

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

CRISTIANE DE QUADROS

**HIGIENIZAR, REABILITAR E NORMALIZAR: A CONSTITUIÇÃO DA ESCOLA
ESPECIAL**

**Goiânia-GO
2011**

CRISTIANE DE QUADROS

**HIGIENIZAR, REABILITAR E NORMALIZAR: A CONSTITUIÇÃO DA ESCOLA
ESPECIAL**

Tese apresentada como requisito parcial para a defesa de Doutorado em Educação, à Universidade Federal de Goiás. Pós-graduação *Stricto Sensu*.

Área de concentração: Educação

Linha de Pesquisa: Formação e Profissionalização Docente.

Orientadora: Professora Dra. Dulce Barros de Almeida

**Goiânia-GO
2011**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da Universidade Federal do Tocantins
Campus Universitário de Palmas

Q1h Quadros, Cristiane de
Higienizar, reabilitar e normalizar: a constituição da escola especial / Cristiane de Quadros. - Goiânia, 2011.
264 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás, Educação, 2011.

Orientadora: Prof^a. Dulce Barros de Almeida.
Inclui anexo e bibliografia.

1. Educação especial. 2. Normalização. 3. Deficiência. 4. Higiene mental. I. Título. II. Almeida, Dulce Barros de. III. Universidade Federal de Goiás.

CDD 371.9

CRISTIANE DE QUADROS

**Higienizar, Reabilitar e Normalizar:
a constituição da escola especial.**

Tese defendida no Curso de Doutorado em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, para a obtenção do grau de Doutora, aprovada em 11 de julho de 2011, pela Banca Examinadora constituída pelos professores:

Profª Drª Dulce Barros de Almeida (Orientadora) - UFG
Presidente da Banca

Prof. Dr. José Ternes – PUC/GO

Profª Drª Jocyleia Santana dos Santos – UFT

Profª Drª Susie Amâncio Gonçalves de Roure – UFG

Prof. Dr. Ricardo Antonio Gonçalves Teixeira – UFG

DEDICATÓRIA

Na vida existem momentos, impossíveis de serem remunerados

O sorriso que vi, mas não retribuí

O corte de cabelo,

Que precisava, mas não fiz,

a orquídea que floresceu e não vi;

o perfume exalado por elas, que deixei de sentir.

A reunião familiar ou entre amigos que não fui,

ou fui, mas não estava lá.

O filme que olhei, mas não vi,

a oração que carecia, mas não fiz.

Hoje, compreendo que independente do trabalho a realizar não se pode deixar de

VIVER.

Obrigada por me ensinarem todos os dias,

a prestar atenção na VIDA, “que não se engessa”;

Obrigada por me dedicarem mais amor do que meu coração podia suportar.

Dedico este trabalho a vocês, Neuto e Gianluca.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

- pela vida, pelo amor, pela alegria e pela dor, pelo o que foi possível e pelo o que não foi;

- por tudo o que fiz, o trabalho que pude realizar, as coisas que passaram pelas minhas mãos e o que com elas pude construir;

- as pessoas que ao longo destes quatro anos fizeram parte da minha vida, e que certamente farão tantos outros anos; as amizades novas e as antigas;

- os que estão perto de mim; aqueles que pude ajudar; as pessoas com quem compartilhei a vida, o trabalho, a dor e a alegria;

- a minha querida orientadora e amiga Dulce, que sempre me recebeu com presteza, responsabilidade, competência e com uma alma com cheiro de doce, de infância que me embriaga, mostrando a mim que a “vida não engessa”, e que “é preciso saber viver”;

- ao Ternes, querido professor, que me apresentou sabiamente a necessidade de aprender a dialogar conceitualmente com Foucault e me questionou sobre as possibilidades e os limites dessa pesquisa;

- aos professores que participaram da qualificação, José Ternes, Jocyléia Santana, e Susie Amancio e;

- aos que hoje sugerem na defesa José Ternes, Jocyléia Santana, Susie Amancio e Ricardo Teixeira.

- à minha família, (em especial aos meus irmãos e irmãs, minha mãe – Érgede e meu pai - Luiz) razão da minha existência. Sem vocês teria desistido no meio da jornada. Vocês sabem o significado de tudo pra mim neste momento, sem precisar que digam nada;

- aos meus sobrinhos (a), em especial ao Davizinho, que veio ao mundo e ainda não pude conhecer;

- à minha amiga e sogra, Vânia. Pela pessoa que és;

- a vocês das famílias Faust, Maschio e Ostapiuk, que entraram na minha vida e literalmente sabem fazer parte dela;

- ao meu cunhado Igor, pelas traduções necessárias, mesmo que em fuso horário inoportuno;

- aos meus amigos (as), em especial às meninas que compunham, juntamente comigo a “casa das quatro mulheres”, (como gostavam de chamar os demais colegas do doutorado) – Zoreide, Regina e Euzimar. Todas distantes de suas famílias, mas unidas em um só propósito – o doutorado;

- à amiga Zoreide, que além de me acolher em seu apartamento em Goiânia, dividiu comigo a admiração pelo perfume e o esplendor das orquídeas;

- à querida amiga Lyliam pelas conversas acolhedoras e os pratos típicos da culinária boliviana durante minha gestação, e, ainda, as amigas Maria José de Pinho, Adriana Ziemer, Denise Aquino, Valda e Leonília, sou grata a todas; cada uma por um motivo próprio;

- ao amigo incondicional “Xico”, que durante todo o processo defendeu nossos interesses e decisões colegiadas;

- ao amigo Profe. Márcio Antônio Cardoso, primeira pessoa a ler meu projeto de doutorado e acreditar ser possível;

- a vocês Patrícia e Ivone, que me mostraram ser possível tornar-se profissional, sem deixar de ser GENTE;

- aos colegas de colegiado do curso de Pedagogia da UFT/Palmas-TO, que souberam manter as atividades da universidade, suprindo em muitas vezes nossa ausência;

- a todas as pessoas com deficiências – motivação para a realização desse estudo;

- à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) que promoveu a implantação do Procad/Dinter/UFT/UFG;

- ao Programa de Cooperação Acadêmica (Procad) e ao Programa de Doutorado Interinstitucional (Dinter) – Procad/Capes/Dinter/UFT/UFG: trouxe-nos até aqui;

- à Universidade Federal do Tocantins, que oportunizou nossa capacitação em parceria com a Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás;

- a todos os “dinterandos”, que muito mais do que “colegas”, tornaram-se AMIGOS, fazem parte de um ciclo em minha vida, cada um com sua “fatia” de tempo a ser vivida. Foram quatro anos, de risos, de lágrimas, de conquistas, de derrotas, mas principalmente de VITÓRIA acima de qualquer acontecimento;

- a você Gianluca, meu presente maior, pelas risadinhas debaixo do lençol todas as noites; os beijos no ar e abraços carinhosos; a infinita admiração por pedrinhas, aviões, borboletas, formigas, cachorros, pássaros, lua, bolinhas de sabão, etc.; por segurar em minhas mãos com tuas mãozinhas sujas de geléia, molho ou tinta; por não permitir que eu deixe de acreditar em papai Noel, coelhinho da Páscoa, lobo mau, por me fazer assistir desenho animado aos sábados pela manhã; por poder ser testemunha de seus primeiros passos, primeiras palavras. Pelo poder que tens, em curar meu choro, minha angústia, minha tristeza e remendar o coração muitas vezes partido e exausto pela caminhada;

- a você Neuto, meu companheiro na jornada diária da vida, companheiro de lutas, conquistas, derrotas, sonhos, projetos, realidades, tristezas e alegrias. Amo-te hoje mais do que ontem e menos do que amanhã!

Almas Perfumadas

*Tem gente que tem cheiro de passarinho quando canta, de sol quando acorda, de flor quando ri.
Ao lado delas, a gente se sente no balanço de uma rede que dança gostoso numa tarde grande,
sem relógio e sem agenda.*

*Ao lado delas, a gente se sente comendo pipoca na praça, lambuzando o queixo de sorvete,
melando os dedos com algodão doce da cor mais doce que tem pra escolher.
O tempo é outro. E a vida fica com a cara que ela tem de verdade, mas que a gente desaprende de
ver.*

*Tem gente que tem cheiro de colo de Deus, de banho de mar quando a água é quente e o céu é
azul.*

*Ao lado delas, a gente sabe que os anjos existem e que alguns são invisíveis.
Ao lado delas, a gente se sente chegando em casa e trocando o salto pelo chinelo, sonhando a
maior tolice do mundo com o gozo de quem não liga pra isso.
Ao lado delas, pode ser abril, mas parece manhã de Natal, do tempo em que a gente acordava e
encontrava o presente do Papai Noel.*

*Tem gente que tem cheiro das estrelas que Deus acendeu no céu e daquelas que conseguimos
acender na Terra.
Ao lado delas, a gente não acha que o amor é possível,
a gente tem certeza.*

*Ao lado delas, a gente se sente visitando um lugar feito de alegria, recebendo um buquê de
carinhos, abraçando um filhote de urso panda, tocando com os olhos os olhos da paz.
Ao lado delas, saboreamos a delícia do toque suave que sua presença sopra no nosso coração.*

*Tem gente que tem cheiro de café sem pressa, do brinquedo que a gente não largava,
do acalanto que o silêncio canta, de passeio no jardim.*

*Ao lado delas, a gente percebe que a sensualidade é um perfume que vem de dentro
e que a atração que realmente nos move não passa só pelo corpo. Corre em outras veias.
Pulsa em outro lugar.*

*Ao lado delas, a gente lembra que no instante em que rimos Deus está conosco, juntinho, ao nosso
lado. E a gente ri grande que nem menino arteiro.*

*Tem gente como você, que nem percebe como tem a alma perfumada e que esse perfume é dom de
Deus.*

Carlos Drummond de Andrade

Toda a segunda metade do século XVIII viu **desenvolver-se todo um trabalho de homogeneização, normalização, classificação e centralização ao mesmo tempo, do saber médico.**

Como conferir um conteúdo e uma forma ao saber médico, como impor regras homogêneas à prática dos tratamentos, como impor essas regras à população, menos, alias, para fazê-la compartilhar esse saber do que para torná-lo aceitável a ela? Isso foi a criação dos hospitais, dos dispensários, da Sociedade Real de Medicina, a codificação da profissão médica, toda uma enorme campanha de higiene pública, toda uma enorme campanha também sobre a higiene dos recém-nascidos e das crianças, etc.

