

GISELE ZOPPELLARI IORI GARCIA

**APONTAMENTOS GENEALÓGICOS A RESPEITO DA NOÇÃO DE DEFICIÊNCIA
MENTAL E DE SUAS INSTITUIÇÕES DE CUIDADO NO BRASIL.**

**ASSIS
2008**

GISELE ZOPPELLARI IORI GARCIA

**APONTAMENTOS GENEALÓGICOS A RESPEITO DA NOÇÃO DE DEFICIÊNCIA
MENTAL E DE SUAS INSTITUIÇÕES DE CUIDADO NO BRASIL.**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Faculdade de Ciências e Letras de Assis da
Universidade Estadual Paulista “Julio de
Mesquita Filho” para obtenção do título de
Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento:
Psicologia e Sociedade).

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos da Rocha

**ASSIS
2008**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

G216a Garcia, Gisele Zoppellari Iori
Apontamentos genealógicos a respeito da noção de deficiência mental e de suas instituições de cuidado no Brasil / Gisele Zoppellari Iori Garcia. Assis, 2008
101 f.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.

1. Deficiência mental. 2. Educação especial 3. Inclusão social. I. Título.

CDD 157.8

371.92
616.8588

À memória de Silvia e de Inajá.

AGRADECIMENTOS

Aos meus mais belos amores, João e ao Pedro, pelo apoio, pelo carinho, pela dedicação e por compreenderem as horas que deixamos de estar juntos, em respeito a meus projetos profissionais.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e por cuidarem tão bem do Pedro para que eu pudesse elaborar esta dissertação.

Ao meu sogro, pelo incentivo pleno.

Ao meu orientador e querido amigo Lu, pela cortesia, pela compreensão e pela ajuda dedicada nos momentos que mais precisei.

Ao Justo, pelo imenso auxílio e pela força.

Às professoras Sonia França e Soraia Paiva Cruz, pela disponibilidade e pela atenção dispensada.

À APAE de São Carlos, em especial à equipe técnica e ao diretor administrativo, por compreenderem o tempo que deixei de me dedicar à instituição em decorrência do Mestrado.

*Passamos por este mundo apenas uma vez.
Poucas tragédias podem ser maiores que a
atrofia da vida; poucas injustiças podem ser
mais profundas do que ser privado da
oportunidade de competir, ou mesmo de ter
esperança, por causa da imposição de um
limite externo, mas que se tenta fazer passar
por interno.*

(Stephen Jay Gould)

RESUMO

GARCIA, Gisele Zoppellari Iori. *Apontamentos genealógicos a respeito da noção de deficiência mental e de suas instituições de cuidado no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2008.

Este trabalho propõe um exame dos discursos médico-psiquiátricos e institucionais a respeito da deficiência mental. Busca compreender como esse conceito foi forjado no interior de um campo perceptivo que engloba, entre outros, os saberes médico e pedagógico, e entender como se deu a prática de tutela da pessoa identificada como deficiente mental no Brasil pelas chamadas “escolas especiais”. O exame segue por dois caminhos que estão seriamente unificados: o dos discursos que envolvem a concepção de deficiência mental e o dos aspectos condicionantes que envolvem as práticas voltadas ao sujeito deficiente em suas relações recíprocas com as instituições de tutela. A genealogia, estratégia de análise inspirada em Michel Foucault, em cujos estudos nos referenciamos amplamente, foi o instrumento utilizado para evidenciar tais saberes e práticas. Sob a óptica adotada no presente trabalho, a deficiência mental é compreendida como produto dos processos que emanam do corpo social e não como um atributo individual. Considera-se também que a instituição de educação especial tem sido o principal lugar da prática onde se situam os discursos a respeito da deficiência; ela tem sido herdeira e mantenedora de saberes especializados que referendam não só a restrição social das pessoas identificadas como deficientes mentais como também a forma como as percebemos. Entre estes saberes reinam os discursos médico-psiquiátricos que, aliados à ação pedagógica, circunscrevem o sujeito da deficiência e o inscrevem num lugar social restrito. A pesquisa trouxe à tona estes discursos e práticas que envolvem a excepcionalidade e levantou argumentos que mostram que a participação intensa e crítica do deficiente mental no corpo social, entendida pelos discursos atuais como inclusão social, depende de significativas mudanças nos dispositivos e procedimentos normativos que regulam a sociedade atual.

Palavras-chave: Deficiência mental; Anormalidade; Instituições de educação especial; Inclusão social.

ABSTRACT

GARCIA, Gisele Zoppellari Iori. *Genealogical notes on the notion of mental disability and care institutions in Brazil*. Dissertation (Master in Psychology), Faculty of Science and Letters of Assis, Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho," Assis, 2008.

This paper proposes an examination of medical-psychiatric and institutional speeches about the mental disabilities. It tries to understand how this concept was forged in a perceptive field that includes, among others, medical and educational knowledge and to understand as the practice of guardianship of the person identified as mentally deficient in Brazil calls for "special schools" happens. The review follows two paths that are seriously unified: the one of the speeches involving the conception of mental disability, and the one of the conditioning aspects involving the practices devoted to the deficient person and his reciprocal relations with the tutelar institutions. The genealogy, a strategy of analysis inspired by Michel Foucault, in whose studies we refer widely, was the instrument used to demonstrate such knowledge and practices. Under the view adopted in this work, mental disability is conceived as a product of processes that emanate from the society and not as an individual attribute. It is also understood that the special education institution has been the main place of practice where there are speeches about the disability; it has been heir and maintainer of specialized knowledge that approves not only the social restriction of people identified as mentally disabled as also the way we recognize them. Among this knowledge the medical-psychiatric speeches dominate that, together with the educational action, close the deficient person and put him in a restricted social place. The research has brought up these speeches and practices involving the exceptionality and raised arguments that show the intensive and critical participation of the mental deficient in society, understood by the speeches as social inclusion, depends on significant changes in regulatory mechanisms and normative procedures that govern the real society.

Keywords: Mental disability; Abnormality; Institutions for special education; Social inclusion.

SUMÁRIO

1 – APRESENTAÇÃO	10
2 - METODOLOGIA	16
2.1. Considerações acerca da estratégia genealógica	16
2.2. Metodologia de pesquisa	18
3 – SOBRE A CONSTITUIÇÃO DA NOÇÃO DE DEFICIÊNCIA MENTAL	20
3.1. Da emergência da noção do indivíduo anormal e perigoso	21
3.1.1. A teológica Teoria das Degenerescências	28
3.1.2. Morel, a medicina e a “ordem pública”	30
3.1.3. A Antropologia criminal	33
3.2. Da patologização dos idiotas, imbecis e cretinos e sua extensão na escala do Quociente de Inteligência (QI)	36
3.2.1. Da deficiência mental como condição psiquiatrizável	36
3.2.2. A Psicometria e o desenvolvimento da noção de “retardo mental”	44
3.2.3. A expansão dos testes de QI e a criminalidade potencial do retardado	47
3.3. O funcionamento adaptativo e as definições atuais de retardo mental	54
4 - SOBRE AS PRÁTICAS ASSISTENCIAL E DE RESTRIÇÃO SOCIAL QUE ENVOLVEM A PESSOA IDENTIFICADA COMO DEFICIENTE MENTAL NO BRASIL	60
4.1. Sobre a legitimação da reclusão de loucos e idiotas	60
4.1.1. Do Tratamento Moral	64
4.1.2. O Tratamento Moral dos idiotas	66
4.2. A situação dos insanos no Brasil	68
4.3. Os novos aparelhos disciplinares: O hospício e os estabelecimentos especiais do Brasil	69
4.3.1. Teixeira Brandão e a introdução do alienismo no Brasil	72
4.3.2. Juliano Moreira e os pavilhões especiais	75
4.4. Do higienismo e as classes especiais	77
4.5. Das agremiações assistenciais e suas escolas especiais	84
4.5.1. Helena Antipoff e a Sociedade Pestalozzi	85
4.5.2. As Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAEs)	89

5 - SOBRE A NORMA E OS DISCURSOS DA INCLUSÃO	94
5.1. Breve histórico da inclusão	95
5.2. Inclusão social	100
5.3. A norma e a inclusão	101
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110

1. APRESENTAÇÃO

Segundo a *Organização Mundial de Saúde*, 10% da população em países em desenvolvimento apresentam algum tipo de deficiência, sendo que metade destes são considerados portadores de deficiência mental, propriamente dita. Com relação à população brasileira, por essa estimativa, contaríamos então com nove milhões¹ de pessoas identificadas como deficientes mentais.

Para a *Associação Americana de Deficiência Intelectual e do Desenvolvimento* (AAIDD), difusora mundial de estudos e pesquisas a respeito da deficiência mental, a deficiência intelectual² se caracteriza por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, tendo origem antes da idade de 18 anos.

A AAIDD entende por deficiência algo que leva a “limitações pessoais que são de grande desvantagem para o indivíduo ao tentar função na sociedade” e que prevê “a necessidade de apoios individualizados” A inteligência é concebida como “a capacidade de raciocinar, planejar, resolver problemas, pensar abstratamente, compreender idéias complexas, aprender rapidamente, e aprender com a experiência”, podendo ser representada – “although not perfect” - pelo quociente de inteligência (QI). Por sua vez, o comportamento adaptativo “representa o comportamento conceitual, social, e de competências práticas que as pessoas aprendem para fazer funcionar a sua vida cotidiana”, e as limitações nesses

¹ Número levantado a partir da população estimada pelo IBGE, que é de aproximadamente 187 milhões de habitantes em 2008.

² Com relação à nomenclatura, a AAIDD (2008, p.01) coloca que, apesar das mudanças na terminologia, o conceito de deficiência intelectual continua sendo o mesmo que o de retardo mental (termo utilizado nos EUA para designar o que nós no Brasil chamamos de deficiência mental): “Intellectual disability is the currently preferred term for the disability historically referred to as mental retardation. Although the preferred name is intellectual disability, the authoritative definition and assumptions promulgated by the American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD and previously, AAMR) remain the same as those found in the *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports* manual (Luckasson et al., 2002). The term intellectual disability covers the same population of individuals who were diagnosed previously with mental retardation in number, kind, level, type, and duration of the disability and the need of people with this disability for individualized services and supports. Furthermore, every individual who is or was eligible for a diagnosis of mental retardation is eligible for a diagnosis of intellectual disability”.

comportamentos referem-se a desvios que afetam a capacidade de reagir a situações específicas (AAIDD, 2008, p.01 e 02, tradução nossa).

Nesse sentido, em definição, a deficiência mental se apresenta como uma configuração deficitária estável, caracterizada pela presença contínua e irredutível de indicadores de anormalidade que supõem a exigência de intervenções.

Salvo algumas exceções, a bibliografia técnica sobre o tema baseia-se no déficit e no desvio que, aos olhos da AAIDD, caracterizam a deficiência mental. Essa conduta favorece a construção de um rótulo que mantém o deficiente mental no âmbito da anormalidade e da patologia (LENTINI, 2007). O defeito, o déficit e o desvio surgem, então, como marcas fundamentais do sujeito enredado pela categoria deficiência mental, de forma que são ignoradas outras particularidades desse sujeito. Nesta perspectiva, ele é aquele que não corresponde ao modelo normal de homem, ele é deficiente, cujo ritmo de desenvolvimento é atrasado em relação à maioria, ele apresenta desvios das funções cognitivas e é incapaz de se relacionar socialmente sem que haja uma intervenção direta e eficaz. Sob o diagnóstico de deficiente mental, ele torna-se sujeito no interior de práticas que, na tentativa de torná-lo apto a conviver em sociedade, sublinham sua diferença frente a um padrão normativo.

São diversos os saberes que incidem sobre a noção de deficiência mental, múltiplos são os níveis de determinação que a configuram. Entre eles estão a medicina, o direito, a pedagogia, a psicologia e a psicometria que, com seus diagnósticos, suas classificações e suas ações, se tornaram alguns dos componentes que favoreceram a caracterização da deficiência mental. Mas é no discurso médico-psiquiátrico que a deficiência mental se estrutura, é ele quem dá as coordenadas para a sedimentação dessa categoria de anormalidade e oferece os alicerces para fazer funcionar os dispositivos institucionais destinados aos cuidados dos deficientes mentais.

As práticas institucionais historicamente organizadas também são participantes desses elementos de configuração da deficiência mental. Elas veiculam no plano social os modos de pensar, compreender, perceber, ver e falar a deficiência; circunscrevem o sujeito da deficiência e o inscrevem num lugar social restrito (FRANÇA, 2004). A nosso ver, as instituições assistenciais destinadas ao cuidado do deficiente mental, representadas no Brasil pelas escolas especiais, têm sido o principal lugar da prática onde se situam os discursos a respeito da deficiência. Elas têm sido herdeiras e mantenedoras desses saberes especializados que referendam a segregação das pessoas identificadas como deficientes mentais.

Este trabalho propõe uma aproximação à temática da deficiência mental. A opção teórica que adotamos permite abordar este tema como um produto dos processos que emanam do corpo social e não como um atributo individual; sob esta perspectiva, os componentes sociais que forjaram a deficiência mental podem ser identificados a partir do estudo das práticas discursivas a respeito da excepcionalidade.

É nesse ponto que se situa o objetivo do presente trabalho. Examinar os discursos médico-psiquiátricos e institucionais a respeito da deficiência mental de forma a buscar compreender como esse conceito foi forjado no interior de um campo perceptivo que engloba, entre outros, os saberes médico e pedagógico, e entender como se deu a prática de tutela da pessoa identificada como deficiente mental no Brasil pelas chamadas “escolas especiais”.

Ao abordar os discursos e as práticas relacionadas à deficiência mental, este trabalho se apóia na busca de instâncias de articulação entre a teoria e a prática e tenta visualizar as consequências sociais desta articulação frente ao atual discurso de “inclusão social” do deficiente mental.

Durante todo o tempo em que se viu atrelado à categoria de deficiência mental, o sujeito excepcional foi isolado em espaços de atendimento especializado sob a intervenção de práticas médicas, pedagógicas e/ou psicológicas que seguiram a mesma orientação do

Tratamento Moral proposto pelos alienistas, que optou por isolar os corpos como providência terapêutica. Fato que trouxe sérias conseqüências à circulação do deficiente mental no mundo consensual, limitando seu campo de experimentação a esses espaços de adaptação normativa (FRANÇA, 1997³).

O deficiente mental, por conseguinte, está incluído no interior de um conjunto de procedimentos que justificam, frente ao desvio que ele apresenta em relação à norma, o recolhimento, a segregação, a invalidação.

Consideramos aqui que o sujeito identificado como deficiente mental é objeto da superposição de saberes que se dobram no senso comum e que o incluem, numa espécie de jogo normativo, dentro de uma categoria do âmbito da anormalidade. Nesse sentido, entendemos que a inclusão é efeito da forja da deficiência mental.

Se quisermos manter a idéia que os discursos atuais propagam a respeito da inclusão social devemos examinar os procedimentos que o incluíram na categoria de incapacidade e focar para a necessidade de uma transformação nesses procedimentos classificatórios de forma que o deficiente mental possa pertencer ao mundo como sujeito político, tendo sua heterogeneidade preservada e respeitada. Assim, a respeito da questão da inclusão social do deficiente mental, consideramos que o que deve ser posto em evidência é a qualidade dessa inclusão, é a possibilidade de instituir ao deficiente o direito à palavra tal como ela é dita.

Por fim, é a respeito de toda essa problemática que iremos tratar neste trabalho, a respeito de como os sujeitos que não correspondem às expectativas de habilidade e de competência impostas ao modelo de homem “normal”, foram incluídos num circuito de saberes e práticas que, sob a égide de reconduzir as existências desviantes no sentido de torná-las o mais próximo possível da normalidade, puderam restringir sua plena liberdade.

³ FRANÇA, S. *Campos de subjetivação do portador de deficiência mental*. 1997. Relatório de pesquisa. Assis: UNESP - Departamento de Psicologia Clínica, 1997. Trabalho não publicado.

A genealogia, conforme a estratégia de análise desenvolvida por Michel Foucault, será nossa inspiração para evidenciar os saberes e os discursos que produzem a concepção de deficiência mental e suas relações recíprocas com as instituições de tutela, assim como os aspectos condicionantes que envolvem as práticas voltadas à deficiência mental no Brasil.

Para darmos seguimento ao trabalho, julgamos serem necessárias algumas considerações preliminares:

Para cumprir a tarefa aqui pretendida, nos assentaremos em um primeiro momento, nos discursos de ordem médica ocorridos na Europa durante os séculos XVIII e XIX e que influenciaram a noção de deficiência mental em todo o Ocidente assim como também as noções de saúde/doença mental e de saúde geral. Também nos deteremos, em traços gerais, na idéia de deficiência mental desenvolvida nos Estados Unidos pós-guerra, que teve seu pensamento perpetuado em muitos países, inclusive no Brasil que ainda hoje encontra respaldo nos discursos da Associação Americana de Psiquiatria (APA) e da Associação Americana de Deficiência Intelectual e de Desenvolvimento (AAIDD) para estabelecer os critérios diagnósticos do chamado “retardo mental”.

Assim como os acontecimentos de ordem médica, as respostas dadas às crises sociais e econômicas que emergiram na Europa entre os séculos XVI e XVIII afetaram o mundo ocidental em sua totalidade e o grande movimento de perseguição aos pobres que se instalou nesse período acabou por se tornar, como veremos, a *célula-mater* das instituições prisionais e asilares modernas em todo o mundo, inclusive no Brasil.

Por isso, optamos por iniciarmos nossa análise a respeito das instituições de cuidado partindo do exame do grande sistema de enclausuramento dos leprosos e de sua extensão aos perturbadores da ordem na época clássica apresentado por Foucault em *A História da Loucura*.

Nesse capítulo ainda serão examinados os discursos e as práticas que possibilitaram a criação das instituições de educação especial e fizeram delas as principais responsáveis pelo cuidado dos deficientes mentais no Brasil.

Aqui consideramos as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais, as APAEs, e as Associações Pestalozzi como as principais representantes das instituições de cuidado no Brasil.

Por fim, abordaremos a emergência da chamada “inclusão social” nos discursos científicos e políticos relacionados à deficiência das últimas décadas, pontuaremos o papel da norma na categorização do deficiente mental e analisaremos a possibilidade de participação intensa e crítica desse sujeito no corpo social diante de uma sociedade normativa.

2. METODOLOGIA

2.1.Considerações acerca da estratégia genealógica

O instrumento tático que escolhemos para examinar os discursos a respeito da noção de deficiência mental e da problemática da segregação da pessoa categorizada como deficiente mental no Brasil foi a Genealogia, estratégia inspirada em Michel Foucault.

Nos primeiros trabalhos de Foucault (*História da Loucura* – 1961 e *Nascimento da Clínica* – 1963), centrados na análise das instituições e dos discursos, vemos surgir a posição – jamais abandonada – de que as práticas discursivas são entrelaçadas às instituições sociais.

Utilizando-se da análise arqueológica das ciências humanas – evitando, assim, julgamentos sobre se o que elas afirmam é a verdade – Foucault, em seu subsequente trabalho, *Arqueologia do Saber* (1969), sustenta que aquilo que denominamos de “ciência do homem” pode ser entendido como um sistema de discurso autônomo (FOUCAULT, 2005).

Depois de *Arqueologia do Saber*, Foucault vai encontrar na genealogia de Nietzsche, os elementos para desenvolver um método para estudar como é produzida a verdade e quais seus efeitos no interior dos discursos e das condutas.

[...] Foucault não pretende, pois, denunciar os erros, para em seu lugar colocar novas verdades, substituir aos erros da psiquiatria a verdade da loucura, às mentiras da justiça a verdade do criminoso, às do humanismo a verdade do homem, mas estudar, numa dada sociedade, neste ou naquele período histórico, como é que algo como verdade aí foi produzido e extraído, como é que ela funciona, com que efeitos de exclusão, de invalidação e de desqualificação em face de outros discursos e de outros saberes. [...] (EWALD, 2000, p. 15).

Foucault propõe, então, a genealogia como uma estratégia de estudo que evidencia os regimes de verdade, as relações de poder e a sujeição que lhes são correlatos, de forma a funcionar como uma anatomia do poder encarado, agora, como corpo político.

Tratar-se-ia nela [na genealogia] do “corpo político” como um conjunto dos elementos materiais e das técnicas que servem de armas, de retransmissores, de vias de comunicação e de pontos de apoio às relações de poder e de saber que investem os corpos humanos e os submetem fazendo deles objetos de saber (FOUCAULT, citado em Ewald, 2000, p. 29).

Seu trabalho centra-se, portanto, na idéia de que a nossa história, a história do nosso presente, está pautada em relações de saber e de poder intrinsecamente ligadas e interdependentes umas das outras (EWALD, 2000).

[...] numa sociedade como a nossa – mas, afinal de contas, em qualquer sociedade – múltiplas relações de poder perpassam, caracterizam, constituem o corpo social; elas não podem dissociar-se, nem estabelecer-se, nem funcionar sem uma produção, uma circulação, um funcionamento do discurso verdadeiro. Não há exercício do poder sem uma certa economia dos discursos de verdade que funcionam nesse poder, a partir e através dele. Somos submetidos pelo poder à produção da verdade e só podemos exercer o poder mediante a produção da verdade (FOUCAULT, 1999, p. 28-29).

Sob esta perspectiva, Foucault (1996, p. 10) entende que o sujeito do conhecimento é, também, uma construção histórica: ele “se constitui no interior mesmo da história e é a cada instante fundado e refundado pela história” e a genealogia será o instrumento para evidenciar a constituição do sujeito nas tramas dessa história.

Assim como o sujeito, um objeto de saber não evolui linearmente através do tempo, ele “agrega elementos muito diferentes [...] que, em outras épocas, serão ventiladas em práticas muito diferentes e objetivadas por elas sob fisionomias muito diferentes” (VEYNE, 1995, p. 172).

A concepção a respeito do objeto como uma natureza em si remete-nos a questionar, então, como as coisas se originam e qual a relação desta gênese com a genealogia.

A este respeito diz Foucault (2001, p. 165): “[...] não é pela descoberta que me interessa, e sim pelas condições de possibilidade do aparecimento, da construção, do uso regrado de um conceito no interior de uma formação discursiva”.

Assim, a genealogia não objetiva buscar a origem das coisas, mas sim levantar os episódios históricos que cruzam suas trajetórias constitutivas. Nas palavras de Foucault (1981, p. 35), a genealogia “não pretende demarcar o território único de onde nós viemos [...], ela pretende fazer aparecer todas as discontinuidades que nos atravessam”. Nesse sentido, a tarefa do genealogista seria a de minar a primazia das origens, buscando despir o homem do sentimento de soberba proveniente de seu pretenso nascimento divino:

[...] gosta-se de acreditar que as coisas em seu início se encontravam em estado de perfeição; que elas saíram brilhantes da mão do criador ou na luz sem sombra da primeira manhã [...]. Mas o começo histórico é baixo. Não no sentido de modesto ou discreto como o passo da pomba, mas de derrisório, de irônico, próprio a desfazer todas as ênfases (FOUCAULT, 1981, p. 18).

A este respeito, a genealogia busca a proveniência das concepções nos “remanejamentos” das estruturas anteriores e não na continuação linear de um pretenso crescimento desatado por uma suposta origem.

Para Foucault, não existem objetos naturais, assim como não existem verdades absolutas. Um determinado objeto só existe mediante uma prática. As práticas sociais podem produzir domínios de saber que, por sua vez, fazem aparecer novos conceitos, novas técnicas e novas formas de sujeitos.

2.2. Estratégia de pesquisa

A realização da análise da emergência e da proveniência dos discursos a respeito da deficiência mental e das práticas assistenciais que a envolvem orienta-se por uma estratégia que toma o material discursivo como jogo de forças, de relações de poder, nos termos propostos por Michel Foucault (1981; 1996; 2000; 2001; 2005).

Nesse sentido, foram examinados manuais psiquiátricos, textos, notícias e artigos que dispõem sobre as noções de deficiência mental, sua história e sobre a inclusão escolar e social da pessoa deficiente, assim como materiais de divulgação publicados e/ou veiculados pela Federação Nacional das APAEs (FENAPAEs) e pela Federação Nacional das Sociedades Pestalozzi do Brasil (FENASP).

Quero concentrar meu estudo no que nos acontece hoje, no que somos, no que é nossa sociedade. Penso que há, em nossa sociedade e naquilo que somos, uma dimensão histórica profunda e, no interior desse espaço histórico, os acontecimentos discursivos que se produziram há séculos ou há anos são muito importantes. Somos inextricavelmente ligados aos acontecimentos discursivos. Em um certo sentido, não somos nada além do que aquilo que foi dito, há séculos, meses, semanas...

(Michel Foucault)

3. SOBRE A CONSTITUIÇÃO DA NOÇÃO DE DEFICIÊNCIA MENTAL

Considera-se “Excepcional”, “Pessoa Portadora de Deficiência” ou “Pessoa com Deficiência” aquela que apresenta perda ou alteração de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade e/ou necessidades que impliquem em atendimento especial, tendo como referência sua inclusão social (*Estatuto da APAE*, art. 4º, parágrafo único - FENAPAEs, 2006, p. 02).

Perda e incapacidade. São estas as características que fazem de um indivíduo, aos olhos das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAEs), uma pessoa “excepcional” ou “portadora de deficiência”.

O movimento apaeano e as demais instituições destinadas ao cuidado de pessoas identificadas como deficientes mentais se fundamentaram sob os desígnios de um padrão de desempenho e eficiência e encontraram, para justificar sua atuação, respaldo nos discursos científicos, mais precisamente médico-psiquiátricos.

[...] el discurso médico-psiquiátrico tiene una autoridad decisiva en este campo [...] la discapacidad mental se caracteriza por su apropiación y gestión a través de dispositivos institucionales, instancia en la cual el discurso médico mantiene una preeminencia incuestionable (LENTINI, 2007, p. 22).

A partir da díade normal/anormal, o saber médico tomou para si todos os que se distanciavam do modelo de normalidade e, associando-se a outros saberes como o Direito, a Psicologia e a Pedagogia, configurou o conceito de deficiência mental.

Como o saber médico oferece conteúdo à normalização, criando categorias patológicas e como se deu a patologização da deficiência mental, ou seja, como essa “anormalidade intelectual” se tornou objeto do discurso médico e de elaborações teóricas que irão agrupar os deficientes mentais em classes e gêneros e marcá-los definitivamente como incapazes de governar a si próprios são os temas que abordaremos a seguir.

3.1. Da emergência da noção do indivíduo anormal e perigoso

O conceito de anormalidade surge de fato como categoria médica no final do século XIX e, por meio dele, o saber médico se apropriou de tudo aquilo que, numa escala auto-valorada, se apresentasse como fora da média, entendida como padrão de conduta.

Dessa apropriação, e em nome de um suposto bem-estar social, a Medicina estabelecerá regras e valores que se infiltram de forma rizomática no meio social funcionando como estatuto de Verdade, visto que supostamente científico, e a conduta humana passa a ser avaliada a partir desse sistema de regras e valores (FRANÇA, 2004).

