

Da fantasia à realidade na história de vida de um indigente com deficiência mental.

Estudo de caso biográfico em Castelo Branco

Ernesto Candeias Martins

Docente, Instituto Politécnico de Castelo Branco,

Presidente do CTC

ernesto@ipcb.pt

Resumo

A deficiência mental apresenta muitos indigentes que são, normalmente, catalogados de marginais e vagabundos, tendo uma má imagem social. A partir da metodologia qualitativa, na modalidade de história de vida – em estudo de caso o ‘João’, recorreremos ao método biográfico-narrativo. Foram objetivos: construir a história de vida do João – deficiente mental indigente; analisar como o João é visto pela família e comunidade; compreender a relação João-família-comunidade e que apoios tem. Utilizámos as técnicas de recolha de dados: observação participante em notas de campo e entrevistas (semiestruturadas à família, em profundidade ao João e inquérito por entrevista a 29 pessoas da comunidade), de modo a construir a sua biografia.

Palavras-chave: deficiente mental; Indigência; História de vida; biografia narrativa; Marginalização.

Introdução

Ainda não há muito tempo encontrávamos em muitas povoações do país indigentes com deficiências mentais, muitos deles mendigando e vagabundeando, que constituíam figuras típicas estigmatizadas e em situação de marginalização na comunidade local, quer pela família, tutores ou instituições sociais. Pouco a pouco com o surgimento de novas políticas sociais e assistenciais, o reconhecimento dos direitos de inclusão do cidadão deficiente e novas intervenções, incluindo em estabelecimentos especializados, tornaram possível tratar estas pessoas, dar-lhes apoios e serviços adequados para terem uma vida o mais digna possível (Fontes, 2008, 2009).

O interesse por esta temática já vem de longe, na linha de investigação de histórias de vida de coletivos marginalizados ou excluídos, com a participação de alunos de mestrado de educação social e intervenção social escolar, que nos permitiram dar à luz algumas publicações (Martins & Jorge, 2012). Estas têm demonstrado a riqueza dessas narrações biográficas no contexto da Educação Especial e da História Social (Cultural), de modo a compreendermos como esses sujeitos sem voz (direitos) e sem vez (intervenção), muitos como sendo fantasmas com vida, vivem e convivem com mais ou menos loucura e fantasia na sua vida e as representações sociais que a comunidade estabelece ou faz deles (sociologia do quotidiano) (Apolline, 2011).

Na deficiência mental encontramos um número bastante significativo de indigentes que são, normalmente, catalogados de marginais, vagabundos, mendigos ou pedintes, já que têm uma imagem de inativos na sociedade e que, apenas deambulam pelas ruas (Fontes, 2009). Apesar desta catalogação negativa, muitas

vezes, estes indigentes, são considerados referências locais, pois são sujeitos conhecidos na comunidade e se não os conhecem pelo menos já ouviram falar (Costa, 1995). Por isso, habituamo-nos a vê-los vagueando ou até mesmo mendigando e esquecemo-nos de pensar que vida está por detrás desses indivíduos, o que os levou para esses caminhos, que ambições tem para a sua vida e que sonhos ficaram por realizar ou fantasias manifestam. É nos âmbitos desta problemática que se insere o nosso estudo sobre a história de vida (narrativa) do João (falecido há pouco tempo), na cidade de Castelo Branco, tal como muitas outras figuras típicas ('Zé Gavetas', 'Tio Guilhermino', 'Resinas engraxador', 'Zezinho das Cruzetas', Maria Cigana, Sebastião 'Galinha', Paulo 'Barbado', 'António das Cabras', Francisco 'Chavinca', Sebastião 'Galinha', etc.) com os seus apodos e representações preencheram a vida comunitária (Henriques, 1998; Martins & Jorge, 2012).

Utilizámos a metodologia qualitativa (interpretativa, naturalista), na modalidade de história de vida – em estudo de caso (Léssard-Hébert; Goyette & Boutin, 2008; Stake, 2007) o 'João' com o método biográfico-narrativo. Não houve necessidade de uma narratividade uniforme e integral da do sujeito em estudo, já que de acordo com o próprio estruturámos esse percurso de relatos em torno a momentos-chave, suprimindo aspetos e situando-nos em períodos ou atividades específicas da sua vida. Daí que o objeto do estudo foi singular, irrepetível e não generalizável, visto que esta metodologia qualitativa assenta em pressupostos ideográficos. O estudo decorreu entre finais de 2014 e começos de 2015, com a participação

de alunos de mestrado, que se ampliou a outras zonas como as do Fundão e Gavião.

Neste tipo de investigação qualitativa, de estudo de caso e método biográfico-narrativo o investigador recorreu à descrição fiel do sujeito, no seu contexto, observando e convivendo com ele e família, com o objetivo de obter e recolher a informação (Hurtado, 2006). Consideramos que a história de vida, na vertente biográfico-narrativa, exige recurso a outras fontes, com procedimentos de recolha e análise adequados, protocolo e cumprimento dos princípios éticos (anonimato, confidencialidade, privacidade – ‘camuflagem’ de nomes e lugares). Com o estudo compreendemos melhor os sujeitos com deficiência mental, em situação de indigência e de marginalização (Fontes, 2012), numa construção social (memória coletiva) que constitui uma herança intelectual pluridisciplinar, uma autenticidade e uma fonte multiforme de inspiração a outros estudos. Norteámo-nos pelos seguintes objetivos: construir a história de vida do João – deficiente mental indigente através de relatos inclusivos na sua biografia pela narratividade das informações, permitindo elaborar o perfil e saber como é o sujeito em estudo; analisar como o João é visto (imagem, representação social) pelos membros da família e pela comunidade local, o que implica ser uma figura típica, com maneira de ser especial (deficiência e indigente); compreender a forma de relação do João com a família, comunidade e que apoios têm para levar uma vida digna.

As técnicas de recolha de dados assentaram em observações informais e participantes (notas de campo) e entrevistas (semiestruturadas à família, em profundidade ao sujeito em estudo e inquérito por entrevista pessoas da comunidade), de modo a compreender o sujeito em estudo, as suas vivências, experiências, hábitos diários, comportamentos e relações com os outros e, ainda analisar como a família convive com esta situação e como a comunidade o vê.

Sabemos que a vida quotidiana de pessoas peculiares salta à nossa vista, e essas impressões podem ser investigadas, já que “A temporalidade do quotidiano não se reduz a uma temporalidade cíclica, vivida exclusivamente no presente, há uma história de vida (quotidiana por detrás) que não deve ser encarada como uma história emergente” (Martins, 1997: 9) ou do terceiro sector – o da marginalização.