[...] No fundo, em todos esses empreendimentos, dos quais eu lhes citei somente dois exemplos, tratava-se de quatro coisas: seleção, normalização, hierarquização e centralização. São essas as quatro operações que podemos ver em andamento num estudo um pouco detalhado daquilo que é denominado o poder disciplinar.

[...] A ciência, como domínio geral, como policiamento disciplinar dos saberes, tomou o lugar tanto da filosofia quanto da mathesis. E doravante ela vai formular problemas específicos ao policiamento disciplinar dos saberes: problemas de classificação, problemas de hierarquização, problemas de vizinhança, etc. (Grifo nosso)

(FOUCAULT, 2003, pp.216-218)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO I	26
A ORIGEM DA EXCLUSÃO E DA SEGREGAÇÃO DOS DESVALIDOS	26
1.1 Exclusão e segregação: sua gênese e seu sentido histórico	26
1.2 Dispositivos disciplinares e dispositivos asilares: elementos de uma história.43	
1.3 A Medicina Social e a estratégia da urbanização das cidades: normalização, ordenação, disciplina, saber e poder	54
1.4 O espaço asilar e a separação entre os indivíduos loucos e os indivíduos anormais	63
1.5 A medicalização do espaço hospitalar	75
CAPÍTULO II	82
A LIGA BRASILEIRA DE HYGIENE MENTAL E OS ARCHIVOS BRASILEIROS DE HYGIENE MENTAL (1925-1930): O CONTROLE DO CORPO SOCIAL	82
2.1. O higienismo	86
2.2 A Liga Brasileira de Hygiene Mental	95
2.3. Os Archivos Brasileiros de Hygiene Mental (1925-1937)	110
2.4 Saúde e educação: o que os Archivos de Hygiene Mental nos revelam.....	115
CAPÍTULO III	145
EXCLUSÃO/INCLUSÃO NO CONTEXTO DA MODERNIZAÇÃO SOCIAL: A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO ANORMAL-DEFICIENTE NO BRASIL	145
3.1 Medicalização, reabilitação e normalização: a institucionalização do indivíduo higienizado	145
3.2 Degenerados na escola: a escolarização dos anormais-deficientes no Brasil	154
CAPÍTULO IV	177
A CONSTITUIÇÃO DA ESCOLA ESPECIAL: A POSSIBILIDADE DE UMA POLÍTICA NACIONAL DA EDUCAÇÃO ESPECIAL – PROJETO DE NORMALIZAÇÃO DO CORPO SOCIAL	177
PARA NÃO CONCLUIR... ..	203
REFERÊNCIAS	214
FONTES	221
ANEXOS	224

LISTA DE SIGLAS

CENESP - Centro Nacional de Educação Especial
I PND - Plano Setorial de Educação e Cultura
II PND - II Plano Setorial de Educação e Cultura
SEEC - Secretaria de Estado de Educação e Cultura
AIPD - Plano de Ação da Comissão do Ano Internacional das Pessoas Deficientes
INEP – Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos
CNPq - Conselho Nacional de Pesquisa
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
LOEs - Leis Orgânicas do Ensino
FNEP - Fundo Nacional do Ensino Primário
MOBRAL - Os movimentos de educação popular
CORDE – Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
SESPE – Secretaria de Educação Especial
SENEB – Secretaria Nacional de Educação Básica
DESE – Departamento de Educação Supletiva e Especial
INES - Instituto Nacional de Educação de Surdos
IBC - Instituto Benjamim Constant
SEESP – Secretaria de Educação Especial
PNEE - Política Nacional de Educação Especial
BPC – Benefício de Prestação Continuada
AEE - Atendimento Educacional Especializado
PNEEPI - Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva

QUADROS, Cristiane de. **Higienizar, reabilitar e normalizar: a constituição da escola especial.** Goiânia, GO, 2011, 263p. Thesis (Doutorado). FE/UFG.

RESUMO

A tese ora apresentada, vinculada à linha de pesquisa “Formação e Profissionalização Docente” do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Goiás (UFG), em parceria com o Programa de Cooperação Acadêmica (Procad) e Programa de Doutorado Interinstitucional (Dinter) – Procad/Capes/Dinter/UFT/UFG, tem o objetivo de resgatar a gênese e o sentido histórico da deficiência. Em outras palavras, preocupou-se em compreender, a partir da história da loucura contada por Foucault, a concepção de deficiência construída/inventada na Idade Moderna e quais suas implicações na forma de educar e legislar sobre o deficiente no Brasil. Neste sentido, salientar resquícios de uma dada cultura de um dado arquivo. Assim, a pesquisa busca garimpar na história fragmentada da educação especial não apenas a ordem cronológica do seu desenvolvimento (datas e fatos); é investigada pela arqueologia do seu significado, pelas descontinuidades das suas estruturas sociais. Utiliza, assim, a soma dos discursos percebidos sobre a loucura, a anormalidade/normalidade e a deficiência, que nos ofereça uma história que auxilie a compreender porque e como a escola especial e o movimento de inclusão, se constituíram como tal, na atualidade. Além disso, perceber como o dispositivo de normalidade se expressa no atendimento especializado e também na forma de legislar sobre o deficiente. Constitui-se em uma pesquisa bibliográfica e documental de cunho histórico. Foucault é nosso principal interlocutor nas discussões apresentadas, portanto o autor é utilizado como referencial teórico-metodológico da pesquisa. A principal fonte pesquisada (LOPES, 1929), fontes primárias, corresponde aos *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, pertencentes à *Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM (1925-1937)*, instituição fundada no Brasil por Gustavo Riedel em 1923. Outros documentos de fontes primárias e secundárias, do Ministério da Educação, a partir das recomendações internacionais, também foram consultados. A pesquisa permite perceber como a idéia do *ser deficiente ou do ser diferente* foi determinada histórica, social e culturalmente. As discussões sobre os processos de exclusão/inclusão social apresentadas no texto embasam os discursos que se fazem presentes no contexto cultural, educacional e legal contemporâneo e que fundamentam e constituem as práticas institucionais voltadas ao sujeito *deficiente ou diferente*. Entretanto, verifica-se que a concepção de inclusão inventada pela contemporaneidade, ainda que proponha uma nova proposta para a compreensão do deficiente, continua a expressar, nas entrelinhas, a idéia de normalização e de controle do corpo social.

Palavras-chave: loucura; deficiência; disciplina; poder; normalização; inclusão/exclusão.

QUADROS, Cristiane de. **Sanitizers, rehabilitate and normalize: the creation of special school.** Goiânia, GO, 2011, 263p. Thesis (Doctorate). FE/UFG.

ABSTRACT

The thesis here presented, linked to the research line “Teacher Formation and Professionalization” of the Postgraduate Program on Education at the Federal University of Goiás (UFG), in partnership with the Program of Academic Cooperation (Procad) and Doctorate Interinstitutional Program (Dinter) – Procad/Capes/Dinter/UFT/UFG, has the aim to rescue the genesis and the historical meaning of disability. In other words, concerned to understand, from the madness’ history told by Foucault, the conception of disability stated/invented in the Modern Age and its implications in order to educate and legislate about disabled persons in Brazil. In this sense, highlight remnants from a certain culture from a certain file. Thus, the research seeks to mine in the fragmented history the special education not only the chronologic order of their development (dates and facts); is investigated by the archeology of its meaning, by discontinuities of its social structures. Therefore uses the sum of discourses about the madness, the abnormality/normality and the disability, which may offers us a history that helps to comprehend why and how the special school and the inclusion process, constituted as such nowadays. Furthermore, realize how the normality device is expressed in the special treatment as well in the way to legislate about disabled persons. It constitutes in a literature and documental research of a historical nature. Foucault is our main interlocutor in the discussions here presented, so that the author is used as a theoretical-methodological reference in the research. The main consulted documents (LOPES, 1929), primary sources, correspond to the *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, belonging to the *Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM (Brazilian League for Mental Hygiene)* (1925-1937), institution founded in Brazil by Gustavo Riedel in 1923. Other primary and secondary documents, from the Ministry of Education and why international recommendations were also consulted. The research allows to realize how the idea of being disabled or of being different was stated historic, social and culturally. The discussions about the processes of social exclusion/inclusion here shown set up the speeches that make present in the cultural context, educational and legal contemporaneous and underlie and constitute the institutional practices focused to the disabled or different persons. However, is verified that the concept of inclusion stated by the contemporaneity, notwithstanding that propose a new concept to comprehend the disabled remains to express, between the lines, the idea of standardization and control of the social body.

Key-words: madness, disability, discipline, power, normalization, inclusion/exclusion.

QUADROS, Cristiane de. **Assainir, réhabiliter et normaliser**: la création de l'école spéciale. Goiânia, GO, 2011, 263p. Thèse (Doctorat). FE/UFG.