Essa posse do conceito normativo se deu em nome do grande projeto da Medicina de se tornar um ramo da higiene pública e coadjuvar o exercício do controle social. Tal intenção é claramente exposta já nos discursos dos grandes alienistas, como constatamos na apresentação dos *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* elaborada por Esquirol, Marc, Pariset, entre outros, em 1829, citado por Castel (1991, p. 132):

A medicina não tem por objeto, unicamente, estudar e curar as doenças, ela possui relações estreitas com a organização social; as vezes ela ajuda o legislador na formulação das leis, freqüentemente ela esclarece o magistrado na sua aplicação, e sempre vela, com a administração, pela manutenção da saúde pública. Assim, aplicada às necessidades da sociedade, essa parte de nossos conhecimentos constitui a higiene pública e a medicina legal.

No final do século XVIII, os alienistas, que lograram o mérito de fazer da Loucura um objeto médico, passaram a registrar e a comparar os comportamentos tidos como estranhos partindo de suas próprias percepções. Destas observações determinavam o que devia ser concebido como conduta normal e o que devia ser patológico. Com esse método comparativo, a loucura passa à condição de alienação mental e Pinel a inscreve no conceito de doença (AMARANTE, 1996).

Já no início do século XIX, quando o alienismo ainda se definia como especialidade no domínio da Medicina, os psiquiatras se inscrevem na problemática do crime, reivindicando o direito de intervir sobre as decisões judiciais relacionadas aos grandes crimes. Assim, toma

para si a responsabilidade da higiene social, apropriando-se conceitualmente dos fenômenos sociais. Com isso, segundo Foucault (2004, p. 09), “o “corpo” social deixa de ser metáfora jurídico-política [...] para surgir como uma realidade biológica e um campo de intervenção médica. O médico deve ser então o técnico do corpo social, e a medicina, uma higiene pública”.

Até o Antigo Regime, eram a administração real, o aparelho judiciário e a família que detinham o controle daqueles que apresentavam “comportamentos não conformes de acordo com procedimentos tradicionalmente regulados” (CASTEL, 1991, p. 10). O poder real tinha o papel de intervir no corpo social para a manutenção da ordem pública, assim como também tinha a função de intermediar e regular a demanda familiar.

Para preencher o vazio deixado pela queda do soberano promovida pela Revolução Francesa, novas instâncias, como as administrações locais e a Medicina, são chamadas a intervir sobre os “marginais”. Assim, após a decisão da 1ª Assembléia Revolucionária, de 1790, os dementes, dependendo da prescrição jurídica, ficam à mercê dos médicos que deverão estabelecer a “verdadeira situação dos doentes” (CASTEL, 1991, p. 09) e definir sua internação em hospitais.

Assim a medicina penetra nas práticas judiciárias. Para Foucault (1996, p. 11), entre as práticas sociais que fazem emergir novas formas de subjetivação, as práticas judiciárias ocupam um lugar de grande relevância, pois delas se definem “tipos de subjetividades [sujeitos], formas de saber e, por conseguinte, relações entre o homem e a verdade”. De fato, do interior dessas práticas emergiu a psiquiatria penal que se relaciona diretamente com a constituição de uma técnica de normalização que, nas palavras de Foucault (2001, p. 32), “estendeu sua soberania à toda a sociedade”.

Examinando os relatórios de psiquiatras penais do século XVIII até meados da década de 1970, Foucault (2001, p. 08) vê os exames como “discursos que têm, no limite, um poder

de vida e de morte”, funcionando na instituição judiciária como “discursos de verdade porque discursos com estatuto científico [...] e formulados exclusivamente por pessoas qualificadas, no interior de uma instituição científica”.

Segundo Foucault (2001, p. 31), o exame médico-legal se desenvolve e se dirige não para delinquentes e inocentes, ele se dirige à gradação da oposição normal/anormal, onde se confundem noções jurídicas e conceitos médicos:

[...] a sanção penal deverá ter doravante por objeto, não um sujeito de direito tido como responsável, mas um elemento correlativo de uma técnica que consiste em pôr de lado os indivíduos perigosos, em cuidar dos que são sensíveis à ação penal, para curá-los ou readaptá-los. Em outras palavras, é uma técnica de normalização que doravante terá de se ocupar do indivíduo delinquente.

Dessa forma, a psiquiatria, tal como se constituiu no século XIX, não se especificou como ramo da medicina geral, mas como ramo da higiene pública. A psiquiatria “institucionalizou como domínio particular da proteção social, contra todos os perigos que o fato da doença [...] pode acarretar à sociedade” (FOUCAULT, 2001, p. 148); ela passa a codificar a loucura como perigo e não só trata da higiene pública como também da prevenção e da cura da loucura enquanto precaução social.

O exame psiquiátrico penal, pleno de qualificações morais e regras éticas - mostrando, com minúcias, como o indivíduo se assemelha a seu crime, como se dobra em um delinquente - faz com que do delito, se passe à análise da conduta individual, de tal forma que o juiz, então, passa a prescrever a correção de um determinado criminoso a partir das condutas irregulares (ou não) apontadas nos exames.

Assim, caberá à Medicina Mental do início do século XIX e, posteriormente, à Psiquiatria, não só o domínio da estrutura hospitalar – uma das conquistas do movimento alienista -, como também o domínio da questão das admissões naquela estrutura. A perícia médico-legal se relacionará diretamente com esse avanço da Psiquiatria dos asilos para o seu exterior e, por meio dela, o psiquiatra terá, como atribuição, determinar os destinos dos indivíduos diagnosticados como doentes mentais.

A este respeito, após a explanação de um caso de assassinato com dois suspeitos, escreve Foucault (2001, p. 28):

E não venham me dizer agora que são os juízes que julgam e que os psiquiatras apenas analisam a mentalidade, a personalidade psicótica ou não dos sujeitos em questão. O psiquiatra se torna efetivamente um juiz; ele instrui efetivamente o processo, e não no nível da responsabilidade jurídica dos indivíduos, mas no de sua culpa real.

O exame psiquiátrico em matéria penal, em seu princípio, era um ato médico, constituído fora da instituição judiciária, que foi se desvinculando da instituição médica até se tornar um saber que não se sustenta nem do saber médico nem no poder judiciário⁴.

Para Castel (1991), esse papel do médico como auxiliar da instância jurídica não é novo, ele teria surgido já nos processos de feitiçaria. Mas, até o início do século XIX, a distinção entre o que compete à Medicina e o que compete à Justiça é bem definida. Com o artigo 64, do Código Penal francês, citado em Castel (1991, p. 162), que prevê que “não existe crime nem delito quando o acusado se encontra em estado de demência no momento da ação ou quando foi coagido por uma força à qual não pôde resistir”, a Medicina Mental irá se deparar com um problema: ela deverá patologizar uma loucura como delito que difere daquela do delírio, reconhecido como sintoma clássico e fundamental da alienação. Ela precisará ampliar a definição de loucura de forma que esta possa enunciar os signos patológicos que marcam os indivíduos perigosos (FOUCAULT, 2004).

Portanto, da impotência jurídica em julgar e punir os crimes sem razão e/ou sem motivos, a psiquiatria se entrelaça aos sistemas jurídico e penal e abre um leque sintomatológico que fará aparecer o personagem “anormal” como potencialmente perigoso.

Toda essa problemática se dará em função dos grandes crimes monstruosos.

Foucault (2001), em seu estudo sobre o domínio das anomalias como objeto privilegiado da psiquiatria, nos aponta os três grandes monstros relativos ao início do século

⁴ Com relação à posição da instituição psiquiatria penal frente à medicina e à justiça, Foucault (2001, p.50) coloca: “[...] O exame médico viola a lei desde o início; o exame psiquiátrico em matéria penal ridiculariza o saber médico e psiquiátrico desde a sua palavra. Ele não é homogêneo nem ao direito nem à medicina.[...]”.

XIX e que constituíram, a seu ver, a psiquiatria criminal: em ordem cronológica, a mulher de Sélestat que matou a filha, cortou-a em pedaços, cozinhou sua coxa com repolho e comeu-a; o caso de Papavoine que assassinou num bosque duas crianças que tomou por descendentes de uma duquesa; e, enfim, o caso de Henriette Cornier que cortou o pescoço de uma filhinha da vizinha e jogou sua cabeça pela janela.

Tais casos, que tanto entretiveram a opinião pública da época, se tornaram o estopim para a elaboração do conceito de monomania. A esse respeito Castel (1991, p. 169) afirma que:

Essas exceções literalmente transtornantes questionam o direito de punir ao nível de seu funcionamento [...] Eles desconcertam toda e qualquer justificação racional da sanção, pois não podem ser referidos a nenhum calculo. Que o aparelho da gestão da loucura o assuma, portanto.

E de fato, os alienistas o assumem. Esquirol, o primeiro a definir o conceito de monomania, em 1819, a entende como algo que se manifesta parcialmente e em determinados momentos, deixando intacta a racionalidade do indivíduo.

Em 1840, Marc, citado em Castel (1991, p. 166-167), acrescenta à definição de monomania a idéia de instinto:

É preciso, portanto, já que os fatos o exigem, admitir duas espécies de monomania, uma instintiva e outra raciocinante. A primeira leva o monomaníaco, por efeito de sua vontade primitivamente doente, a atos instintivos automáticos, não precedidos por qualquer raciocínio; a outra determina atos que são consequência de uma associação de idéias.

Desta forma é que os casos de Cornier, Sélestat e Papavoine se tornam importantes. A partir deles é que a psiquiatria legal descobre que os atos monstruosos (sem razão) são produzidos por uma dinâmica dos instintos – e o instinto será, aos olhos de Foucault (2001, p. 165), “o grande vetor do problema da anomalia”. O instinto, permitirá que o crime sem motivo ou razão se torne inteligível e que a falta de razão se torne um mecanismo patológico. Assim, por meio das monomanias, os alienistas puderam trazer à tona as formas mentais do indivíduo criminoso e inaugurar o estatuto de periculosidade do doente mental associado agora à natureza má inscrita no “monomaníaco instintivo”.

A partir de 1845-1850, é abandonada a noção, criada pelos alienistas, de “loucura parcial”, ou seja, de uma espécie de loucura que só atingiria um setor da personalidade. A partir de então, a loucura passa a ser reunificada. A doença mental será sempre produzida num indivíduo globalmente louco. “Não há loucura parcial, mas sintomas regionais de uma loucura que é sempre fundamental, muitas vezes inaparente, mas que sempre afeta o sujeito inteiro” (Foucault, 2001, p. 198).

Em dois artigos do médico Baillager, publicados em 1845 e 1847, Foucault (2001, p. 199) encontra a formulação da nova organização epistemológica da psiquiatria. No que chamou de “princípio de Baillager”, “as alucinações, os delírios agudos, a mania, a idéia fixa, o desejo maníaco, tudo isso é resultado do exercício involuntário das faculdades, predominando sobre o exercício voluntário em consequência de um acidente mórbido do cérebro”.

Como consequência desta nova organização, a questão dos sintomas se amplia e a psiquiatria agora pode sintomatologizar todo um conjunto de fenômenos que, até então, não faziam parte do estatuto da doença mental, ela não precisa mais se referir à alienação. Ela agora trata das discrepâncias em relação ao modelo normativo, entendido como regra de conduta, ao longo do eixo voluntário e involuntário, e amplia as possibilidades de atuação do perito do sistema judiciário e penal para a toda a sociedade:

A atividade de perícia deixará, então de funcionar sobre o modo dicotômico “ou...ou” ou louco ou criminoso. Ela situará o indivíduo numa escala de responsabilidade e de desempenho. Ela se tornará atividade de triagem, de despistagem, de orientação, de classificação. Ao mesmo tempo será levada a abarcar um número crescente de indivíduos (CASTEL, 1991, p. 171).

Nesta época, surge a neurologia que trata do deslocamento do controle voluntário do comportamento. No centro da neurologia encontramos a epilepsia que, no fim do século XIX e início do século XX, será a ponte entre a medicina à psiquiatria e que inverte o postulado das alucinações que então passam a ser consideradas epilepsias sensoriais. Assim, por meio

desta nova disciplina, a psiquiatria se encontra com a medicina do corpo e a doença mental encontra a possibilidade de uma somatização essencial.

Neste contexto, “tudo o que é desordem, indisciplina, agitação, indocilidade, caráter recalcitrante, falta de afeto, etc., tudo isso pode ser psiquiatrizado agora” (Foucault, 2001, p. 203).

A psiquiatria, em decorrência da “explosão sintomatológica”, acaba por introduzir a norma como regra de conduta e regularidade funcional e cria o conceito de “normal” que se opõe ao patológico. Ao descrever as normas e regras sociais, se torna a ciência dos anormais e passa a estabelecer e definir o que são condutas anormais dentro de um processo de normalização.

Assim, a psiquiatria que surge entre 1850 e 1870 assume, a partir do uso de referência de um desenvolvimento normativo, os desvios, as anomalias do comportamento.

A partir daí, principalmente no último terço do século XIX, os novos psiquiatras passam a organizar e descrever uma série de síndromes de anomalias ao que Foucault (2001, p. 395) chamou de “consolidação das excentricidades em síndromes bem especificadas, autônomas e reconhecíveis”. Surgem, nesta época, os agorafóbicos, os claustrofóbicos, os cleptomaníacos, os exibicionistas, os invertidos, os masoquistas, entre outros. Também, deste período resultam as grandes tipologias do delírio: delírio de perseguição, delírio de posse, entre outros. Outra noção que surge aqui é a de “estado”. “O estado é um fundo causal permanente, a partir da qual podem se desenvolver certo número [...] de episódios que, estes sim, serão precisamente a doença” (FOUCAULT, 2001, p. 397).

Dessa maneira, pouco antes de 1870, a noção de monomania é substituída pela idéia de uma doença mental que afeta os instintos, os comportamentos automáticos e a afetividade sem prejudicar as formas de pensamento. Além disso, outro motivo leva ao abandono da noção de monomania:

[...] a idéia de doenças mentais com evolução complexa e polimorfa que podem apresentar esse ou aquele sintoma particular em tal ou tal estágio de seu desenvolvimento, e isto não apenas na escala do indivíduo, mas também na escala das gerações – ou seja, a idéia da degeneração (FOUCAULT, 2004, p. 16).

Na segunda metade do século XIX, a psiquiatria, com Morel, insere a noção de “degeneração” que vem isolar uma zona de perigo social e lhe oferecer um estatuto patológico, procurando a loucura nos indivíduos que podem ser perigosos à sociedade.

Para Amarante (1996, p. 55), com a inserção do conceito de degenerescência “o debate entre o físico e o moral encontram um termo comum, uma relação de interdependência”.

A este respeito, diz Foucault (2001, p. 151):

Para se justificar como intervenção científica e autoritária na sociedade, para se justificar como poder e ciência da higiene pública e da proteção social, a medicina mental tem de mostrar que é capaz de perceber, mesmo onde nenhum outro ainda pode ver, um certo perigo; e ela deve mostrar que, se pode percebê-lo, é por ser um conhecimento médico.

3.1.1. A teológica Teoria das Degenerescências

Ao mesmo tempo em que era construída a noção de estado, que se propunham modelos neurológicos do comportamento anormal e que surge o conceito da hereditariedade patológica, Benedict Augustin Morel, considerado um dos fundadores da medicina psiquiátrica, partindo de observações de pessoas superexploradas da região de Rouen e das populações agrícolas da periferia de Paris (CASTEL, 1991), formula em 1857 sua teoria da “degenerescência”.

Em suas palavras, Morel, citado em Amarante (1996, p. 55), anuncia ter elaborado “todo um livro a fim de ampliar o estudo das causas especiais da alienação, acrescentando nele as causas de degenerescências intelectuais, físicas e morais da espécie humana”.

Entendendo as degenerações como “desvios do tipo humano normal, que são transmissíveis pela hereditariedade e se deterioram progressivamente no sentido da extinção”,

Morel (em ALEXSANDER; SELLEMISCH, 1968, p. 220), insatisfeito com a questão do tratamento do sintoma, parte para uma etiologia da doença mental cujo cerne encontra-se nos desvios em relação ao padrão normativo da sociedade da época.

Tais desvios são explicados por Morel a partir de 06 grandes grupos de “fatores etiológicos” das degenerações: degenerações pelas intoxicações, especialmente o álcool; degenerações resultantes do meio social (indústria, profissões insalubres, miséria etc.); degenerações resultantes de uma enfermidade anterior ou de um temperamento mórbido; degenerações em relação com o mal moral; degenerações resultantes de enfermidade congênita ou adquirida na infância; degenerações em relação com as influências hereditárias (ROCHA, 1994).

Com isso, quase todos os problemas sociais passam a ser entendidos como desvios e são, assim, trazidos para o âmbito da Medicina.

Para Morel, as degenerescências são decorrências do pecado original e do castigo divino. Este pecado original fez com que o homem se desviasse daquele criado por Deus - homem ideal “cujo maior dom era sua força moral e a predominância desta sobre o físico” (AMARANTE, 1996, p. 55). A partir do momento em que pecou, este homem deixou que sua vontade carnal predominasse sobre sua boa moral e, com isso, recebeu uma “degeneração moral” que se fincou em sua constituição de tal forma que impregnou sua raça. E, assim, passando de pai para filho, essas degenerescências morais acabam por estabelecer raças de degenerados que vão, cada vez em que pecam ou se submetem aos desejos da carne, se agravando até o ponto de extinguir-se naturalmente, “quer por impotência funcional ou em razão do não desenvolvimento dos órgãos genitais, quer pela ausência congênita de faculdades prolíficas” (MOREL, 1857, citado em Amarante, 1996, p. 56).

Assim, segundo Amarante (1996, p. 56-57),

[...] as degenerações levam os indivíduos a se entregarem com maior facilidade ao mal moral que, ao mesmo tempo uma causa e um efeito, imprime novos atributos

degenerados e, assim por diante, conformam um ciclo vicioso que termina no inexorável fim da linhagem.

Para Foucault (2001, p. 401), “a degeneração é a peça teórica maior da medicalização do anormal. O degenerado [...] é o anormal mitologicamente – ou, se preferirem, cientificamente – medicalizado”. Com a teoria das degenerescências, a medicina não mais precisa se preocupar com a cura propriamente dita mas sim se deter na função de protetora da ordem social.

3.1.2. Morel, a medicina e a “ordem pública”.

Tudo nos leva a sair da falsa posição em que nos colocam, e a não permanecer como contempladores inativos de tantas causas destruidoras da espécie humana. Devemos provar que, qualquer que seja a dificuldade da situação, a medicina, longe de ser impotente, como pretendem alguns de seus detratores, pode ainda, apesar da predominância dos casos incuráveis, tornar-se para a sociedade um precioso meio de salvação. Somente ela pode, efetivamente, avaliar a natureza das causas que produzem as degenerescências na espécie humana, somente ela pode dar a indicação positiva dos remédios a serem empregados (MOREL, 1857).

Com uma posição crítica frente não só à nosografia clássica do alienismo como também à imobilidade dos personagens que constituem a relação asilar, que, a seu ver, encerra qualquer possibilidade de expansão de atuação do médico no meio externo, Morel, acima citado em Castel (1991, p. 264), constrói a idéia de que a medicina é a grande arma de salvação da humanidade contra os males que os degenerados podem constituir para a espécie. só ela, como propõe claramente, seria capaz de fornecer os meios para intervir contra aquele mal incurável, que é a degenerescência que ele próprio inventara.

Por meio de suas críticas ao sistema alienista, Morel fundamenta duas linhas de atuação para a psiquiatria - “divergentes”, coloca Castel (1991, p. 266), porém fundamentais para que a psiquiatria se torne “ciência da proteção científica da sociedade” (FOUCAULT, 2001, p. 402). A primeira dessas linhas diz respeito à sedimentação de uma assistência aos males da mente mais condizente com as tradicionais práticas médicas. Trata-se de “[...] recompor o espaço asilar a fim de torná-lo um meio *verdadeiramente* médico” (CASTEL, 1991, p. 266 – grifos do autor).

A segunda linha, por sua vez, trata da intervenção direta da medicina em instituições, a princípio não-médicas, como a escola, a família, a cidade, entendidas como lugares prolíferos e emergentes da loucura. A atuação médica aqui dirige-se para uma vertente social, preventiva e profilática. Ela não vai se preocupar especificamente com a cura, mas com a possibilidade de despir a sociedade da ameaça da anomalia.

Fixemo-nos um pouco mais nessa vertente.

Morel, conforme Castel (1991, p. 262), é assíduo defensor da idéia de que a medicina deva ampliar suas formas de ação, de que deva deixar de internar apenas alguns casos isolados, para se tornar “preservadora” e “estender para fora aquilo que se faz no asilo”.

A partir de suas defesas em favor de uma intervenção profilática, Morel, em nome do que chamou de “moralização das massas”, consegue que a medicina mental embrenhe-se na ordem da higiene física e moral, expandindo o controle, que a princípio se fixava apenas no asilo, para penetrar em todas as instituições e nas grandes concentrações populares das cidades (ROCHA, 1994), fazendo-se higienista.

É, por meio da teoria da degenerescência e da possibilidade de purificar as massas, que o higienismo vai poder se embrenhar em toda a sociedade, tanto em seu sentido macro como no que tange ao microcosmo social e passar, em nome do que a medicina entende como “modelo ideal de família nuclear burguesa”, a impor suas regras “[...] indicando e orientando como todos devem comportar-se, morar, comer, dormir, trabalhar, viver e morrer” (NASCIMENTO; COIMBRA, 2005, p. 159).

Tratar-se-ia portanto, [na nova ordem higienista], de lapidar uns e completar os demais de modo que se atingisse o modelo de homem civilizado que se pretendia impor. Para tanto, hospitais, presídios, hospícios, igrejas, cemitérios, quartéis, a casa e [significativamente] a própria escola foram sendo convertidos em pontos estratégicos por intermédio dos quais o programa civilizatório seria posto em funcionamento, conquistando lugares de enunciação, difusão e de realização de práticas a ele associadas (GONDRA, 2003, p. 27).

Mas exatamente a quem se destina essa intervenção, a quem se deve lapidar?

Rocha (1994, p. 198) sugere que a teoria da degenerescência e, acrescentamos, as demais elaborações que foram forjadas a partir dela revelam uma disposição para “[...] culpabilizar a população pobre em geral, numa época em que a consciência burguesa percebia perigo em todo e qualquer sinal da pobreza que ela produzira. [...]”. Se levarmos em conta os seis fatores etiológicos da degeneração, não teremos dúvida de que a Teoria da Degenerescência quer intervir sobre os “perigosos miseráveis”, que Simon, em 1866, citado em Rocha (1994, p. 148-149), soube construir muito bem no relato que faz de suas observações sobre a população de Rouen:

Embora oficialmente fale apenas como médico, o sentimento elementar de humanidade não me permite ignorar o outro lado do problema. Quando o abarrotamento das habitações ultrapassa certos limites, determina quase necessariamente uma eliminação de todas as delicadezas, uma confusão imunda de corpos e de funções fisiológicas, uma crua nudez animal e sexual, que não são humanas, mas bestiais. Ficar sujeito a essas influências é degradar-se, com uma intensidade tanto mais profunda quanto mais elas continuarem atuando. As crianças, nascidas sob essa maldição, recebem o batismo da infâmia. E ultrapassa as raiais da esperança o desejo de ver pessoas, colocadas nessas circunstâncias, lutarem por aquela atmosfera de civilização cuja essência é a limpeza física e moral.

Seja por uma necessidade de se precaver contra os perigos de uma insurreição dos pobres ou simplesmente para justificar a hierarquia entre grupos sociais, o que vemos no ideário social e científico do fim do século XIX e início do século XX é a expansão do que Rocha (1994, p. 196) chamou de uma “grande teoria geral da inferioridade natural dos pobres e dos povos dominados”:

Elas "provariam" que os povos dominados não passariam de primitivos, toscos e infantis, que a miséria dos pobres seria resultado de sua própria degenerescência e que suas crianças estariam condenadas pelos vícios e estigmas de seus pais degenerados. Provariam ainda que os prisioneiros não seriam mais que deformações atávicas do ser humano, incapazes de conviver com a civilização por seu primitivismo simiesco. Por fim, provariam que é o miserável - e não a miséria - que teria que desaparecer, uma vez que a supressão dos fracos pelos fortes seria uma inevitável lei da natureza.

É assim, a partir do conceito de degeneração e das análises da hereditariedade que nasce, segundo o parecer de Foucault, o racismo contra os anormais e os degenerados portadores do perigo. A esse respeito Amarante (1996, p. 58) alude que “com o conceito de

endogeneidade, Morel traz para a sociedade a premência que sejam interrompidas as linhagens degeneradas, donde a origem da eugenia em psiquiatria”.

Dessa forma, a teoria das degenerescências traz sérias transformações nos códigos que regem a anormalidade. Entre elas, Castel (1991) destaca os prognósticos pessimistas assumidos em função da etiologia orgânica da degenerescência, o aparecimento dos ineducáveis; a ampliação da intervenção médica na luta contra a desordem social; e, o aumento do número de “casos” incuráveis.

Além das mudanças apontadas por Castel, as graves conseqüências trazidas por Morel abrirão caminho para o que Foucault (2001, p. 413) chamou de “[...] elaborações teóricas ridículas, mas com efeitos duradouramente reais”.

Dentro dessa grande teoria surgiram argumentos variados, às vezes esdrúxulos demais para se manterem firmes, mas que de alguma forma permanecem vivos e sutilmente infiltrados nas concepções a respeito do pobre, do indivíduo criminoso e do anormal. Expressão especialmente prestigiosa desse pensamento foi a Antropologia Criminal que entusiasmou a intelectualidade do século XIX.

3.1.3. A Antropologia criminal

Não era uma simples idéia, mas um rasgo de inspiração. À vista do crânio, pareceu-me que, de repente, iluminado como uma vasta planície sob o céu resplandecente, podia ver todo o problema da natureza do criminoso: um ser atávico cuja pessoa reproduz os instintos ferozes da humanidade primitiva e dos animais inferiores. Assim se explicavam anatomicamente as enormes mandíbulas, os pronunciados ossos do rosto, os arcos superciliares proeminentes, as linhas separadas das palmas das mãos, o inusitado tamanho da órbita, as orelhas em forma de asa que se observam nos criminosos, nos selvagens e nos macacos, à insensibilidade à dor, a extrema agudeza da visão, o gosto pelas tatuagens, pela ociosidade excessiva e pelas orgias, a ânsia irresponsável pela maldade por si mesma, o desejo de não apenas extinguir a vida da vítima mas também de mutilar o cadáver, de rasgar sua carne e beber seu sangue (LOMBROSO, 1870 *apud* GOULD, 1991, p. 122-123).

“Num rasgo de inspiração”, Lombroso, médico penal italiano, claramente influenciado por Morel e pelas idéias evolucionistas, criou uma das teorias científicas mais influentes do

início do século XX no meio jurídico e penal, a Antropologia Criminal que, mesclando a antropometria – método bastante conceituado na época - com uma forma peculiar de evolucionismo, vai, conforme afirma Gould (1991, p. 136), se fundamentar sob a idéia de que “[...] os malvados, os estúpidos, os pobres, os destituídos, os degenerados, são o que são porque nasceram assim”.