Enquadramento teórico-conceitual

Desde os princípios e conceitos pedagógicos formulados por Pestalozzi e Fröebel, com influência nos pioneiros da educação e intervenção assistencial, médico-pedagógica, psicológica e socioeducativa com atrasados mentais ou indivíduos com incapacidades (mentais, físico-motoras, sensoriais, psíquicas ou de aprendizagem), que interessou médicos, psiquiatras, higienistas, juristas e pedagogos na identificação dessas formas clínicas associadas aos transtornos que manifestavam, por exemplo, figuras como: Little em Londres; Pinel e Esquirol com as doenças mentais; Ireland com atrasados mentais; Kasper Hauser na análise aos atrasados profundos; E. Séguin (pai da Educação Especial) na renovação das instituições para deficientes; critérios de psicometria e aplicação de testes de sobre a inteligência nos deficientes (Binet e Simon, M. Cattell); os contributos aos anormais irregulares de O. Decroly e Faria de Vasconcelos aos anormais pedagógicos; de Aurélio da Costa Ferreira, Fernando Palyart Ferreira e V. Fontes na abordagem aos anormais deficientes ou ‘atrasados/retardados’, para além de um leque de médicos/psiquiatras portugueses no séc. XX, que alertaram para os cuidados com estes sujeitos, através de vários modelos: médico, condutista, cognitivo, psicanalítico, humanista, sociocultural e pedagógico (Martins & Jorge, 2012).

Já lá vai o tempo em que esses sujeitos eram designados nas categorias de idiotas, imbecis, oligofrenos, atrasados ou retardados no desenvolvimento, subnormal, débil mental, loucos ou simplesmente ‘anormais mentais’ ou ‘patológicos’, muitos destas categorias mereceram assistência social e educativa (asilos-escolas, institutos, colégios), uma vida sob vigilância e tutela (serviços de proteção), institucionalização em estabelecimentos especializados com aprendizagem de um ofício e vida em proteção (institutos médico-pedagógicos e médico-psicológicos: Instituto Aurélio da Costa Ferreira, Instituto Condessa Rilvas, Instituto Reeducação Mental e Pedagógico, Instituto Adolfo Coelho da Casa Pia, Instituto Navarro de Paiva, etc.), incluindo hospitais de psiquiatria (Miguel Bombarda, Júlio de matos) ou escolas e/ou aulas especiais. Ora bem a deficiência mental é uma terminologia que varou ao longo dos últimos séculos, segundo a concepção de cada autor, corrente ou enfoque teórico e da época (Fontes, 2008 e 2009). A referência ao déficit nos processos cognitivos constitui a característica geral dos deficientes e daí a quantidade de definições havidas ao longo dos anos (Barnes, 2004; Fontes, 2012).

Na verdade, o termo deficiente refere-se à pessoa que se manifesta de forma diferente à maioria, por ter alterações ou transtornos mentais, incapacidades psíquicas, físico-motoras e sensoriais, síndromes ou patologias mentais (Costa, 1995). Constituem um problema e uma grande preocupação social, com repercussões na família, em aspetos socioeconómicos, culturais e educativos (inclusão), em que a OMS (2004), desde 1968 tem analisado as crianças com atrasos mentais e com necessidades especiais. As ciências ligadas à saúde, as ciências sociais e da educação conseguiram fazer surgir formas de intervenção precoce, com exames/diagnósticos e prescrições (médico-psiquiátricas e

psicológicas) na deteção dos atrasos mentais (severo, leve e profundo) com reabilitação para algumas dessas anomalias (programas socioeducativos). A deficiência mental constitui uma síndrome característica em certas doenças, mas não se pode dizer que a deficiência mental seja uma doença, já que esta associa-se a transtornos de conduta, afetivos, comunicação ou linguagem, cognitivas, enquanto a deficiência mental caracteriza-se por incapacidade, limitação, carência de algo que afetou o seu desenvolvimento (Barnes, 2004). Podemos depreender três características fundamentais sobre o deficiente: o nível intelectual inferior à média em dois ou mais desvios típicos nos testes; conduta adaptativa anómala ao nível social e pessoal, não permitindo autonomia, independência e responsabilidade; manifestação de sintomas durante o desenvolvimento (até aos 18 anos). Distingue-se, pois o atrasado mental de outros transtornos provocados por circunstâncias traumáticas (Barnes & Mercer, 2010). Além disso há, como dissemos fatores causais e a classificação de incurável e a manifestação dos comportamentos indevidos. Perante estes diferentes critérios originou-se diversos modelos explicativos da deficiência mental e formas de intervenção para estes sujeitos (Fontes, 2012).

Normalmente, os deficientes mentais têm tendência à indigência, mendicância e vagabundagem. A indigência tem como causas as pessoais e as sociais ou ambas. Assim, as pessoais apresentam determinantes neurobiológicos, a propensão a psicopatologias associadas à ansiedade e níveis elevados de stress, principalmente em indivíduos sem redes de apoio, para além de experiências traumáticas que viveram na infância/juventude, de maus tratos, de abusos (físicos, sexuais e consumo de substâncias), conflitos ou violência na família, etc. Todos estes aspetos pessoais são de risco para o estado de indigência. Nas causas sociais colocamos a exclusão destes

sujeitos, devido à sua vulnerabilidade, precariedade, discriminação e estigmatização da comunidade. Por outro lado está o impacto psicológico (na comunidade), devido ao aspeto (físico e mental) e social determinado pela vulnerabilidade que apresentam, produzindo consequências como: invisibilidade (a maior parte das pessoas não têm interesse por estas pessoas); propensão a apresentar sintomas ou desenvolver doenças mentais; risco ou perigo elevado de institucionalização (hospitais, psiquiátrico, lares de acolhimento); propensão ao álcool e/ou às drogas (sem dinheiro esmolam ou roubam - delitos), desemprego e sem oportunidades em programas de integração laboral; falta de educação (formal, escolarizada, educação cívica e para a saúde); risco de acidentes e morte prematura (falta de proteção); etc.

Todo este fenómeno social da indigência exige apoios, serviços interdisciplinares (técnicos de várias áreas de formação), de intervenção, medicação e/ou institucionalização especializada. Deve-se conhecer os processos de inclusão destas pessoas e, para tal, é necessários contributos para melhor análise e reflexão em torno das (im)possibilidades de cidadania com experiências, de modo a surgir políticas sociais com intuito de promover o seu bem-estar. O estigma relacionado com a indigência e a deficiência mental provém do medo do desconhecido, de um conjunto de crenças que originam a falta de conhecimento e compreensão na situação destas pessoas, tendo a OMS (2004) apresentado o bem-estar pessoal como a articulação de uma estabilidade e de um equilíbrio em todas as dimensões que caracterizam esses indivíduos: física, psíquica e social.