SOMMAIRE

La thèse ici présentée, conforme à la ligne de recherche "formation et professionnalisation des enseignants" du programme d'études Supérieures en Éducation de l'Université Fédérale de Goiás (UFG), en partenariat avec le Programme de Coopération Académique (Procad) et le Programme de Doctorat interinstitutionnel (Dinter) - Procad / Dinter / UFT / UFG, a pour objectif de racheter la genèse et la signification historique de l'invalidité. En autres termes, on a cherché de comprendre, en partant de l'histoire de la folie selon Foucault, la notion de handicap qui a été construite / inventée à l'époque moderne et ses implications dans le but d'éduquer et de légiférer relativement à la personne ayant un handicap au Brésil. À cet égard, on a voulu mettre en évidence les vestiges d'une culture donnée à partir d'un archive donné. Ainsi, la recherche vise à trouver dans l'histoire fragmentée de l'éducation spéciale, non seulement l'ordre chronologique (les dates et les faits) du développement de celle-ci ; elle est étudiée à partir de l'archéologie de la signification, des discontinuités de ses structures sociales. On utilise donc la totalité des discours possibles sur la folie, l'anomalie/normalité et d'invalidité, pour offrir une histoire qui aide à comprendre pourquoi et comment l'école spéciale et le processus d'inclusion, sont ainsi constitués aujourd'hui. Aussi, on a essayé de comprendre comment la détermination du « Normal » s'exprime dans l'assistance spécialisée, ainsi que dans la forme de légiférer sur la personne invalide. C'est une recherche bibliographique et documentaire avec une empreinte historique. Foucault est notre interlocuteur principal dans les discussions présentées, pour cette raison l'auteur est utilisé comme référence théorique et méthodologique tout au long de la recherche. La documentation (Lopes, 1929), source primaire, correspond aux Archives Brésiliens d'Hygiène Mentale, appartenant à la Ligue brésilienne d'hygiène mentale - LBHM (1925-1937), une institution fondée au Brésil par Gustavo Riedel en 1923. Autres documents primaires et secondaires, du Ministère de l'éducation, en partant de recommandations internationales, ont également été consultés. L'enquête nous permet de voir comment l'idée d'être déficient ou le fait d'être différent a été déterminé du point de vu historique, social et culturel. Les discussions sur les processus d'exclusion / inclusion sociale présentées dans le texte ci-dessous sont la base des discours qui sont présents dans les domaines culturel, éducatif et juridique actuels qui sont le fondement et constituent les pratiques institutionnelles visant le sujet invalide ou différent. Cependant, il arrive que l'idée d'inclusion inventé par la contemporanéité, même si une nouvelle approche pour la compréhension des invalides aie été inventée, continue à exprimer, entre les lignes, l'idée de la standardisation et du contrôle du corps social.

Mots-clés: la folie, le handicap, la discipline, le pouvoir, la normalisation, l'inclusion/exclusion.

INTRODUÇÃO

A loucura tem sido tema de diversos estudos tais como os desenvolvidos por Philippe Pinel, Morel, Foucault, Renato khel, Gustavo Reidel, entre outros. Por constituir-se tema de tantas épocas e ainda permanecer, na atualidade, suscitando tantas dúvidas e provocado tantos questionamentos, torna-se base para nossas discussões frente à temática da deficiência.

Para tanto, a possibilidade de leituras e olhares na tentativa de construir uma reflexão sobre as estruturas das idéias desenvolvidas sobre os saberes formulados a partir das práticas discursivas e não discursivas em relação à loucura, e, a tentativa neste contexto, de compreender o lugar ocupado pelo deficiente, nos seduziu desde o início desta pesquisa, assim como durante o nosso processo de formação acadêmica e profissional.

Nesta perspectiva considera-se relevante, inicialmente, ressaltar a opção em eleger a deficiência como objeto de pesquisa. A educação Especial como prática pedagógica, como projeto pessoal de formação, como vivência, como políticas, constituiu-se ao longo de nossa trajetória de vida pessoal, familiar, acadêmica e profissional. O fato de ser filha de professora¹ e irmã de professora² da educação especial, e, também sendo professora³ da área e pesquisadora em um espaço de produção de saberes voltados para o tema, sempre nos colocou em relação direta com os dispositivos de saber, disciplina, poder e normalização, deflagrados na história da humanidade e mais especificamente na história da educação especial.

Por entender que esses elementos de vida pessoal e acadêmica nos colocam de frente, direta ou indiretamente, com as práticas discursivas e não discursivas

¹ Pedagoga, professora atualmente da Rede Estadual de Ensino de Maringá-Pr, onde é responsável pela primeira sala de surdocegueira da cidade e região. Atua no atendimento especializado aos alunos cegos e surdocegos, através do ensino de Braille e Sorobã.

² Pedagoga, professora da Rede Estadual de Ensino de Maringá-Pr, interprete de LIBRAS e coordenadora pedagógica da Escola Especial ANPACIN, destinada a surdos.

³ Frequentei o setor profissionalizante de uma escola especial desde os sete anos de idade (acompanhava minha mãe, durante o trabalho dela). Formei-me no magistério e fiz especialização em Educação Especial para retornar e dar aula nesta escola, na qual permaneci durante seis anos, trabalhando nos anos iniciais e no setor de reeducação visual. Quando saí desta escola foi para concluir o mestrado e iniciar o trabalho no ensino superior, onde sempre tenho procurado desenvolver as atividades de ensino, pesquisa e extensão voltadas para a temática em questão.

desenvolvidas para, e, sobre o deficiente⁴. Procuramos tecer uma trama, a partir de nossas leituras, de nossos olhares (ainda que simples e provisórios), sobre o sujeito principal da Educação especial – o deficiente.

Estas inquietações nos provocam a pensar que o homem não é visto como um ser imutável e acabado, mas sim um ser em processo constante de transformação, processo este que o leva a diferenciar-se da natureza, na medida em que é capaz de transformá-la conscientemente segundo suas necessidades. É nesse contexto de transformação da natureza humana que o indivíduo deficiente também assume posições diversas na sociedade e no tempo histórico.

Diante disso percebemos que, historicamente, a indiferença regia a existência do deficiente ou malformado, pois estas pessoas especiais, ou como eram, e muitas vezes ainda são consideradas degeneração da raça humana, deviam ser abandonadas ou eliminadas pelo incômodo que representavam aos seus familiares.

Por sua vez, na Idade Moderna, surge a preocupação com a educação das pessoas anormais (nomenclatura utilizada naquele período, para denominar todos aqueles que escapavam à norma), porém, estas deveriam ficar em instituições especializadas, pois, supõem-se a transmissão hereditária da deficiência, daí medidas como isolamento e institucionalização, evitando a propagação da deficiência como uma peste.

É na última metade do século XX que emerge maior preocupação com a não segregação das pessoas com deficiência, garantindo às mesmas o direito de serem diferentes, mas para aceitar tais diferenças há a necessidade de rever posturas e idéias acerca deste indivíduo, se faz preciso um novo arquivo, uma nova cultura.

Todavia, à relevância do tema pesquisado deve-se, a necessidade de investigar a gênese das práticas dispensadas aos deficientes ao longo do tempo histórico, para que a mesma seja desvelada, pois ainda hoje, o discurso da inclusão do deficiente merece ser analisado.

Neste sentido, preocupamos, no presente estudo, em demonstrar a estrutura das idéias formuladas sobre a loucura que possibilitaram a definição de saberes, concepções e práticas discursivas e não discursivas voltadas para o atendimento médico-escolar da pessoa deficiente e que na política educacional é expressa por

⁴ O termo deficiente será empregado ao longo de toda pesquisa visando amenizar a confusão provocada pelas inúmeras mudanças na nomenclatura, salvo exceções, quando se tratar de documentos oficiais ou terminologias de dada época.

um currículo especial/inclusivo. Em outras palavras, preocupamos em compreender, a partir da história da loucura contada por Foucault, a concepção de deficiência construída/inventada na Idade Moderna e quais suas implicações na forma de educar e legislar sobre o deficiente no Brasil.

Em específico, pretendemos primeiramente demonstrar a relevância dessa história em relação às mudanças existentes frente à forma de conceber a loucura na Idade Clássica e Moderna, com vistas à compreensão da concepção da anormalidade/normalidade e principalmente do deficiente/diferente. Objetivamos também, a partir dos saberes formulados sobre a loucura, a anormalidade e a deficiência entender como ocorreu a invenção da escola especial, no Brasil, tendo como base os *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, fontes primárias que compõem a publicação dos saberes formulados pela *Liga Brasileira de Hygiene Mental*. Tendo em vista, que a *Liga Brasileira de Hygiene Mental*, com ações de continuidade de uma política de raça pura e branqueamento existente na Europa influenciou definitivamente na constituição das escolas especiais no Brasil, e, posteriormente (contexto atual), nas discussões sobre a inclusão - Política Nacional da Educação Especial na perspectiva da educação inclusiva (2008).

Por fim, mas não menos importante, ocupamos-nos em compreender, a partir da nova forma de conceber a loucura, as implicações dos saberes formulados para o educar e o legislar sobre o deficiente no Brasil.

No entanto, para compreender a prática pedagógica oferecida às pessoas com deficiência, é necessário garimpar na história os elementos, as estratégias e as técnicas que construíram o dispositivo da normalidade. Fazer esse exercício é necessário, principalmente, porque as noções de normalidade e anormalidade foram sendo inventadas e inscritas, pelo discurso da Modernidade. A construção reflexiva sobre o tema, não é tarefa fácil, visto que, a intenção é afastar esses discursos apenas de uma ordem cronológica e periodizada, pois, entendemos que o “diagnóstico do acontecido”⁵ implica no exercício de compreensão das tramas existentes nas estruturas das idéias formuladas sobre o indivíduo deficiente.