Por meio da observação de alguns sinais como braços relativamente longos, orelhas grandes, pele escura e, até mesmo, rugas precoces, Lombroso acreditava ser possível identificar um criminoso. Também hábitos de linguagem seriam indícios para dar sustentação a essa teoria caricatamente preconceituosa: “[os criminosos] falam de maneira diferente porque se sentem diferentes; falam como selvagens porque são selvagens vivendo em meio à nossa esplêndida civilização européia” (LOMBROSO, 1887 citado em Gould, 1991, p. 130).

No leito dessa insólita teoria de uma relação entre criminalidade, atavismo e características físicas e sociais, Lombroso ligará, com dados numéricos e argumentações curiosamente absurdas, criminosos, animais, crianças e grupos “inferiores” (ciganos, índios, mongóis, negros, e tantos outros povos que não participavam do ideário europeu do século XIX).

Com relação à infância, Lombroso, em 1895 (citado em Gould, 1991, p. 126), afirma que nela germina o comportamento criminoso:

Uma das descobertas mais importantes de minha escola é a de que na criança, até certa idade, manifestam-se as mais sádicas tendências do criminoso. Nos primeiros períodos da vida humana, observam-se normalmente os germes da delinquência e da criminalidade. [...].

Tal afirmação encontra respaldo nas considerações de Lombroso, citado em Gould (1991, p. 126), a respeito das crianças de “classes baixas”:

Quem vive entre as classes superiores nada sabe da paixão que sentem as crianças pelas bebidas alcoólicas, mas nas classes baixas [conseqüentemente, já degeneradas] é coisa comum verificar que até as crianças de peito bebem vinho e outras bebidas alcoólicas com notável prazer.

Ora, se no *Dictionnaire des Sciences Médicales*, de 1818, Esquirol já caracterizara o idiota como aquele que conserva muitos traços da infância (PESSOTI, 1984), se, portanto, o alienismo já estabelecera que a idiotia tinha como característica sintomatológica a conservação de traços infantis, não fica difícil reconhecer aí a pavimentação científica da vinculação preconceituosa da idiotia com a delinquência.

A esse respeito, Haverlock Ellis, partidário da teoria da criminalidade inata e da antropologia criminal, escreve em 1910:

A impossibilidade de enrubescer sempre foi considerada um traço concomitante do crime e da falta de vergonha. Os idiotas e os selvagens raramente enrubescem. Os espanhóis costumavam declarar o seguinte a respeito dos índios sul-americanos: “Como confiar em homens que não sabem enrubescer?” (GOULD, 1991, p. 124).

Em seu estudo sobre o aparecimento do indivíduo perigoso na psiquiatria legal do século XIX, Foucault (2004) nos aponta as pretensões da antropologia criminal. Entre as várias intenções apontadas por ele, consideramos importante destacar que as idéias de Lombroso, principal representante desta escola, aspiravam abandonar a noção jurídica de imputabilidade e inserir, em seu lugar, o grau de periculosidade que o doente mental, o louco e o anormal apresentariam, entendendo-os como inerentemente perigosos. Com isso, a antropologia criminal propugnava que as reações possíveis ao perigo iminente do criminoso deveriam ser entendidas nos seguintes sistemas: “[...] a eliminação definitiva (pela morte ou pelo encarceramento em uma instituição), a eliminação provisória (com tratamento), a eliminação de qualquer modo relativa e parcial (esterilização, castração)” (FOUCAULT, 2004, p. 18).

A desqualificação dessa teoria se deu, entre outras razões, devido a “[...] sua ligação com certo cientificismo, com uma certa ingenuidade positivista da qual o próprio desenvolvimento das ciências se encarregou, no século XX de nos curar; [...]” (FOUCAULT,

2004, p. 19). Mas esse desenvolvimento não significou um acolhimento da deficiência mental no seio da diversificação humana, visto que aquela atitude preconceituosa lombrosiana apenas deslocou sua atenção do determinismo antropológico para os testes de inteligência que, para Gould (1991, p. 103), são “[...] uma via mais ‘direta’ para a mesma meta injustificada de ordenar hierarquicamente os grupos humanos de acordo com sua capacidade mental”.

Passaremos a expor como se deu essa “evolução” no pensamento científico sobre a deficiência mental e sua abrangência no campo social.

3.2. Da patologização dos idiotas, imbecis e cretinos e sua extensão na escala do Quociente de Inteligência (QI).

Sempre foi forte a tendência a se acreditar que qualquer coisa dotada de um nome deve constituir uma entidade ou um ser dotado de uma existência própria independente. E, quando não se conseguiu detectar uma entidade real que correspondesse ao nome, nem por isso os homens acharam que essa entidade não existia; em vez disso, imaginaram que se tratava de algo particularmente abstruso e misterioso.

(Jonh Stuart Mill)

3.2.1. Da deficiência mental como condição psiquiatrizável

Ao longo da Idade Média, os que hoje denominamos deficientes mentais eram objeto de cuidado da Igreja que os entendia com *les enfant du bon Dieu* ou como aqueles que cumpriam os castigos divinos ou eram possuídos pelo demônio. O código a que essas pessoas estavam submetidas se relacionava às práticas exercidas pela Igreja e por seus reformadores que não permitiam que se tratasse sem rigidez quem fosse objeto da cólera divina ou da captura de Satanás (PESSOTI, 1984; MENDES, 2001).

Apesar de passar por algumas transformações, até o aparecimento do modelo da História Natural com Locke e Condilac no final do século XVII e início do século XVIII, as versões supersticiosas e teológicas a respeito da atual deficiência ainda imperavam.

Com Locke e Condillac, a deficiência passa a ser entendida como sinal de carência de experiências sensoriais e empíricas e, compreendida no modelo da História Natural, no qual “[...] conhecer é classificar, separar e agrupar os diferentes fenômenos em ordens aproximativas” (AMARANTE, 1996, p. 42), ela começa a ser agrupada em classes e gêneros, podendo se livrar do estigma de bruxo possesso para se tornar marcada como cretinice, idiotia, imbecilidade ou demência.

A esse respeito Pessoti (1984, p. 68) coloca:

A fatalidade hereditária ou congênita assume o lugar da danação divina, para efeito de prognóstico. A ineducabilidade ou irrecuperabilidade do idiota é o novo estigma, que vem substituir o sentido expiatório que a deficiência recebera durante as negras décadas que antecederam a medicina, [...]”.

Pinel (1801, citado em Pessoti, 1984, p. 76), seguindo a tradição de Locke e Condillac, se ocupa em buscar uma base científica para a loucura e em seu *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental*, define a idiotia como uma neuropatologia, conceituando-a como “abolição mais ou menos absoluta, seja das funções do entendimento, seja das afecções do coração”. Com isso, inicia-se a concepção organicista da deficiência mental. Com Pinel ela se tornará sinônimo de disfunção orgânica.

Em 1816, Jacquelin Dubuisson corrobora esse discurso organicista a respeito da idiotia. Em sua definição, citada em Foucault (2006, p. 259), a idiotia aparece como uma forma total de loucura:

O idiotismo é um estado de esturpor ou de abolição das funções intelectuais e afetivas, de que resulta sua obtusão mais ou menos completa; com frequência, também se adicionam a ele alterações nas funções vitais. Essas espécies de alienados, despojados das sublimes faculdades que distinguem o homem pensante e social, são reduzidos a uma experiência puramente maquinal que torna sua condição abjeta e miserável. *Causas*. Essas causas são mais ou menos as mesmas da demência, de que o idiotismo só se diferencia por uma alteração mais intensa e mais profunda nas funções lesadas.

Influenciado por Pinel e pelo modelo naturalista, Esquirol, ao mesmo tempo em que desenvolve o conceito de monomania, elabora um quadro nosológico do “idiotismo” no qual é estabelecida mais claramente a distinção entre a idiotia e a loucura. Já nessa elaboração original se apresentam as questões da periculosidade latente, da incapacidade e da

incorrigibilidade do deficiente mental – características estas que o acompanharão até os dias atuais.

Para Foucault (2006, p. 260), a definição de Esquirol marca um novo momento na elaboração teórica da idiotia “porque introduz a noção de desenvolvimento; ela faz do desenvolvimento, ou antes, da ausência de desenvolvimento o critério [distintivo] entre o que vai ser, de um lado, a loucura e, de outro, a idiotia”.

Esquirol apresenta sua definição de idiotia no *Dictionnaire des Sciences Médicales*, de 1818, da seguinte maneira:

O homem louco é privado de bens de que outrora gozava: é um rico tornado pobre. O idiota sempre esteve no infortúnio e na miséria. O estado do homem louco pode variar; o idiota é sempre o mesmo. Este tem muitos traços da infância, [...] o idiota é o que sempre foi, é tudo o que pode ser, relativamente à sua organização primitiva [...]. A idiotia não é uma doença, é um estado em que as faculdades intelectuais nunca se manifestaram, ou não puderam desenvolver-se suficientemente para que o idiota adquirisse os conhecimentos relativos à educação que recebem os indivíduos da sua idade, [...]. A idiotia começa com a vida ou na idade que precede o desenvolvimento completo das faculdades intelectuais e afetivas; os idiotas são o que virão a ser durante toda a sua vida; neles, tudo revela uma organização imperfeita ou incompleta no seu desenvolvimento. Não se concebe a possibilidade de alterar este estado. Nada seria, pois, capaz de dar aos infelizes idiotas, por uns instantes que fosse, um pouco mais de razão, um pouco mais de inteligência (PESSOTI, 1984, p. 86-87).

Consideramos que devemos nos deter em alguns pontos dessa enunciação dos atributos do idiota “descritos” por Esquirol, pois nela são esboçados alguns elementos constitutivos do conceito de anormalidade tal como funciona no século XIX com permanências que se estendem até nossos dias.

Em sua definição de idiotismo, Esquirol declara existir uma tal interrupção no desenvolvimento que impede o idiota de contemplar “os conhecimentos relativos à educação que recebem o indivíduo de sua idade”. Bem por isso, no entendimento daquele alienista, os idiotas “são o que virão a ser durante toda a sua vida”. Ora, se não haverá mudança, se “o idiota é o que sempre foi, é tudo o que pode ser”, ele será aquele que Foucault (2001, p. 37) chamou de “inassimilável ao sistema normativo da educação”, uma vez que o sistema de educação estará sempre claramente relacionado à idéia de desenvolvimento. Sendo assim, o

idiota será um fiel representante da não adequação às estratégias de controle social espelhadas nas modernas técnicas de disciplinamento.

Num tempo onde o processo educativo era considerado um meio importante de reordenação de espíritos frívolos e devassos, o fato de ser apontado um “tipo de homem” que não se adaptaria às formas convencionais de imposição e de manutenção da boa ordem provocará um acirramento do cuidado, da vigilância, acirramento este que intensificará as ações de tutela e perpetuará sobre o indivíduo deficiente a marca de sujeito tutelado.

Outro ponto a ser salientado na definição de Esquirol diz respeito à questão da permanência da “organização primitiva” no comportamento do idiota. Isso significa uma inibição das instâncias superiores e, conseqüentemente, a possibilidade de manifestações instintivas e de ausência de controle de comportamento. No jogo entre essa possibilidade e essa ausência, deparamo-nos com um outro elemento fundamental da constituição da noção de anormalidade: o mito do monstro moral.

Segundo Foucault (2001, p. 126), a organização do que denominou como “uma patologia da conduta criminoso” tem relação direta com a noção de monstruosidade que, a partir dos grandes crimes monstruosos, irá nortear toda a problemática da anomalia do século XIX.

Até o início do século XIX, a noção de monstruosidade englobava um complexo jurídico-natural. O monstro era aquele que transgredia o limite natural da humanidade, ele era uma irregularidade natural que criava um embaraço na lei, já que não tinha lugar no direito civil nem no direito canônico.

Em cada tempo houve uma forma privilegiada desse monstro da natureza: Na Idade Média, vemos o homem bestial, ao mesmo tempo homem e animal; no Renascimento, a literatura em geral se detinha no caso de irmãos siameses; finalmente, na Idade Clássica, a forma privilegiada de monstro é o hermafroditismo.

Já no início do século XIX, o monstro deixa de ser problema da natureza para se tornar um problema de conduta. Nesse universo, as esquisitices, as más conformações, a inibição das instâncias superiores são entendidas como pretextos para as condutas criminosas.

Por meio da característica permanência em sua “organização primitiva”, o idiota será contemplado com a marca do monstro moral que influenciará por muito tempo a concepção da deficiência mental. A esse respeito Foucault (2006, p. 261) comenta que “a idiotia está sempre ligada a vícios orgânicos de constituição. Ela é portanto da ordem da enfermidade, ou ainda inscreve-se no quadro geral das monstruosidades”.

Outro elemento que vem juntar-se ao monstro moral e ao indivíduo incorrigível na construção da noção de anormalidade é o do onanista.

O “campo da anomalia vai se encontrar, desde bem cedo, quase de saída, atravessado pelo problema da sexualidade” (FOUCAULT, 2001, p. 211). Esta união entre anormalidade e sexualidade é acentuada quando a questão da anomalia passa a se relacionar à hereditariedade e, a partir de 1860, à teoria da degeneração.

Na genealogia da relação sexualidade/psiquiatria, Foucault encontra que a masturbação, recortada na revelação penitencial do século XVII, se tornará um problema médico e pedagógico e trará a sexualidade para o campo da anomalia.

O século XVII foi marcado pela tentativa de atenuar a insistência discursiva a respeito do corpo de prazer, buscando introduzir a regra de *discretio máxima*, não só se utilizando de meios discursivos como também arquitetônicos de tal forma que toda disposição do espaço proibisse qualquer expressão de um corpo de prazer. Assim, nos colégios, seminários e escolas o que se percebe é uma vigilância institucionalizada.

Então, em meados e fim do século XVIII, surgem as prescrições em manuais, textos, livros, panfletos que tratam especificamente do tema da masturbação. A masturbação tratada em tais textos era desvinculada da sexualidade tanto adulta como infantil; ela era alheia à sexualidade relacional e à moralização desta. Os textos tratavam de exortações, conselhos aos pais, injunções onde são enfatizadas as conseqüências desastrosas da masturbação. Eles tratavam da patologização do comportamento de masturbar-se; travava-se essencialmente uma “cruzada antimasturbatória” total e exclusivamente voltada para adolescentes e crianças da classe burguesa. Naqueles textos vemos a masturbação como origem de uma doença total.

Foucault (2001, p. 302) refere-se àqueles textos como “plena fabulação científica, construída e transmitida na própria periferia do discurso médico”. Entretanto, ele encontra, em livros escritos por médicos oficiais, a masturbação como “causa possível de todas as doenças possíveis”. Neles, pode-se encontrar que uma doença da velhice pode ter sua etiologia na masturbação infantil. Assim, o doente passa a ser responsável por sua doença e “a infância é acusada de responsabilidade patológica, o que o século XIX não esquecerá” (FOUCAULT, 2001, p. 307).

Naquele momento da psiquiatrização da deficiência, a imbecilidade torna-se importante porque ela se liga primordialmente às aberrações do comportamento. Ela não é um processo que atravessa o comportamento do indivíduo, ela é uma interrupção de desenvolvimento. Segundo Foucault (2001, p. 384), é a “imobilização da vida, da conduta, dos desempenhos em torno da infância, é isso que vai permitir fundamentalmente a psiquiatrização [dos imbecis e idiotas]”.

Sob esse novo aspecto, o fato de um adulto se parecer com o que era quando criança oferece a condição psiquiatrizável. Assim, diferentemente da análise do percurso biográfico dos alienistas que incriminava um sujeito quando se dizia “ele já era assim, ele era o que é”;

agora, a análise do percurso biográfico se prestará a buscar qualquer vestígio de infância no adulto para pavimentar sua entrada no domínio da psiquiatria.

Uma vez que a infantilidade se constitui como forma privilegiada do indivíduo psiquiatrizável, se tornará possível a correlação entre a neurologia do desenvolvimento e de suas interrupções com a biologia e suas análises em nível de espécies, de evolução, etc..

Tornando-se ciência da infantilidade das condutas e das estruturas, a psiquiatria pode se tornar ciência das condutas normais e anormais. [...] focalizando-se cada vez mais nesse cantinho da existência confusa que é a infância, a psiquiatria pôde se constituir como instância geral para a análise das condutas (FOUCAULT, 2001, p. 391).

Em 1824, Belhome, discípulo de Esquirol, dará início a um processo de inserção da idiotia no campo do perigo social⁵ ao referi-la como inércia fundamental do instinto e a imbecilidade como incapacidade de refreá-lo. Belhome não discorre claramente sobre o perigo que essa categoria de anormais oferece à sociedade, mas lembremo-nos que, pouco tempo depois, seria desenvolvida a idéia de monomania instintiva como resposta da medicina aos crimes cometidos pelos grandes monstros morais e que deles se originará a enorme massa dos anormais.

Belhome, citado em Pessoti (1984, p. 93), propõe, então, na sua classificação:

O idiota completo não tem sequer o sentimento de sua conservação, enquanto o idiota incompleto conserva ainda o sentimento de sua existência e come como um bruto. E será a mesma coisa com a imbecilidade. Há uma variedade na qual o indivíduo não obedece senão aos seus instintos... Em um grau superior há algum ato intelectual e há, enfim, o primeiro degrau no qual o indivíduo age e raciocina como todos, é educável; mas não pode atingir o grau de desenvolvimento intelectual que o homem comum chega a atingir [...].

Mas que sorte é esta que faz com que um indivíduo não possa gozar de suas faculdades intelectuais e de um desenvolvimento pleno?

⁵ A respeito da periculosidade imputada ao idiota, Foucault (2006, p. 278) coloca: “a noção de perigo se torna a noção necessária para converter um fato de assistência num fenômeno de proteção e para permitir que, nesse momento [1840-1860], os que são encarregados da assistência o aceitem”. Sendo condição de internamento da idiotia e da debilidade mental em asilos o atestado de periculosidade, os médicos do período citado são obrigados a elaborar relatórios falsos que certifiquem que o idiota é perigoso. A partir das reclamações desses médicos, “[...] vocês vêem se desenvolver pouco a pouco toda uma literatura médica que vai se levar cada vez mais a sério, que vai, digamos assim, estigmatizar o débil mental e fazer dele efetivamente alguém perigoso. O que faz com que cinquenta anos depois [...] as crianças idiotas tenham efetivamente se tornado perigosas. [...] os idiotas] são perigosos porque se masturbam em público, porque cometem delitos sexuais, são incendiários” (FOUCAULT, 2006, p. 278-279).

A resposta a esta questão seria dada pelo conceito de hereditariedade e sua extensão na Teoria da Degenerescência de Morel, que, à época, entendia que uma doença de determinado tipo poderia provocar nos descendentes não só uma doença do mesmo tipo, mas também qualquer outra doença de qualquer tipo.

Foucault (2001), para exemplificar este funcionamento especial da hereditariedade, inventado pela nascente psiquiatria, utiliza a questão do alcoolismo, que poderia transmitir a herança não só do alcoolismo como também de uma tuberculose, de uma doença mental ou até mesmo de um comportamento delinquente. Portanto, será fácil corroborar, com supostos fatos e evidências, a responsabilidade dos ascendentes pelos azares de seus descendentes.

Assim, toda a espécie de deficiência também será transmitida ao longo das gerações. Podia-se ser idiota por ter mãe epilética ou talvez por um pai preguiçoso ou bêbado ou ainda por um avô que houvesse cometido pequenos furtos ou atos indisciplinados.

Impregnada de conceitos normativos, com Morel vemos surgir a concepção de idiotia como o último grau da degradação intelectual e o idiota como o portador do princípio degradador.

Para Pessotti (1984, p. 145),

a partir do ‘Tratado das degenerescências’, de Morel, a deficiência mental regride ao status de ameaça à segurança pública e à saúde das famílias e povoações. É a nova peste, a nova lepra a requerer a mobilização defensiva dos imunes; não que pudesse alguém ser contagiado enquanto pessoa: o sangue, a genealogia, a raça é que ficavam expostos ao contágio fatal.

Deste período, mais especificamente 1866, é publicada a obra de Sir John Langdon Down, *Observações acerca de uma classificação étnica dos idiotas*, que relaciona ao mongolismo primitivo a idiotia. Para ele, esta espécie de idiotia era uma degeneração da raça no sentido regressivo, em direção à grande raça mongólica, entendida como inferior ou menos evoluída culturalmente.

A este respeito, Gould (1991, p. 135) coloca que Down, no âmbito da patologia, fez o que faria mais tarde Lombroso no âmbito da criminalidade: “[...] confirmou as hierarquias

racistas tradicionais classificando os brancos indesejáveis como representantes biológicos dos grupos inferiores”, que considerou como produtos da degeneração.

Ao mesmo tempo em que o conceito de hereditariedade é aprofundado, vemos a teoria evolucionista e sua idéia de seleção natural expandir-se e ser capturada de forma especialmente oportunista pelas argumentações biológicas e médicas dos séculos XIX e XX. Observamos também, nesse mesmo período, o positivismo imperar em todas as ciências e, com ele ou por meio dele, expandir-se a idéia de que todos os fenômenos podem e devem ser medidos e classificados.

Dessa “evolução” paradigmática nas ciências, emergem, no campo que abrange o que hoje chamamos de deficiência mental, as idéias de quantificação da inteligência como forma de escalonar e justificar a hierarquia entre os grupos e as raças.

A busca pelo entendimento e pela quantificação dessa entidade abstrata denominada *inteligência* passou por elaborações teóricas múltiplas que, uma a uma, deixaram marcas insolúveis no entendimento e no cuidado dispensado aos que dela não foram beneficiados.

Francis Galton, pai do termo *Eugenia*, em 1869, relacionou a inteligência à hereditariedade seguindo a linha moreliana e acrescentando a ela as idéias evolucionistas de seu primo Charles Darwin. Para ele e seus sucessores do final do século XIX, as medições do índice craniano e os estigmas anatômicos podiam indicar a capacidade intelectual de determinados grupos e justificar sua posição social, assim como justificar sua segregação e, até mesmo, a interrupção de suas linhagens. Estávamos, então, nos primórdios da psicometria.

3.2.2. A Psicometria e o desenvolvimento da noção de “retardo mental”

A antropometria e seus desmembramentos, apesar de figurar entre as idéias mais influentes do pensamento científico do final do século XIX, teve seu manto de

respeitabilidade social e científica lacerado pela novidade dos testes de inteligência, que tiveram com os estudos de Alfred Binet sua assunção à psicometria.

Alfred Binet, diretor do Laboratório de Psicologia da Sorbonne, dedicou grande parte de sua vida acadêmica ao estudo da inteligência relacionada à craniometria. Depois de vários experimentos frustrados, já ciente da impossibilidade de associar o tamanho do crânio com a capacidade intelectual, Binet lançou mão das idéias lombrosianas de buscar estigmas anatomofisiológicos e elaborou um novo método para quantificar a capacidade cognitiva de uma pessoa.

Nessa época, mais especificamente em 1904, Binet foi chamado pelo Ministério da Educação Pública da França para estabelecer técnicas de identificação de crianças com problemas de aprendizagem. O método desenvolvido por Binet para este fim consistia em uma série de testes compostos por numerosas tarefas e problemas relacionados à vida cotidiana de uma criança “normal”. É óbvio que Binet utilizava como parâmetro para seus testes a criança de hábitos tidos como normais para os costumes burgueses de então.

Tais testes, aos olhos de Binet (1909, citado em Gould, 1991, p. 152), envolviam procedimentos como “a direção (ordenamento), a compreensão, a invenção e a crítica (correção)”, tidos como elementos racionais básicos. Assim, Binet acreditava que, por meio das tarefas propostas, poderia encontrar a capacidade intelectual de cada criança testada, abstraindo do desempenho nessas tarefas um valor numérico que expressaria tal capacidade.

Esse valor numérico que irá, mais adiante, justificar a segregação escolar de muitos, era obtido da seguinte maneira: A cada tarefa proposta, Binet atribuiu um nível de idade baseando-se no que uma criança com inteligência “normal” (entenda-se à vida de uma criança em ambiente burguês de então) conseguiria realizar. Começando sua bateria de testes nos primeiros níveis e aumentando gradativamente o grau de dificuldade das tarefas e, portanto, do nível de idade, Binet estabeleceu que a idade associada às últimas tarefas que a

criança testada conseguisse realizar corresponderia, então, à sua idade mental. O valor da capacidade intelectual de uma criança era, por sua vez, conseguido subtraindo-se a idade mental, apontada nos testes, de sua idade cronológica.

Acreditando que a capacidade de disciplinar-se estava diretamente relacionada ao nível intelectual e que esse nível não permaneceria estagnado podendo ser, portanto, desenvolvido, Binet propõe o método de “ortopedia mental” para “apoiar” às crianças identificadas como menos inteligentes em seus testes, sugerindo que o auxílio individual aos alunos com baixo resultado em sua bateria de testes poderia trazer vantagens de aprendizagem.

Numa época em que o avanço da mecanização fabril solicitava a substituição de trabalhadores especializados por mão-de-obra mais dócil e barata (ROCHA, 1997), era imprescindível que a educação escolar dos menos aquinhoados economicamente se voltasse à produção de corpos dóceis e resignados ao trabalho. Portanto, escondida num discurso de benevolência, a preocupação de Binet e do governo francês ao subsidiar sua pesquisa, consistia na problemática improdutividade na idade adulta dos corpos mais difíceis de disciplinarizar. É o que observamos na justificativa apresentada por Binet (1909), citado em Gould (1991, p. 156), para sua classificação:

Se nada fizermos, se não interviermos de forma ativa e eficaz, ela [a criança] continuará perdendo tempo e acabará por se desencorajar. A situação é muito grave para ela, e, como não se trata de um caso excepcional (porque as crianças com dificuldades de compreensão são muitíssimas), podemos dizer que se trata de um assunto muito grave para todos nós e para toda a sociedade. A criança que perde o gosto pelo trabalho na escola corre o grande perigo de não o adquirir quando deixar a escola.

Entretanto, nem tudo acabou na preocupação de se criar no ambiente escolar condições favoráveis para o treino do trabalho e na segregação dos menos capacitados intelectualmente. Os testes de Binet, que originalmente não tinham a pretensão de serem aplicados fora do contexto escolar e derivavam de uma concepção contrária ao hereditarismo, são apropriados pelos psicólogos americanos que propuseram a teoria do QI

hereditário e fizeram dos testes de inteligência um instrumento universal de quantificação e escalonamento de indivíduos.

3.2.3. A expansão dos testes de QI e a criminalidade potencial do retardado

No início do século XX, a deficiência mental era entendida como “um estado de defeito mental a partir do nascimento ou idade mais precoce em função do desenvolvimento cerebral incompleto” (Tredgold, 1908 citado em Almeida, 2004, p. 34) e estava disposta em três categorias: idiotas, imbecis e débeis mentais. Os idiotas eram aqueles que não apresentavam domínio pleno da palavra e tinham idade mental inferior a três anos; os imbecis, por sua vez, não tinham o domínio da escrita e apresentavam idade mental entre três e sete anos; a última categoria dizia respeito aos débeis mentais que, com idade mental variando entre 08 e 12 anos, já apresentavam capacidade de desempenhar funções na sociedade.