O design e a metodologia de ação empírica

O estudo integra-se na metodologia qualitativa (Hurtado, 2006), modalidade de estudo caso e com método biográfico-narrativo de elaboração da história de vida do 'João'. O paradigma interpretativo, característica daquela metodologia procura a compreensão do significado dos fenómenos sociais (vertente fenomenológica) e neste caso a representação social que produz o sujeito em estudo na comunidade local citadina (Hernández y Rifà, 2011). Ou seja, o indivíduo vincula-se ao ambiente que o envolve, dando ênfase à sua experiência vivida, no contexto das relações com os outros, com as coisas, os sucessos e situações. O estudo de caso é um termo estilo 'guarda-chuva', composto de métodos que pretendem indagar um caso ou situação, num período de tempo, detetando processos interativos que o confirmam (Stake, 2007). A história de vida do 'João' reporta relatos, narrações e itinerários pessoais, familiares, sociais e comunitários, enquadrados em esquemas de análise (categorias), numa interação com os informantes, os quais rememoram acontecimentos e narrativas de experiências de vida (Pujadas, 2002). O nosso trabalho de campo estruturou-se da seguinte maneira (Brandão, 2007; Gonçalves, Henriques & Cardoso, 2006; Perelló, 2009): período de 'negociação', numa perspetiva 'contratual' com os informantes, concedendo informações e recolha de dados pela aplicação das entrevistas; fase de organização dos dados (gravação áudio), codificação de temas e categorização da estrutura narrativa (segmentos de texto); estabelecer categorias e modelos – significados da narração e conceitos na base teórico de fundamentação; as estruturas narrativas e representações sociais. Todo o processo indutivo de organização dos dados (temas, categorias) permitiu identificar os modelos de interação entre eles (análise de conteúdo) usando a triangulação de dados.

Tendo em conta a natureza de estudo qualitativo (Stake, 2007) utilizámos várias técnicas, tais como: Observação informal (contexto quotidiano e casa residência) e participante ao sujeito e família; Observação documental (análise de conteúdo) às fichas clínicas e outra documentação; Entrevistas semiestruturadas (cunhada e à irmã tutora), entrevista em profundidade ao 'João' e inquérito por entrevista a N=29 informantes da comunidade; Notas de campo. Após a transcrição das entrevistas, realizadas aos informantes, as mesmas foram sujeitas a uma análise de conteúdo procurando-se identificar os temas ou ideias centrais de cada depoimento de modo particular. Esta análise de conteúdo passou por três fases que Bardin (2004) denomina de pré-análise (leitura cuidada e atenta dos conteúdos); preparação do material, fazendo a sua categorização e por fim o tratamento, inferência e interpretação dos dados propriamente ditos. Este processo permitiu compreender os fundamentos da informação recolhida, transformada em unidades de análise, em categorização, descrição e interpretação (Krippendorff, 1990). Os dados recolhidos das observações e da análise de documentos, encontram-se diluídos na caracterização do sujeito. Para além da análise de conteúdo recorreremos à triangulação de dados oriundos da observação participante e registos de notas de campo, para além dos dados do inquérito por entrevista às 29 pessoas da comunidade local, em contexto de lugares frequentados pelo João ('Maradona'), ou seja, interpretámos o contexto do sujeito como ele é visto pela comunidade onde reside. Além disso, deslocámo-nos a vários locais/instituições, com o objetivo de obter mais informações ou até de confirmar alguns dados, nomeadamente: Secção de psiquiatria -Hospital Distrital de Castelo Branco, com o objetivo de confirmar informações acerca das deficiências do sujeito. Ao longo do estudo fomos anotando alguns dados fornecidos de forma espontânea, por

alguns vizinhos do sujeito em estudo (Clandinin, 2007).

Lembramos que o método biográfico assenta em elementos autobiográficos, logo poderá levar a que a observação do biografado ou objeto em estudo seja corrompida, sujeito também às consequências da participação do entrevistador junto do entrevistado, bem como, à própria manipulação e tratamento dos dados, por parte do entrevistador. Assim, quando numa biografia se constroem memórias e projetos de vida, a validade de representatividade e de credibilidade, da mesma, é duvidosa (Martins, 1997: 12). Na verdade, o método biográfico-narrativo e a entrevista qualitativa (ato comunicativo) como técnica estabelece (Bolívar, Domingo & Fernández, 2001) uma interação entre entrevistador-entrevistado, em que o conhecimento afluí e se constrói pelo diálogo interativo, proveniente das experiências, sentimentos, opiniões do entrevistado, no tempo e espaço. A entrevista permitiu uma leitura social do sujeito em estudo, oriunda da reconstrução do seu percurso de vida (relatos) permitindo a análise dos processos de integração cultural e dos sucessos e acontecimentos da sua identidade (Marre, 1991; Gergen & Gergen, 2011). De facto, a história de vida pode ser apresentada apenas como um relato exaustivo da narrativa do sujeito biografado (Lechner, 2009). A consulta de documentos pessoais complementa e controla a validade dos testemunhos, sendo os mesmos conhecidos pela origem de enviesamentos, tais como, falhas e imprecisões de memória, empolamento de certas informações para salientar o papel desempenhado pelo sujeito na ação narrada, substituição da realidade pelos sonhos que foram sendo alimentados acerca dessa realidade, presença e participação do investigador na tomada do depoimento, entre outros (Schmidt, 2004). Neste sentido, histórias de vida não têm apenas um sentido

retrospectivo, com um começo e um fim dos acontecimentos, mas também um sentido prospectivo que permite olhar para a frente e projetar os acontecimentos futuro (Gobbi, 2005). Para E. C. Martins (1997: 9), “a história tem lugar na vida, no cotidiano, por isso o investigador tem dificuldades em localizar as fontes precisas que documentem essas vivências sociais, educativas e culturais”. Estas dificuldades estão assim, relacionadas com fontes documentais escritas, orais, audiovisuais e a história oral.