⁵ Este é um termo utilizado pelo Professor Doutor José Ternes (PUC/GO) em nossas conversas e discussões, do qual me aproprio nesta pesquisa, pois, entendo ser interessante sua utilização, devido nossa necessidade em conhecer as idéias formuladas sobre a loucura, como fonte de compreensão do lugar ocupado pelo deficiente, no que diz respeito às práticas discursivas e não discursivas.

Para a consolidação dessa discussão realizamos pesquisas bibliográfica e documental; procedimentos metodológicos estes, que nos auxiliaram na apreensão de saberes necessários ao entendimento frente à temática construída.

A pesquisa bibliográfica, aqui pretendida, implica em uma pesquisa diferente da comumente entendida, ou seja, apenas revisão de literatura ou revisão bibliográfica, compreende sim, a realização de um “[...] conjunto ordenado de procedimentos [...], atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório.” (LIMA e MIOTO, 2007, p. 38)

Nessa linha de pensamento, a idéia de pesquisa apresentada por Minayo (2001), foi apropriada, pois aponta a necessidade de um pesquisador com uma prática teórica e uma atitude de busca permanente e de constantes aproximações da realidade, carregada de certa carga histórica.

Esse tipo de pesquisa, de acordo com Lima e Mito, (2007), busca apresentar o “caminho do pensamento” e a “prática exercida” na pretensão de apreender a realidade que constitui a visão social do mundo, veiculada pela teoria apresentada pelo pesquisador. Para tanto, compreender e apreender certa realidade exige do pesquisador, apropriação de concepções teóricas e do conjunto de técnicas para alcançar as respostas destinadas ao objeto de estudo proposto.

A metodologia de análise histórica que se apresenta, não sugere um trabalho que se preocupa apenas com a enfermidade mental ou física, como fato patológico natural ao deficiente, mas preocupa-se em investigar como os modos, institucionais e discursivos objetivaram o alienado, o anormal, o deficiente. A história dos gestos que exclui; que separa. Uma história da diferença, que diz respeito às condições históricas que possibilitaram o discurso do hospital geral, da clínica, da escola especial, que promoveu as condições de possibilidade do saber, da formação do sujeito moderno, das ciências humanas.

Nesta perspectiva, pesquisar a história da loucura como elemento de compreensão sobre as possibilidades de objetivação do deficiente, significa entender a história do outro que, para uma cultura, pode ser destinado a ser distinguido pelas marcas e recolhido nas identidades, destinado a ser excluído ou enclausurado para reduzir sua alteridade. Enfim, o percurso metodológico da pesquisa histórica sobre o sujeito deficiente, sugere falar das práticas que construíram historicamente a subjetividade do homem ocidental.

O outro procedimento adotado é o da pesquisa documental. De acordo com Medeiros (2000) a pesquisa documental, corresponde ao levantamento de documentos ainda não utilizados como base de uma pesquisa. No caso da pesquisa ora apresentada, podemos especificar os *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*. A riqueza de informações que deles podemos extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais porque possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita, não apenas de contextualização histórica e sociocultural, mas de definir (SALOMON, 2010) o tecido documental segundo suas unidades, suas séries, seus conjuntos, suas relações, portanto, o documento, não mais como matéria inerte, mas como aponta Foucault, como um *monumento*.

Outra justificativa para o uso de documentos como os *Archivos* em nossa pesquisa é que este procedimento metodológico permite conforme Cellard (2008), acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social. A análise documental favorece a observação de transformação de grupos, indivíduos, comportamentos, conceitos, mentalidades e práticas, entre outros.

Para tanto, os documentos pesquisados (LOPES, 1929b), correspondem aos *Archivos Brasileiros de Higiene Mental* – fontes primárias, pertencentes à *Liga Brasileira de Hygiene Mental* – LBHM (1925-1937), instituição fundada no Brasil por Gustavo Riedel em 1923. Outros documentos do Ministério da Educação (BRASIL 1973, 1976a, 1976b, 1981, 1986a, 1986b, 1988; 1996; 2001; 2003, 2005a; 2005b; 2006a, 2006b, 2008 e 2009) primários e secundários, a partir das recomendações internacionais⁶, também foram consultados.

Foram analisados textos legais, planos educacionais e documentos oficiais, a fim de se identificar os saberes formulados, as regras e as normas de disciplinarização e os dispositivos de normalização assumidos, nas políticas educacionais nos diversos momentos da educação especial no Brasil, especialmente na organização da atual Política Nacional.

Caracterizando-se como uma pesquisa teórica e bibliográfica, o estudo, também envolveu a análise de obras especializadas sobre o assunto, “[...] de modo a consubstanciar a posição teórica esposada. [...]” (MAZZOTTA, 2005, p. 13).

⁶ Todos os programas e projetos que originam a educação especial/inclusiva do Brasil encontram-se em sintonia com os organismos internacionais, como o Banco Mundial, a Unesco, a Unicef.

Para a consecução desta pesquisa, o referencial teórico metodológico fundamenta-se na perspectiva foucaultiana, portanto, Michel Foucault é nosso principal interlocutor nas reflexões durante a investigação.

Neste sentido, a pesquisa tem como objeto a ser investigado a implicação da gênese e o sentido histórico da educação de pessoas com deficiência. Portanto, salientar resquícios de uma cultura, sobre a loucura, para compreender o lugar ocupado pelo deficiente na nova cultura, no novo arquivo. Buscar na história fragmentada da educação especial não apenas a ordem cronológica do seu desenvolvimento (datas e fatos); mas investigar a constituição da escola especial, no Brasil, através das discontinuidades das estruturas sociais.

Utilizar assim, a soma dos discursos percebidos sobre a loucura e, fundamentalmente, sobre a educação do deficiente, que nos ofereça uma história que auxilie a compreender porque e como a escola especial e o processo de inclusão, se configuram como tal. A pesquisa demonstra a necessidade de aprofundamento teórico metodológico no que diz respeito aos aspectos históricos que constituem o atendimento e acompanhamento terapêutico/pedagógico – segregacionista/inclusivo da pessoa *deficiente ou diferente*. A partir da problemática a se desenvolver, perceber como a idéia do ser *deficiente ou do ser diferente* foi determinada histórica, social e culturalmente.

Nesta perspectiva, as discussões sobre os processos de exclusão/inclusão social apresentadas na pesquisa embasam os discursos que se fazem presentes no contexto cultural e educacional contemporâneo e que fundamentam as práticas institucionais da inclusão do sujeito *deficiente ou diferente*, articulando aspectos econômicos, sociais e culturais em busca da compreensão da gênese e do sentido histórico, que implicam na constituição da escola especial e da política educacional, voltada para os deficientes.

Tentar entender como ocorre o processo de exclusão/inclusão na perspectiva foucaultiana, nos faz refletir que a relação entre o indivíduo e sociedade constitui um dos problemas centrais de nossa modernidade cultural. Trata-se de um problema que emerge das próprias relações sócioeconômicas que se afirmam no contexto da sociedade européia a partir do século XVII e que ganha força com as revoluções industriais e políticas do século XVIII.

É neste contexto que o conhecimento, o controle e a regulação social passam a constituir um esforço crescente de asseguramento da reprodução social. A

explicação científica, a normalização e o disciplinamento moral passam a ocupar um lugar importante na organização da vida social a partir do final do século XIX, estabelecendo-se uma tensão em torno do tratamento a ser dado, se função do Estado ou da sociedade civil.

Neste âmbito, ao traçar os objetivos da pesquisa verificamos a necessidade de analisar as gêneses e as transformações dos saberes no campo das ciências humanas, assim como de apropriarmos da origem dos saberes sobre a loucura, ou seja, das condições de possibilidades externas aos próprios saberes que promoveram os inúmeros processos de objetivação que ocorrem nas redes de poderes, que capturam, dividem, classificam, medicalizam, reabilitam e normalizam o desajustado (POPKEWYTS, 2009). Por isso, a necessidade de investigar a história, prestando atenção a seus acasos e suas descontinuidades, pois se há algo a decifrar, algum segredo a desvendar, é que as coisas não têm essência, ou melhor, a suposta essência foi deliberadamente construída, a partir de situações específicas, contextualizadas histórica e socialmente. Cabe salientar que é a história que define as condições para a produção do sujeito, que, ao se produzir, reproduz a história.

Portanto, para que a escrita desta tese fosse possível, a pesquisa foi estruturada e apresentada em quatro capítulos que estão disponíveis, cada qual, da seguinte forma: no primeiro capítulo foi organizada a fundamentação teórico-metodológica, intitulado - A origem da exclusão e da segregação dos desvalidos, que pretendeu constituir, a partir das descontinuidades históricas, o processo de exclusão/inclusão dos “desvalidos”, dos “a-socias”, dos “indesejáveis”, dos “malformados”, dos “anormais”, dos “estragados”. Demonstramos, neste capítulo, a diferença existente entre a percepção da loucura no cenário europeu, no passado (Idade Média, Renascença e Idade Clássica) e a percepção da mesma no presente (Idade Moderna). Esta lógica foi desenvolvida, pois, entendemos que retratar a discussão inicial sobre a loucura na Europa, nos conduz a tentativa de saber como a loucura foi concebida também no Brasil, em especial, no período da Idade Moderna.

Compreendemos que a forma de pensar a loucura nessa dada época, nos países europeus, nos oferece esclarecimentos sobre as mudanças na forma de compreendê-la, para assim compreender, também, como o deficiente se insere nesse contexto, no Brasil. Além disso, apresentamos o contexto social da urbanização das cidades, a partir da medicina social e da medicalização dos hospitais, como forma

de subsidiar a compreensão sobre a normalização, a ordenação, a disciplinarização da sociedade moderna. Utilizamos como referência fundamental para essa estruturação os escritos foucaultianos.