Sob o olhar da Medicina, consagrada como ciência protetora da sociedade, não existiam problemas em classificar e separar idiotas e imbecis dos demais, uma vez que ambos discrepavam evidentemente da normalidade, ou conforme ironiza Gould (1991, p. 162), “eles não são iguais a nós”. Mas englobar nessa nosologia os puramente indisciplinados ou, na linguagem médica da época, os *feeble-minded*, era uma tarefa que exigiria maiores elaborações e que até hoje esbarra na problemática questão sócio-cultural (APA, 2002; 1989) Afinal, como assegurar um rótulo patológico para indivíduos tão semelhantes a nós mas ao mesmo tempo tão difíceis de corrigir?

Goddard, o primeiro divulgador da escala de Binet nos Estados Unidos, conseguiu a façanha de oferecer aos indisciplinados um estatuto patológico e definitivo pautando-se em

grandes falácias como o inatismo, a hereditariedade da inteligência e sua relação com a moralidade.

Lembrando em muito algumas das idéias alienistas como a de alienação enquanto “produto de um distúrbio da paixão” (AMARANTE, 1996, p. 44) e a de tratamento moral, ao seguir um princípio de isolamento do mundo exterior, Goddard, em 1920, citado por Gould (1991, p. 164), propõe a tese de que a inteligência, entidade independente e inata, é “o principal fator determinante da conduta humana” e que, portanto, é responsável pelo ajustamento social do indivíduo e pelo controle das emoções:

A inteligência controla as emoções e as emoções são controladas proporcionalmente ao grau de inteligência... Portanto, quando a inteligência é pequena, as emoções não são controladas, e, sejam elas fortes ou fracas, serão traduzidas por atos desordenados, descontrolados e, como prova a experiência, geralmente indesejáveis. Portanto, ao medirmos a inteligência de um indivíduo e comprovarmos que a mesma se situa abaixo da norma o bastante para incluí-lo no grupo dos que chamamos débeis mentais, conhecemos o dado fundamental sobre o referido indivíduo. (GOULD, 1991, p. 165)

Ora, se a pouca inteligência se reflete no descontrole emocional e, por sua vez, esse descontrole se traduz em atos “geralmente indesejáveis”, para Goddard, a grande problemática da deficiência se encontra na imoralidade. Nesse sentido, se seguirmos sua linha de raciocínio, não fica difícil compreender porque prostitutas, alcoólatras e “fracassados” econômica e socialmente puderam ser convenientemente encaixados na categoria de “debilidade mental”. A esse respeito, Goddard, em 1914, citado em Gould (1991, p. 165) coloca de forma explícita:

Sabemos em que consiste a debilidade mental, e chegamos a suspeitar que todas as pessoas incapazes de se adaptar a seu ambiente e de se ajustar às normas sociais ou, ainda de se portar com sensatez padecem de debilidade mental.

Em épocas onde a possibilidade de compreender a hereditariedade intelectual entusiasmava o meio científico, que ingenuamente acreditava “[...] que todos os traços humanos se comportariam como a cor, o tamanho ou a rugosidade das ervilhas de Mendel [...]” (GOULD, 1991, p. 167), aos idiotas, imbecis e, principalmente, aos débeis mentais (ou

os indesejáveis de Goddard) só restava a vigilância rigorosa e a detenção em locais específicos como forma de impedir severamente sua reprodução.

No processo de patologização da deficiência mental, Goddard, na tentativa de estabelecer uma classificação unilinear do retardo mental, naturaliza a moral, identifica e classifica os discrepantes da normalidade e, assim, justifica sua restrição social.

Essa também era a intenção de Lewis M. Terman, professor da Universidade de Stanford e revisor da escala de Binet após sua introdução, por Goddard, nos Estados Unidos.

Mesmo com “poucos dados positivos sobre o tema” (Terman, 1906 citado em Gould, 1991, p. 181), mas indubitável à idéia de que o nível intelectual de uma pessoa é uma entidade única, mensurável e hereditária, e de que a inteligência é a provedora das mais variadas habilidades do ser humano, Terman propõe o teste Stanford-Binet, aumentando o numero de tarefas propostas originalmente por Binet e ampliando-as de forma que abrangessem os “adultos superiores”.

Diante da ameaça virtual de desqualificação moral da espécie, vemos os desígnios de Terman para sua escala revisada irem ao encontro da estratégia de controle social a que se dispõe o regime de poder na sociedade de atual, conforme coloca em seu último livro, datado de 1923:

Que alunos devem ser submetidos aos testes? A resposta é “todos”. Se apenas crianças selecionadas forem testadas, muitos dos casos que mais precisam ser corrigidos serão negligenciados. O objetivo dos testes é dizer-nos o que ainda não sabemos, e seria um erro aplicá-los apenas naqueles cuja superioridade ou inferioridade com relação à média já conhecemos. Algumas das maiores surpresas ocorrem quando os testes são aplicados naqueles cuja capacidade se considerava estar muito próxima da média. A aplicação universal dos testes é plenamente justificada. (Gould, 1991, p. 182-183)

A média a que se refere é proveniente de um meticuloso procedimento estatístico por meio do qual Terman pôde uniformizar sua escala de tal forma que o resultado apresentado por uma criança “normal” fosse igual a 100. Por “resultado apresentado por uma criança normal” deve-se entender: uma performance correspondente às expectativas da familiaridade da criança com o comportamento convencional e com as normas sociais.

A partir dessa média 100, Terman, em 1916, propõe sua tabela de classificação de QI que até hoje, apesar das mudanças de terminologia, é utilizada pelos estudiosos em psicometria (MELÃO JR, s/d).

A classificação proposta por Terman é a que segue:

QI	Classificação
+ de 140	Genialidade
120–140	Muito acima da média
90 – 110	Normal
80 – 90	Embotamento
70 – 80	Limítrofe
50 – 70	Cretino

Assim como Goddard, Terman recupera a idéia comum do século XIX da relação moral-razão e vincula o QI à moralidade do indivíduo. Dessa forma, ele e muitos outros cientistas da época passam a defender a idéia de que a patologia social e a imoralidade encontram seu cerne no retardamento intelectual inato:

Nem todos os criminosos são retardados, mas todas as pessoas retardadas são, no mínimo, criminosos em potencial. É praticamente indiscutível que toda mulher que sofre de deficiência mental é uma prostituta em potencial. O juízo moral, como o juízo comercial, o juízo social ou qualquer outro processo mental superior, é uma função da inteligência. A moralidade não pode florescer ou frutificar se a inteligência continua sendo infantil (TERMAN, 1916 citado em Gould, 1991, p. 187).

Numa previsão quase que profética, em 1916, Terman então propõe a utilização de sua bateria de testes para prevenir problema futuros de criminalidade e outros infortúnios que os deficientes mentais poderiam causar à sociedade⁶:

⁶ A título de ilustração da persistência dos discursos acerca da criminalidade potencial do deficiente mental, citamos a fala do vice-presidente da Federação Nacional das APAEs de 1975 (JUGENV, 1975, p. 08 – 09), a respeito da necessidade de se educar o excepcional: “Sem um grande trabalho educacional, ele [o excepcional] enfrenta as dificuldades inerentes à sua condição que impedem sua socialização que pela própria consequência de seu atendimento, evoluirá com a mente cada vez mais bloqueada até a irreversível condição de retardado que o transformará numa carga e dependência coletiva com todos os ônus sociais decorrentes, trazendo aí sim para a coletividade problemas a serem enfrentados com gastos bem maiores do que se inicialmente atendido. [...] Mesmo que se levante o problema de que a educação do excepcional é muito cara, e isso é verdade, podemos também conscientizar a coletividade que mais caros ainda serão os problemas que daí advirão, bastando citar, que muito mais se gasta com medidas preventivas com excepcionais adultos, para isolá-los, ou mesmo para enfrentar a incidência da criminalidade comum com que eles são responsáveis em mais de 60% de qualquer delegacia, por não estarem aptos a compreender as limitações que o Estado impõe aos seus cidadãos, nem terem consciência dos danos que praticam. Esses gastos ultrapassam e de muito o que custaria sua educação de início quando detectada sua deficiência [...]”.

Pode-se prever com segurança que, num futuro próximo, os testes de inteligência colocarão dezenas de milhares desses deficientes profundos sob vigilância e a proteção da sociedade. Tal medida acabará por impedir que a debilidade mental se reproduza e por eliminar uma grande quantidade de crimes, de mendicância e de ineficácia industrial. Não é preciso insistir que os casos profundos, do tipo freqüentemente negligenciado, são justamente aqueles cuja custódia é a mais importante para o Estado (GOULD, 1991, p. 185).

Tanto Goddard, em 1928, como Terman, em 1937, reviram suas opiniões, talvez estimulados pelo enfraquecimento da moda intelectual da Eugenia. Mas nunca questionaram a idéia de que a inteligência é uma entidade global. E foi assim também com David Wechsler que desenvolveu uma das escalas mais utilizadas para avaliar o funcionamento intelectual de uma pessoa, a Escala de Inteligência Wechsler, representada pelos testes WISC (para crianças entre 06 e 16 anos) e WAIS (para adultos), indicada até hoje pela Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002; 1989) para auxiliar no diagnóstico do retardo mental.

Entendendo a inteligência como “a capacidade do indivíduo de agir com propósito, pensar racionalmente e lidar efetivamente com seu meio ambiente”, David Wechsler (2002, p. 01) desenvolveu, na década de 1930, sua Escala de Inteligência Wechsler-Bellevue (1939).

Por meio de um novo e sofisticado sistema de normatização (escore z), Wechsler consegue o feito, pretendido por teóricos da psicometria que o antecederam, de legitimar a idéia de que o QI não sofre alterações com a idade adulta. Wechsler ainda atribui escores para as tarefas de sua escala, ignora qualquer diferença entre gêneros, distribui as mesmas cargas fatoriais para todos os itens de cada sub-teste (MELÃO JR, s/d) e apresenta a novidade de se conseguir uma medida geral de capacidade intelectual obtida por meio de escalas verbais e de execução.

A predecessora imediata do WISC foi a denominada Forma II da Escala de Inteligência Wechsler-Bellevue que foi desenvolvida especificamente para o uso no exército dos Estados Unidos durante a Segunda Guerra Mundial.

A idéia de utilizar os testes de QI para classificar os recrutas dentro de uma escala de inteligência e, a partir dela, sugerir as funções que eles estariam aptos a executar partiu de R. M. Yerkes no início da Primeira Grande Guerra.

Yerkes reuniu, para a elaboração de seus testes, um comitê integrado pelos grandes hereditaristas americanos que, conforme coloca Gould (1991, p. 207), “muitas vezes fazendo milagres para rejeitar o fato evidente da influência ambiental”, reiteraram preconceitos sociais e idéias eugenistas, como podemos ver nesse trecho da monografia de Yerkes em 1912, citada em Gould (1991, p. 206):

O resultado do exame das prostitutas corroboram a conclusão, obtida por estudos similares realizados entre civis em diferentes partes do país, de que 30 a 60% das prostitutas são retardadas, e a maioria delas é composta por débeis mentais profundas; e de que entre 15 e 25% do total têm uma inteligência tão baixa que o mais sensato seria mantê-las perpetuamente reclusas (até onde permitam as leis vigentes na maioria dos estados) em instituições para deficientes mentais.

Uma vez que eram aplicados em grandes grupos em menos de uma hora, os testes propostos por Yerkes e seus colaboradores não demoraram a saltar do meio militar para as grandes empresas e escolas americanas.

Wechsler seguiu os passos de seu predecessor no uso dos testes de inteligência para o exército e também liberou sua escala para o uso civil. “Houve apenas uma leve sobreposição de conteúdo com a Forma I e foi considerada especialmente adequada para o propósito de reteste” (WECHSLER, 2002, p. 03). A escala atual, amplamente utilizada para o diagnóstico de retardo mental em crianças, WISC-III, por sua vez, conta com muitos itens elaborados para a Forma II que, aos olhos dos revisores das Escalas Wechsler, “permanecem relativamente atemporais” (WECHSLER, 2002, p. 03).

Assim como Yerkes e tantos outros provedores de discursos acerca da deficiência mental, Wechsler também relaciona a inteligência à moralidade do indivíduo.

No sub-ítem “Compreensão” da escala verbal, descrito como “uma série de perguntas apresentadas oralmente, que requerem que a criança resolva problemas cotidianos

ou compreenda regras e conceitos sociais” (WECHSLER, 2002, p. 05), podemos observar as questões morais surgirem num jogo de certo ou errado:

02. O que você faria se encontrasse uma bolsa ou uma carteira de alguém em uma loja?

Pontuação:

Geral: tentar *devolver* para o dono, quer procurando sua identificação, quer dando para o dono da loja, para algum policial, etc.

02 pontos: Devolver para o (caixa, dono, perdidos e achados); dar para a polícia; [...].

01 ponto: Procurar (identificação, nome, endereço, telefone); [...]; dar para minha mãe para ela encontrar o dono; colocar em cima do balcão.

0 ponto: Roubava; ficava com ela; não fazia nada; deixava lá, onde estava; [...]; dava para o carteiro; não guardava; dizer para minha mãe.

03. O que você faria se perdesse um brinquedo/objeto de um amigo?

Pontuação:

Geral: ter a responsabilidade de substituir o que foi perdido.

02 pontos: Dar-lhe uma coisa minha; tentar reaver; substituir; [...]; pagar um novo; comprar outro se não encontrar; reembolsar.

01 ponto: [...]; perguntar se ele quer que eu compre um novo; dar-lhe alguma coisa; dizer para minha mãe comprar outro; pedir para meus pais procurarem.

0 ponto: [...] dizer a ele que perdeu; dizer a verdade; dizer à mãe que perdeu; nada, pois teria problemas; devolver (WECHSLER, 2002, p. 129-130).

Não pretendemos nos deter aqui à análise de cada um dos testes desenvolvidos a partir da escala de Binet, mas, do que foi exposto até aqui a respeito deles, pudemos constatar que eles funcionam como instrumentos de sistematização para a manutenção das práticas segregadoras estabelecidas em nome de um poder normativo.

Além dos testes de QI, um outro elemento vem juntar-se à definição da deficiência mental para dar sustentação aos padrões normativos: a idéia de adaptação, ou melhor, de inadaptção social que examinaremos a seguir.

3.3. O funcionamento adaptativo e as definições atuais de retardo mental

Sob a égide de tentar fugir do diagnóstico baseado apenas em dados psicométricos e nos testes de QI, Tredgold, membro da Associação Americana de Retardo Mental⁷

⁷ A Associação Americana de Retardo Mental (AAMR), desde 2008 *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD), foi fundada em 1876 por Eduard Seguin para o estudo e desenvolvimento

(AAMR), em 1937, introduz na definição de retardo mental a idéia de incapacidade de adaptação. Para ele, a deficiência mental “era um estado de desenvolvimento mental incompleto, em nível tal que a pessoa era incapaz de adaptar-se ao ambiente normal de seus amigos de maneira a manter a existência independente de supervisão, controle e suporte externo” (ALMEIDA, 2004, p. 34).

Outra definição que também inclui a idéia de inadaptação social e que domina a literatura da área até meados do século XX (cf. MENDES, 1996) é a de Doll, outro membro da AAMR, que, em 1941, define a deficiência mental como “um estado de incompetência social obtido na maturidade e resultante de um desenvolvimento aprisionado na origem constitucional [...]” (ALMEIDA, 2004, p. 34).

Desde que foi compreendido pelo saber médico, seja pela interrupção no desenvolvimento e pela permanência em sua organização primitiva, conforme definia Esquirol em 1818, seja pela incapacidade de controlar suas emoções, como defendiam Goddard, Terman e seus seguidores, a deficiência mental nunca conseguiu se desvincular da idéia de desajustamento social. Mas, a partir da concepção de Tredgold e de Doll, apesar de algumas poucas mudanças, “as limitações significativas no funcionamento adaptativo” (APA, 2002, p. 73) passam a ocupar um lugar de destaque na definição de “retardo mental” e se estabelecem definitivamente como critério diagnóstico, conforme vemos nas definições que se seguem:

[...] retardo mental se refere a um funcionamento intelectual geral abaixo da média, que se origina durante o período de desenvolvimento e está associado a deficiências no comportamento adaptativo (1961, 5º Manual sobre Classificação de Retardo Mental citado em Almeida, 2004, p. 35);

As características essenciais deste distúrbio [retardo mental] são: (1) funcionamento intelectual global significativamente inferior à média, acompanhado de (2) déficits significativos ou incapacidades no funcionamento adaptativo, com (3) início anterior aos dezoito anos. [...] (APA, 1989, p. 30);

A característica essencial do Retardo Mental consiste em um funcionamento intelectual significativamente inferior à média (Critério A), acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidados, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança (Critério B). O início deve ocorrer antes dos 18 anos (Critério C). [...] (APA, 2002, p. 73).

Conforme afirma Mendes (1996, p. 123), “a partir da década de 50 a área [da deficiência mental] passou a ser amplamente dominada pelas definições sócio-educacionais publicadas nos manuais da AAMR” e, acrescentamos, pelas definições apresentadas pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) em seus manuais.

A Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002, p. 73), em seu último *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, DSM-IV-TR*, explica o déficit no comportamento adaptativo como o “[...] modo como um indivíduo enfrenta eficientemente as exigências comuns da vida e o grau em que satisfaz os critérios de independência pessoal esperados de alguém de sua faixa etária”.

Na definição proposta pela AAMR em 1992, em seu 9º Manual, são apresentadas as enunciações de cada uma das habilidades relacionadas à conduta adaptativa. Como exemplo, citaremos as definições elaboradas para “vida no lar”, “habilidades sociais” e “desempenho na comunidade”, apontadas, entre outras, em Almeida (2004, p. 38):

3. Vida no lar – diz respeito à habilidades necessárias para uma adequada funcionalidade no lar, que inclui cuidado com roupas, com o ambiente doméstico, com a manutenção da propriedade, preparação dos alimentos, planejamento e orçamento das compras, segurança no lar, agenda diária.

4. Habilidades sociais – dizem respeito às trocas sociais com outros indivíduos, incluindo início e término das interações com outros; receber e responder às situações adequadamente; reconhecer sentimentos; oferecer *feedback* positivo ou negativo; demonstrar autocontrole; estar ciente dos comportamentos dos pares e ser aceito pelos mesmos; demonstrar regulação quanto ao tipo e quantidade de interação com outros; ajudar os outros; conquistar e manter amizades e relacionamentos amorosos; demonstrar enfrentamento em relação às exigências de outros; compartilhar e cooperar; compreender honestidade e justiça; controlar impulsos; respeitar limites e normas; demonstrar comportamento social e sexual apropriado.

5. Desempenho na comunidade – habilidades relacionadas ao uso apropriado dos recursos da comunidade, incluindo deslocamento na comunidade; compras em lojas e mercados; obtenção de serviços na comunidade; frequentar igrejas ou sinagogas; utilização de transporte e serviços públicos, tais como: escolas, bibliotecas, parques, áreas de recreação, ruas, calçadas; frequência a teatros, cinemas e visitas a outros centros culturais e eventos. [...]

Por meio da noção de inadaptação social, o discurso científico impõe a idéia de que o indivíduo deve aderir sua existência ao modo de vida tido como “comum” e desenvolver determinadas habilidades para que seja socialmente aceito e esteja isento da possibilidade de ser categorizado como deficiente. Assim, o que vemos nas definições acima citadas é uma tentativa de transpor as expectativas sócio-culturais de uma esfera de ação para outra, sem levar em consideração a realidade vivenciada por cada indivíduo em seu contexto. Fica claro, então, que o deficiente mental é aquele que não atende às exigências sociais (MENDES, 1996).

Essa imposição do que é entendido pela APA como “exigências comuns da vida” acaba por acarretar um sério problema para aqueles que, por razões econômicas, não conseguem corresponder às noções tidas como normais para o saber normativo. Basta atentar para a explanação de “desempenho na comunidade” apresentada pela AAMR: compras em lojas e mercados, frequência em teatros, cinemas e museus (“outros centros culturais e eventos”), não são hábitos de qualquer classe econômica.

Mientras que antes era el aspecto teratológico de los grandes retrasos (idiocia, imbecilidad para emplear la terminología clásica) lo que había retenido en primer lugar la atención, el interés se ha desplazado ahora hacia las formas menores (debilidad mental) en razón de su número considerable y de las formas terapéuticas que ofrecen en ciertas condiciones afectivas, sociales y pedagógicas. Las condiciones de vida de la sociedad moderna (desarrollo, evolución y prolongación de la escolaridad, industrialización y expansión urbana, necesidad de una adaptación profesional cada vez más compleja, etc) han puesto en evidencia las exigencias prácticas del problema planteado por estas insuficiencias mentales ligeras que, en ciertos casos, incluso pueden a primera vista pasar inadvertidas o, por el contrario, ser interpretadas como estados psiconeuróticos poco evolutivos (EY; BERNARD; BRISSET, 1974, p. 621).

Assim, são as condições da vida moderna que evidenciam o problema da debilidade mental e, da mesma forma, são elas que ainda garantem a super-representação dos pobres na classificação da deficiência mental, agora sob a nomenclatura de “retardo mental leve”:

[...]. Em casos nos quais não é possível identificar qualquer causa biológica específica, as classes socioeconômicas inferiores são super-representadas e o Retardo Mental geralmente é mais leve, embora todos os níveis de gravidade estejam representados. (APA, 2002, p. 77-78).

Ainda em busca de fatores predisponentes para estas categorias, o discurso médico deixa escapar que “em aproximadamente 30-40% dos indivíduos vistos em contextos clínicos, não é possível determinar qualquer etiologia para o Retardo Mental, apesar de extensos esforços de avaliação” (APA, 2002, p. 77) e, referindo-se à deficiência mental leve, coloca, quase que numa repetição do discurso moreliano, a questão da hereditariedade que, de certa forma, continua como um perigo eminente para o contágio da espécie:

É bem sabido que o retardo mental leve é significativamente mais prevalente entre as pessoas de classe socioeconômica mais baixa, com privação cultural, e que muitos membros da família ou parentes são afetados com graus semelhantes de retardo mental. Nenhuma causa biológica foi identificada nestes casos (KAPLAN, 1997, p. 964).

Além do risco de muitos serem incluídos na categoria “retardo mental” pelo simples fato de não atingirem certas expectativas econômicas, outra questão de extrema importância pode ser levantada a partir da introdução dos comportamentos adaptativos como referencial diagnóstico para a deficiência mental: a de que o problema das limitações adaptativas são inerentes ao indivíduo.

A AAMR aponta como característica de habilidade social “ser aceito pelo outro”. Supor que a aceitação do outro é um problema relativo à pessoa e colocar essa noção como critério de definição é, a nosso ver, o mesmo que estabelecer o preconceito como critério definidor de deficiência mental. Ora, afirmar que uma pessoa é deficiente mental utilizando em definição, além do baixo nível intelectual determinado pelo QI, o fato dela não ser aceita pelos outros ou não ter capacidade de manter relacionamentos amorosos significa isentar o corpo social da responsabilidade de afastar os que lhe são estranhos.

Se os discursos com pretensão científica partem do princípio de que o deficiente é “culpado” por seus problemas relacionais, se ele é incapaz de atender às exigências sociais tidas como comuns e a ele é outorgado o título de inadaptado, dificilmente haverá uma aceitação de sua pertença no mundo tal como ele é. O excepcional, para que possa ter legitimada sua existência no corpo social, deverá passar por processos de adequação que

transformem suas condutas tidas como anormais em comportamentos regulares. Nesse sentido, concordamos com França (2004, p. 24) quando alude que “[...] a presença do excepcional entre os homens passa pela exigência das práticas especializadas, a fim de que elas conduzam suas ações rumo aos valores de um homem passível de convívio”.

Portanto, em nome da mesma ordem que fundamentou a conceituação da deficiência mental surgirão os espaços institucionais reservados aos cuidados dos deficientes mentais. Lá os efeitos do discurso médico-psiquiátrico se materializarão e servirão de suporte para a tutela técnico-científica que se formou em torno do excepcional; e é sobre como estes dispositivos institucionais foram constituídos e como se desenvolveram no Brasil que trataremos a seguir.

Porém, também Zeus transformado em bovino é sempre Zeus. Ele é/não Zeus e é preciso ser mais esperto para reconhecê-lo. As mesmas funções podem realizar-se através de práticas totalmente renovadas, monopólios do mesmo tipo podem perpetuar-se, interesses idênticos podem introduzir-se. Resta ver.

(Robert Castel)

4. SOBRE AS PRÁTICAS ASSISTENCIAL E DE RESTRIÇÃO SOCIAL QUE ENVOLVEM A PESSOA IDENTIFICADA COMO DEFICIENTE MENTAL NO BRASIL.

Se considerarmos que, como queria Foucault, “[...] uma prática é indissociável do tipo de racionalidade através do qual ela se reflecte, se ordena e se finaliza. [...]” (EWALD, 2000, p. 61) e considerarmos também que aquilo que hoje convencionou-se chamar de deficiência ou retardo mental surgiu em função dos cuidados a ela dispensados e do que se disse sobre ela no decorrer de sua história, entenderemos que as práticas institucionais tecidas entre os séculos XVIII e XIX, e sedimentadas no século XX, acabaram por determinar e circunscrever a participação do deficiente mental em campos restritos, tais como as classes e escolas especiais, que, assim como outras práticas da Modernidade, assumem o caráter de controladoras das individualidades com a finalidade de garantir a ordem pública (FRANÇA, 2004).

No presente capítulo nos propomos a verificar como se estabeleceu a imposição desse estabelecimento especial no Brasil cuja ordem “separar para tratar” – máxima alienista que evidenciou a segregação e a estratificação da tutelarização no cuidados dos alienados – ainda marca o sujeito deficiente e limita sua participação no corpo social.

4.1. Sobre a legitimação da reclusão de loucos e idiotas

No capítulo anterior tratamos de como a noção de deficiência mental se constituiu no domínio da medicina psiquiátrica. Entretanto, essa consciência acerca da deficiência mental e, inerentemente, da loucura não foi quem inaugurou a prática de hospitalização dos loucos e deficientes mentais.

Antes de ter o sentido médico que lhe atribuímos, ou que pelo menos gostamos de supor que tem, o internamento foi exigido por razões bem diversas da preocupação com a cura. O que o tornou necessário foi um imperativo de trabalho. Nossa filantropia bem que gostaria de reconhecer os signos de uma benevolência para com a doença, lá onde se nota apenas a condenação à ociosidade (FOUCAULT, 1995, p. 63-64).

Apesar de ter “inventado”, por assim dizer, o internamento, a Idade Clássica encontrou respaldo nas formas rigorosas de partilha social que subsistiram desde a Idade Média, cujas práticas baseavam-se em “uma regra de não contato”, de maneira a constituir “duas massas estranhas uma à outra”, segregando determinados grupos ou destinando-os a um lugar “fora dos limites da comunidade” (FOUCAULT, 2001, p. 54).

No entendimento de Foucault (1995; 2001), o maior exemplo dessa rigorosa separação pode ser encontrado no modelo de procedimentos realizados com os leprosos, que vigorou a partir da alta Idade Média até o final das Cruzadas. Para ele (FOUCAULT, 2001, p. 54), essa prática de controle e de marginalização inspirou “a maneira como o poder se exerce sobre os loucos, sobre os doentes, sobre os criminosos, sobre os desviantes, sobre as crianças, sobre os pobres” ainda hoje.