Não nos esqueçamos que a biografia comporta um tecido amplo de operacionalizações e metodologias, integrada nas histórias de vida, sobre a vida de uma determinada pessoa (Pujadas, 2002). A narração biográfica não é a escrita sistemática de uma vida (com a sua cronologia, fases, períodos, etc.), mas a construção do percurso de vida que se engendra e que torna a biografia aberta, produzindo saídas para as vidas mais aprisionadas (Hernández y Rifà, 2011), já que os relatos pela ‘voz do informante’ tem um papel fundamental no contraste dos diferentes momentos e formas de dizer. Assim, as histórias vida permite compreender os elementos gerais contidos nas entrevistas, pois como refere Brandão (2007), a história de vida que são entrevistas exaustivas com os atores sociais com objetivo de obter uma narrativa dos seus percursos de vida, permite captar outros elementos fundamentais da realidade social, os quais explicam por que é que não “*existe apenas reprodução e reconhecem, ao mesmo tempo, o valor sociológico no saber individual*” (Brandão, 2007:10). O objetivo deste tipo de estudo, é fundamentalmente apreender e compreender a vida conforme ela é relatada e a forma como o próprio individuo interpreta a sua história. Do lado do pesquisador importa salientar o aspeto da capacidade de escuta e de reflexão.

Relato do ‘João’: entre a fabulação do deambular da imaginação à pura realidade

Iremos transcrever o(s) relato(s) de vida do ‘João, narrado por ele próprio (gravação áudio), tendo nós como investigadores mantido uma atitude de imparcialidade fundamentada em pressupostos éticos, de forma a que todas as conversas decorressem de forma aberta sem a existência de qualquer intervenção sobre o ator social em causa. Eis a ‘fábula narrativa’ do ator na narratividade da primeira pessoa (algumas correções linguísticas feitas por nós):

*“Em meados da década de 40, os meus pais instalaram-se na nossa pacata residência com o objetivo de vingar na vida. O meu pai era pedreiro e a minha mãe costureira e também uma mulher de sete ofícios. Agora goza da sua reforma. Ela **pôs-me no mundo** em 1960. Tenho 3 irmãs e um irmão. Sou o mais novo, dos cinco. Andei na **escola** até à 4ª classe. Tive várias professoras, que já morreram, uma delas, era muito má. Naquela altura portava-me mal e então levava reguadas. Andava sempre na paródia e na brincadeira, foi a época mais feliz da minha vida. Gostava de ter tirado um **curso** de inglês ou francês, mas não pude porque naquela altura o meu pai era pobre e não tinha dinheiro. E então deixei de estudar.*

Trabalhei nas obras, mas não durou mais do que duas semanas com o meu pai, e mais de um mês com o meu tio. Diziam que eu não percebia nada da arte. Aos 17 anos saí do país, corria o ano de 1977, quando fui jogar para o Barcelona B. Foi fantástico. Era tudo diferente daquilo que eu conhecia. Foi lá que conheci aquela que veio a ser a mãe dos meus filhos. Sim, tenho dois, um rapaz e uma rapariga, que vivem em França, atualmente. A duração da relação com ela

foi igual à da minha estadia no Camp Nou em **Barcelona**. Três anos. Só que completamente opostas, em termos de amor e dedicação. A estadia, ainda hoje me proporciona momentos de verdadeiro orgulho e excelentes recordações. A relação, levou-me à miséria e ao abandono dos meus filhos. Tive de pagar, naquela altura, mais de 1500 contos, para não ir preso... era muito dinheiro. Era uma multa de renda de casa, por ela ter utilizado o apartamento, sem eu saber. Como tinha problemas de saúde (epilepsia), tive de vir-me embora, para Portugal. E não pude trabalhar mais por causa desse problema. Agora ando medicado. Estou a receber **reforma** por invalidez.

Eu gostava de ser alguém na vida. Se eu não me tivesse **reformado**, podia ter tirado um grande **curso** ou tirar um curso menor ou trabalhar, mas não posso por causa da reforma. Se alguém vem a saber que eu ando a trabalhar cortam-me a reforma. Porque eu gostava de ser alguém, porque eu gosto de trabalhar e gosto de ajudar as pessoas. Gostava de ser alguma coisa na vida, para passar o tempo. Às vezes aborreço-me. Gostava de aprender uma arte em que não tivesse de descontar, para a segurança social.

De manhã levanto-me, vou até ao bar desportivo beber um café. Depois vou dar uma volta, falo com os amigos e com as amigas. Por volta do meio-dia, vou a casa dar comida à minha mãe. Há noite, janto em casa, e volto a sair para me distrair um bocado indo até à zona dos bares. Mas não tenho **vícios**. Bebo de vez em quando uma mini ou duas. Antes de ontem é que “mamei” dois copos de jeropiga. Ando sempre **a pé**, às vezes até me perguntam quantos quilómetros é que eu faço. Nunca os contei. Os únicos meios de transporte que tive foram, uma bicicleta, quando era

pequeno, e um Porsche quando estive em Barcelona.

Dou-me bem como a minha **mãe**. É a melhor coisa que eu tenho. Estou sempre preocupado com ela. Quando passa uma ambulância fico logo preocupado, porque ela não pára quieta. Anda sempre a passear. Há dois anos, ela ia sempre passear para junto da discoteca e até caiu lá. Ficou com a cara toda esmurrada. Depois telefonaram-me e eu fui lá ter com a minha irmã, que é professora. Com o meu **pai** também me dava bem. Ele morreu novo, tinha 61 anos, foi o momento mais triste da minha vida.

Os meus **irmãos** vejo-os poucas vezes. A de Lisboa só cá vem de mês a mês, os outros dois só quando lhes apetece e a professora tem meses que não a vejo. A minha **irmã** de Lisboa mora num bairro que mete medo que é a Cova da Moura, mas eu nem quero lá passar. Dos quatro irmãos, esta é a irmã que eu gosto mais. Mas agora ela anda também chateada comigo. Porque pensa que eu me porto mal.

Tenho muitos **amigos**. Tenho grandes amigos que andaram comigo na escola. E muitas **amigas**. Gosto de falar com eles e quando vão à vida deles, eu fico na escadaria da zona dos bares. Ainda ontem um rapaz meu amigo que é doutor, **deu-me um euro** e eu comprei um pãozinho, que comi logo. Também digo uma coisa: tenho mais consideração por amigos do que por certas pessoas da minha família. Porque as minhas irmãs já não me ajudam, porque se eu lhes pedir um euro, não me dão. Há muita gente que também não gosta de mim. E muita gente que tem inveja de mim por eu estar reformado”.