Entendemos que cada momento histórico gesta suas concepções e as colocam em prática, portanto, evitamos construir juízo valorativo frente às práticas da época, pois, a lógica é compreender a estrutura das idéias formuladas sobre a loucura – o anormal – a deficiência, realizando, desta forma, o “diagnóstico do acontecido”.

No segundo capítulo foi organizada a discussão sobre a *Liga Brasileira de Higiene Mental*. Intitulado - Os higienistas, a *Liga Brasileira de Higiene Mental* e os *Archivos Brasileiros de Higiene Mental* (1925-1930). Para a construção desse capítulo foram utilizados os *Archivos Brasileiros de Higiene Mental* que são fontes primárias e correspondem ao boletim científico e informativo da *Liga Brasileira de Higiene Mental*, LBHM (1925-1937). Os autores dos *Archivos*, citados em nosso texto, são, ao mesmo tempo, autores e personagens da história contada, pois os mesmos foram membros oficiais da *Liga* e compunham as sessões de estudos dos *Archivos*, por isso entendemos necessária a manutenção, no texto, não só dos autores originais dos *Archivos*, como das citações escritas no português da época. De acordo com Salomoni *In* (SALOMON, 2011, p.64) “[...] é preciso criar os arquivos das representações mentais do passado, com a produção de relatos, lembranças, autobiografias e questionários preenchidos pelos protagonistas diretos dos acontecimentos revolucionários [...]”. Nesta perspectiva, a intenção deste capítulo é, o desvelar das práticas discursivas e não discursivas e dos saberes construídos sobre o atendimento médico-pedagógico dos deficientes – anormais, no Brasil, tendo como referência a *Liga*, que exerceu papel fundamental no processo de reestruturação do país.

Neste sentido, apresentamos a *Liga Brasileira de Higiene Mental* (LBHM) através de seus *Archivos Brasileiros de Higiene Mental* (1925 a 1930 - período estipulado como recorte para a análise dos *Archivos*, em nossa pesquisa). Voltamos à atenção para os discursos, as ações, as decisões, etc., capazes de revelar como a loucura era percebida. Nesse contexto, qual a percepção sobre o deficiente, a influência na constituição das escolas especiais e na construção das Políticas de Educação Especial.

Por fim, pretendemos, também, no segundo capítulo, demonstrar a partir dos aspectos referentes à saúde e educação, encontrados nos *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental* (1925-1930), compreender os propósitos sociais da medicina psiquiátrica preventiva (educação), traduzida pela psiquiatria e gestada pela sociedade brasileira da época, e, que a *Liga Brasileira de Hygiene Mental* incorporou no processo de sua criação no país. Essa compreensão nos oportunizou entender melhor a concepção formulada desde então, sobre a loucura e por conseqüência sobre o anormal - deficiente, em nosso país.

Portanto, a utilização das fontes primárias (*Archivos*), nos exigiu analisar tais documentos, ciente de que não são apenas *arquivos mortos*, de uma dada época, mas sim, pensá-los como *monumentos da história*, de uma dada época, de um dado lugar, pois, conforme aponta Salomoni *In* (SALOMON, 2011, p.46), “[...] Os arquivos não são amontoados informes de escritas, assim como eles não recebem tudo o que é produzido ou proposto para ser registrado. Eles são o efeito de uma seleção e de uma ordenação [...]”. Capazes de conservar os testemunhos destinados a documentar uma época histórica determinada.

Posteriormente, no terceiro capítulo, intitulado - *Exclusão/inclusão no contexto da modernização social: a institucionalização do anormal-deficiente no Brasil* - apresentamos reflexões referentes às condições que tornaram possível o surgimento da escola especial, no Brasil, na intenção de compreender quais eram as práticas e os discursos construídos sobre o deficiente, capazes de fomentar uma concepção e um atendimento específico sobre, e, para o deficiente na modernidade.

No quarto capítulo, que recebeu o título - *A constituição da escola especial: a possibilidade de uma política nacional da educação especial* – projeto de normalização do corpo social, foram apresentadas as discussões sobre a organização da escola especial no Brasil nos modelos segregacionista/inclusivo, para tanto foram utilizados documentos primários e secundários a nível nacional, a partir das recomendações internacionais. Além disso, foram apresentadas as discussões que envolvem a constituição da escola especial a partir da Liga Brasileira de Higiene mental, levando em consideração a influência da mesma para a contemporaneidade, com ênfase no referencial foucaultiano.

Por fim, o exercício, neste último capítulo, foi ainda, de compreensão sobre os saberes que se especializaram e foram instituídos nas políticas de educação especial, a partir do século XX, constituidores de um dispositivo de saber e de

normalização e mobilizadores de uma nova cultura no século XXI, voltada ao deficiente – o discurso da inclusão.

A tese é finalizada com a apresentação das considerações finais, na qual optamos por intitular - Para não concluir... Esta foi a forma encontrada para dizer que esta pesquisa não é definitiva, neste objeto concreto, apresentado como requisito parcial de conclusão de doutoramento, mas faz parte de outras inúmeras pesquisas que poderão ser formuladas a partir da mesma, sob outros olhares, compreensões e perspectivas.

CAPÍTULO I

A ORIGEM DA EXCLUSÃO E DA SEGREGAÇÃO DOS DESVALIDOS

A discussão sobre a exclusão é um capítulo existente na história da humanidade já a algum tempo, aproximadamente, sete séculos. Para iniciar nossa análise, apresentar-se-ão aos olhos do leitor algumas críticas que nos auxiliaram a refletir sobre essa temática e que gostaríamos de expor a seguir para nortear nossa escrita, são elas: a loucura como condição a ser banida para fora das cidades (as pessoas perambulavam pelas cidades e fora delas abandonadas à própria sorte); a contestação do internamento como a única solução encontrada para lidar com a loucura (o confinamento) e, ainda, posteriormente, o domínio exercido pelas concepções da medicina social em seu tratamento (organização de asilos, hospícios e instituições especializadas). Procurou-se trabalhar essas problematizações atentando para a concepção de história presente nos estudos de Foucault, referente à loucura, como ponto de partida para as discussões frente à mudança na forma de saber a loucura, a doença mental e a deficiência. Banimento – confinamento – internamento – saberes e práticas médicas.

1.1 Exclusão e segregação: sua gênese e seu sentido histórico

Os primeiros questionamentos referentes à relação existente entre loucura e internamento, surgem a partir da história dos leprosos. Para iniciar essa discussão, apresentamos como referência inicial para nosso texto, a “exclusão” acontecida a partir do século XIV (final da Idade Média). Durante este período, a exclusão, ainda que com outra nomenclatura; acontecia devido à grande quantidade de leprosos espalhados às margens da cidade. No século em questão, a lepra, conforme apresenta Foucault (2005), desaparece do mundo ocidental e um vazio aparece no espaço do confinamento.

Aproximadamente até o final das grandes cruzadas, na Europa, a quantidade de leprosários havia aumentado consideravelmente. Os dois maiores localizavam-se, na região periférica de Paris – Saint-Lazare e Saint-Germain, este último, a partir do século XV torna-se uma casa de correção para os jovens.

Em 1543, foi ordenado pelo poder real, um recenseamento e inventário, com a finalidade de resolver o problema da desordem que havia se instalado nas gafarias⁷. Posteriormente, em 1612, Henrique IV destina as quantias abusivas, antes despendidas aos leprosos, conforme o resultado do recenseamento, aos pobres e aos soldados estropiados. Por volta de 1635, à população começa a celebrar o desaparecimento da lepra e, o poder real, assume o controle e a reorganização dos bens que compunham a fortuna dos leprosários. Somente no final do século XVII, a questão dos leprosários, na França, foi regulamentada.

Tanto a Inglaterra, quanto a Escócia, tinham aberto, no século XII, somente as duas, 220 leprosários para um total de um milhão e meio de habitantes, no entanto, a partir do século XIV o vazio começa a se manifestar.

Na Alemanha, também existe registro da regressão da lepra, de forma mais lenta, confia à administração das cidades aos estabelecimentos hospitalares e as obras de caridade. Em 1542, os bens dos leprosários de Schleswig-Holstein são transferidos para os hospitais.

O desaparecimento da lepra ocorre após o fim das Cruzadas, não devido às práticas médicas realizadas na época, mas sim, devido à segregação e o desaparecimento dos focos orientais de infecção.

Apesar da lepra começar a desaparecer da memória da população, os espaços destinados ao recolhimento dessas pessoas permaneceram; essas estruturas, se tornaram, com freqüência, em locais de novos jogos de exclusão; jogos que foram retomados, aproximadamente três séculos mais tarde, no qual, outros sujeitos assumiram o papel abandonado pelo lazarento, tais como: os vagabundos, os presos, os pobres e os “cabeças alienadas” - loucos.

A segregação se fez intensamente presente no capítulo das internações. Inicialmente, as doenças venéreas substituíram a lepra no que diz respeito ao acolhimento dos recém chegados “ao mundo do horror” - internamentos. Como que por direito a herança, as doenças venéreas sucedem a lepra e se tornam “uma nova

⁷ Nome atribuído aos estabelecimentos para os quais os leprosos eram enviados a fim de isolá-los do resto da população, com o intuito de conter a contaminação pela doença. (FOUCAULT, 2005)

lepra”. O crescimento do número de pessoas acometidas pela doença se torna significativo e as antigas gafarias, não são mais suficientes para abrigar os mesmos, sendo necessário a construção de novos espaços que fossem amplos, afastados dos centros das cidades e que não houvesse vizinhos.

