Índice de Funcionalidade Brasileiro, o qual passou por três versões: IFBr, entre 2007 e 2009; o IFBrA, entre 2013 e 2019 e o atual índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado - IFBr-M (2020), instrumento considerado pelo Governo Brasileiro para a avaliação da deficiência de acordo com a Resolução nº 01, de 05 de março de 2020, do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conade).

A implementação e a utilização do IFBr-M vêm ao encontro das diretrizes e das necessidades explicitadas pela LBI, no sentido da promoção dos direitos da PCD, mediante a concessão de benefícios, como a aposentadoria (Barros, 2016) ou mesmo a implementação de políticas públicas de ação afirmativa (Lima & Pereira, 2019). No

entanto, ainda está longe de ser adotado como instrumento de referência no SUS ou pelos profissionais do INSS. (NUNES, LEITE, AMARAL, 2022, p. 91).

O IFBr-M é resultado de um trabalho desenvolvido pelo Governo Brasileiro desde 2007, quando este instituiu um grupo de trabalho interministerial para começar a discutir a construção de um instrumento unificado para avaliação da deficiência. Tentando considerar o modelo biopsicossocial da deficiência, o instrumento foi elaborado para avaliar o grau de funcionalidade do sujeito para realizar 57 atividades que foram agrupadas em sete domínios, sendo: Aprendizagem e aplicação do conhecimento; Comunicação; Mobilidade; Cuidados pessoais; Vida doméstica; Educação, trabalho e vida econômica; Relações e interações interpessoais; Vida comunitária, social, cultural e política. Cada um desses domínios apresenta um conjunto de atividades a serem pontuadas, a partir de uma escala que foi baseada na Medida de Independência Funcional (MIF)¹¹. Como exemplo destacamos a tabela abaixo que apresenta as atividades dos dois primeiros domínios:

Tabela 1: Atividades do domínio 1 e 2 do IFBr-M

Domínio	Atividades/Participação
1.Domínio: Aprendizagem e aplicação de conhecimento	1. Observar
	2. Ouvir
	3. Aprender a calcular
	4. Adquirir habilidades
	5. Concentrar a atenção
	6. Resolver Problemas
	7. Tomar decisões
	8. Realizar uma única tarefa com um único comando
	9. Realizar tarefas múltiplas com múltiplos comandos
2. Domínio: Comunicação	1. Compreensão de mensagens verbais
	2. Compreensão de mensagens não verbais
	3. Falar

¹¹ A escala construída para o instrumento sustenta-se na seguinte pontuação e distribuição: 100 pontos: realiza a atividade de forma independente, sem nenhum tipo de adaptação ou modificação, na velocidade habitual e em segurança; 75 pontos: realiza a atividade de forma adaptada, sendo necessário algum tipo de modificação ou adaptação ou realiza a atividade de forma diferente da habitual ou mais lentamente; 50 pontos: realiza a atividade com o auxílio de terceiros, participando de alguma etapa da atividade. Inclui preparo e supervisão e 25 pontos: Não realiza a atividade ou é totalmente dependente de terceiros para realizá-la. Não participa de nenhuma etapa da atividade

Fonte: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/apresentacoes-em-eventos/audiencias-publicas-2019/apresentacao-liliane-cristina-bernardes-mdh>

Após a atribuição da pontuação, o instrumento considera ainda os fatores externos que influenciam na possibilidade de o sujeito executar ou não aquela atividade, fatores que agem como barreiras no desempenho das atividades, impedindo ou dificultando a sua realização. Tais barreiras, de acordo com o instrumento podem ser: Produtos e tecnologia (produto, instrumento, equipamento ou tecnologia que melhora a funcionalidade); Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano (aspectos geográficos, populacionais); Apoio e relacionamentos (apoio físico e emocional, proteção, assistência); Atitudes (consequências observáveis de costumes, práticas, valores, crenças, ideologias); Serviços, sistemas e políticas (rede de serviços, sistemas e políticas de proteção social – saneamento, transporte públicos acessíveis, lei de cotas, educação inclusiva).