Em termos reais e cruzando dados provenientes de fontes de informação pudemos construir a realidade e percurso de vida do João. De facto, ele nasceu em maio de 1960,

na cidade de Castelo Branco, tendo sido o 5º filho de um mestre de pedreiro e de uma costureira. Todos os irmãos são mais velhos e o João nasceu para preencher o vazio deixado pela perda de uma irmã, quando esta tinha apenas um ano de idade. Vive com a mãe, viúva, na casa de sempre (nela viveram os avós). Segundo a irmã tutora (IT) do João, “*A casa é alugada, sempre vivemos ali. A minha mãe não quer sair de lá...*”. Uma casa muito antiga, em muito mau estado de conservação e sem esgoto. A habitação do João tem o reboco a cair, alguns vidros da janela partidos e buracos no soalho, mas o senhorio não arranja. A mãe, engravidou aos 33 anos e para além de ter sido uma gravidez planeada, foi assistida pelo médico. A gestação decorreu com normalidade e o período de gestação foi o normal, mas o “*o parto foi prolongado e depois foi oxigénio para o cérebro*” (IT) e o João nasceu com 5. 500kg, com perímetro cefálico elevado. Ora é sabido que a diminuição da oxigenação no cérebro (anoxia) ocorre na criança, devido ao parto prolongado, entre outras possíveis causas (Costa 1995). Esta privação de oxigénio no cérebro pode levar, entre outros, a distúrbios motores, a descoordenação motora leve até às convulsões (Barnes, 2004). Indo de encontro ao que a IT descreve do seu irmão, pois “*...teve convulsões acho que até aos dois anos*”, porém nunca necessitou de internamentos. Teve as doenças consideradas normais numa criança (sarampo, bronquite asmática). O seu desenvolvimento psicomotor foi normal, evidenciando na linguagem dificuldades, pois troca(va) consoantes e não conjuga(va) verbos. Aos quatro anos, a mãe considerava-o uma criança muito agitada, falta de atenção, encaminhando-a para as consultas de psiquiatria “*...depois não teve mais problemas, mas era seguido na psiquiatria do hospital*” (IT). Nessa altura foi-lhe diagnosticado ‘Deficiente Mental Ligeiro’ e a sua ficha clínica indica muita instabilidade psicomotora. Sabemos que a deficiência mental se caracteriza, desde a

infância, pelo funcionamento intelectual abaixo da média e por limitações significativas em duas ou mais áreas de comportamento adaptativo (Fontes, 2012). O facto de a deficiência ser ligeira torna o ritmo e o grau de desenvolvimento mental dos seus indivíduos, diferente dos demais, podendo também haver problemas de memória a curto prazo, de socialização e de linguagem. As causas da deficiência podem advir da má nutrição, de doença, de intoxicação produzida pelo chumbo e de cuidados médicos inadequados relativamente às áreas de saúde referidas. Após o diagnóstico psiquiátrico passou a ser medicado com neurolépticos e anticonvulsivos e tinha consultas regulares, segundo a IT “*nem sei, ele era muito acompanhado, até a bruxas a minha mãe o levava..., mas andou na psiquiatria*”. Algumas vezes ia penas a mãe, que expressava a sua opinião quanto ao desenvolvimento do filho. Desde 1990 que o João não comparece no serviço de psiquiatria. O (ex)cunhado conta que “*ele teve problemas de epilepsia quando era garoto*”, mas que “*ele não tem nada*”, apesar da IT referir que “*ele toma uns comprimidos para andar mais calmo...para dormir*”. Em criança o João teve uma boa relação com os pais, irmãos e com todos os que o rodeavam, sendo passivo e conciliador.

Com 15 anos de idade “*Fez o exame da 4ª classe já prai aos 15 anos...*” (IT), apresentando dificuldades de aprendizagem, que eram resultantes da diminuição da oxigenação no cérebro, na hora do parto, tendo comprometido toda a vida escolar da criança (depoimentos da família). O processo escolar na época era baseado em ‘reguadas’ para quem era atrasado ou não aprendia, mas o cálculo mental sempre foi a sua área forte, enquanto a motricidade fina, até hoje, o ponto fraco. Como todas as crianças adorava jogar à bola, jogava na rua com os amigos, transportando para a sua realidade as vivências do único irmão homem, que jogou no clube da cidade, chegando mesmo a ser convidado para jogar

no Sporting Clube de Portugal. O João fantasia, transportando esse gosto e perícia para a sua vida, aquela que talvez gostasse de ter tido. Sempre superprotegido pela mãe, quase não trabalhou na vida, “...nunca fez nada, a nossa mãe não deixou” (IT) e “Ainda andou com o irmão nas obras, mas como a mãe o superprotegia, deixou de andar...” (cunhada - C). Aos 16 anos de idade, a mãe conseguiu que lhe fosse atribuída uma pensão por invalidez, baseando-se na deficiência que lhe foi diagnosticada. Subsiste e “vive da reforma...” (IT), juntamente com a da mãe “...das reformas dele, da mãe e mais o que esta ainda recebe do marido” (cunhada -C). Por vezes encontramos-lo na rua, pedindo dinheiro para um café às pessoas conhecidas, as quais anuem ao pedido. A família sente-se indignada porque “Tem o vício de pedir dinheiro” (cunhada -C) e “anda aí a pedir, mas ele não precisa” (IT).

Na verdade João vive na miséria com défice de necessidades básicas (comida, vestuário, abrigo) e daí ser um indigente. Não tem capacidade para gerir a situação financeira pelo que “É o ex-cunhado, o V... que trata de tudo. Faz compras e gere o dinheiro.” (cunhada -C), “Eu tenho um coração grande nem posso ver estas coisas que fico logo... sei lá” (IT) mas as opiniões na família divergem, tendo em conta a opinião da cunhada (C) “ela (tutora) não se preocupa, também está lá na...”, cuida da sua higiene, mas da roupa e da comida do João é o serviço de apoio domiciliário da Santa Casa Misericórdia “o lar trata da roupa, agora até vão lá duas vezes ao dia.” (IT) e “O almoço é do lar e o jantar ele come as coisas que o cunhado leva” (cunhada -C). O relacionamento com a família tem-se degradado uma vez é “conflituoso, queima o espaço familiar” (IT), evitando estar com a família “ele não quer saber da família porque nós damos-lhe na cabeça” (cunhada C), pois o facto de ser “nada responsável... mentiroso compulsivo, conflituoso, manipulador...” (IT), ou seja, “é

muito mentiroso e pouco trabalhador” (cunhada C) e daí que a família perdesse a confiança nele. Levado por alguns vícios como o álcool (citado na ficha clínica do serviço de psiquiatria) “andou a gastar o dinheiro todo da nossa mãe” (IT), “andou a roubar a mãe e acusa os irmãos” (cunhada -C) e “andou aí com umas fulanas... elas sentem quando ele tem dinheiro.” (IT), “andou aí metido com uma senhora da vida, levava tudo pra lá...” (cunhada -C), tudo isso gerou conflitos que não soube resolver, sendo um irresponsável. O João na comunidade local é “muito conhecido...muito cerimonioso, atencioso” (IT) considera-se “muito importante, acha ele” (cunhada -C), pois tem uma autoestima elevada “dá-se bem com toda a gente” (cunhada -C), mas devido às fantasias que relata às pessoas é visto como “um coitado, vítima do irmão, é o que as pessoas pensam” (IT).