Mas se os leprosos têm direitos mais antigos de se instalar nesses lugares ‘segregados’, são pouco numerosos para fazê-los valer; os atingidos pelas doenças venéreas, um pouco por toda parte, logo ocuparam-lhes o lugar. (FOUCAULT, 2005, p.7)

O tratamento despendido às pessoas com doenças venéreas, na maioria, referia-se ao tratamento moral e não ao tratamento médico, embora esse fosse necessário, pois a doença venérea se instalou no decorrer do século XVI e se integrou, ao lado da loucura, num espaço “moral de exclusão.”

A doença venérea passa a ser o “novo espantalho”, sucedendo a lepra, e, suscita reações de divisão, de exclusão ao lado do fenômeno da loucura que permanece por dois séculos em latência.

Se toda a preocupação em torno do controle dos leprosários, por parte do poder real desapareceu, esse acontecimento, representa, uma ruptura que ocorreu no modo de entender e de se relacionar com a lepra, com as doenças venéreas e com o confinamento e não o efeito da cura exercido pelas práticas médicas.

Porém, essa mudança no modo de entender a lepra não faz desaparecer duas noções importantes: as imagens e os valores que o personagem do leproso suscita; e o sentido que a exclusão desse personagem produz no seu grupo social. Essas duas questões serão retomadas para caracterizar outro fenômeno, num novo sentido: a loucura⁸. No entanto, foram necessários aproximadamente dois séculos para que surgissem reações de divisão, exclusão e purificação que dominassem a loucura, pois as formas de se relacionar com a loucura e as experiências de loucura produzidas, na Renascença, tinham um sentido inteiramente diferente.

A loucura esteve ligada a todas as maiores experiências da Renascença. A preocupação com a cura e com a exclusão juntava-se numa mesma coisa, recebia a conotação de milagre, devido à carga de misticismo e ocultismo que encerrava o estado de loucura. Fora criada nessa época, uma aldeia denominada de aldeia de

⁸ Cabia também ao deficiente a concepção construída sobre o louco, dito de outra forma, a história do pensamento ocidental sobre a loucura, no Renascimento, Classicismo e Modernidade se mistura a história da deficiência.

Gheel, que possivelmente, desenvolveu-se com o intuito de tornar-se um lugar de peregrinação, “um espaço sagrado do milagre”, no entanto, se tornou prisão, um território santo, onde o homem realizava uma partilha ritualística e onde a loucura aguardava sua libertação.

O acesso a igreja, nesse período, foi negado e proibido aos loucos, e como que num ritual, os mesmos eram exilados. Alguns eram chicoteados publicamente, outros, como se participassem de um jogo, eram perseguidos em uma corrida e escorraçados para fora da cidade.

Uma das experiências da Renascença era a chamada - Nau dos Loucos, que ocupava um espaço fundamental no imaginário renascentista “[...] estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos.” (FOUCAULT, 2005, p. 9). Essa Nau partia para uma viagem simbólica transportando tipos sociais ou modelos éticos, que embarcavam em busca de revelação das suas verdades e, também, dos seus destinos. Conta o autor que essas Naus viraram moda nas literaturas, sendo compostas por equipamentos, heróis (modelos éticos ou tipos sociais) imaginários. Como exemplo dessas Naus: “Nau dos Príncipes e das batalhas da nobreza”, “Nau das Damas Virtuosas”, “Nau da Saúde”. Mas de todas essas Naus inventadas, a única que, de fato, existiu foi a “Nau dos Loucos”.

Era um costume habitual nas cidades europeias do século XV confiar os loucos a barqueiros. Aos loucos era oferecida a oportunidade de embarcarem nessas naves romanescas rumo “a grande viagem”⁹. As Naus levavam sua carga insana¹⁰ de uma cidade para outra. Essas Naus faziam parte do dia-a-dia dos loucos, que, expulsos das cidades, eram transportados para territórios distantes, entregues ao destino incerto das águas. A existência dos loucos dessa forma era errante. Na maioria das vezes, quando não eram entregues aos barqueiros, eram escorraçados para fora dos muros da cidade, para que, assim, corresse pelos campos, distantes; muitos eram confinados a grupos de peregrinos e mercadores.

Neste sentido, a nau dos loucos não exclui como se fará mais tarde. A idéia da Nau faz com que se tenha a certeza de que a intenção era de enviar os loucos para longe, para assim, não permitir que ficassem vagando pela cidade sem rumo.

⁹ A grande viagem é uma simbologia utilizada para referir-se ao transporte dos desvalidos para fora dos muros da cidade. De preferência para lugares distantes, em que não seriam mais vistos perambulando pela cidade. (FOUCAULT, 2005)

¹⁰ O termo carga insana é um termo utilizado por Foucault para nomear o indivíduo que apresentava qualquer tipo de desajuste, moral, físico ou mental (louco, insano, débil, indesejável) e que justificasse o banimento das cidades no período da Renascença.

Cidades como a de Nuremberg - Alemanha, durante os anos de 1377 a 1397 receberam grande número de loucos, os mesmos foram alojados, mas não tratados. Eram simplesmente jogados na prisão e mantidos com o orçamento da cidade. Após o ano de 1397, Nuremberg expulsa todos os loucos que não eram originários da cidade.

A idéia da Nau era ter a certeza de que o louco, insano, débil, indesejável fosse enviado para longe e que o mesmo pudesse tornar-se prisioneiro de sua própria partida.

[...] A preocupação de cura e de exclusão juntavam-se numa só: encerravam-nos no espaço sagrado do milagre. É possível que a aldeia de Gheel tenha se desenvolvido deste modo: lugar de peregrinação que se tornou prisão, terra santa onde a loucura espera sua libertação mas onde o homem realiza, segundo velhos temas, como que uma partilha ritual. (FOUCAULT, 2005, p. 11)

A intenção com a partida dos loucos para fora dos muros das cidades era mais do que uma simples utilidade social, visando promover segurança aos cidadãos, evitando que os loucos ficassem vagando dentro da cidade, por isso, a necessidade de extirpar todos os indesejáveis, os a-sociais para o que Foucault chamou de “fortaleza visível da ordem”.

Foucault ao apresentar esta prática, nos fornece pistas importantes para compreender a forma como o homem renascentista experienciava a loucura. Na Renascença, o homem, não se limitava a banir a loucura para um universo distante, na certeza de que ela não poderia jamais voltar; muito mais do que enviar para longe, sentia a necessidade de purificá-la, porque sabia que um dia ela podia reaparecer e a possibilidade desse retorno se torna assustador. Por isso, a idéia de purificação da loucura revela-se ainda mais significativa.

A loucura a partir do século XV assombra a imaginação do homem ocidental e passa a exercer certa atração e fascínio sobre ele, por isso, o desejo de entregar os loucos a própria sorte, através das embarcações. Essa prática significava uma inquietude em relação à loucura no final da Idade Média, pois, a loucura, além de estar relacionada com os mistérios do mundo, às assombrações, está relacionada também, ao próprio homem, às suas fraquezas, aos seus sonhos, às suas ilusões e às verdades que o distingue dele mesmo. Neste sentido, existem duas relevantes experiências que se confrontam em relação à loucura na Renascença: de um lado,

uma experiência crítica, relacionada a toda essa ligação que o homem mantém consigo mesmo, de outro, a experiência trágica e cósmica, composta pela Nau dos loucos. Esse confronto demonstra a forma como a loucura é percebida no início da Renascença, ou seja, não existe uma única experiência formulada, mas a luta entre duas experiências que não param de brigar entre si, pois, conforme afirma Foucault (2003), não obedecem nem a uma destinação, nem a uma mecânica, mas ao acaso da luta.

O Louco, o Bobo, o Simplório ganha, cada vez mais, maior proporção nas denúncias e críticas em geral. Por consequência, o ritual da exclusão, que é continuação rigorosa da eliminação dos leprosos, demonstra que o sujeito está vivo à presença da própria morte. A loucura é o “[...] já-está-aí da morte”, ainda que seja a presença já vencida dela [...]” (FOUCAULT, 2005, p. 16).

Esses “personagens” surgem freqüentemente nas sátiras, críticas e comédias da época. A loucura deixa de ser estranha ao mundo e passa a ser um espetáculo, bem conhecido e oferecido ao espectador.

A experiência crítica da loucura, no começo do século XVI, experiência essa que colocava o homem em confronto com sua verdade, oculta o sentido da experiência trágica e cósmica e ganha destaque cada vez mais acentuado. Na Renascença, a loucura abandona o lugar modesto assumido a partir do século XIII e passa a ocupar lugar de destaque sobre todas as fraquezas humanas.

A loucura, considerada no universo do discurso, se apura, torna-se mais sutil e desarma-se. Passa a ser escalonada de outra forma. O conflito entre a consciência crítica e a experiência trágica e cósmica, no qual o homem é confrontado com sua verdade moral e com suas próprias regras, demonstra, por volta do século XVI, o enfraquecimento da figura da loucura na perspectiva da Renascença e ganha cada vez mais, força como experiência crítica, assim, tem-se que, a idéia de loucura desse período, não foi totalmente destruída e sim ocultada ou redefinida.

1) A loucura torna-se uma forma relativa à razão ou melhor, loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra, e nesse movimento de referência recíproca elas se recusam, mas uma fundamenta a outra. (FOUCAULT, 2005, p.30)

No Classicismo, a experiência da loucura passa a ser entendida e considerada exclusivamente em relação à razão, pois, numa relação de reciprocidade, elas se recusam por um lado e, por outro, uma fundamenta a outra. A loucura só tem valor e sentido, no próprio campo da razão.