Assim, mesmo desaparecida a lepra, os grandes leprosários e suas estruturas de distanciamento serão perpetuadas, mas com outros personagens:

[...] Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento (FOUCAULT, 1995, p. 06).

Praticamente vazios desde a Renascença, esses grandes leprosários são repentinamente reativados no século XVII por motivos já não tão simples como o distanciamento de um grupo de infectados, mas por razões diretamente relacionadas ao que Foucault (1995, p. 53) chamou de “preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria”.

Pobres e miseráveis, aqueles que não podiam assumir sua subsistência passam, no decorrer do século XVI, a ter uma nova conotação no imaginário social: se até a Renascença eles são santificados ou vítimas de um castigo divino, a partir do século XVI a pobreza passa

por uma laicização e, devido à nova ética do trabalho, será relacionada a um ócio perigoso, ao crime e ao mesmo sistema de reclusão.

Linebaugh, citado em Rocha (2004, p. 45-46), refere-se a um decreto de punição à mendicância, elaborado em 1597 por John Pophan, presidente do Supremo Tribunal do rei de Inglaterra, segundo o qual as punições são justificadas por tratar-se de indivíduos “errantes e trabalhadores comuns acostumados à vadiagem que recusam-se a trabalhar por salários razoáveis, tais como estão fixados”.

Decretos semelhantes espalharam-se por toda a Europa visando a aniquilação do que Rocha (2004, p. 46) chamou de “uma variedade enorme de formas populares de vida” que não correspondiam às expectativas dos poderes emergentes da nova ordem social.

A esse respeito, Foucault (1995, p. 64) cita um ordenamento de 1607 na França que estabelece as companhias de arqueiros nas muralhas das cidades com o objetivo de impedir a entrada de indigentes. Os mendigos que já estavam dentro dos limites da cidade deviam, por sua vez, ser “chicoteados em praça pública, marcados nos ombros, a cabeça raspada e expulsos [...]”.

Assim, no decorrer do século XVI, a miséria assume um caráter de perigo contra o bom andamento do Estado e envolve, desta forma, toda uma questão relacionada à moral: “[...] a origem da pobreza não era nem a escassez dos gêneros nem o desemprego, mas o ‘esmorecimento da disciplina e a frouxidão dos costumes’” (FOUCAULT, 1995, p. 64).

O modelo de reclusão dos leprosos é então reativado. Àqueles que se recusavam ou não tinham, por inúmeras razões, condições de participar do ideário proprietário cabia um destino nada aprazível: as grandes instituições de aprisionamento e de correção.

Já no século XVII, em 1656, é criado na França o Hospital Geral. A ele e, segundo os mesmos moldes, às contemporâneas casas de correção, *Workhouses*, *Zuchthäusen*, era

atribuída a função de impedir “a mendicância e a ociosidade, bem como as fontes de todas as desordens”, conforme o édito real francês de 1656, citado por Foucault (1995, p. 64).

A este respeito, Amarante (1996, p. 40) coloca que, por meio de prisões arbitrárias e cartas régias, são retidos “toda a sorte de marginalizados”, tornando-se assim o Hospital Geral “um espaço de assistência pública, acolhimento, correção e reclusão”.

Ainda que tenha surgido para o aprisionamento dos pobres, a partir da segunda metade do século XVII é toda uma população de “não-valores sociais”⁸, de desqualificados, que será aprisionada nas grandes casas de reclusão, conforme nos exemplificam relatos como o do duque de La Rochefoucault-Liancourt, de 1790, apresentado por Castel (1991, p. 82), a respeito de Bicêtre:

A casa de Bicêtre contém pobres acolhidos gratuitamente, pobres que pagam pensão (e distinguem-se quatro tipos de pensão), homens, crianças epiléticas, escrofulosos, paralíticos, insanos, homens reclusos por ordem do rei, por mandatos do Parlamento e, também esses com ou sem pensão; crianças detidas por ordem da polícia ou condenadas por roubo ou delito, crianças sem vícios e sem doenças admitidas gratuitamente; enfim, homens e mulheres tratados do mal venéreo. Assim essa casa é ao mesmo tempo: hospício, Hôtel-Dieu, pensionato, hospital, casa de detenção e de correção.

Agrupados à miséria, à vadiagem, à prostituição e às doenças venéreas, loucos e idiotas assumirão “um obscuro parentesco” com os pecaminosos e lhes será destinada a “[...] mesma sorte e os mesmos lugares no mesmo sistema de punição” (FOUCAULT, 1995, p. 87).

Seja por não estar apta a participar do processo de produção da nova ordem econômica (CASTEL, 1991) ou, ainda, por representar o homem em relacionamento pleno com sua animalidade (FOUCAULT, 1995, p. 152), a loucura é imbuída de uma culpabilidade e de um perigo à sociabilidade que acaba por fazer do internamento sua pátria legítima: “[...]. Animalidade desenfreada, só se pode dominá-la pela domesticação e pelo embrutecimento”.

Idiotas, loucos, pobres e criminosos confundem-se no mesmo sistema de reclusão até o meados do século XVIII.

⁸ Emprestamos o termo de Castel (1991, p. 255).

[...] no fim do século XVIII, à época contemporânea de Pinel, nesse momento ainda encontram no refúgio das casas de internação pessoas que são classificadas na categoria “imbecis”. Essas pessoas são, em sua maioria, adultos, dos quais podemos supor que pelo menos uma parte seria chamada mais tarde de “dementes”; vocês também encontram aí crianças de uns 10 anos (FOUCAULT, 2006, p. 267).

Conforme Foucault (2006, p. 268), salvo um curto período em que ficaram sob os cuidados de instituições destinadas ao atendimento pedagógico de surdo-mudos, as crianças idiotas e imbecis sempre estiveram nos espaços de internação. De forma que “durante toda a segunda metade do século XIX, vocês vão encontrar as crianças idiotas efetivamente colonizadas no interior do espaço psiquiátrico”.

O processo que possibilitou e que ofereceu as bases teóricas para justificar a permanência dos idiotas e imbecis em lugares específicos de tratamento tem relação intrínseca com a fecundação do alienismo e do Tratamento Moral. Essa nova ordem da Medicina viabilizou a captura psiquiátrica de todos aqueles que comportavam irregularidades de conduta e fundamentou cientificamente a prática de sequestração como forma de moralização dos corpos.

Assim, é necessário reconhecer que o alienismo e seus desdobramentos tiveram significativa importância para o manejo prático do tratamento dos deficientes mentais. Cabe explorar esta questão.

4.1.1. Do Tratamento Moral

[...]. As idéias confusas e tumultuosas que os agitam e são provocadas por tudo o que os rodeia; sua irritabilidade continuamente provocada por objetos imaginários; gritos, ameaças, cenas de desordem ou atos extravagantes; o emprego judicioso de uma repressão enérgica, uma vigilância rigorosa sobre o pessoal de serviço cuja grosseria e imperícia também deve se temer, exigem um conjunto de medidas adaptadas ao caráter particular dessa doença, que só podem ser reunidas em estabelecimentos que lhe sejam consagrados.

Nessa enunciação de Pinel, de 1809, citada em Castel (1991, p. 86-87), ficam claros os elementos que se articulam para fazer funcionar o alienismo – cujo objetivo explícito era socializar, ordenar e normalizar o alienado, tornando-o passível de convívio, ou, como diz

Pelbart (1989, p. 222), fazer o doente da razão “sair do ser-de-Natureza para resgatar o ser-de-Cultura”.

Os elementos articulados que podem ser observados na citação precedente dizem respeito à caracterização do louco como personagem discrepante, imoral, desregrado, produto desviante das mudanças sociais e requerente de uma terapêutica que, conforme Birman (1991, p. 412), “correspondia à Moral da Sociedade Industrial fundada no trabalho” e, convém acrescentar, num regime disciplinar que, introjetado, funcionaria no entendimento de Pinel, como “uma polícia interior” (AMARANTE, 1996).

Desta forma, os novos especialistas da loucura criaram dentro dos asilos uma espécie de sociedade artificial, um “laboratório social”. Baseados na imposição da disciplina por meio do trabalho, pretendiam restabelecer a ordem e a razão, consideradas perdidas pelos loucos, em meio a uma nova ordem social.

Parchappe, em 1841, citado por Castel (1991, p. 115-116), ao justificar a preemência do isolamento sobre o tratamento domiciliar dos alienados, apresenta alguns dos principais fundamentos dessa terapêutica moral:

A ordem e a regularidade em todos os atos da vida comum e privada, a repressão imediata e incessante das faltas de qualquer espécie, e da desordem sob todas as suas formas, a sujeição ao silêncio e ao repouso durante certo tempo determinado, a imposição ao trabalho a todos os indivíduos capazes, a comunidade da refeição, as recreações com hora fixa e duração determinada, a interdição aos jogos que excitam as paixões e que entretêm a preguiça e, acima de tudo, a ação do médico, impondo a submissão, a afeição e o respeito por sua intervenção incessante em tudo o que diz respeito à vida moral dos alienados: tais são os meios de tratamento da loucura que fornecem, ao tratamento aplicado nessas casas, uma incontestável superioridade em comparação ao tratamento aplicado a domicílio.

O tratamento moral, portanto, jamais funcionaria em outra circunstância senão em locais específicos capazes, ao mesmo tempo, de liberar os alienados das (más) influências externas, de dominar sua animalidade egoística (PELBART, 1989) e de vencer suas resistências pessoais. Assim, a instituição do isolamento é o preceito essencial para o bom desempenho do tratamento alienista:

O primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do *tratamento moral*, o princípio do *isolamento do mundo exterior*, é uma construção pineliana que até os dias atuais não está totalmente superada. Se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o *isolamento* que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-lo. (AMARANTE, 1996, p. 50 – grifos do autor)

E o lugar desse isolamento foi, na França, o asilo de alienados.

O termo “asilo” foi introduzido por Esquirol com a finalidade de distinguir o local de tratamento de insanos dos Hospitais Gerais, que vinham sofrendo uma intensa crítica social e já estavam pejorados pelo senso comum como “a instituição da marginalidade” (AMARANTE, 1996, p. 53). Não que o asilo tenha deixado de ser uma instituição de marginalizados, ao contrário, ele continua os abrigando, mas, agora, segundo Castel (1991, p. 95), a partir de “[...] de uma definição mais cuidadosa de sua população, de uma disposição mais rigorosa de suas técnicas e de uma justificativa mais científica de seus objetivos”.

Assim, pelas necessidades próprias da terapêutica inventada, os insanos têm legitimada sua clausura. E é nela que o exercício da autoridade médica se fixará, um local privilegiado de normas, prescrições, hierarquias e poderes, onde “o método terapêutico é o submetimento, e o critério de cura é a sujeição do paciente” (ROCHA, 2004, p. 57).

4.1.2. O Tratamento Moral dos idiotas

Na França, o internamento de crianças idiotas em asilos e estabelecimentos especializados surge, por volta de 1830 e 1840, como resposta à necessidade de tornar seus pais livres para trabalhar. Foucault (2006, p. 270-271), a esse respeito, cita um texto de Fernaul que reflete a preocupação com o obstáculo gerado pelo idiota na vida financeira da família:

Enquanto em casa o cuidado de uma criança idiota consome o tempo e a energia de uma pessoa, a proporção das pessoas empregadas no asilo é de uma para cinco crianças idiotas. Cuidar em casa de um idiota, ainda mais quando inválido, consome os salários e a capacidade das pessoas da casa, de modo que uma família inteira cai na miséria. A humanidade e uma boa política requerem que as famílias sejam aliviadas do encargo desses infelizes.

Seguin, autor de *Tratamento moral dos idiotas*, concebeu dentro do espaço de internamento, mais especificamente em Bicêtre nos anos de 1842 e 1843, seu modelo de educação de idiotas ao qual, a exemplo da terapêutica alienista, também chamou de “tratamento moral”. Conforme Foucault (2006), no interior da prática desenvolvida por Seguin, encontramos os mecanismos do poder psiquiátrico em estado puro.

O Tratamento Moral proposto por Seguin se refere primeiramente ao afrontamento de duas vontades, a do mestre e a do idiota: “É, sim, de duas vontades, de um afrontamento entre o mestre e o idiota que se deve falar, diz Seguin, pois o idiota parece não ter vontade, mas a verdade é que ele tem vontade de não ter vontade” (Foucault, 2006, p. 273). Cabe ao mestre dominar esse “não” para torná-lo um “sim”. Uma segunda característica destacada por Foucault (2006, p.276) no Tratamento Moral proposto por Seguin refere-se ao próprio corpo do terapeuta: “o poder psiquiátrico [no método de Seguin] é inteiramente canalizado pelo corpo do mestre”. Assim, o mestre tem o direito de interceptar o poder familiar, de ter autoridade sobre a criança, sobre a família e sobre suas relações com a criança. Ainda, aos olhos desse precursor da educação especial, o idiota deverá ter acesso ao mundo através da percepção do mestre, de maneira que a organização de todo o poder se dará em torno e a partir do corpo do mestre que deve ter um físico impecável para, se preciso for, exercer uma captação física total do corpo idiota. Ao controle do corpo se soma o controle do tempo nessa luta da regra terapêutica contra a liberdade idiota, conforme acentuou Seguin, citado por Foucault (2006, p. 274):

A.H. era de uma petulância indomável; trepando como um gato, escapulindo como um camundongo, nem se podia cogitar de mantê-lo imóvel por três segundos. Eu o botei numa cadeira, sentei-me em frente dele, segurando seus pés e seus joelhos entre os meus; uma das minhas mãos prendia as duas dele sobre os seus joelhos, enquanto a outra trazia incessantemente dentro de mim seu rosto móvel. Ficamos assim cinco semanas, fora das horas de comer e de dormir (SEGUIN, citado em Foucault, 2006, p. 274).

4.2. A situação dos insanos no Brasil

Até a construção de tecnologias e aparelhos disciplinares específicos no fim do século XIX, a situação dos loucos e idiotas no Brasil, apesar de pouco diferir da que se apresentava na Europa, teve um caráter menos correccional. Aqui eles ficavam sob os cuidados das Santas Casas de Misericórdia ou eram recolhidos nas cadeias públicas por não se ter mais onde confiná-los.

Dentro das casas de misericórdia brasileiras, eles eram encerrados em “um cárcere estreito e imundo” segundo as palavras de um presidente da província de Pernambuco de meados do século XIX (ODA; DALGALARRONDO, 2005, p. 997) ou lotavam as cadeias públicas em situação que inspirava horror a quem os visse conforme aponta o presidente da província de São Paulo, José Tomás Nabuco de Araújo, em 1852, citado por Oda e Dalgallarrondo (2005, p. 988):

[a despesa com o Hospício Provisório de Alienados] é muito insignificante se vos penetrardes do horror que a todos inspirava a barbaridade com que eram tratados esses infelizes até agora lançados nas cadeias até morrerem, e metidos sem culpa no lugar dos criminosos e, entre eles, sofrendo violências que revoltam à humanidade.

A condição a que os loucos e idiotas estavam expostos espelhava a desqualificação de suas existências diante do corpo social. Abarrotando as Misericórdias, sujando-as e importunando os doentes, eis os loucos e os idiotas:

Asylo de alienados de ambos os sexos

O asylo continua repleto de alienados de ambos os sexos e se maior fosse não chegaria para tantos infelizes, pois de todas as partes da província se reclama entrada de novos.

É este o maior onus que peza sobre a Santa Casa, tão desprotegida e abandonada a seus escassos recursos, cuja receita repito, já não alcança às avultadas despesas que é obrigada a fazer.

Estes pensionistas vitalícios, são os mais peizados para o pio estabelecimento pelas despesas que fazem, e o incomodo que dão.

As roupas que estragão todos os annos e os utensilios que destroem, bem caro custão, sem que aquelles que os atirão no asylo jámais procurem por elles, nem tratem ao menos de mandar-lhes com que cubrão o corpo, e se não encontrassem a caridade deste pio estabelecimento da província, vagarião cobertos de andrajos pelos lugares de onde vierão; porém a Divina Providência a quem a Santa Casa so deve sua conservação vella por elles, e pelos indigentes que procurão por este pio estabelecimento aonde encontrarão linitivo às suas dores e a seus males.

Os ditos dois asylos não poderão ter outro melhoramento senão a manutenção da mais rigorosa limpeza quotidiana, e as caiações necessárias para corresponder a esse

anseio, não obstante estarem estes infelizes que nem os seus próprios parentes os procurão, fora do alcance das vistas dos curiosos, e indiscretos não so nos dias da visitação como em todo o anno.

Existião até o fim do anno de 1871, 38 alienados de ambos os sexos, que com 60 que entrarão no anno findo prefaz o total de 98. Sahirão curados 8 homens e 1 mulher. Faleceram 3 homens e 1 mulher. Ficão existindo 23 homens e 24 mulheres. Total 47, sendo particulares.

As antigas reclusões do pavimento térreo estão ocupadas com alienados immundos.

Capella do Senhor dos Passos.

Relatório do ano de 1872, escrito pelo provedor da Santa Casa de Misericórdia da Província do Rio Grande do Sul, o general Lima e Silva, em Streb (2007, p. 03).

“Esses infelizes privados da razão” tornavam-se um estorvo aglomerante nas Santas Casas além de perturbarem, com seus trejeitos bizarros, os moradores da cidade quando transitavam livremente pelas suas ruas. Nesse sentido, novos espaços passaram a ser requeridos - nem tão – adequados, mas destinados especificamente ao recolhimento “dessa classe desgraçada dos loucos”, conforme dizia o médico francês Joseph-François-Xavier Sigaud, citado em Oda e Dalgallarrondo (2005, p. 984).

4.3. Os novos aparelhos disciplinares: O hospício e os estabelecimentos especiais do Brasil.

Hei por bem fundar um hospital destinado privativamente para o tratamento de alienados, com a denominação de Hospício Pedro II. A iniciativa é governamental em sua origem, emana da Coroa e deverá permanecer como estípula o documento princeps “debaixo de minha imperial proteção”, embora seja prevista sua anexação ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia desta Corte. Decreto 82 de 18 de agosto de 1841, citado por Lopes (1965, p. 119).

Obra da união de famílias abastadas, figuras poderosas da sociedade do Império e de médicos entusiasmados com os resultados obtidos por Pinel e Esquirol na França, foi criado por decreto imperial de 18/07/1841, o primeiro asilo de alienados do Brasil, o Hospício de Alienados Pedro II (WADI, 2000). Depois dele, durante o Segundo Reinado, foram criadas outras casas “exclusivas para alienados” nas províncias de São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Rio Grande do Sul (1884) e Ceará (1886).

Diferentemente daquele do Rio de Janeiro que contava com o apoio da Sociedade Imperial de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, os demais hospícios não tiveram médicos na linha de frente de suas construções. Em sua maioria, nascidos de movimentos dispostos dentro das Santas Casas, esses estabelecimentos especiais tiveram como líderes políticos e filantropos que apenas incorporaram o discurso médico sobre alienação mental como forma de justificar a necessidade de simples segregação dos loucos (WADI, 2000; ODA; DALGALARRONDO, 2005).

A respeito do nascimento do asilo de alienados do Rio Grande do Sul, Wadi (2000) coloca que, apesar de serem utilizados elementos da medicina social nos discursos que defendiam um local para “guardar os loucos”, os médicos foram meros coadjuvantes no movimento:

[...]. Em momento algum, nos primórdios da luta que leva à criação do hospício, percebe-se a presença de médicos como protagonistas da iniciativa: não foram encontradas queixas dos ‘facultativos’ em relatórios da Santa Casa, nem registros de opiniões de médicos buscando convencer sobre a necessidade do hospício, apenas um ou outro médico notável passou a integrar alguma comissão quando já se iniciara o processo visando criar um hospício separado do hospital geral. Dessa forma, considerando-se os registros históricos, só é possível atribuir aos médicos papéis coadjuvantes naquele momento histórico, ainda que muitos dos argumentos da crítica construída pela medicina social nascente estivessem presentes na argumentação dos provedores.

Portanto, os novos hospícios brasileiros ainda que nascidos sob a égide de discursos pinelianos não terão, por algum tempo, a sistematização do tratamento moral, ao contrário disto, servirão como simples espaços de escoamento de indesejáveis. “De fato, [colocam Oda; Dalgalarrrondo (2005, p. 1005)] trata-se de pessoas pobres submetidas a uma reclusão forçada e a péssimas condições de vida, durante toda a segunda metade do século XIX”.

Uma mostra da condição a que estavam expostos os alienados nos novos hospícios e da importância do discurso médico nesse ínterim pode ser empreendida do relato do presidente da província de Pernambuco de 1871 a respeito do Hospício da Visitação de Santa Isabel (Olinda), citado em Oda; Dalgalarrrondo (2005, p. 999):

Sem as proporções indispensáveis ao elevado número de enfermos que lá se acham aglomerados, o espetáculo que ali oferecem é contristador, e protesta contra a denominação de Hospício. Não pode haver regime terapêutico nas condições prescritas pela ciência; ao contrário, digo pelo que observei, o aspecto do estabelecimento e a aproximação dos loucos das diversas espécies bastarão para entenebrecer sem mais remédio as faculdades mentais de qualquer infeliz que, tendo-as apenas perturbadas, poderia achar perfeita cura, se fosse socorrido convenientemente. A fundação, portanto, de um verdadeiro Hospício seria relevante serviço à humanidade, e peço que considereis neste objeto, sem prejuízo do que reclama o atual.

No parecer de Wadi (2000), mesmo atuando de forma complementar, o saber médico foi “o grande responsável pela efetivação do hospício”, pela fundamentação da necessidade de um espaço específico, a princípio para guardar os loucos e, depois, para o tratamento e sua suposta cura.

Nesse sentido, podemos constatar que, assim como no movimento alienista francês, a instauração de um sistema específico de atendimento aos loucos no Brasil se deu em decorrência de uma problemática assistencial pública, ou, como diria Castel (1991, p. 101), essa opção “[...] parece orientada menos por sua cientificidade médica do que por sua pertinência na codificação de uma problemática social”.

O fato da loucura - e da deficiência – serem enfrentados como problema social pode encontrar explicação na imposição de uma nova ordem social da emergente sociedade burguesa cujas características são expostas por Castel (1991, p. 35) da seguinte forma:

[...] cada cidadão é sujeito e soberano, ou seja, é, ao mesmo tempo, assujeitado a cada um de seus deveres cuja não obediência é sancionada pelo aparelho do Estado e, sujeito que participa das atividades regidas pela lei e retira dessas práticas, cuja realização define sua liberdade. Assim, um perfeito cidadão jamais encontrará a autoridade do Estado sob sua forma repressiva. Assumindo seus deveres, ele desenvolve sua própria soberania e reforça a do Estado.

Do enunciado das novas relações entre o Estado e os deveres do homem, o louco é colocado como um problema: ele, diferentemente do criminoso, é tido como aquele que não pode ser responsabilizado por seus atos transgressores. Sendo assim, tende naturalmente a figurar como um excetuado no novo quadro que se forma, tanto que, conforme Castel (1991, p. 36) “para inscrevê-lo na nova ordem social, será preciso impor-lhe um estatuto diferente e complementar àquele, contratual, que rege a totalidade dos cidadãos”.

Com os estabelecimentos especiais buscar-se-á conter, controlar esses seres desprovidos de racionalidade e neutralizar os perigos que sua alienação mental emana. E é na prática desse internamento que loucos e idiotas adquirem um *status* definitivo: o de sujeitos juridicamente incapazes.

Com isso, segundo Castel (1991, p. 60-61), sanciona-se, concomitantemente, a “permanência do esquema do ‘grande enclausuramento’ e a tentativa de romper a indiferenciação que o fundara, através da ação conjunta do humanismo dos filantropos e da ideologia médica”. Assim, dois poderes começam a se entrelaçar na seqüestração dos insanos: o assistencialismo e a medicina.

Venâncio (2003, p. 885) coloca que na história brasileira, a psiquiatria seguirá de mãos dadas com a política assistencial até fins de 1950 em duas direções: “Primeiramente aparece referenciada no modelo francês, para, num segundo momento, seguir o exemplo alemão de constituição de uma ciência psiquiátrica não empenhada na tarefa de produção de uma política de assistência pública”. Mas no início, conforme nos aponta a autora (p. 887), “a ciência se instaurava no asilo via medicina legal, enquanto a assistência mantinha a feição predominante da caridade religiosa”. Depois, paulatinamente, os médicos vão penetrando o espaço ocupado pela caridade cristã, bem representada pelas Santas Casas de Misericórdia.

4.3.1. Teixeira Brandão e a introdução do alienismo no Brasil

As concepções do tratamento moral estiveram presentes na formação da psiquiatria brasileira.

A tese para obtenção do título de doutor, de 1858, apresentada pelo médico Francisco Júlio de Freitas e Albuquerque e suas “Quatorze proposições relativas ao tratamento das moléstias mentais”, citada em Dalgalarondo (1999, p. 117) nos revela as noções dominantes

dessa psiquiatria embrionária e acima de tudo a influência do ideário alienista no período em questão.

Em suas proposições, percebemos muitos aspectos do tratamento moral. Destes, podemos destacar a observância de que os velhos tratamentos fisiológicos que o alienismo herdara da medicina do século anterior não podiam prevalecer sobre aquelas práticas de pedagogia disciplinar tão característica do tratamento moral. As idéias de submissão do alienado em relação ao médico como figura suprema e indispensável e do isolamento como princípio fundamental à “cura” da alienação também podem ser observadas na tese citada. A essa combinação de sujeição e isolamento soma-se aquele princípio que sintetiza a terapêutica pineliana: o submetimento do paciente a uma sistemática de trabalho metódico.

1. É principalmente sobre o conhecimento das causas que está baseado o melhor método de tratamento das moléstias mentais.
2. Não se pode adotar um método exclusivamente moral ou físico no tratamento destas moléstias.
3. As afusões frias repentinas não obrão somente pela sua temperatura.
4. As emissões sanguíneas abundantes e repetidas são sempre prejudiciais.
5. A loucura aguda contra-indica o emprego de vomitivos.
6. A medicação drástica sistematizada, com o fim de combater a constipação, deve ser proscrita da terapêutica dos alienados.
7. Sempre que não houver confiança, respeito ou temor dos alienados para com o médico, não haverá cura possível.
8. O isolamento é indispensável no tratamento das moléstias mentais.
9. O uso não permanente de camisola de força é preferível ao isolamento nas celas.
10. As idéias delirantes dos alienados não deverão ser combatidas diretamente.
11. Os trabalhos físicos ou intelectuais metodicamente aplicados, e em relação ao estado dos doentes, são os principais meios que se devem empregar no tratamento das moléstias mentais.
12. A demência crônica é muito raras vezes curável; a demência parálitica é incurável.
13. Quando a sensibilidade dos alienados se acha enfraquecida a tal ponto, que eles podem fixar o sol, sofrer impassíveis as intempéries atmosféricas; e que além disso há a perda do olfato e do gosto, podemos afiançar a incurabilidade da alienação.
14. A alienação consecutiva ao escorbuto e à epilepsia é incurável.