Estabelecemos as seguintes 9 categorias e respetivas subcategorias relativas aos depoimentos ou relatos do sujeito em estudo:

***-Categoria 1 - Família** (subcategorias: responsabilidade familiar no quotidiano; responsabilidade do tutor na qualidade de vida; mulher e filhos) procurámos saber qual o nível de responsabilidade da família, mas devido aos conflitos existentes não há uma relação próxima. A tutora delegou as suas funções no ex-marido, é ele quem mais acompanha o João. Tanto a cunhada como o João referem que a tutora não se preocupa com ele. O sujeito em estudo fantasia com uma família que na realidade não tem, quando fala dos seus filhos – depoimentos do João: “tenho irmãos, não querem saber da velha...” “...sou o único filho a tomar conta dela” “...tenho meses que não a vejo (tutora).” “é o meu cunhado que cá vem”, “conheci aquela que veio a ser a mãe dos meus filhos. Sim, tenho dois, um rapaz e uma rapariga, que vivem agora em França”.

***-Categoria 2 - Saúde e condições**

(subcategorias: infância, adolescência e adulto). O João apenas identifica a epilepsia como a doença causadora da sua condição de vida. A cunhada refere a epilepsia na infância e o João refere apenas na adolescência, durante a sua estadia, de 3 anos, em Barcelona. Não faz parte da sua realidade todo o acompanhamento no serviço de psiquiatria desde os 4 até aos 30 anos de idade, nem a sua deficiência mental. Hoje em dia, não tem qualquer acompanhamento médico, tomando apenas, segundo o próprio e a sua tutora, medicação para andar mais calmo. O João referiu os seguintes depoimentos: *“quando era novo não tive problemas”,* mas *“em Barcelona davam-me ataques epiléticos,”* contudo *“agora não...”* (epilepsia), pois *“tomo uns comprimidos para dormir”*.

***-Categoria 3 - Subsistência** (subcategorias: trabalho, subsídio e mendicidade ou indigência). Verificámos que o João não teve uma vida ativa (o lar lava-lhe a roupa, dá-lhe comida e roupa), muito por causa da superproteção da mãe. Tem a fantasia de uma carreira profissional ligada ao futebol, mas que na verdade nunca aconteceu. Vive da reforma, em conjunto com a mãe, vende jornais a troca de algum dinheiro, contudo por vezes pede dinheiro a pessoas conhecidas. A família refere que tal não deveria acontecer, pois o João não tem necessidade de mendigar. Depoimentos do João: *“3 anos a jogar à bola”* (Equipa do Barcelona B), *“ainda trabalhei com o meu pai”,* mas fui *“reformado há 20 anos”* e *“às vezes peço 1€...”*.

***-Categoria 4 - Autonomia** (subcategorias: Higiene/vestuário; alimentação; residência). Verificámos que o João e a mãe beneficiam dos serviços de apoio social da Santa Casa da Misericórdia, custeados pela família, no que concerne à alimentação, higiene da mãe e tratamento da roupa. O João não sabe cozinhar e nem sequer é autónomo na aquisição dos

próprios bens alimentares. Vivem numa casa alugada, com condições desumanas, mas da qual, sobretudo a mãe não quer sair. Depoimentos do João: *“tomo banho todos as noites de água fria... prefiro”,* mas *“não sei cozinhar”,* *“quem faz as compras é meu cunhado”,* pois *“vivo numa casa alugada ... pago 3,50 € pela renda da casa”*.

***-Categoria 5 - Literacia-Estudos**

(subcategorias: escolaridade; conhecimento do mundo). O João frequentou a escola pública, sem qualquer tipo de adaptações tendo em conta a sua deficiência mental que lhe foi diagnosticada. Concluiu apenas o 4º ano de escolaridade, já com 15 anos, no entanto, releva algum interesse pelo mundo que o rodeia. Depoimentos do João: *“andei até à 4ª classe”,* mas *“todos os dias leio jornais”,* contudo *“a vida está mal e vai ainda estar pior”*.

***-Categoria 6 - Comportamento /**

Relacionamento (subcategorias: com a família; com comunidade). Verificámos que a pessoa mais importante na vida do João é a mãe, pois preocupa-se com ela e, segundo ele próprio, é por ela que condiciona a sua vida. A Irmã tutora refere que na infância e adolescência sempre foi muito conciliador e passivo, característica da família, porém, devido aos conflitos hoje existentes, o João evita estar com as irmãs, por repreenderem o seu comportamento, atitudes e modo de ser. Quanto ao comportamento e relacionamento com a comunidade, todos referem que o João é bem aceite, pois não causa problemas, sendo simpático e amável. A autoestima dele é bem evidente ao considerar-se importante e com muito valor na comunidade. Contudo, a família considera que, devido às fábulas que conta, as pessoas consideram-no um desafortunado. Depoimentos do João: *“a melhor coisa, dou-me muito bem com a minha mãe”,* *“tenho mais consideração por amigos do que por certas pessoas da minha família... porque as minhas*

irmãs não me ajudam” de facto “sou amigo de doutores, engenheiros”, “sou muito importante, tenho muito valor para toda a gente”.

***Categoria 7 - Personalidade / Perfil**

(subcategorias: responsabilidade; autoestima; sensibilidade). O João refere que gosta de trabalhar, porém a família considera-o pouco trabalhador e caracterizam-no de forma aviltante. Apresenta uma elevada autoestima, para uma pessoa na sua condição e de indigente, perante a vida e a sociedade, mas isso é produto da sua relação com os outros. Mostra ter também alguma sensibilidade ao referir que gosta de crianças e animais. Depoimentos do João: *“gosto de trabalhar”, “sou muito popular na cidade”, “gostava de ser alguém na vida”, “gosto muito de crianças e de animais..., mas a minha mãe não”.*

*-**Categoria 8 - Vícios, manias,**

comportamentos desviantes (subcategorias: alcoolismo; mendicidade; roubo). É talvez a categoria que traduz a base dos conflitos familiares existentes, apesar do João referir pouco esta questão. A família é clara ao indicar que essas situações de conflito fazem parte do seu quotidiano, do álcool, da mendicidade e o recurso a prostitutas. Quanto a roubar aconteceu numa situação familiar específica, tendo sido travada a tempo pelos seus irmãos. Em noutras situações comunitárias nunca aconteceu, nem visou outras pessoas com essa intenção, mas recorre ao lixo para procurar coisas. Depoimentos do João: *“às vezes bebo”, “às vezes peço dinheiro”, “ando às vezes rebuscar no lixo...coisas”.*