A partir da forma como percebemos a operação deste instrumento de avaliação da deficiência gostaríamos de destacar pelo menos dois aspectos que consideramos importantes para nossa análise. Em primeiro lugar importa salientar que, embora tal instrumento de avaliação da deficiência pretenda colocar em operação o modelo biopsicossocial da deficiência, deixando de considerar apenas a lesão como resultado da desigualdade sofrida pelos sujeitos, é preciso destacar que não há consenso no campo teórico e político sobre as disputas em torno da compreensão da deficiência.

Por um lado, há posicionamentos que reconhecem o modelo biopsicossocial e aspiram compor as equipes de avaliação como parceiros na construção de políticas públicas. Por outro, coloca-se em cheque a própria validade técnica de uma avaliação que seja biopsicossocial, e se reclama a autoridade biomédica para a tarefa. (BARBOSA, 2017, p. 2).

Assim não podemos compreender tais deslocamentos como uma evolução na compreensão de deficiência, mas como disputas constantes entres campos de saber distintos e compreensões históricas sobre esses conceitos que estão longe de serem resolvidas. Visualizamos nas concepções de deficiência materializadas nesses documentos oficiais, especialmente IFBr-M, que há deslocamentos entre os modelos da deficiência, tanto entre os modelos médico, quanto pelo modelo social e biopsicossocial da deficiência. No entanto, entendemos que ainda há um forte predomínio sobre o modelo médico, que segue definindo os padrões biológicos nos quais os sujeitos precisam estar inseridos para encontrarem-se dentro da zona de normalidade.

Além disso, não podemos desconsiderar que esse movimento de medicalização da vida, o qual evidencia dados de venda de medicamentos no Brasil traduz um acontecimento de âmbito mundial: “de medicalização do sofrimento”. (RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2015, p.538). Os autores apontam para pelo menos três “epidemias” de transtornos mentais, que são: a) transtorno bipolar; b) transtorno de

déficit de atenção e hiperatividade; e c) autismo infantil. São modos de vida que passam a se fazer cada vez mais presentes, ditados pela visão da psiquiatria biologizante que se estabelece a partir de um discurso único, uma relação de poder em que o médico ainda tem sido o detentor de uma verdade sobre o sujeito e atuando na promoção de uma ordem social sem sintomas. “A medicalização da vida propõe eliminar totalmente o sofrimento e vende a garantia de um pretense bem-estar”. (RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2015, 543).

Em segundo lugar, precisamos pensar que mesmo com uma compreensão complexa e multifacetada da deficiência, que tenta considerar diferentes fatores sociais envolvidos nesta experiência, ainda assim a necessidade de avaliar, classificar e definir as funcionalidades dos sujeitos se faz necessária. Talvez tal classificação não promova mais uma redução nominalista como a que encontramos presente no modelo biomédico da deficiência. Mas é preciso observar de que modo, as novas escalas de pontuação das atividades cotidianas, produzem formas de esquadramento das funcionalidades dos sujeitos, definido seus graus de dependência ou independência para a vida cotidiana. Será que está aí a possibilidade de simplesmente compreender a deficiência como mais um modo de vida? Ou encontramos nesses deslocamentos uma nova forma de classificação e redução das existências? Talvez não tão fortemente submetidos aos saberes médicos, mas às escalas funcionais?

Nesse sentido, concordamos com Diniz, Barbosa e Santos (2009) quando diz que o desafio se encontra em compreender a deficiência como um modo de vida. Afirmar a deficiência como um modo de vida é reconhecer seu caráter trivial para a vida humana. Ser deficiente é apenas uma das muitas formas corporais de estar no mundo. Mas, como qualquer estilo de vida, uma pessoa com deficiência necessita de condições sociais favoráveis para levar adiante o seu modo de viver a vida.