Ainda que já estivesse presente no discurso médico brasileiro de meados do século XIX, o alienismo só será efetivado, com o advento da República, com um personagem muito importante para a instância médica brasileira: Teixeira Brandão, o “Pinel Brasileiro”.

Em 1887, catedrático da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, João Carlos Teixeira Brandão ocupa o cargo de diretor do Hospício Dom Pedro II. Com ele, “tanto pelo

comprometimento com a formulação de uma política assistencial asilar, quanto pela adesão às teorias alienistas do tratamento moral” (VENÂNCIO, 2003, p. 888), o hospício pôde ser desanexado da forçosa união com a Santa Casa de Misericórdia e passar aos totais cuidados da instância médica. O poder médico não reinaria apenas nos terrenos da alienação, ele, inicialmente por meio de Teixeira Brandão, iria se unir a outros projetos de organização social para se fortalecer como representante da elite nos asilos.

Teixeira Brandão criticou as instalações luxuosas do hospício, sua superlotação, os déficits organizacionais, sob seu ponto de vista, inadequados para o atendimento de alienados e impôs o alienismo francês como regra de tratamento. Suas bases, portanto, estavam calcadas no tratamento moral e, assim como Pinel, Brandão começou por “garimpar” a loucura dentro dessa grande instituição de internamento que era o Hospício Dom Pedro II e lutar em prol de manicômios judiciais com o objetivo de separar o “louco comum” do “louco criminoso”.

Concomitantemente à separação de loucos e criminosos, Teixeira Brandão buscou a abolição das camisas-de-força e das grades nos hospícios (cf. FIOCRUZ, s/d.) e seguiu, embasado na tecnologia pineliana, as imposições de ordem cujos princípios são: 1. isolar do mundo; 2. constituir dentro desse isolamento um laboratório social e; 3. estabelecer uma relação de autoridade e de soberania cujas bases fundamentam-se num desnivelamento entre o médico, detentor do saber e do poder, representante da norma, e o paciente, desgraçado e infeliz, que necessita da autoridade piedosa do médico para reconquistar sua razão (CASTEL, 1991; AMARANTE, 1996).

Em 1890, Teixeira Brandão criou, com o objetivo de suprir a lacuna deixada pelas irmãs de caridade ligadas à Santa Casa da Misericórdia, a primeira Escola de Enfermeiros e Enfermeiras do Brasil e inaugurou na Ilha do Governador, as colônias de São Bento e Conde de Mesquita, destinadas a pacientes do sexo masculino, tranqüilos e incuráveis, provavelmente onde estariam os idiotas.

Mais tarde, em 1903, já como deputado, Brandão, baseado na lei francesa de 1838, elabora a primeira legislação brasileira específica sobre alienados e alienação mental, a Lei de Assistência aos Alienados.

4.3.2. Juliano Moreira e os pavilhões especiais

Alguns dos pressupostos do alienismo pineliano que fundamentaram a nascente psiquiatria brasileira e o tratamento dos alienados no Brasil seriam deixados de lado quando Juliano Moreira assumiria o cargo de presidente do Hospício de Pedro II em 1903.

Mulato, filho de família pobre e extremamente precoce - aos 13 anos ingressou na Faculdade de Medicina da Bahia, Juliano Moreira (por razões óbvias) era veementemente contrário às idéias propagadas por Morel a respeito da degeneração da raça em decorrência da mestiçagem com negros.

Cabe esclarecer que nosso psiquiatra não iria contra a tendência de se atribuir às doenças físicas e mentais uma relação com a degenerescência. Para ele, segundo Oda e Dalgarrondo (2000, p. 178), “[...] na luta contra as degenerações nervosas e mentais, os inimigos a combater seriam o alcoolismo, a sífilis, as verminoses, as condições sanitárias e educacionais adversas, [...]”.

Durante sua gestão no Pedro II foram realizadas importantes mudanças, entre elas, a remodelação do corpo clínico que introduziu outras especialidades, além da psiquiatria, como a neurologia, a pediatria, a oftalmologia, a ginecologia e a odontologia; a abolição do uso de coletes e camisas de força (ODA; DALGARLARRONDO, 2000).

Dentro de sua proposta de mudança na política assistencial, segundo a qual propunha-se a substituição do hospício por mecanismos institucionais variados (VENÂNCIO, 2003), Juliano Moreira adquiriu o terreno para a construção do atual Hospital-Colônia Juliano

Moreira que visava abrigar aqueles classificados como anormais ou indesejáveis; fundou a colônia para mulheres dementes; e fundou um pavilhão anexo ao hospício no qual as crianças - antes internadas junto com os adultos alienados – passaram a receber atendimento clínico e orientação pedagógica. Em 1920, o mesmo ocorreu em Petrópolis e em 1925 com o Juqueri que recebeu uma escola.

A proposta de Juliano Moreira de criar novos mecanismos institucionais para o atendimento dos doentes mentais respondia, de certa forma, à emergente demanda higienista de controlar e disciplinar não só a população desviante como também todo o contingente populacional.

Especificamente com relação ao atendimento médico-pedagógico das crianças internadas nos hospitais psiquiátricos, segundo Januzzi (1985, p. 23), muito provavelmente, essas instituições destinavam-se ao atendimento de casos evidentes de anomalias “que, fossem sobretudo, ou mais acentuadamente, problemas médicos, percebidos claramente pela família e pela comunidade, porque bem fora das expectativas sociais”.

Constatamos também que a educação da população identificada dentro da categoria idiotia já era uma preocupação presente em pautas científicas da época, como é o caso do trabalho intitulado *Da educação e tratamento médico-pedagógico dos idiotas* apresentado pelo alienista Carlos Fernandes Eiras no IV Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, realizado em 1900, segundo o qual a educação aparece como procedimento de controle e de correção moral diante do perigo social que a idiotia representava. O trabalho de Eiras, citado em Müller (2005, p. 04), destacava que o atendimento às crianças tidas como idiotas obedecia “a motivos de ordem moral, de ordem legal, de ordem médica, de ordem econômica”:

[...] o que a sociedade e estado economizam, não os educando, abandonando a si mesmos, é depois despendido, cem vezes mais, em custas de polícia, de justiça, de prisão, etc [...].

Por suas tendências malévolas, por falta de corretivo da moral que não possuem, são o terror das famílias a que pertencem e de todos que dele se aproximam. Abandonados, pois esses desgraçados, sofre a sociedade as consequências de sua criminosa inércia, com o aumento da miséria, dos vícios e das despesas.

Ora, lembremo-nos que, apesar de Juliano Moreira ter se aliado à psicopatologia de Kraepelin e tecer várias críticas aos alienistas franceses e suas relações com a degenerescência da raça por meio da mestiçagem⁹, o contexto político e cultural em que estava imerso se debatia sobre a idéia de tornar o Brasil uma grande nação e, acreditava-se, o futuro dessa nação se encontrava em situação difícil graças, entre outros problemas, à miscigenação da população brasileira.

A exprobração da mestiçagem e do clima tropical abririam espaço para a entrada da luta pelo saneamento do Brasil e, conseqüentemente, do movimento higienista.

Estamos, agora, na éra da hygiene. Cimenta-se, no espirito dos que observam e investigam a convicção de que o futuro humano depende, preponderantemente, da obediencia ás normas sanitarias, por parte das sucessivas gerações; e que a incuria e o menoscabo, no tocante á hygiene, tem sido e está sendo de consequencias funestas (Almeida Junior, 1922, citado em ROCHA, 2003, p. 42).

4.4. Do higienismo e as classes especiais

A escola higienista com pretensões de racionalizar a existência humana e ter domínio sobre todo o contingente populacional, esforçava-se por apreender todos os problemas sociais a partir do enfoque da higiene.

Certo de que só pela higiene o homem poderia encontrar o bem-estar físico e moral e evoluir somática e intelectualmente, o grande eugenista brasileiro Renato Kehl (1926, citado em Gondra, 2003, p. 28) definia a higiene como “uma arte” e efetivava a medicina como ciência social:

Arte de conservar a saude, e si é verdade, como diz a sabedoria antiga, que a saude é o primeiro dos bens, a hygiene deve ser a primeira das artes.

Sim é arte e não sciencia; representa a aplicação de todos os conhecimentos com o objectivo coordenado de proteger a saude, prolongando a vida dentro dos limites optimos de sua duração normal. E é arte victoriosa, conseguindo aos poucos expurgar o planeta das pestes, das infecções, sanear regiões insalubres, valorizar o solo e beneficiar a vida humana em todos os sentidos.

⁹ “No Brasil, em geral os colegas, em obediência à lei do menor esforço, aguardam que as idéias e as doutrinas passem primeiro pelo filtro francês para que nos dignemos a olha-las contra a luz [...]” (Juliano Moreira, citado em Oda; Dalgallarrondo, 2000, p. 179).

Mas antes de se tornar uma “arte”, como queria Kehl, os higienistas tiveram que expandir sua área de atuação, pois, aos higienistas do início do século XIX cabia “[...] sanear os esgotos, denunciar a toxicidade de certos produtos industriais, prevenir algumas doenças profissionais, e mesmo fazer o balanço dos perigos da prostituição, [...]” (Castel, 1991, p. 134), portanto, atividades práticas limitadas frente ao projeto com pretensões globalizantes ao qual os higienistas se propunham. Nesse sentido, para atingir seus objetivos, recorrerão ao método de intervenção e às técnicas do movimento alienista, visto que, no decorrer da primeira metade do século XIX, já atingiram a respeitabilidade duvidosa de um poder tipicamente policial, que, conforme nos aponta Rocha (2004, p. 58), em nome do “direito de seqüestrar e aprisionar seus suspeitos da loucura, garantira a possibilidade de realizar os exames de acusados que poderiam redundar em sua inimizabilidade judicial”.

Assim, por meio de sua união com o alienismo, os higienistas transpõem para os meios urbanos os mesmos instrumentos de observação sistemática e as práticas de vigilância que a tecnologia alienista utilizava nos asilos e, com isso, passam a se constituir como poder com legitimação institucional e científica sobre o corpo social a ponto de seus textos estarem na base da construção da cidade contemporânea (SEIXAS, 2005).

Assumindo um parentesco com a nova medicina mental, o higienismo se fundamenta na idéia da existência de uma relação direta – e “intrínseca”, conforme coloca Venâncio (2003, p. 288) – “entre doença, ambiente e sociedade”. Idéia esta que até hoje sustenta certas políticas públicas (MARCOLLA, 2005), principalmente as destinadas aos pobres, criminosos e anormais.

Sua estratégia baseava-se fundamentalmente na idéia de prevenção. Sob essa perspectiva preventiva, a higiene acabou por determinar, como expõe Gondra (2003, p. 28 - 29), “a colonização das instituições e práticas sociais pelo saber médico” incidindo principalmente no espaço íntimo da vida doméstica e nas atividades de professores e

professoras dentro da escola, “[...] apresentando-se como racionalidade que ao recortar o homem em si, nas várias relações com os demais e com o mundo do trabalho, tornava claro que pouco ou nada deveria ser deixado fora de seu alcance. [...]”.

No Brasil, o higienismo encontra seu cerne no processo de urbanização sem planejamento decorrente da industrialização emergente sobretudo no Rio de Janeiro e em São Paulo no final do século XIX e início do século XX (BOARINI; YAMAMOTO, 2004) e a proliferação do poder higienista brasileiro tem como marco a criação do Instituto de Hygiene de São Paulo.

Para Rocha (2003), a produção de discursos científicos a respeito das questões urbanas e de estratégias de intervenção fez com que o Instituto de Hygiene passasse a assumir um lugar de destaque na formulação da política sanitária estadual. Por atuar tanto na formação de professores primários como na formação de agentes de saúde, o Instituto também se tornou um importante espaço para a veiculação da idéia de que o universo escolar era o lugar de aplicação dos ideais higienistas. O Departamento de Higiene Escolar organizou-se nesse contexto sob total influência do Instituto.

Dada a crença na maleabilidade cerebral da criança e, portanto, em sua matéria moldável (ROCHA, 2003), a infância era apontada como o momento ideal para criar hábitos e costumes que permitiriam uma plena higienização dos indivíduos. Nesse sentido, o lugar de instauração de novos hábitos não podia ser outro senão a escola, como vemos no discurso, de 1926, do higienista brasileiro Spinola: “O lemma *health first in the scholl* tem conseguido nos Estados Unidos uma difusão digna da verdade que encerra. E não há melhor terreno e mais propicia oportunidade para implantar estes hábitos de viver sadiamente que o ambiente escolar” (citado em Boarini; Yamamoto, 2004, p. 66).

[...], a educação higiênica era vista por determinados segmentos da sociedade como uma condição essencial para o Brasil alcançar o progresso social e econômico. A escola, por sua vez, era considerada espaço estratégico para a divulgação e a prática da higiene mental e deveria estar orientada para defender a sociedade das patologias, da pobreza e do vício que se alastravam pelo país. (LUCKESI, 2007, p. 57).

Nossos higienistas propunham um programa de disciplinamento da população que fundamentava-se na articulação entre higiene e moral:

Compreende-se que não basta sanear o ambiente. O homem alheio á hygiene é o maior viveiro de germens pathogenicos, e o mais activo popularizador de molestias. Só elle mesmo, pela sua propria vontade, aquecida pela educação moral e orientada pela instrucção hygienica, poderá estancar a fonte morbigena (Almeida Junior, 1922, citado em Rocha, 2003, p. 42).

Nestas circunstâncias, dada a idéia da deficiência mental prever maiores dificuldades em cuidar de si, é reiterada a disposição de separá-la da população. E ao Serviço de Higiene de São Paulo caberá essa função. Foi ele quem deu origem à inspeção médico-escolar. No estado de São Paulo, em 1911, este setor de inspeção foi, segundo Januzzi (1985, p. 32), “responsável pela criação de classes especiais e formação de pessoal para trabalhar com esta clientela”.

Cabia ao médico-chefe do Serviço de Higiene e Saúde Pública, entre suas diversas atribuições, fazer a seleção dos anormais que freqüentavam determinada escola, criar classes e escolas para que fossem atendidos e oferecer orientação técnica aos profissionais que nela atuassem.

Tal serviço encontrava respaldo nos laboratórios de Psicologia recentemente fundados sob a presunção preventiva dos higienistas. Estes laboratórios, principalmente os de São Paulo e Rio de Janeiro, “estudam, adotam divulgam e incentivam a psicometria”, técnica de extrema importância do ponto de vista higienista, pois ela era a ponte pela qual o higienismo poderia se apoiar no prestígio das ciências naturais e em sua metodologia para explicar e prevenir a incidência de desvios da norma. “[...] Uma rápida consulta aos Archivos Brasileiros de Hygiene Mental confirma a importância que os higienistas atribuíam a psicometria. São páginas e páginas expondo inúmeros estudos de validação de testes psicológicos de caráter quantitativo” (BOARINI; YAMAMOTO, 2004, p. 68).

Em 1913, o professor Clemente Quaglio, ligado ao Laboratório de Psicologia Experimental de São Paulo, realizou pesquisas aplicando a escala de inteligência de

Binet/Simon. Os resultados foram publicados sob o sugestivo nome de *A solução do problema pedagógico-social da educação da infância anormal de inteligência*, onde o professor aconselha que os alunos sejam selecionados primeiramente por professores e diretores e que os anormais, identificados nessa seleção, sejam conduzidos à avaliação médica para que o médico os encaminhe aos asilo-escolas ou à classes de escolas especiais (JANUZZI, 1985).

A importância do médico na avaliação do anormal à vista de classes especiais pode ser exemplificada com esta crítica feita por Oliveira (1917, citado em Januzzi, 1985, p. 40):

Veja Exmo Sr. quanto contrasta essa ligeireza, esse açodamento com a prudência e cuidados que recomendam os competentes no exame das crianças. O médico deve ater-se a um rigoroso método de observação da criança, seriar as questões dadas e prolongar o exame quanto possível, a fim de certificar-se de que tocou em todos os pontos característicos. E não é só, adverte que se não examine uma criança qualquer, mas um escolar e que é forçoso contar com a influência da escolaridade. O observador terá em vista não só os estigmas médicos, mas também os estigmas escolares. Nem sempre eu ou o Sr. Quaglio nos sairíamos muito airoso, em casos de primeira espécie.

Alfredo de Magalhães, grande incentivador do movimento eugênico, também evidencia, nos Anais do I Congresso Brasileiro de Eugenia de 1929, o papel da medicina na educação dos anormais:

As grandes linhas de reabilitação do adolescente deformado, física e moralmente, devem ser traçadas pela medicina [...] pode-se mesmo afirmar que é possível descobrir o criminoso antes do crime. Bastaria fiscalizar, rigorosa e sistematicamente, a massa de indivíduos tarados, doentes ou anormais, restringindo sua liberdade, dando-lhes tratamento e educação adequados, tudo de acordo com o resultado do estudo científico da personalidade de cada um (MULLER, 2005, p. 04).

Apesar da organização em torno da Higiene Mental ter se iniciado por volta de 1909, com a criação do Comitê Nacional de Higiene Mental e em 1917 ter ganhado um acentuado apoio com a fundação da Sociedade Eugênica de São Paulo, vemos que sua maior influência se deu em 1923 com a organização da Liga Brasileira de Higiene Mental, a primeira associação de medicina mental da América do Sul, cujos objetivos compreendiam à

“realização de um programa de Hygiene Mental e Eugenetica no domínio das actividades individual, escolar, profissional e social” (citado em Boarini; Yamamoto, 2004, p. 67).

A proposta dos Higienistas Brasileiros não se limitava às prescrições para a vida privada, pelo contrário, se caracterizava sobretudo por disposições de políticas de população para, conforme Luckesi (2007, p. 49), “prevenir o aparecimento de qualquer distúrbio físico, psíquico ou mental considerado inferiorizadores do povo de uma nação que almejava estar entre as grandes do mundo recentemente globalizado”.

Em 1933, é fundada a Seção de Ortofrenia e Higiene Mental no Instituto de Pesquisas Educacionais no Rio de Janeiro, organismo que proporá a instalação de clínicas de higiene mental nas escolas experimentais. Neste mesmo ano, o Código de Educação do Estado de São Paulo preconizava que a “educação dos anormais e todas as questões de anormalidade serão encaminhadas e resolvidas do ponto de vista da íntima colaboração médico-pedagógica” (Revista da Educação, vol II, jun. 1933, em Januzzi, 1985, p. 62).

Para Arthur Ramos, chefe do serviço de higiene mental nas escolas experimentais, que realizou uma pesquisa com 2 mil crianças encaminhadas por professores e diretores destas escolas, publicada em 1935 com o título *A Higiene Mental nas Escolas: Esquema de Organização*, os débeis mentais seriam “caso de classes especiais”. As outras, anormalizadas pelas circunstâncias ambientais, geralmente causas familiares de alcoolismo, abandono, maus tratos, miséria, etc., não necessitariam de separação do ensino comum, embora não prescindissem de atenção cuidadosa de seus mestres (JANUZZI, 1985; 2004).

Em 1931, na classificação que faz a respeito dos anormais, Sabóia, citado em Januzzi (1985, p. 64-65), demonstra a necessidade da educação especial para solucionar o problema que os deficientes mentais representavam à harmonia do conjunto social.

1º grupo: os imbecis, idade mental de 0 a 4 anos. Na maioria internados em instituições apropriadas. 2º grupo: os imbecis com idade mental de 3 a 7 anos. São de trato difícil e constituem um problema social complexo a resolver. São em alguns casos amorais ou imorais. Os tribunais para crianças vivem às voltas com tais casos. 3º grupo: os simplórios e patetas (morons) cuja idade mental vai de 7 a 12 anos. São

na maioria dos casos aproveitáveis. São instáveis e fracassam quando entregues a si próprios. Os melhores resultados são obtidos quando internados em institutos onde recebem educação apropriada. 4º grupo: os que apresentam defeitos de caráter, de vontade, de sentimentos e da moral, embora a inteligência não seja deficiente. Díficeis de guiar. São os inválidos morais de certos autores. O diagnóstico precoce, treinamento e educação, muito conseguem quando realizados em tempo, prevenindo o prejuízo inevitável que acarreta para a ordem social quando tais casos não são reconhecidos.

Assim, quando surgiu a problemática da seleção dos alunos deficientes mentais das classes escolares no Brasil do início do século XX, o que se observa é uma preocupação com a possibilidade de que estes se tornem improdutivos e, portanto, parasitários num sistema onde todos devem ser aproveitados e as diferenças dominadas e escalonadas.

Neste sentido, Thomas V. Santos, no Anuário de Ensino do estado de São Paulo de 1917 (citado em Januzzi, 1985, p. 43), coloca quase que profeticamente:

As sociedades de amanhã serão caracterizadas por um rigoroso espírito de seleção, de diferenciação funcional, de modo a designar a cada indivíduo a sua órbita de ação para a harmonia do conjunto. Ai dos resíduos! Ai dos parasitas! Cada um valerá o que produzir.

No livro de Basílio de Magalhães, exemplo clássico da influência da Teoria da degenerescência e do higienismo no Brasil, datado de 1913, e que embasou o pensamento a respeito da anormalidade e sua relação com a educação na década de 1910, vemos que a educação especializada proposta pelo autor tinha como objetivo a manutenção da ordem, “pois que evitaria a germinação de criminosos, desajustados de toda a espécie” (citado em Januzzi, 1985, p. 48).

Em 1925, o médico Henrique Roxo, citado por Muller (2005, p. 05) deixa claro que, sob seu ponto de vista, a educação dos anormais deve ser um método de âmbito preventivo e, ao mesmo tempo, de segurança pública, voltado para a produtividade:

Retirados do meio em que nasceram, tratados e assistidos em escolas e reformatórios, dispondo de ar, luz, medicamentos, e de mais condições de saúde física e moral, facilmente se conseguirá a transformação desses indivíduos tarados em elementos eficientes e dignos de viver em sociedade.

Na década de 1930, o educador Norberto Souza Pinto também se refere à necessidade de uma educação voltada à utilidade do deficiente mental na sociedade. Em suas palavras, citadas em Januzzi (1985, p. 67), as crianças anormais eram “crianças com o cérebro

totalmente vazio, sem uma idéia, sem noção de coisa alguma; impedidos de serem úteis à pátria e à família”. A educação, a seu ver, tinha como finalidade o auto-sustento do anormal e a facilitação de seu convívio social. A alfabetização era necessária “para facilitar as habilidades que os integrariam na produção”.

Portanto, é preciso dizer que a educação especial, quando germinou no Brasil não respondia à avaliação das necessidades do deficiente referentes ao exercício de sua cidadania social ou ao desenvolvimento de suas potencialidades pessoais. Bem diverso disso, estavam vinculadas a disposições preocupadas em que o deficiente não fosse economicamente improdutivo e não representasse perigo ou ameaça a ordem de uma política de população.

Sob esta preocupação higienista são organizadas as primeiras instituições de cuidados para deficientes mentais.

4.5.Das agremiações assistenciais e suas escolas especiais

No Brasil, as associações filantrópicas voltadas aos anormais vinham se organizando desde a década de 1930. A partir de 1950 elas foram se tornando mais sustentáveis, os serviços particulares de atendimento foram agregando pessoas interessadas no problema da deficiência mental e tais associações passaram a se agremiar em grandes Federações, como é o caso da Federação Nacional das Apaes (Fenapaes) de 1963, da Federação Nacional da Sociedade Pestalozzi (Fenasp) de 1971 e da Federação Brasileira de Instituições de Excepcionais de 1974.

Tanto o Instituto Pestalozzi, a primeira associação, fundada em 1935, para atender “toda uma variedade de alunos que não correspondiam aos parâmetros da ordem da moral existentes na sociedade e institucionalizados na escola” (JANUZZI, 1985, p. 90), como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, a APAE, “destinada a promover o bem estar

dos excepcionais” (FENAPAES, 2001, p. 16), têm sua genealogia no interior dos ideais e práticas higienistas.

4.5.1. Helena Antipoff e a Sociedade Pestalozzi

Com um extenso currículo na área de triagem e avaliação de escolares, a educadora e psicóloga Helena Antipoff veio convidada ao Brasil pelo governo de Minas Gerais para atuar na reforma do ensino daquele estado.

Em Belo Horizonte, lecionou na recém-fundada Escola de Aperfeiçoamento de Professoras, onde era oferecido às professoras primárias um curso com noções de psicologia experimental e de psicologia da criança, ao final do qual, as professoras recebiam o título de “pedagogas especialistas”.

Lá, Antipoff pregou e promoveu a idéia de homogeneização das classes de escolas públicas, separando as crianças por seus interesses e aptidões. Por razões óbvias, durante o processo de avaliação de interesses dos escolares, acabou se deparando com o que Lourenço (2000, p. 25) chamou de “[...] um grande contingente de crianças portadoras dos mais diversos graus e tipos de necessidades especiais colocadas em classes comuns”.

À época, as classes especiais já estavam previstas na legislação brasileira, entretanto, segundo Januzzi (1985, p. 74), “[...] não havia preocupação com tais crianças no panorama nacional”, demonstrando uma incoerência de conteúdo legal uma vez que, ao mesmo tempo em que escolas ou classes para os sujeitos anormais estavam previstas na lei, ela também os isentava da obrigatoriedade escolar.

Assim, Antipoff passou a se dedicar à criação de classes especiais nas escolas públicas de Minas Gerais e ao desenvolvimento de métodos de educação destinados a essa população excepcional, selecionando e distribuindo os alunos de acordo com suas necessidades e graus

de desenvolvimento físico e mental – vale lembrar aqui que Helena Antipoff foi estagiária no laboratório de Binet e Simon. Sua disposição de separar para tratar – ou educar, corrigir – já estava presente nas prescrições higienistas.

Conforme Lourenço (2000, p. 26), o método privilegiado nas classes especiais de Antipoff era o da “ortopedia mental”, segundo o qual determinados exercícios lúdicos tinham como meta a melhoria das capacidades intelectuais e a cura dos desvios que os anormais apresentavam. “A educação era então vista como um meio de evitar que a anormalidade trouxesse influências nocivas para a sociedade”.

Entretanto, os resultados dessa batalha por classes especiais não produziu os resultados previstos. Nesse sentido, Lourenço (2000, p. 26), coloca que

o resultado destas propostas não foi outro senão a segregação das crianças excepcionais, o que se deu em vários níveis. Não só na separação das crianças em classes diferentes, mas no pouco interesse que estas classes despertaram nas professoras, o que implicou no não atendimento das propostas de uma educação especial – exatamente o oposto do esperado.

Então, buscando alternativas para complementar o treinamento de suas professoras, o diagnóstico e o atendimento oferecidos pelo Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento, Antipoff organiza a Sociedade Pestalozzi, que passa a desenvolver uma atuação junto aos consultórios de médicos simpatizantes.

Na primeira publicação da Sociedade Pestalozzi, nos Arquivos Brasileiros de Higiene Mental, de 1933, são evidenciadas a missão higienista da instituição e a compreensão da anormalidade como algo inerente ao organismo do anormal. Segundo a publicação, a Sociedade Pestalozzi destina-se a “proteger a infância anormal e preservar a sociedade e a raça das influências nocivas da anormalidade mental” e considera anormal aquele que, “por sua condição hereditária, ou acidentes mórbidos ocorridos na infância, não pôde, por falta de inteligência, ou distúrbios de caráter, adaptar-se à vida social com os recursos comuns ministrados só pela família, ou pela escola pública primária” (FATOS E COMENTÁRIOS, 1933, p. 329 e 330). Para a Sociedade Pestalozzi, conforme o mesmo documento, a educação

seria o caminho adequado para que a criança anormal, “pesasse o menos possível à sociedade”.