*-**Categoria 9 - Mobilidade** (subcategorias: no concelho; no país; mundo). Podemos afirmar que o João é uma pessoa ativa desloca-se sempre a pé na cidade onde vive, em trajetos muito repetidos e solitários. Não possui qualquer meio de transporte. Porém é nesta categoria que mais uma vez o seu poder fabulador se revela, parecendo transformar-se

numa das personagens do seu imaginário, inventa que viajou (sozinho) por lugares longínquos (nunca visitados), como França, Itália e Norte de Espanha, em meios de transporte nunca utilizados (avião, carro de alta cilindrada). Depoimentos do João: *“ando sempre a pé”; “em Barcelona tive um Porsche” (fantasia); “vou de comboio, ver a minha família que está em Lisboa”, “desenrasco-me bem sozinho”, “Fui a Itália, agora há dias. Fui a um casamento, mas só tive lá de manhã. Fui e vim de avião”, “Não tenho medo de andar de avião” é que “Tenho família em França, mas há muito tempo que não vou lá”.*

Com o objetivo de sabermos o conhecimento e relacionamento das pessoas com o João fizemos entrevistas a N= 29 pessoas, escolhidas de forma aleatória na rua e em locais que ele frequenta a diário, numa faixa etária dos 15-29 anos (2), 30-44 anos (2), 45-59 anos (11 sujeitos 38%), 60-74 anos (7 sujeitos 24%) e 75-89 anos (7 sujeitos 24%), sendo 79,31% do sexo masculino. As pessoas entrevistadas da comunidade 72% conhece o João, sendo que 28,57% não sabem nada sobre ele, 19,05% sabem muito e 14,29% sabem algumas coisas dele. A maioria conhece-o pela alcunha e nome (33%), pelo nome e alcunha (17%), pelo nome (14%), pelo estilo de roupa que leva (5%) e pelo nome e roupa.

Dessa amostra, havia 15 pessoas que diariamente mais lidavam com ele, que afirmaram o seguinte: ‘anda sempre de um lado para o outro’ e ‘vagueia muito’ (12 registos); é ‘deficiente’ (6 registos); é um pedinte mendigo ‘pede dinheiro’ (5 registos); ‘não faz nada’ e ‘simpático/sociável’ (4 registos cada); ‘joga e gosta de futebol’, ‘conhece a família’ e ‘sabe onde reside’ (3 registos cada um); ‘recorre a prostitutas’ e ‘não faz mal a ninguém’ (2 registos cada um). Os restantes itens têm apenas 1 registo, por exemplo: ‘é um fabulador’, ‘recebe reforma’, ‘esquisito’, ‘não sabe pensar’, etc. Há, pois uma coincidência

entre opinião da comunidade acerca do sujeito, com a que expressa a família relativo à sua própria realidade como sujeito deficiente.

Reflexões inconclusivas

O estudo permitiu-nos conhecer a biografia de sujeitos indigentes com deficiência mental e a sua relação com os outros e comunidade. Neste sentido o propósito era promover a inclusão e a dignificação das pessoas com deficiência mental, como cidadão de direitos. Pensamos que estes indivíduos, mesmo com incapacidades e limitações, podem ser cidadãos úteis à sociedade, se atendermos às suas capacidades específicas pessoais de modo a terem um bem-estar e melhor qualidade de vida.

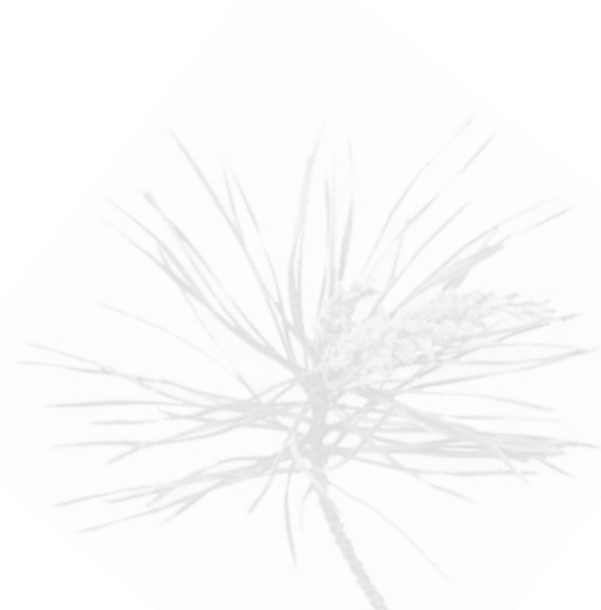
A interpretação das narrativas recolhidas e demais informações, a partir das entrevistas e observações permitiram-nos perceber que a vida do João' ficou condicionada desde a infância-juventude e, por todo o seu futuro. A patologia, deficiência mental, originada no parto, e posterior superproteção por parte da mãe foram os principais condicionantes que o tornaram num adulto sem futuro profissional e ambições realistas e fantasmagóricas. Apercebemo-nos que o seu quotidiano está mecanizado e rotinado a longas caminhadas, em passo apressado, com encontros furtivos e vivências num mundo de fábulas, com muitas maluqueiras, onde não há quase lugar para a realidade. Em relação à família foi-nos possível verificar que as suas relações com ela eram praticamente inexistentes, resumindo-se apenas à sua mãe que, apesar da sua longa idade, continuava a protegê-lo incansavelmente e, ainda esporadicamente à ação do ex-cunhado, que se disponibiliza para os ajudar. A família não dá ao João o apoio que necessita a todos os níveis e daí ele manter um distanciamento afetivo com ela que, com o passar do tempo, se vai intensificando mais.

Sabemos que à família, pilar essencial de todos os seres humanos e em especial nos deficientes mentais indigentes, cabe-lhe o papel de tentar encontrar conforto e tranquilidade, ajudando-os a construir um futuro melhor e adequado às suas necessidades de inclusão. Quando tal não acontece, estes sujeitos vêm o futuro mais comprometido e refugiam-se na mendicância, indigência e vagabundagem. A tutora nem sempre cumpre as suas obrigações de proteção e zelo, chegando a haver pouca comunicação. As pessoas da comunidade aceitam e ajudam o João, sendo tolerante com ele por ser 'deficiente mental', mas despreza-o se tem comportamentos indevidos. As instituições sociais têm um papel importante da ajuda e apoio social, perante o estado de indigência do João. Através dos testemunhos percebemos que o sujeito de estudo sempre preferiu o ócio em detrimento de trabalho efetivo, acomodando-se a esta situação deste muito jovem.