Assim como há uma diversidade de contornos para os corpos, há uma multiplicidade de formas de habitar um corpo com impedimentos. Foi nessa aproximação dos estudos sobre deficiência dos estudos culturalistas que o conceito de opressão ganhou legitimidade argumentativa: a despeito das diferenças ontológicas impostas por cada impedimento de natureza física, intelectual ou sensorial, a experiência do corpo com impedimentos é discriminada pela cultura da normalidade. (DINIZ, BARBOSA, SANTOS, 2009, p.70)

É verdade que tais classificações estão operando no âmbito do direito. É a partir delas que de alguma forma os sujeitos com deficiência conseguem reivindicar seus direitos a aposentadoria, a assistência social, ao BPC, etc. Mas será que apenas pela via da avaliação, definição e classificação da deficiência, ainda que por meio de um modelo biopsicossocial, conseguiremos garantir direitos a esses sujeitos? Não estaríamos assim colocando sua deficiência como condição para sua cidadania? Não se trata de colocar-se contra o IFBr-M, o CIF ou a concepção biopsicossocial da deficiência, mas de refletir

filosoficamente sobre a nossa ânsia de narrar, posicionar, definir e classificar modos de vida outros, seja por meio das classificações médicas e biológicas dos sujeitos, seja por meio de escalas de funcionalidade.

O convite é para pensarmos a nossa relação com o outro como qualquer um, como mais um modo de vida que compartilha gestos, gostos, intensidades, dificuldades, limites e potencialidades. Seria possível construir uma relação com esse outro deficiente que não esteja ancorada em classificações hierárquicas e biologizantes, mas numa ética da amizade como forma de vida? Esse é o convite e a provocação que gostaríamos de anunciar ao chegar ao final desta escrita.

Considerações éticas e estéticas da existência

Diante das discussões suscitadas pelas análises desenvolvidas, importa salientar que a vida dos sujeitos deficientes não se restringe apenas “[...] à oferta de bens e serviços médicos, mas exige também a eliminação de barreiras e a garantia de um ambiente social acessível aos corpos com impedimentos físicos, intelectuais ou sensoriais”. (DINIZ, BARBOSA, SANTOS, 2009, p. 74)

Nesse sentido, cabe dar visibilidade e compreender que esses manuais de avaliação, definição e classificação da deficiência contribuem para essa eliminação de barreiras, tornando o ambiente mais acessível, mas eles pautam-se por parâmetros que medicalizam, normalizam e definem a existência como um ser deficiente. Então, não se trata de criarmos novos instrumentos de medição, mas antes de pensarmos nas possibilidades de construirmos uma maneira mais ética de estar no mundo. Para Pagni (2016), se trata de considerarmos um outro *ethos* de vida comum, o qual ele chamou de “uma ética da amizade deficiente”.

Foucault ao discutir a amizade como um novo código de relação entre pessoas do mesmo sexo, compreende que o modo de vida homossexual implica a constituição de um *éthos* que pode sacudir as instituições, suas normas e perspectivas de funcionamento. Para Pagni, essa forma de compreender a ética da amizade pode nos servir para estabelecer uma outra relação com o outro deficiente, “tomada como campo de experimentação para a criação de outro tipo de interpelação subjetiva e como indicativo de emergência de uma nova ética do comum” (PAGNI, 2019, p. 104). Essa ética da amizade deficiente seria aquilo que poderia sacudir as instituições, desestabilizar as classificações e fazer emergir um modo de relação com o outro que constitui um solo fecundo para falar de uma inclusão que ultrapassa os registros exclusivamente jurídico ou político-estatal. (PAGNI, 2019). Seria a possibilidade de escapar do que o autor chama de uma concorrência entre os especialistas para saber qual modelo de acessibilidade do espaço físico, ou melhor programa de adaptação de conteúdos curriculares, ou ainda quais métodos de ensino, estratégias didáticas de disciplinamento e de avaliação seriam mais indicadas. Escapar do que é “instituído pela lei, pelos saberes especializados e pelas tecnologias oficializadas ou reconhecidas como as melhores, para essa adaptação funcional desses indivíduos”. (PAGNI, 2016, p.349).