Em 1940, em decorrência da mudança do conceito que tinha a respeito das deficiências¹⁰, Antipoff compra, com verbas angariadas pela Sociedade Pestalozzi, a Fazenda do Rosário que passa a funcionar como sede da Sociedade e a atender “às crianças com dificuldades de aprendizagem, desajustamentos de conduta, problemas psicomotores, retardados, nervosos, psicastênicos, surdo-mudos” provindos dos grupos escolares e do Abrigo de Meninos Afonso de Moraes (JANUZZI, 1985; 2004).

Conforme a própria Antipoff, citada em Lourenço (2000, p. 27), a escola da Fazenda do Rosário se destinava a crianças e adolescentes desviantes das normas mentais, físicas ou sociais:

Crianças e adolescentes que se desviam acentuadamente para cima ou para baixo da norma de seu grupo em relação a uma ou a várias características mentais, físicas ou sociais, ou qualquer destas de forma a criar um problema essencial com referência à sua educação, desenvolvimento e ajustamento ao meio social.

A localização deste instituto escolar guardava a inspiração bucólica do campo que sempre esteve tão presente no ideário manicomial e prisional. Nas palavras de Antipoff (em Lourenço, 2000, p. 27):

Escolas para excepcionais devem ser localizadas fora das cidades. O local natural é o campo. Espaços mais largos permitem movimentos mais amplos. Os ritmos de vida são ali mais regulares: o sol, melhor que o relógio, e os sinos marcam as horas, convidando ao trabalho e ao sono. [...] A estética do ambiente é o fundo no qual se perfilarão as ações dos adolescentes. Esses, rapidamente, eles mesmos ou com o auxílio dos educadores, procurarão a harmonia, fugindo do chocante visível e da cacofonia das discordâncias. E assim paulatinamente, se aproximam das regras da vida social e moral.

Essa prática de deposição de deficientes em colônias rurais não é nova, mesmo à época. Podemos encontrá-la, segundo Pessoti (1984), já no início do século anterior ao de Antipoff, com Guggenbuhl e sua colônia para cretinos e idiotas sobre uma montanha de

¹⁰ Antipoff adota uma nova vertente de conceituação da deficiência mental. Ela deixa de perceber essa categoria como uma patologia do organismo do deficiente (conceituação organicista) e passa a compreendê-la sob a óptica ambiental, segundo a qual o ambiente em que a criança está inserida tem relação direta com o desenvolvimento de sua deficiência.

Abendberg que serviu de modelo para numerosas instituições análogas. Também nos Estados Unidos, no século XX, com Goddard, grande defensor do tratamento eugênico da deficiência mental, esta proposta de colônia prosperou como uma alternativa econômica e eficaz para os males financeiros que os débeis mentais poderiam causar ao meio social:

Se fossem construídas colônias em número suficiente para todos os casos de debilidade mental existentes na comunidade, elas assumiriam boa parte das atribuições das casas de caridade e dos cárceres hoje em funcionamento e reduziriam sensivelmente a população de nossos manicômios. Essas colônias permitiriam que se evitassem as perdas anuais de propriedade e vidas provocadas por essas pessoas irresponsáveis, o que representaria uma economia de recursos suficiente para custear todos, ou quase todos, os gastos necessários à construção dos novos edifícios.

Mas voltemos ao Brasil.

Atualmente, o movimento pestalozziano congrega mais de 200 instituições filiadas à sua Federação Nacional (FENASP). Entre os serviços oferecidos estão a assistência médico-social, a assistência educacional e a formação de recursos humanos voltados para o atendimento de pessoas com deficiência mental. Aos olhos da ex-presidente da FENASP, Lizair de Moraes Guarino, “instituições como a Pestalozzi preenchem uma lacuna de serviços que devem ser prestados pelo Estado, como dar educação, assistência social e reabilitação aos portadores de deficiência” (ASSOCIAÇÃO PESTALOZZI DE NITERÓI, 2004, s/p.).

Fundamentado no pensamento de Antipoff, o trabalho desenvolvido pela Sociedade Pestalozzi baseia-se na complacência aos pobres:

Passados 80 anos desse movimento em um país que está sempre em busca do novo, sem olhos para o passado, vale a pena ver o quanto de atual existe no pensamento de Helena Antipoff: “É preciso diminuir o sofrimento de todos, principalmente das crianças. Estou muito preocupada com a situação de meninos e meninas que passam fome e chegam à escola, aos sete anos, como se tivessem apenas cinco. São subdesenvolvidos em todos os aspectos. São crianças de uma área que não é nem rural nem urbana. São das casas que existem em toda a parte, como as favelas, próximas da Fazenda do Rosário. São moradias miseráveis. E o pauperismo agudo, que gera outros males sociais, como o alcoolismo, a criminalidade e a prostituição. São estas crianças que merecem um tratamento especial”.

É a partir desse pensamento que o movimento pestalozziano trabalha no Brasil, buscando um país mais justo e igualitário, sem exceções. (ASSOCIAÇÃO PESTALOZZI DE NITERÓI, 2005a, s/p.).

Não tivemos acesso ao número de pessoas atendidas por todas as associações filiadas a FENASP, entretanto, segundo o Jornal da Pestalozzi (ASSOCIAÇÃO PESTALOZZI DE

NITERÓI, 2005b, s/p.), oitenta por cento das pessoas com deficiência matriculadas no sistema de ensino brasileiro estão sob os cuidados da Pestalozzi e das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAEs).

4.5.2. As Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAEs)

Em julho de 1954, a americana Beatrice e seu marido George Bemis, pais de uma criança com síndrome de Down e membros da National Association for Retarded Children (NARC), organizada nos Estados Unidos em 1950, fundadora de mais de duzentos e cinquenta associações para pais de pessoas com deficiência nos Estados Unidos na época, realizam, na antiga Guanabara, atual Rio de Janeiro, um encontro entre pais, mestres e interessados na questão da deficiência com fins de congregar interesses e efetivar a participação familiar no trabalho realizado com as pessoas deficientes (FENAPAES, 2005a; 2001).

Desse encontro, na embaixada americana, onde foi exibido um filme sobre crianças deficientes mentais, formou-se uma comissão coordenadora provisória com a finalidade de, entre outras, descrever os objetivos da associação, criar um nome para a mesma, organizar fichário de endereços das pessoas inscritas na associação e de montar um questionário para pais de pessoas com deficiência mental. Segundo o histórico apresentado na proposta orientadora de ações educacionais da Federação Nacional das APAE's, esse encontro com Beatrice Bemis proporcionou a primeira discussão da questão da deficiência com familiares no Brasil. No mesmo ano, em 11/12/1954, foi fundada a primeira APAE destinada a “promover o bem-estar dos excepcionais” (FENAPAES, 2001). Já em 1955, num prédio colocado à disposição pela Sociedade Pestalozzi no Rio de Janeiro, foi criada a primeira escola para crianças excepcionais da APAE (FENAPAES, 2005a).

Logo em seu início, percebemos que a questão da improdutividade dos deficientes mentais é motivo de preocupação para os pioneiros apaeanos:

A entidade passou a contar com a sede provisória onde foram criadas duas classes especiais, com cerca de vinte crianças. A escola desenvolveu-se, seus alunos tornaram-se adolescentes e necessitaram de atividades criativas e profissionalizantes. Surgiu, assim, a primeira oficina pedagógica de atividades ligadas à carpintaria para deficientes no Brasil [...] (FENAPAES, 2005a, p. 2).

A APAE, a partir de então, passa a ser mantenedora de várias escolas para deficientes mentais, como é o caso da “escolinha para crianças excepcionais” de São Paulo, fundada por iniciativa de pais e profissionais, “principalmente médicos” (FENAPAES, 2001, p. 17).

Assim, de 1954 a 1962, já existiam dezesseis APAEs espalhadas por vários estados do país.

Em decorrência dessa proliferação de APAEs pelo país, os dirigentes apaenos e o médico psiquiatra Stanislau Krynsky (líder do movimento) “sentem a necessidade de criar um organismo nacional” (FENAPAES, 2005a, p. 2) e, assim, é constituída a Federação das APAE’s, em 10/11/62, que teve e tem como objetivo articular e facilitar o intercâmbio de idéias a respeito da deficiência mental e seu tratamento.

Em conformidade com o Histórico do Movimento das APAEs (FENAPAES, 2005b), além da articulação e do intercâmbio, a Federação objetiva também centralizar e uniformizar o atendimento prestado ao deficiente mental:

O Estatuto das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAEs, constitui-se no instrumento legal da mais relevante importância, é o ato constitutivo, espécie de contrato, que estabelece os princípios institucionais da entidade e normatiza todos os atos, atividades, organização e fixa todas as disposições que as irão reger.

O que garante a permissão, a autorização do uso do símbolo, da sigla e marca APAE, patentes da Federação Nacional das APAEs, às entidades filiadas, é a adesão e aceitação expressa ao Estatuto padrão.

É esta fidelidade estatutária que garante a harmonia e a existência do Movimento das APAEs.

O “movimento apaeano” se expandiu de forma a contar hoje com cerca de 2000 escolas especiais no país, que, segundo o Relatório de Serviços da Federação (FENAPAES, 2005c) atende aproximadamente 240 mil pessoas identificadas como deficientes mentais.

Ainda, segundo a instituição (FENAPAES, 2001, p. 20), suas ações estão voltadas “à defesa de direitos, à participação das famílias e dos próprios portadores de deficiência, bem como à prestação de serviços”. E suas escolas abrangem as áreas: educacional, saúde, assistência social, esporte, cultura e lazer e trabalho.

Em conformidade com a idéia de que “em termos gerais, o deficiente precisa mais de proteção não só familiar mas social, dos que não apresentam deficiência” (KRINSKI et al., 1962, p. 57), a filosofia norteadora das APAEs se reflete na figura adotada como símbolo das APAEs: uma flor ladeada por duas mãos em perfil, desniveladas, “uma em posição de amparo e outra de orientação” (FENAPAES, 2001, p. 18).



Assim, a característica central das APAEs, apontada pela Federação (FENAPAES, 2005a, p. 02), consiste no assistencialismo e na filantropia, relacionando-se, portanto, à questão da benevolência e da piedade aos anormais:

A Federação, a exemplo de uma APAE, se caracteriza por ser uma sociedade civil, filantrópica, de caráter cultural, assistencial e educacional [...].

[O movimento apaeano] É o maior movimento filantrópico do Brasil e do mundo, na área [...]. Este crescimento vertiginoso se deu graças a atuação da Federação Nacional e das Federações Estaduais, que, seguindo a mesma linha filosófica da primeira, permitiram e incentivaram a formação de novas APAEs. Estas [...] sensibilizam a sociedade em geral, bem como viabilizam os mecanismos que garantam os direitos da cidadania da pessoa portadora de deficiência.

A persistência dos ideais filantrópicos da origem das APAEs é encontrada ainda nos esclarecimentos a respeito do logotipo de comemoração dos cinquenta anos da Federação:



O logo foi desenvolvido com a consciência de que a APAE tem sustentado todo o seu trabalho com base na solidariedade e no amor.

E nada melhor para simbolizar esses sentimentos do que o "coração", que transmite, por si próprio, toda a virtude, a bondade e a índole desse órgão que trabalha há 50 anos em prol da humanidade.

Solidariedade é um compromisso pelo qual as pessoas se obrigam umas pelas outras, por possuírem a virtude da caridade e da sensibilidade moral (FENAPAES, 2005a, p.

04 – grifos do autor).

No Planejamento Estratégico (FENAPAEs, 2008) que norteia a atual gestão da Federação Nacional das APAEs percebe-se que a interconexão entre a Medicina, a Pedagogia, a Família e o Direito oferece viabilidade à instituição para que esta possa intermediar o processo de inclusão social do deficiente, tornando possível, por meio da superação das supostas insuficiências inerentes ao corpo deficiente, “a conquista de espaços de respeito e participação”:

Nossa missão está alicerçada em três pilares: defesa de direitos, impedindo a discriminação e educando a sociedade para abolí-la; apoio à família, para que ela possa ter toda lucidez para sustentar a dignidade de seus filhos; e promoção de serviços, que venham garantir as pessoas com deficiência os instrumentos que necessitam para superar suas limitações. (p. 01)

Sintonizada com este novo momento e com os ideários da inclusão social dessas pessoas, a Federação Nacional das APAEs pretende ampliar e incentivar as suas entidades filiadas a ocuparem os espaços de discussão a respeito do tema e como parceiras das escolas comuns ou especiais, disponibilizar sua experiência de trabalho e juntas levar a toda comunidade escolar, o apoio e as ajudas que fizerem necessárias, para que a inclusão seja uma realidade. (p.26)

Os tempos atuais exigem, também, de todos os dirigentes, a busca cada vez maior de informações e conhecimentos, imprimindo gestões competentes e transparentes, atendendo, assim, aos anseios das pessoas com deficiência, que esperam de nós ajuda para a conquista de espaços verdadeiros de respeito e participação (p.41).

Assim, mesmo com a entrada do conceito de “inclusão social” que, de certa forma, poderia representar um risco à autoridade das instituições de cuidado - uma vez que os discursos atuais propõem a saída do deficiente das escolas especializadas introduzindo-o em escolas regulares (BRASIL/MPF, 2004) -, observamos que ainda persistem, nestas instituições, os discursos de onipotência sobre a pessoa deficiente. Elas mantêm a pretensão de falar pelo deficiente, de responsabilizar-se por sua vida e, como diria Antipoff há mais de 80 anos, “diminuir-lhe o sofrimento”. Mesmo que, em hipótese, o deficiente não esteja mais restrito ao espaço da escola especial, o direito à palavra lhe é subtraído como em todas as outras épocas.

É Zeus transformado em bovino, mas sempre Zeus.

O excepcional, ou seja, este homem, não pode ser aprisionado na cristalização dos contornos e modelos que o circunscrevem, tampouco no valor do rótulo que codifica suas condutas, pois esta categorização impede e aprisiona outros acontecimentos, e são justamente estes que comportam tudo o que ainda não foi pensado, tudo o que ainda não é, tudo o que poderia vir a ser.

(Sonia França)

5. SOBRE A NORMA E OS DISCURSOS DA INCLUSÃO

Os estudos a respeito da história da deficiência mental, ou se preferirmos, do atendimento pedagógico a seus supostos portadores, costumam distinguir quatro períodos de atendimento a essa população a partir da era cristã. O primeiro seria marcado pelo primado quase exclusivo de uma relação de caridade; o segundo se caracterizaria pela institucionalização daqueles identificados como deficientes mentais em asilos e manicômios; o próximo estágio, por sua vez, é denominado educacional, onde foram desenvolvidas escolas e classes especiais num sistema paralelo ao sistema educacional comum; finalmente, o quarto estágio refere-se à integração e, posteriormente, à inclusão dos deficientes em classes comuns da rede regular de ensino (PESSOTI, 1984; MENDES, 1996, 2001; 2006; GLAT *et al*, 1998; MIRANDA, 2003).

Mas, ao observarmos os números apresentados pelas Federações Nacionais das APAEs e Sociedades Pestalozzis do Brasil, principais representantes da educação especial no país, notamos que o quarto estágio a que os estudos acima referem ainda é uma quimera no Brasil. Segundo o *Jornal da Pestalozzi* (ASSOCIAÇÃO PESTALOZZI DE NITERÓI, 2007), 380 mil crianças em idade escolar ainda permanecem sob os cuidados das escolas especiais mantidas pelas APAEs e pela Sociedade Pestalozzi. Acrescem-se a esses números os atendimentos realizados nas áreas de saúde e de assistência social - só as APAEs, no ano de 2004, totalizaram cerca de 300 mil atendimentos/mês nessas áreas (FENAPAES, 2005c).

Desta forma, é forçoso perceber que a inclusão social da deficiência mental não é algo que possa ser considerado como em franco exercício. As instituições especializadas ainda se apresentam como as principais responsáveis pelo atendimento ao excepcional no Brasil. Diante disto, nos propomos a verificar como se colocam os atuais discursos a respeito da inclusão social da deficiência mental e a contrapô-los com o poder normativo, tão bem representado pelas instituições de cuidado destinadas aos deficientes mentais.

5.1. Breve histórico da inclusão

A partir da década de 1970, um novo paradigma começa a se estabelecer na área não só da deficiência mental como das deficiências como um todo: a filosofia da normalização e da integração. Este novo paradigma encontrou argumentos morais para se fundamentar principalmente nos movimentos sociais dos anos 60 de luta pelos direitos humanos que fizeram da segregação de grupos com status minoritários uma prática intolerável (BATISTA; ENUMO, 2004; MENDES, 2006).

Um segundo elemento que veio influenciar essa mudança na lógica de atendimento da população deficiente foi o alto custo de manutenção dos programas educacionais paralelos para pessoas deficientes em plena crise mundial do petróleo. Para Mendes (2006, p. 388), “a partir da década de 1960, passou a ser também conveniente adotar a ideologia da integração pela economia que elas representariam para os cofres públicos”.

A idéia de integração é consequência fundamental da proposta de normalização, elaborada em 1972 por um grupo de profissionais escandinavos, liderados por Wolfensberg.

Na normalização eram questionados as limitações e os abusos impostos pelas instituições residenciais e se defendia a idéia de que todas as pessoas com deficiência tinham o direito inalienável de participar, experienciar e usufruir condições de vida o mais comum ou “normal” possível e de ter oportunidades iguais de participação nas atividades partilhadas por grupos de idades equivalentes. Vale acrescentar que Wolfensberg acreditava que “[...] ambientes adequados seriam aqueles vivenciados pelos indivíduos coetâneos considerados normais” (MENDES, 2006, p. 389).

As noções de integração e de normalização difundiram-se rapidamente em alguns países da Europa, assim como no Canadá e nos Estados Unidos. Neste, em 1977, foi promulgada uma lei que assegurava educação pública a todas as crianças consideradas deficientes, dando-se preferência pelos serviços minimamente restritivos.

No Brasil, a partir de 1970, em decorrência da ampliação do acesso à escola e o conseqüente aumento do fracasso escolar, são implantadas classes especiais nas escolas comuns sob a responsabilidade dos estados, instituindo-se, desta forma, a educação especial no país concomitantemente com o auge do princípio da normalização no contexto mundial.

Na década de 80, em âmbito mundial, observamos uma acentuação dos discursos sobre os direitos das pessoas com deficiência. Nesse período a ONU elaborou vários planos de ação em resoluções nas quais instou os países membros a priorizar programas e atividades voltados para a garantia de direitos dessa população e proclamou o período de 1983 a 1992 como Década das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas (resolução 37/53 de 03/12/82) buscando orientar mudanças na sociedade de uma forma geral.

Em 1988, em consonância com o movimento mundial de defesa e garantia de direitos, a *Constituição da República Federativa do Brasil* garante a igualdade de condições de acesso e permanência, “preferencialmente”, em escolas regulares (BRASIL, 1988):

Art. 206 - O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios:

I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;

Art. 208 – O dever do Estado com a Educação será efetivado mediante garantia: III – de atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino.

Em outubro de 1989, o então presidente da República, José Sarney, sanciona a lei nº 7.853 de 24/10/89, cuja emenda dispõe a respeito da integração social das pessoas portadoras de deficiência, sendo “[...] entendida a matéria como obrigação nacional a cargo do Poder Público e da sociedade” (BRASIL, 1989).

O Brasil segue um movimento mundial de integração, principalmente no âmbito escolar: A *Convenção sobre os Direitos da Criança* (adotada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 20/11/1989) prevê que os Estados assegurem os direitos de todas as crianças sob sua jurisdição indistintamente. A *Declaração Mundial “Educação para Todos”* (da qual o Brasil é signatário), resultante da Conferência Mundial sobre Educação para

Todos, realizada na Tailândia em 1990, por sua vez, assegura o direito à educação de todos os indivíduos, independentemente das diferenças individuais.

Em 14 de dezembro de 1990, a ONU lança uma nova resolução (nº 45/91 de 14/12/90) na qual propõe uma sociedade para todos com meta de efetivação até 2010.

O princípio de inclusão, então, é apontado, em 1994, numa nova conferência, da qual resulta a *Declaração de Salamanca sobre Princípios, Política e Prática em Educação Especial*, tida como o mais importante marco da filosofia da educação inclusiva:

As crianças e jovens com necessidades educativas especiais devem ter acesso às escolas regulares, que a elas devem se adequar através duma pedagogia centrada na criança, capaz de ir ao encontro destas necessidades (ONU/UNESCO, 1994).

Neste contexto, em 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996), que define e regulariza o sistema educacional brasileiro, é reformulada baseando-se no princípio do direito universal de educação para todos. Nela são reiterados os princípios constitucionais de “igualdade de condições para o acesso e permanência na escola” (art. 3º, inciso I) e a garantia de atendimento educacional especializado preferencialmente na rede regular de ensino (art. 4º, inciso III). Nesta lei, pela primeira vez na história das LDBs, o tema “educação especial” surge como capítulo exclusivo.

Para Ferreira (1998), o fato de a LDB de 1996 haver reservado um capítulo para a educação especial é relevante, uma vez que essa área foi, até então, pouco contemplada no conjunto das políticas públicas brasileiras. Para ele ainda, a referência específica em uma lei geral da educação, mesmo que não fosse na forma de capítulo, já se constitui como algo de grande valia visto que, até então, a educação das pessoas com deficiência permanecia revestida de um caráter assistencialista e caritativo.

Em 1999, mais um decreto (nº 3.298/99) a respeito da integração da pessoa com deficiência é promulgado no Brasil (BRASIL, 1999). Esse decreto dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências entre as quais podemos destacar “o estabelecimento de

mecanismos e instrumentos legais e operacionais que assegurem às pessoas portadoras de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos” (art. 5º inciso II) e a inclusão da “pessoa portadora de deficiência, respeitadas as suas peculiaridades, em todas as iniciativas governamentais relacionadas à educação, à saúde, ao trabalho, à edificação pública, à previdência social, à assistência social, ao transporte, à habitação, à cultura, ao esporte e ao lazer” (art. 6º inciso III).

No parecer de Mendes (2006, p. 398), apesar de a legislação brasileira prever a educação como direito de todos e amparar a possibilidade de acesso à escola comum, ela “[...] não define obrigatoriedade e até admite a possibilidade de escolarização que não seja na escola regular”. Sendo assim, ainda segundo a autora, durante quase três décadas, até a emergência do discurso da educação inclusiva, o Brasil vivenciou uma política de “integração escolar” que só fez acentuar a segregação escolar por meio da colocação de alunos indesejados em classes especiais e em instituições privadas de educação especial.

Em 2001, na Guatemala, é celebrada a *Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Pessoa Portadora de Deficiência*.

Baseado nessa Convenção e com o objetivo de “[...] divulgar os conceitos mais atuais e adequados às diretrizes mundiais de inclusão da pessoa com deficiência na área educacional” (BRASIL/MPF, 2004, p. 05), em 2004, o Ministério Público Federal (MPF), com o apoio da Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação (SEESP/MEC), lançou o documento *O acesso de alunos com deficiência às escolas e classes comuns da rede regular*, no qual a inclusão escolar de pessoas com deficiência é vista sob a óptica do direito.

Nesse documento são discutidos, entre outros, os aspectos jurídicos da inclusão escolar, ou seja, são especificadas as leis da Constituição Federal, a LDB e as inovações trazidas pelo Decreto 3.956/2001 (estabelecido pela Convenção da Guatemala).

Um sub-item que vale ser destacado nesse documento refere-se ao que trata “Sobre a necessária evolução interpretativa de outras normas: integração X inclusão”. Nele fica esclarecida a diferença fundamental entre inclusão e integração e são checadas as leis 7.853/89, o Decreto 3.289/99 e outras normas sob um ponto de vista histórico. Para os autores do documento, tais leis “[...] refletem uma época histórica em que a integração esteve bastante forte, principalmente no Brasil” (BRASIL/MPF, 2004, p. 22), e, por isso, deve-se considerar alguns termos utilizados nessas normas - “sempre que possível”, “desde capazes de se adaptar” - numa perspectiva inclusiva, como que se referindo “a pessoas com severos comprometimentos de saúde” ou “em estado de vida vegetativa” (BRASIL/MPF, 2004, p. 22).

Para alguns autores, como Mendes (2006, p. 400), essa, assim como outras iniciativas da SEESP, prejudica o processo de construção de uma inclusão escolar contextualizada com as reais necessidades da população brasileira. Para eles, especificamente no caso do documento *O acesso de alunos com deficiência às escolas e classes comuns da rede regular*, são reforçados “[...] os pressupostos da inclusão total, desconsiderando assim a posição de grande parte dos pesquisadores, prestadores de serviços, das famílias e dos próprios indivíduos com necessidades educacionais especiais”. O fato é que, com esse documento, a inclusão escolar no Brasil assume o caráter de exigência legal e a questão vem à tona de forma mais incisiva.

O tema da inclusão social, no Brasil, vinculou-se rapidamente à idéia de inclusão escolar. A inclusão social encontrou na educação um campo de aplicação prática (MENDES, 2006) e aparece como propulsora da possibilidade de uma nova escola (MICHELS, 2006). Entretanto, ainda há muito o que fazer para que de fato a escola se torne o *locus* da inclusão. Em sua pesquisa a respeito da radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil, Mendes (2006, p. 397) aponta que a grande maioria das pessoas consideradas como com

necessidades educacionais especiais encontra-se fora de qualquer sistema educacional e acrescenta:

Os poucos alunos que têm tido acesso [à escola] não estão necessariamente recebendo uma educação apropriada, seja por falta de profissionais qualificados ou mesmo pela falta generalizada de recursos. Além da predominância de serviços que envolvem, desnecessariamente, a segregação escolar, há evidências que indicam um descaso do poder público, uma tendência de privatização (considerando que a maioria das matrículas está concentrada na rede privada, mais especificamente em instituições filantrópicas) e uma lenta evolução no crescimento da oferta de matrículas, em comparação com a demanda existente.

5.2. Inclusão social

Ao analisarmos os discursos sobre direitos de igualdade a partir das resoluções da ONU, principalmente das décadas de 80 e 90, observamos que aquilo que hoje convencionou-se chamar “inclusão social” se refere a um processo que implica em profundas modificações no meio social de forma que nele seja admitida e respeitada toda a diversidade humana que o compõe.

A inclusão social traz no seu bojo a equiparação de oportunidades, a mútua interação de pessoas com e sem deficiência e o pleno acesso aos recursos da sociedade. [...] Dessa forma, lutar a favor da inclusão social deve ser responsabilidade de cada um e de todos coletivamente (MACIEL, 2000, p. 56).