É sabido da literatura especializada que as doenças mentais e/ou deficiência mental é uma preocupação atual e emergente, tendo evoluído a visão social, mas estas síndromes continuam envolto de desconfianças e superstições, consequências do desconhecimento que existe destas doenças ou alterações (Assis, 2005). É esse desconhecido que nutre situações de afastamento, processos de construção de medo, reproduzindo uma constante e visível (por vezes silencioso) estigma, que atravessa todos aquelas pessoas da comunidade que, direta ou indiretamente, vivem esta realidade, produzindo-se desigualdades e limitações ao direito de uma cidadania efetiva e a um bem-estar pessoal e social, concedidos pelos cuidados hospitalares especializados, lares residenciais, serviços assistenciais e sociais e comunitários (Fontes, 2012). Todos estes serviços e apoios devem promover (MS, 2012): a saúde mental destes sujeitos; prestar cuidados e facilitar a integração e a

recuperação destas pessoas com deficiência mental, sendo que a saúde mental é indivisível da saúde geral; cumprimento dos direitos humanos (proteção da discriminação e estigmatização) e direito a cuidados adequados e a residência; apoios da comunidade (o internamento deve ser pensado após esgotar-se outras hipóteses); coordenação e integração de cuidados e serviços com o apoio das famílias.

Em síntese deve-se educar, informando, a família para estas situações da deficiência, apoio mais efetivo dos serviços sociais às famílias, de modo a minorar as suas dificuldades (Fontes, 2008). A comunidade local deve ser mais aberta e recetiva nas ajudas a estas pessoas, valorizando os poucos contributos que podem dar e evitando que caiem em situações de indigência, marginalização, exploração e vícios.



Referências bibliográficas

- Apolline, T. (2011). Historias de vida y conectividades emergentes. En Hernández Sancho y Rivas (coord.), *Historias de vida en educación: biografías en contexto* (p. 126-131). Universidad de Barcelona: Esbrina-Recerca.
- Assis, M. (2005). *O Alienista*. Coimbra: Alma Azul
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo* (3ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Barnes, Colin (2004). Disability, Disability Studies and the Academy. In: John Swain et al. (orgs.), *Disabling Barriers – Enabling Environments* (p. 28-33). London: Sage Publications
- Barnes, C. & Mercer, G. (2010), *Exploring Disability*. Cambridge: Polity Press.
- Bolívar, A.; Domingo, J. & Fernández, M. (2001). *La investigación biográfico-narrativa en educación*. Enfoque y metodología. Madrid: La Muralla
- Bourdieu, P. (1998). A ilusão biográfica. In M. J. Ferreira, *Usos & abusos da história oral* (p. 183-191). Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas.
- Brandão, A. (2007). *Entre a vida vivida e a vida contada: a história de vida como material primário de investigação sociológica*. Braga: UMinho/Centro de Investigação em Ciências Sociais.
- Clandinin, D. J. (ed.) (2007). *Handbook of Narrative Inquiry*. Mapping a Methodology. London: Sage.
- Costa, C. (1995). As Deficiências Mentais. *Revista Integrar*, nº 6, p. 41-45
- Demazière, D. & Dubar, C. (2007). *Analyser des entretiens biographiques : l'exemple des récits d'insertion*. Laval: Press Universitaires de Laval
- Fontes, F. (2008). Early and current approaches to disability in Portugal: A brief overview. In: T. Campbell et al. (orgs.), *Disability Studies: Emerging Insights and Perspectives* (p. 77-92). Leeds: Disability Press.
- Fontes, F. (2009). Pessoas com deficiência e políticas sociais em Portugal: Da caridade à cidadania social. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 86, 73-93. <https://doi.org/10.4000/rccs.233>
- Fontes, F. (2012). A emancipação dos estudos da deficiência. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 98, p. 45-64. <https://doi.org/10.4000/rccs.5014>
- Gergen, K.J. & Gergen, M. (2011). *Reflexiones sobre la construcción social*. Barcelona: Paidós
- Gobbi, M. C. (2005). Método biográfico. In J. Duarte, & A. Barros, *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação* (p. 84-97). São Paulo: Atlas.
- Gonçalves, O.F.; Henriques, M.R. & Cardoso, G. (2006). *Sistema de avaliação de matriz narrativa. Coerência estrutural narrativa*. Braga: Deptº Psicologia -UMinho
- Hatch, J.A. & Wisniewski, R. (1995). *Life History and Narrative*. London: The Falmer Press
- Henriques, F. (1998). *O Louco e os Outros*. Vila Velha de Rodão: Associação de Estudos do Alto Tejo – Núcleo Regional de Investigação Arqueológica.
- Hernández, F. y Rifà, M. Montserrat (Coord.) (2011). *Investigación autobiográfica y cambio social*. Barcelona: Octaedro.

- Hurtado, J.C.T. (2006). *Investigación Cualitativa. Comprender y Actuar*. Madrid: La Muralla
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido: Teoría y Práctica*. Barcelona: Paidós
- Lechner, E. (org.) (2009). *Histórias de vida: olhares interdisciplinares*. Porto: Ed. Afrontamento.
- Lessard-Hébert, M.; Goyette, G. & Boutin, G. (2008). *Investigação Qualitativa - Fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Marre, J. L. (1991). História de vida e método biográfico. *Cadernos de Sociologia*, 3 (3), 89-141.
- Martins, E. C. (1997). As fontes documentais: Análise da vida quotidiana e elementos para a história social e educativa. *Cadernos do Projecto Museológico sobre Educação e Infância* (ESE Santarém) nº 55, p. 5-20.
- Martins, E.C. & Jorge, H. B. (2012). Indigentes (incapacitados) sem voz e sem vez... (historias de vida de deficientes mentais). *Educació i Cultura*, nº 23, p. 75-98
- Martins, B.S.; Fontes, F.; Hespanha, P. & Berg, A (2012). A emancipação dos estudos da deficiência. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 98, 45-64
- Ministério da Saúde (2012). *Reactualização do Plano Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde/MS
- OMS (2004). *CIF –Classificação Internacional de Funcionalidade. Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Edição DGS
- Perelló, S. (2009). *Metodología de la investigación social*. Madrid: Dykinson.
- Pujadas, J.J. (2002). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Schmidt, B. B. (2004). Grafia da vida: Reflexões sobre a narrativa biográfica. *História Unisinos -Revista*, nº 8 (10), jul./dez., p. 131-141.
- Stake, R. (2007). *A arte da investigação com estudos de caso*. Lisboa: F.C.G.