Ao mesmo tempo, não caberia negar as lutas pela garantia de direitos aos diversos grupos denominados de minoritários, mas saber que nessa atual configuração estamos obscurecendo e secundarizando esses sujeitos e suas existências por meio de “um conjunto de práticas legitimadas em saberes e empreendida por tecnologias produzidas por um corpo de profissionais especializados” (PAGNI, 2016, p. 348). Eis a redução nominalista da existência discutida neste texto, ou seja, a maneira como formas de vida são reduzidas a nomes, a classificações, a siglas que parecem explicar, classificar e definir as múltiplas e impensadas possibilidades de existir neste mundo.

Então esse texto nos convida a questionarmos, como nos propõe Pagni (2016), a necessidade de classificação nesse contexto de adaptação funcional desses indivíduos e o controle de suas vidas designadas de deficientes, as quais raramente são levadas em conta. Ficam para nós as seguintes perguntas: Seria possível uma outra forma de relação com a deficiência que perpassa não pela sua classificação como objeto, mas por uma ética da amizade? Poderíamos abrir espaço para o convívio com os diferentes modos de existência que povoam a comunidade e construir outros modos de existir sustentados em regimes de verdade diversos?

Referências

BAMPI, Luciana Neves da Silva; GUILHEM, Dirce; ALVES, Elíoenai Domelles. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 18, n. 4, 2010.

BARBOSA, Livia. O estado como produtor da deficiência: desafios biopolíticos e democráticos para a construção do modelo único de avaliação da deficiência. IN: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress, Florianópolis, 2017.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/113146.htm Acesso: 15 de Jul. de 2023.

CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde / [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em português, org.; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. RESOLUÇÃO Nº 01, de 05 de março de 2020.

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura; BUCHALLA Cassia Maria. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. In: *Ver. Brasileira de Epidemiologia*. 11(2), 2008.

DINIZ, Debora. O que é deficiência. São Paulo: editora brasiliense, 2012.

DINIZ, Debora; BARBOSA, Livia; SANTOS, Wenderson Rufino dos. Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. In: *Revista Internacional de Direitos Humanos*, v. 6, n. 11, dez. 2009.

DSM-5, MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

EWALD, François. *Foucault, a norma e o direito*. 2 ed. Lisboa: Veja, 2000.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense universitária, 1980.

GRASSI; Paulo R.; LAURENTI, Ruy. Implicações da introdução da 10a revisão da Classificação Internacional de Doenças em análise de tendência da mortalidade por causas. IESUS, VII(3), Jul/Set, 1998. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000300005 Acesso em: 20 de jul. de 2023.

LE GOFF, Jacques. *História e memória*. Tradução Bernardo Leitão *et al.* Campinas, SP Editora da UNICAMP, 1990.

MORRIS, Jenny. Impairment and disability: constructing an ethics of care that promotes human rights. *Hypatia*, v. 16, n. 4, 2001.

NUNES, Lauren Cristine Aguiar; LEITE, Lúcia Pereira; AMARAL, Gabriel Filipe Duarte. Análise do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M) e suas Implicações Sociais. In: *Revista Brasileira de Educação Especial*, Bauru, v.28, e0161, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão*. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.

PAGNI, Pedro. Ética da amizade e deficiência: outras formas de convívio com o devir Deficiente na escola. In: *Revista childhood & philosophy*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 24, 2016.

RESENDE, Marina Silveira de; PONTES, Samira; CALAZANS, Roberto. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. In: *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, dez. 2015.

VEIGA-NETO, Alfredo. *Foucault & Educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

VEIGA-NETO, Alfredo. Incluir para excluir. In: Larrosa, Jorge; SKLIAR, Carlos (Orgs.). *Habitantes de Babel: políticas e poéticas da diferença*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

WENDELL, Susan. *The rejected body: feminism philosophical reflections on disability*. Nova Iorque: Routledge, 1996.

Submetido: 04/09/2023

Aceito: 10/11/2023