A chamada inclusão social, portanto, trata da ação de igualar em condições de oportunidades pessoas com e sem deficiência de maneira que todos, sem exceção, tenham efetiva participação nos diferentes aspectos da vida social. Nesse sentido, a inclusão social tem relação direta com a efetivação dos direitos humanos, da democracia e da cidadania:

A sociedade inclusiva tem como principal objetivo oferecer oportunidades iguais para que cada pessoa seja autônoma e auto-suficiente. Portanto, esta sociedade é democrática e reconhece todos os seres humanos como livres e iguais e com direito a exercer sua cidadania. (FEBRABAN, 2006, p. 09)

Na perspectiva da inclusão, pessoas com deficiência passam a exercer cidadania, organizadas na luta pelos seus direitos, buscando cada vez mais a autonomia, liberdade de escolha e vida independente. (SHIMONO, 2008, p. 26)

[...] um movimento mundial, denominado inclusão social, que implicaria a construção de um processo bilateral no qual as pessoas excluídas e a sociedade buscam, em parceria, efetivar a equiparação de oportunidades para todos, construindo uma sociedade democrática na qual todos conquistariam sua cidadania, na qual a diversidade seria respeitada e haveria aceitação e reconhecimento político das diferenças (MENDES, 2006, p. 395).

5.3. A norma e a inclusão

No curso ministrado no Collège de France, no período entre 1975 e 1976, Foucault (1999) desenvolve a hipótese de que um dos fatos fundamentais do século XIX foi a assunção de um poder que se dirige aos homens, não mais como corpo individual, mas em sua multiplicidade, enquanto massa global. Essa nova técnica de poder, a que chamou de “biopoder”, se aplica à vida do homem enquanto ser vivo, enquanto espécie e se exerce positivamente sobre a ela.

Neste sentido, o biopoder se incumba de gerir, de ordenar a vida e “[...] de sobre ela exercer controles precisos e regulações de conjunto” (EWALD, 2000, p. 77), de forma que ela seja otimizada, multiplicada.

Essa nova perspectiva do poder introduz mecanismos reguladores que “vão poder fixar um equilíbrio, manter uma média, estabelecer uma espécie de homeostase, assegurar compensações” (FOUCAULT, 1999, p. 293) e, para isso, recorrerão à norma como instrumento para regular os corpos e as populações.

Em seu projeto de gestão sobre a vida, a Modernidade contará com determinados saberes e instituições para legitimar a normalização do espaço social.

Entre os saberes que oferecem conteúdo à norma e, portanto, dão sustentação ao processo de distribuição e de controle dos corpos, normalizando o espaço social, estão a Medicina e as Ciências Humanas que, por meio de seus procedimentos tecnológicos, farão existir uma norma que permitirá avaliar a conduta humana e classificar os indivíduos.

Dessa forma, a norma começa a ser institucionalizada como se esta se derivasse, como verdade, dos próprios objetos e não de uma intervenção sobre eles. A partir de então, essa tendência normativa vai ordenar e oferecer conteúdo às várias esferas da vida humana, cumprindo amplamente as funções de verdade:

[...] somos igualmente submetidos à verdade, no sentido de que a verdade é a norma; é o discurso verdadeiro que, ao menos em parte, decide; ele veicula, ele próprio propulsa efeitos de poder. Afinal de contas, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a tarefas, destinados a uma certa maneira de viver ou a uma certa maneira de morrer, em função de discursos verdadeiros, que trazem consigo efeitos específicos de poder (FOUCAULT, 1999, p. 29).

Nessa sociedade, a qual Foucault (1999, p. 46) chamou de “sociedade de normalização”, estabeleceu-se um modelo ideal de homem baseado em normas de habilidades e competências. Por comparação a este modelo, aquele que desvia da norma passa a ser valorado negativamente em função dela, tornando-se deficitário em relação àquilo que determinados saberes constituíram como normal. Assim, serão delineados os contornos dos processos de negação das diferenças e fundada a idéia de sujeito desviante (FRANÇA, 2001¹¹; 1997¹²).

Aquilo que a norma torna visível são sempre desvios, diferenças, aquilo pelo qual nos distinguimos dos outros, ou até de nós mesmos. [...]. O gênio, assim como o idiota, não designam diferenças de natureza, mas tão-só diferenças de grau numa escala de inteligência. [...] Sujeitos à norma, os homens já não se opõem pelas suas qualidades, mas apenas por diferenças no interior da qualidade (EWALD, 2000, p. 111-112).

Nesse sentido, a norma aparece como uma espécie de julgamento:

A formação de uma sociedade normalizadora, longe de provocar o apagamento da lei ou o desaparecimento das instituições de justiça, vai antes a par com uma espantosa proliferação legislativa.[...]. Ao “jurídico” que caracteriza o direito da monarquia opõe-se, na era do biopoder, o “normativo”, encontrando este um meio particular de se exprimir em constituições, em códigos, por toda uma actividade legislativa permanente e ruidosa (EWALD, 2000, p. 78).

Àqueles que se afastam do padrão normativo, que não correspondem às expectativas de habilidade e de competência impostas ao modelo de homem “normal”, caberão as instituições correcionais que terão por finalidade reconduzir as existências desviantes no sentido de torná-las úteis e dóceis, o mais próximo possível da normalidade.

E é como desvio da norma que emerge o deficiente mental, indivíduo sinuoso frente a um modelo identitário de homem normativo. A ele, que não corresponde às expectativas de

¹¹ FRANÇA, S. Relatório anual de atividades docentes. 2000. Assis: UNESP, Departamento de Psicologia Clínica, 2001. (texto não publicado).

¹² _____. *Campos de subjetivação do portador de deficiência mental*. 1997. Relatório de pesquisa. Assis: UNESP, Departamento de Psicologia Clínica, 1997. (texto não publicado).

uma sociedade normativa, destinam-se práticas que, sustentadas pelo discurso científico, o aprisionam no rótulo de desadaptado e o reduzem à condição de objeto.

Nesse sentido, podemos afirmar que a imposição normativa e seus prolongamentos fizeram o deficiente mental, ou seja, constituíram uma categoria de ser humano que retrata “a imagem invertida da eficiência” (FRANÇA, 1997, p. 10) e se antecipa frente à pessoa que a porta.

“Retardo”, “atraso”, “rebaixamento intelectual” são termos bastante usuais nos laudos e textos técnicos que caracterizam a deficiência. Palavras relacionais que refletem a dependência de uma comparação; e é exatamente a isso que a norma se presta: Ela é, conforme define Ewald (2000, p. 86), “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 que só se relaciona consigo mesma”.

Se entendermos que, além de auto-referente, a norma pode ser pensada como valor ideal, como padrão de perfeição (LOBO, 1992), podemos concluir que a diferença e o desvio em relação a ela só poderão ser intoleráveis para uma sociedade cujo sistema “procura controlar a série de eventos fortuitos que podem ocorrer numa massa viva” (FOUCAULT, 1999, p. 297).

E é assim que o discurso normativo que envolve a excepcionalidade se distancia da possibilidade de compreendê-lo em sua diversidade, “e se limita a produzir justificação da prática social da negação, da exclusão e da discriminação” (LOBO, 1992, p. 114), de forma a invalidar a participação no campo social dos que hoje chamamos “deficientes”.

Castel (1991, p. 274), ao tratar das transformações das tecnologias de relações na comunidade com a doença mental, coloca que a concepção participacionista da integração “supõe que se rompa a dicotomia entre normal e patológico”. Se considerarmos a inclusão

social plena da deficiência mental como pretendem os discursos atuais, essa bifurcação a que Castel se refere também deva ser interrompida.

A dicotomia normal *versus* anormal produz a idéia de desigualdade entre os seres humanos, ela possibilita a fragmentação de um grupo em relação ao outro (FOUCAULT, 1999), e, por conseqüência, a necessidade da reabilitação e de mudança dos anormais para que se tornem aptos a conviver com os normais. Prática unilateral – onde apenas os considerados anormais devem modificar-se - incompatível com a proposta de inclusão que prevê uma adaptação da sociedade em seu todo:

Inclusão é o processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas gerais, pessoas com necessidades especiais e simultaneamente estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui então um processo bilateral no qual as pessoas ainda excluídas e a sociedade buscam equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos. (SASSAKI, 1997, p. 03).

Conforme ressalta Krinski, a deficiência mental “não corresponde a uma moléstia única, mas a um complexo de síndromes que têm como única característica comum a insuficiência intelectual”. Subscrevendo esta evidência, Assumpção Jr. e Sprovieri (2000, p. 22) são categóricos ao afirmar a impossibilidade de uma pessoa identificada como deficiente mental concorrer na busca de um objetivo com sujeitos normais: “Desta maneira, o indivíduo afetado [pela deficiência mental] é incapaz de competir, em termos de igualdade, com os companheiros normais, dentro de seu grupamento social”.

Assim, a idéia de desvio da norma - de anormalidade - acaba por estabelecer uma espécie de racismo na sociedade que justifica o que Foucault (1999, p. 306) chamou de “morte política, expulsão, rejeição”. Ela separa da sociedade, por muros visíveis e invisíveis, aqueles considerados anormais e referenda a necessidade de trajetórias distintas ao grupo normal e ao grupo anormal.

A educação especial, parte dessa trajetória distinta, se ancora no pensamento normativo. Pautadas no discurso médico-psicológico de normalização, que aprisionam o

deficiente mental em seu desvio, as ações pedagógicas desenvolvidas para esta população incidem sobre sua incapacidade. A este respeito, França (1997, p. 21) coloca que “priorizando sua ação sobre o desvio do qual o excepcional é portador, as práticas pedagógicas acentuam sua condição de desadaptado que necessita de tratamento [...] é o desvio o campo no qual se inscreve a intervenção”.

Essa prevalência da ação totalizada pelo desvio na conduta pedagógica-educacional destinada aos deficientes mentais pode ser exemplificada pela caracterização da deficiência mental elaborada por Assumpção Jr. e Sprovieri (2000, p. 58) tanto como por suas orientações de tratamento:

[...]. Ainda de extrema importância são os comportamentos anti-sociais e a agressividade [da pessoa portadora de deficiência mental]. Ambos podem ser pensados a partir de fatores biológicos e decorrentes do aprendizado social associado aos fatores cognitivos. Desta maneira, a abordagem terapêutica vai ser diferente de acordo com a problemática observada, podendo-se utilizar desde drogas como neurolépticos até programas educacionais baseados principalmente em modelos comportamentais.

Se a sociedade inclusiva prevê a aceitação da diversidade, a pluralidade do que chamamos de deficiência mental exige uma essencial radicalidade na crítica ao universo normativo instituído por nossa sociedade disciplinar. Pois, a norma ancora práticas e procedimentos que são incompatíveis com qualquer possibilidade de reconhecimento da heterogeneidade humana, que aprofundam os desvios, classificam os comportamentos e fazem do deficiente mental um sujeito alheio a si próprio, incapaz de tornar-se autônomo sem que seja esquadrihado por uma série de dispositivos de regulação de condutas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho estudou a construção dos saberes e das práticas especializadas que definem o entendimento da deficiência mental e as maneiras como seus portadores serão tratados. O exame aqui realizado nos permitiu identificar alguns dos atributos criados para caracterizar o deficiente mental e que fizeram da instituição especializada seu universo restrito. Dentre esses atributos, numa repetição de discursos, figuram suposições de desajuste, de periculosidade, de descontrole dos instintos, da razão, das emoções e de imoralidade. Os saberes e as práticas que envolvem a questão fizeram da pessoa identificada como deficiente mental um objeto cujo campo identitário refere-se fundamentalmente ao desvio. Assim, não existem pessoas sob o estigma da deficiência, mas sim deficientes, idiotas, imbecis e débeis que, “difíceis de guiar”, pressupõem intervenções que buscam anular ou reduzir os desvios que a pessoa identificada como deficiente mental possa apresentar.

Essas intervenções limitadoras e estigmatizantes encontraram lugar privilegiado ironicamente nos próprios dispositivos institucionais criados para seu cuidado. No Brasil, são as instituições de educação especial que, sob a égide da benevolência e do assistencialismo, concretizam os efeitos do discurso científico, os reforçam, dão a eles manutenção e favorecem sua disseminação no meio social. Tais instituições, em sua atuação, se baseiam na visão normativa que o discurso psiquiátrico proclama: a de que a deficiência mental expressa desajuste e inadequação. Nesse sentido, elas funcionam como espaços que privilegiam os processos de normalização e de controle social, elas agem essencialmente como regulamentadoras naquilo que o indivíduo possa apresentar de deficitário e, desta forma, ressaltam o olhar sobre os supostos desvios do deficiente.

Uma vez situada no âmbito da patologia e em princípios de incapacidade, a deficiência mental se transforma numa categoria que implica em sérias conseqüências para o indivíduo que supostamente a porta. Com ela, referenda-se a necessidade de tutela e, portanto, de

trajetórias pré-determinadas àqueles submetidos aos seus códigos. Na busca determinada da normalidade, seus caminhos perdem a pluralidade das possibilidades normais. Eles têm suas vidas administradas em espaços específicos que reduzem seu corpo à lesão, seu ser ao desvio e à marginalização. À óptica dos discursos e das práticas especializadas, o deficiente mental se torna e se eterniza como uma criança cujo tutor legal é a própria instituição especializada que deveria libertá-lo.

Ainda que os discursos institucionais acerca da deficiência mental propalem a idéia de efetivação de direitos e de luta pela autonomia do deficiente, observamos uma discrepância nos argumentos uma vez que eles entendem este sujeito como incapaz de gerir sua própria vida, condenado à heteronímia e, por conseguinte, inapto a existir sem que seja esquadrihado pelas práticas especializadas. Esse esquadrihamento, essa objetivação da pessoa deficiente acarreta em desqualificação política e social - condição incondizente com a universalidade dos ideais dos direitos humanos. A apropriação da deficiência mental pelo saber médico, por suas ramificações e pelo saber institucional/pedagógico fez do deficiente mental um sujeito desprovido de contatos sociais amplos que permitam sua re-invenção no mundo, que permitam que simplesmente viva. Sua palavra é rejeitada ou é “imbecilizada” logo que pronunciada. Para que ela tenha algum significado, é preciso que se submeta a intervenções institucionais. Com isso, o deficiente mental nunca foi seu próprio dono, não pôde viver a experiência de si, a única experiência a que teve oportunidade foi a de submeter-se à obrigação impossível de ter de tornar-se normal para então conviver com os outros.

Nesse sentido, consideramos que se quisermos manter a idéia de inclusão social do deficiente mental, devemos nos livrar das amarras que o conceito de excepcionalidade impõe e transformar as tecnologias que oferecem fundamentos a esse conceito, desenvolvendo estratégias que permitam à pessoa que está escondida sob a marca da deficiência mental, manifestar-se para além desse título que lhe foi imposto. Assim, para que o deficiente mental

possa, de fato, viver a experiência de ocupar e vivenciar o mundo crítica e intensamente, interagindo plenamente com o corpo social e também consigo mesmo, ele deve ser, em primeira instância, excluído. Excluído dessa categoria que o fez simplesmente um deficiente, um objeto de procedimentos tecnológicos que o antecipa enquanto sujeito.

Desta forma, concluímos que, para ofertar outras possibilidades de ser à pessoa identificada como deficiente mental, devemos rever nossos códigos e colocar em xeque (preferencialmente mate) os compulsórios procedimentos classificatórios pelos quais restringimos os destinos de muitos a muito menos do que suas possibilidades de vida puderam alcançar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDER, F.G., SELLESMICH, S.T. *História da Psiquiatria*. São Paulo: Ibrasa, 1968.

ALMEIDA, M. A. Apresentação e análise das definições de deficiência mental propostas pela AAMR – Associação Americana de Retardo Mental de 1908 a 2002. *Revista de Educação PUC – Campinas*. Campinas, n. 16, p. 33 – 48, junho 2004.

AMARANTE, P. O paradigma psiquiátrico. In: _____. *O homem e a serpente*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 39-67.

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES (AAIDD), Frequently asked questions on intellectual disability and the AAIDD Definition. *AAIDD Information*, Washington DC, Jan. 2008. Disponível em: <<http://www.aaidd.org/Policies/pdf/AAIDDFAQonID.pdf>>. Acesso em 27 mai 2008.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. DSM – IV TR*. 4ª ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

_____. *DSM–III-R. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 3ª ed. rev. São Paulo: Manole, 1989.

ASSOCIAÇÃO PESTALOZZI DE NITERÓI. Governo quer acabar com escolas da Pestalozzi. *Jornal da Pestalozzi*, Niterói, n.120. out. 2007. Disponível em: <http://www.pestalozzi.org.br/asp/jornal_lista.aspx?edicao=52>. Acesso em: 23 jan 2008.

_____. Filantrópicas já são mais de 275 mil no país. *Jornal da Pestalozzi*, Niterói, n. 86, dez. 2004. Disponível em: <http://www.pestalozzi.org.br/asp/jornal_lista.aspx?edicao=4>. Acesso em: 23 jan. 2008.

_____. 80 anos de vitórias. *Jornal da Pestalozzi*, Niterói, n. 96, out. 2005a. Disponível em: <http://www.pestalozzi.org.br/asp/jornal_lista.aspx?edicao=21>. Acesso em: 23 jan 2008.

_____. Cartilha sobre educação especial gera protestos da Apae e Pestalozzi. *Jornal da Pestalozzi*, Niterói, n. 91, mai. 2005b. Disponível em: <http://www.pestalozzi.org.br/asp/jornal_lista.aspx?edicao=10>. Acesso em: 23 jan 2008.

ASSUMPÇÃO JR., F.; SPROVIERI, M. H. *Introdução ao estudo da deficiência mental*. São Paulo: Memnon, 2000.

BATISTA, M.W.; ENUMO, S.R.F. Inclusão escolar e deficiência mental: análise da interação social entre companheiros. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 9, n.1, p. 101-111, 2004.

BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BOARINI, M. L.; YAMAMOTO, O. H. Higienismo e Eugenia: discursos que não envelhecem. *Psicologia Revista*, São Paulo, vol. 13, n. 01, p. 59 -72, 2004.

BRASIL. Ministério Público Federal (BRASIL/MPF): Fundação Procurador Pedro Jorge de Melo e Silva (Org.). *O acesso de alunos com deficiência às escolas e classes comuns da rede regular*. 2 ed., Brasília: Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, 2004.

_____. Lei nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Brasília, DF. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec3298.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2008.

_____. Congresso Nacional. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Fixa diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, n. 248, de 23 dez. 1996.

_____. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Brasília, DF. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei7853.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2008.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/con1988/CON1988_05.10.1988/index.htm>. Acesso em: 13 mai 2008.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

DALGALARRONDO, P. O tratamento psiquiátrico no Brasil em meados do século XIX. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, n. 2, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 Mai 2007.

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

EY, H.; BERNARD, P; BRISSET, C. *Tratado de psiquiatria*. 6 ed. Barcelona: Toray-masson, 1974.

FATOS E COMENTÁRIOS. A primeira publicação da Sociedade Pestalozzi de Minas Gerais. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p.328-335, 1933.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE BANCOS (FEBRABAN). *População com deficiência no Brasil – fatos e percepções*. São Paulo, 2006. (Coleção Febraban de inclusão social).

FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES (FENAPAES). Planejamento estratégico 2006-2008. 2008. Disponível em: <<http://www.apaebrasil.org.br/arquivos.phtml?t=10027>>. Acesso em 24 abr. 2008.

_____. *Estatuto da APAE*. 2006. Disponível em: <http://www.apaebrasil.org.br/procuradoria/estatuto_apae.doc>. Acesso em 20 jan. 2007.

_____. *Apaeano Nacional*. Fev./Mar., 2005a. Edição especial. Jubileu de Ouro.

_____. *Um Pouco da História do Movimento das APAEs*. 2005b. Divulgado em: <<http://www.apaebrasil.org.br/?mod=secoes&id=3352>> . Acesso em 17 Jan. 2006.

_____. *Pesquisa realizada com as APAEs por área de atendimento*. 2005c. Divulgado em: <<http://www.apaebrasil.org.br/repositorio/DF/apae-final.doc>> . Acesso em 17 Jan. 2006.

_____. *APAE Educadora: A escola que buscamos* – proposta orientadora das ações educacionais. Brasília: FENAPAEs, abr. 2001. versão preliminar.

FERREIRA, J.R. A nova LDB e as necessidades educativas especiais. *Caderno CEDES*, Campinas, v. 19, n. 46, 1998.

FIOCRUZ. *Brandão, João Carlos Teixeira*. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>>. Acesso em: 18 jun 2007.

FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico*: Curso no Collège de France (1973 – 1974). São Paulo: Martins Fontes. 2006.

_____. *A Ordem do Discurso*. 12. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

_____. *Ética, sexualidade, política/ Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. (Ditos e Escritos V)

_____. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974 – 1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. *Em defesa da sociedade*: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau Ed., 1996.

_____. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1995.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

FRANÇA, S. O deficiente mental e a experiência de si. In: _____ et al. *Estratégias de controle social*, São Paulo: Arte e Ciência, 2004. p. 9-41.

GLAT, R. et al. *Pesquisa em educação especial na pós-graduação*. Rio de Janeiro: Viveiros de Castro, 1998.

GONDRA, J. G. Homo hygienicus: educação, higiene e a reinvenção do homem. *Caderno Cedes*, Campinas, v.23, n.59, 2003. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622003000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai 2007. Pré-publicação.

GOULD, S. J. *A falsa medida do homem*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

JANUZZI, G. M. *A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI*. Campinas, São Paulo: Cortez/Autores Associados, 2004.

_____. *A luta pela educação do deficiente mental no Brasil*. São Paulo: Cortez/ Autores Associados, 1985.

JUGENV, C. I. Objetivos da comunidade como objetivo prioritário das APAEs. In: CONGRESSO NACIONAL DA FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES. 7., 1975, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Anhembi, FENAPAES, 1975. p. 5-9.

KAPLAN, H. I. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KRYNSKI, S. et al. *Aspectos da deficiência mental na infância: Ciclo de conferências realizadas, sob os auspícios da Secretaria da Saúde do Estado do Paraná, em novembro de 1961*. São Paulo: APAE – São Paulo, 1962.

LENTINI, E. *Discapacidad mental: un análisis del discurso psiquiátrico*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007.

LOBO, L. Deficiência: prevenção, diagnóstico e estigma. In: RODRIGUES, H.B.C.; LEITÃO, M.B.S.; BARROS, R.D.B. (Org) *Grupos e instituições em análise*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1992. p.113-126.

LOPES, J. L. Psiquiatria e o velho hospício. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1-2, p. 117-130, 1965.

LOURENÇO, E. Educação Inclusiva: Uma contribuição da história da psicologia. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, v. 20, n. 1, p. 24-29, mar. 2000.

LUCKESI, M. *A concepção e o atendimento escolar destinado ao deficiente mental: um estudo dos arquivos brasileiros de higiene mental (1925-1947)*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

MACIEL, M.R.C. Portadores de deficiência: a questão da inclusão social. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 14, n.2, p.51-56, out. 2000.

MARCOLLA, B. A. Olhar múltiplo percorre a linha do tempo: higienismo e eugenismo no Brasil. *História, ciências, saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 Mai 2007. Pré-publicação.

MELÃO JR, H. *Resumo histórico sobre testes de inteligência*. Disponível em: <<http://www.sigmasociety.com/artigos/história.pdf>>. Acesso em 20 Fev 2007.

MENDES, E. G.. A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*. São Paulo, v. 11, n. 33, p. 387-395, 2006.

_____. Reconstruindo a concepção de deficiências na formação de recursos humanos em educação especial. In MARQUEZINE, M.C; ALMEIDA, M. A.; TANAKA, E.D.O. (Org). *Perspectivas multidisciplinares de Educação Especial II*, Londrina: Editora da UEL, 2001. p. 53-64.

_____. Evolução histórica da concepção científica de deficiência mental. In GOYOS, C.; ALMEIDA, M. A.; SOUZA, D. (Org). *Temas em educação especial*. São Carlos, SP: EDUFSCar, 1996. p. 109-136.

MIRANDA, A. A. B. *A prática pedagógica do professor de alunos com deficiência mental*. 2003. Tese (Doutorado em Pedagogia). Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2003.

MICHELS, M. H. Gestão, formação docente e inclusão: eixos da reforma educacional brasileira que atribuem contornos à organização escolar. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 33, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782006000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2008.

MÜLLER, T. M. P. Os conceitos de criança e de anormal e as práticas decorrentes de atendimento institucional no Brasil: uma análise genealógica. *Childhood & Philosophy*, UERJ, Rio de Janeiro, v. 01, n. 2, p. 01-20, jul 2005. Disponível em: <<http://www.filoeduc.org/childphilo/n2>>. Acesso em 25 Fev 2006.

NASCIMENTO, M. L.; COIMBRA, C. M. B. . ? Ser joven, ser pobre significa ser peligroso?. *Revista de Estudios sobre Juventud*, México, v. 22, p. 46-57, 2005.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, ciências, saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000300018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 Nov 2006.

_____. Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. *Revista Brasileira de Psiquiatria* , São Paulo, v. 22, n. 4, 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Fev 2007.

ONU/UNESCO. *Declaração de Salamanca sobre princípios, política e prática em educação especial*. Conferência Mundial de Educação Especial. Salamanca: s/ed., jun. de 1994, 19 p.

PELBART, P. P. *Da clausura do fora ao fora da clausura*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PESSOTI, I. *Deficiência mental: da superstição à ciência*. São Paulo: T. A. Queiroz – Editora da Universidade de São Paulo, 1984.

ROCHA, L. C. O perigo dos pobres. In: FRANÇA, S. et al. *Estratégias de controle social*. São Paulo: Arte e Ciência, 2004. p. 43 – 67

_____. Há algo de degenerado no reino da sociedade industrial moderna. In: MERISSE, A. et al. *Lugares da Infância: reflexões sobre a história da criança na fábrica, creche e orfanato*. São Paulo: Arte e Ciência, 1997.

_____. *A prisão dos pobres*. 1994. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

ROCHA, H. H. P. Educação escolar e higienização da infância. *Caderno CEDES*, Campinas, v.23, n.59, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622003000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Mai 2007.

SASSAKI, R. K. *Inclusão: construindo uma sociedade para todos*. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SEIXAS, P. C. Higienismo: textos que fizeram cidade. In: PATIN, I. (Org.) *Literatura e Medicina*. I Encontro sobre ciências e culturas. Porto: Fundação Fernando Pessoa, 2005. Disponível em: <<http://homepage.ufp.pt/pseixas/artigospub/Antropologia%20e%20Urbanismo/Higienismo%20-%20textos%20que%20fizeram%20cidade.pdf>>. Acesso em 21 Mai 07.

SHIMONO, S. O. *Educação e trabalho: caminhos da inclusão na perspectiva da pessoa com deficiência*. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

STREB, L. G. Santa Casa de Misericórdia, Hospício São Pedro e loucura: notas sobre os primórdios da psiquiatria em Porto Alegre. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 29, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000100001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 Nov 2007.

VENÂNCIO, A. T. A.. História do saber psiquiátrico no Brasil: ciência e assistência em debate. *História, ciências, saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 Jul 2007.

VEYNE, P. *Como se escreve a história; Foucault revoluciona a história*. 3. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1995.

WADI, Y. M. Aos loucos, os médicos: a luta pela medicalização do hospício e construção da psiquiatria no Rio Grande do Sul. *História, ciências, saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 659- 679, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000400008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jul 2007.

WECHSLER, D. *WISC-III: Escala de inteligência Wechsler para crianças*. 3 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.