Pouco mais de um século após a experiência das Naus, surge o tema literário do “Hospital dos Loucos”. A relação entre o internamento e a loucura acontecerá a partir da metade do século XVII. Foucault a partir de seus estudos demonstra a racionalidade própria do internamento, procurando compreender as práticas e os mecanismos específicos desse internamento.

O século XVII, na França, foi um período de referência para a criação de casas de internamento. Na cidade de Paris, ao menos um habitante em cada cem permaneceu recluso por meses em alguma dessas casas.

Durante um século e meio, os loucos foram internados e misturados à população das “Workhouses”, mas, um dia, seriam encontrados por Pinel¹¹, na França; Tuke¹², na Inglaterra; e Wagnitz¹³, na Alemanha, nas salas do Hospital Geral.

Para Foucault (2005) a estrutura mais visível da experiência clássica da loucura é o internamento, pois quando essa experiência é enfraquecida, no século XIX, na Europa, provoca certo escândalo, a ponto de, por exemplo, com Pinel ou

¹¹ Philippe Pinel (1745 – 1826). Médico francês nascido em Saint-André d'Alayrac, pioneiro no tratamento mais científico e menos supersticioso contra a loucura defendendo tratamentos mais humanos, tornando-se um dos precursores da psiquiatria moderna. Filho de médico formou-se em Toulouse (1773) e mudou-se para Paris (1778). Tornou o termo psicopatologia sinônimo de teoria da loucura. Criador da clínica psiquiátrica. Introduziu uma mudança profunda nos manicômios da época. Com Pinel o manicômio passou a ser parte essencial do tratamento para a loucura. O manicômio deixou de ser apenas o asilo com função de enclausuramento para o degenerado e passou a ser um instrumento de cura, conforme definido por Esquirol. Combateu credências como a de que um louco estaria possuído pelo demônio, e buscou explicações científicas para as doenças mentais. Publicou trabalhos com classificação das doenças mentais, expôs seus métodos em *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1801), considerada sua obra mais importante. (HERGENHAHN, 2000; PESSOTTI, 1996; PESSOTTI, 1999)

¹² Em sua terra natal, a Inglaterra, William Tuke um comerciante de chá e café ouviu falar sobre as condições deploráveis em que viviam os doentes mentais. Ele visitou asilos e ficou horrorizado com o que viu. Tuke dedicou grande parte de sua vida para melhorar essas condições. Ele levantou fundos para abrir em 1792, *York Retreat*, um centro residencial de tratamento, onde os doentes mentais seriam sempre cuidados com carinho, dignidade e decência. Os pacientes recebiam boa comida, exercícios frequentes e interação amigável com a equipe de “cuidadores”. O York Retreat tornou-se um exemplo de tratamento humano, e logo abriu instituições similares na Europa toda, e nos Estados Unidos, mesmo muito tempo depois de sua morte. Membros da família de Tuke continuaram envolvidos no York Retreat e no movimento para melhorar o tratamento de pessoas com transtornos mentais. (POMERANTZ, 2008)

¹³ Wagnitz descreveu as condições lamentáveis das casas de correção de Hamburgo, onde muitas vezes não havia espaço suficiente para acomodar todos os degenerados. Lutou para que as autoridades doassem novas colônias para o tratamento desse lastro humano. (RUSCHE e KIRCHHEIMER, 2003)

Tuke, aparecer à falsa idéia de uma libertação dos loucos do internamento produzido pelo século XVII.

Compreender, a partir de Foucault, qual a experiência que o Classicismo teve da loucura, é essencial para compreendermos, posteriormente, o conceito de exclusão e de deficiência formulados na modernidade. Para o autor, da mesma forma que a Idade Média inventou a segregação dos leprosos, o Classicismo inventou o internamento e a Idade Moderna, os saberes e as práticas da medicina social ou medicina moderna.

Neste sentido, uma nova forma de perceber e de relacionar-se com a miséria, com os problemas econômicos, com o desemprego, com os deveres da assistência, com a moral, com a lei civil, com a religião, e, sobretudo, com o modo pelo qual a loucura é percebida.

A loucura, a partir da metade do século XVII, esteve ligada aos internamentos. Os alienados de Bicêtre e da Salpêtrière¹⁴ pertenciam a esse universo da ordem monárquica, que se organizava nessa mesma época na França. Em 16 de junho de 1676, um édito do rei, estabelece a criação de um Hospital Geral em cada cidade do reino.

Aos loucos, aos débeis, aos pobres, aos leprosos e aos insanos era dispensada a mesma prática entre os muros do internamento no Hospital Geral. Essa ação se justificava pela necessidade de tratar, “recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária [...]” (FOUCAULT, 2005, p. 49).

Os hospitais gerais se espalharam pelo território francês. Para a expansão dos mesmos foi preciso à cumplicidade entre o poder real, a burguesia e a igreja, que, não estranha ao movimento, passou a reformar suas dependências hospitalares, redistribuir os bens de suas fundações e a criar congregações que se propusessem a mesma finalidade dos hospitais gerais. Uma das congregações que se destaca neste período é a de Vicente de Paula (1632), que reorganizou o mais importante dos antigos leprosários de Paris – o Saint-Lazare. Na maioria das vezes as novas casas de internamento eram estabelecidas dentro dos próprios muros dos antigos leprosários e herdavam também, seus bens.

Acrescenta-se ainda, que

¹⁴ Bicêtre e Salpêtrière - dois manicômios parisienses reestruturados por Philippe Pinel. (PESSOTTI, 1996; 1999)

[...] O gesto que aprisiona não é mais simples: também ele tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais. E que dizem respeito provavelmente a certas estruturas essenciais do mundo clássico em seu conjunto (FOUCAULT, 2005, p. 53).

Tomando a reflexão anterior como base, em relação ao século XVII, pode-se dizer que não existe presente, na organização das casas de internamento, liderança ou idéia médica, pois o mesmo não está relacionado a um estabelecimento médico, mas a uma estrutura semijurídica que julga, decide e executa.

A necessidade era de, ao mesmo tempo, ajudar e de reprimir; de prestar caridade e a vontade de punir, escamoteando o desejo burguês de ordenação para o mundo da miséria por meio do isolamento, da exclusão, do internamento (inventado pelo Classicismo), em contrapartida à segregação dos leprosos na Idade Média.

As primeiras casas de internamento eram obras de ordem pública e de religião, que auxiliavam, mas também puniam; que prestavam caridade e previdência governamental; eram de organização da Idade Clássica e abertas por volta de 1620, nos países de língua alemã e em Hamburg – França (Caridade de Lyon). As casas de internação continuaram a se multiplicar na segunda metade do século XVIII, como por exemplo: Leipzig (1701), Halle e Cassel (1717 e 1720), Brieg e Onasbrück (1756) e, Torgau (1771).

Na Inglaterra, a origem das internações nas casas de correção, se refere ao mesmo tempo ao alívio dos pobres e à punição dos vagabundos. No final do século XVIII havia um total de 126 casas de correção em toda a Inglaterra e em 1792 o *Gilbert's Act* dá todas as facilidades às paróquias para a criação de novas casas.

A igreja tem seus bens transformados em “obras profanas”. Além disso, precisou adequar-se a realidade da correção moral da sociedade, e, assim transformou todos os seus mosteiros em hospitais. Os conventos foram, durante muito tempo, os grandes asilos¹⁵ da Inglaterra e Alemanha. Surge assim, um dos primeiros hospitais destinado aos loucos em um país Luterano, o hospital “*Arme Wahnsinnige und Presshafte*” (antigo convento dos cistercienses).

¹⁵ O asilo é um termo freqüentemente “[...] utilizado na literatura francesa e genericamente significa: qualquer estabelecimento em que se internavam loucos, com ou sem a companhia de outros doentes [...]”. (PESSOTTI, 1999, p. 152)

Não se pode deixar de acrescentar que, como comentado, os loucos, deficientes e outros desvalidos eram todos reclusos, sem a preocupação ou o cuidado de ser cada qual “tratado” sobre sua individualidade.

As cidades e os Estados substituem a igreja nas tarefas de assistência. Instauram-se impostos, fazem-se coletas, favorecem-se as doações, suscitam-se doações testamentárias [...]; quanto às cidades que organizaram casas de correção ou de trabalho, receberam o direito de perceber um imposto especial [...] (FOUCAULT, 2005, p. 58).

As casas de recuperação, em meados do século XVIII, em plena crise econômica, acabavam também por servir de abrigo aos desempregados, aos sem trabalho, e aos vagabundos. A cada crise econômica, essa realidade se acentuava. Mas, fora dos períodos de crise econômica, o internamento adquiria outro sentido.

Não se trata mais de prender os sem trabalho, mas de dar trabalho aos que foram presos, fazendo-os servir com isso a prosperidade de todos. A alternativa é clara: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em tempo de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas (FOUCAULT, 2005, p. 67),

Dessa forma, o louco, que na Idade Média ocupava o lugar da personagem sagrada que participava dos obscuros poderes da miséria, a partir do século XVII, passa a ser excluído, por perturbar a ordem do espaço social, visão que substitui a idéia anterior de acolhimento do louco pela sociedade, pois a miséria passa a ser encarada apenas em seu horizonte moral.

Neste sentido, antes de haver uma preocupação com a cura e o sentido médico atribuído ao internamento, Foucault aponta, inicialmente, a preocupação com o trabalho e, por isso, a necessidade de corrigir o corpo do indivíduo. Nesse procedimento que desliga o internamento da medicina, Foucault demonstra que a história, nesta perspectiva, serve para diferenciar o passado do presente.

O internamento é um evento que assume um sentido diferente da prisão na Idade Média. A partir do internamento a loucura passa a ser percebida na sua incapacidade para o trabalho e na incapacidade do indivíduo de integrar-se ao grupo, modificando o seu sentido drasticamente. Surge, uma nova percepção em relação à loucura, na qual esta é arrancada de sua liberdade imaginária tão presente

na Renascença e se vê reclusa pelo internamento e ligada à razão e às regras da moral.

A criação das casas de correção foi considerada um fracasso e seu desaparecimento como centros de recepção de indigentes e prisão da miséria, no começo do século XIX, foi inevitável.

A crise na internação está ligada a experiência da loucura. O século XVII foi o início do internamento dos “loucos”, misturando-os a toda uma população de desvalidos. A partir do século XIX, as casas de internação são quase que integralmente destinadas aos “loucos” (insanos e deficientes – “mal formados”, etc.).

O internamento, nesse período, funcionou como um mecanismo social, para a realização de um grande projeto social de homogeneidade. Promovendo assim, a eliminação espontânea dos heterogêneos ou nocivos, ou melhor, dos “a-sociais”. A segregação foi suscitada pelo desejo de eliminar aqueles que por mutação espontânea, ou variedade da espécie, no dizer de Foucault, fossem “estragados”.

No esquema de exclusões superpostas, o sujeito que foi exilado por volta da metade do século XVII, foi “reconhecido como estranho à sociedade que o havia escorraçado [...]; ele se tornou então, [...] o candidato indiferençado a todas as prisões, a todos os asilos, a todos os castigos”. (FOUCAULT, 2005, p. 81)

Um recenseamento realizado em 1690 marca a alienação dos “estragados” do convívio social e enumera

Mais de 3 000 pessoas na Salpêtrière, grande parte constituída por indigentes, vagabundos e mendigos. Mas os ‘quartéis’ há elementos diversos cujo internamento não se explica, ou não se explica apenas pela pobreza: em Saint-Théodore há 41 prisioneiras por cartas régias; 8 ‘pessoas ordinárias’ na casa de detenção; 20 ‘mulheres caducas’ em Saint-Paul; Madeleine contém 91 ‘velhas senis ou enfermas’; o de Saint-Geneviève, 80 ‘velhas infantis’; o de Sainte-Levège, **72 pessoas epiléticas**; Saint-Rilaire, 80 mulheres senis; Saite-Catherine, **69 ‘inocentes mal formados e diformes’** [...]. (FOUCAULT, 2005, p. 82) Grifo nosso.

Foucault, portanto, problematiza a idéia de confusão que é atribuída à percepção clássica da loucura e a noção de que a Ciência Positiva do final do século XVIII liberta o louco desse confinamento que interna, no mesmo local, o enfermo, o libertino, a prostituta, o deficiente, o imbecil e o insano, sem indicar nenhuma diferença entre eles. Faz-se necessário compreender que a era clássica, tratava os

criminosos e loucos, de forma uniforme e indistinta, diferentemente do que se vê acontecer no final do século XVIII, e, principalmente a partir do século XIX, na modernidade. No entanto, essa indistinção não pode ser entendida como uma ignorância, mas como uma experiência de uma dada época, sobre a loucura.

Essa exemplificação serve para demonstrar como a população dos internamentos era variada. Em contrapartida ao papel negativo representado pela exclusão, não se pode negar o papel de organização que ocorreu com o período da grande internação, pois, no final do século XIX, começam a organizar as alas dentro das casas de internação. Essas alas eram organizadas conforme a variedade de casos, ou seja, uma para mulheres pobres, outra para mulheres insanas, para criminosos, para deficientes e, assim por diante. Com isso, o saber médico sobre os desvalidos, começa a desenvolver-se, mas nesse momento exerce muito mais a cumplicidade com a moral a ser preservada do que com a cura, propriamente dita. É preciso zelar pelo bom funcionamento, pela boa conduta e pela ordem geral da sociedade; e pagar sua dívida com a moral pública.

Assim, a partir do aparecimento das práticas médicas, nos asilos, o diferente ou deficiente – “mal formado”, deve permanecer recluso nas casas de internamento, no entanto, com um tratamento preocupado com uma cura moral e diferenciado das demais insanidades.

O tratamento terapêutico dispensado aos internos demonstra claramente a cumplicidade da medicina, desde então, com a moral e a necessidade de purificação das almas e cura dos corpos através da punição do internamento no Hospital Geral.

[...] o internamento tem função de reforma moral em prol de um apego mais fiel à verdade. Há todo um aspecto, quase pedagógico, que faz da casa de internamento uma espécie de camisa de força para a verdade: aplicar uma coação moral tão rigorosa quanto necessária para que a luz se torne inevitável [...] (FOUCAULT, 2005, p. 99)

A luz da razão é a cura moral esperada pelos internamentos. Entretanto, até o início do século XIX, os loucos continuam a ser percebidos como seres ou coisas, isto é, monstros que merecem ser mostrados.

[...] Os imbecis propriamente ditos (*fatui*) vêm a seguir; não se lhes pode confiar responsabilidade alguma; seus espíritos estão abaixo

da idade da razão, como as crianças de sete anos. [...] os estúpidos são nada mais nada menos que pedras [...] (FOUCAULT, 2005, p. 130)

Se não mostrados, os insensatos eram maltratados; ao longo do século XVIII e início do século XIX, os internos (criminosos) recebiam melhor tratamento do que os alienados; que eram acorrentados próximos aos criminosos e recebiam péssimo tratamento. As pessoas internadas acabavam por ser embrutecidas a partir do tratamento dispensado a elas.

As circunstâncias históricas exigiam a organização de grandes hospitais destinados aos insensatos, mas em 1793, nenhum deles, ainda, havia sido construído. Como Bicêtre¹⁶ havia sido organizada como uma “casa para os pobres” e nela estavam misturados todos os tipos de infortunações, era necessário desfazer a confusão e adequar o recebimento dos alienados, uma vez que se tornara o principal centro de hospitalização dos mesmos.

No fim do século XVII houve grande aumento nos internamentos, fazendo com que os hospitais registrassem mais do dobro de pessoas internadas. A casa de internação Salpêtrière abrigava em 1690 o total de 3.059 pessoas; mais que o dobro, 6.704, de cem anos mais tarde. Durante o período de instalação do internamento (1680 a 1720), o aumento de internamentos foi bem maior do que o aumento da população.

Somente depois do século XVII, num movimento que Foucault descreve como o Grande Confinamento, esses membros “irracionais” da população começaram a ser presos e institucionalizados. No século XVIII, a loucura passou a ser encarada como o oposto da Razão, pois muitos homens assumiam o comportamento de animais e, portanto, deveriam ser tratados como tais.

Bicêtre, principal centro de hospitalização, herdou das casas de força os loucos libertados e do Hôtel-Dieu os alienados. O referido Hôtel foi o único hospital parisiense, conforme aponta Foucault, onde foi tentada a cura de maneira sistemática para os insensatos. Nesse sentido, Bicêtre passa a ser o hospital no

¹⁶ Castelo construído em 1634 “[...] com a finalidade de ser um asilo para a nobreza pobre e para os soldados feridos; foi incorporado ao Hospital Geral criado pelo edito de 27 de abril de 1656, dispondo que ‘os pobres mendigos válidos e inválidos, de ambos os sexos, sejam internados num hospital para ser empregados em obras, manufaturas e outros trabalhos de acordo com sua capacidade’. Foi a ala Saint-Prix, criada em 1660 para receber alienados, que Pinel assumiu, no dia 11 de setembro de 1793, sua função de médico das enfermarias’, que ocupará até 19 de abril de 1795 [...]”. (FOUCAULT, 2006a, pp. 242-243)

qual os alienados recebem cuidados até a cura. Começa a surgir, assim, a idéia de normal e patológico - normalização¹⁷.

A falsa idéia formulada na época foi a de que Pinel fora escolhido para 'desmascarar' a loucura, a partir da avaliação exata das dimensões médicas, portanto, libertar as vítimas e denunciar os suspeitos. Ao chegar a Bicêtre, 25 de agosto de 1793, resolveu retirar as correntes dos alienados para que não fossem mais ocultados na intenção de constituir um "campo asilar puro". Entretanto, Pinel, em 13 de maio de 1795, foi removido e nomeado para Salpêtrière. O tratamento de Pinel consistia numa extensa terapia de aversão, o que incluía métodos como jaqueta de força e banho de água fria. Similarmente, o tratamento de Tuke consistia em punir os loucos até que eles não mais desenvolvessem sua loucura. Assim, Pinel, a partir do exercício do poder, no internamento "[...] é o símbolo da 'boa liberdade', aquela que, libertando os mais violentos, doma suas paixões e os introduz no mundo calmo das virtudes tradicionais." [...] (FOUCAULT, 2005, p. 475)

Resumindo a idéia desenvolvida, tem-se que, o internamento inventado pelo classicismo possui significações sociais, econômicas, políticas, religiosas e morais. Nesta perspectiva, o isolamento da loucura estava relacionado com uma nova percepção da miséria, da nova forma de atuar frente aos problemas do desemprego e da ociosidade, dos deveres da assistência, da nova ética para o trabalho e do sonho de uma cidade capaz de unir a obrigação moral à lei civil.

O internamento, nestes moldes, foi exigido primeiramente, por razões bem diversas da preocupação com a cura, qual seja, à preocupação com o trabalho, ou melhor, a condenação da ociosidade. É desse modo que os loucos, ociosos por princípio, terão seu lugar ao lado dos pobres e também serão submetidos às regras do trabalho obrigatório, com algumas distinções importantes, pois os loucos eram incapazes para o trabalho e para seguir os ritmos da vida coletiva. O que unia os loucos a toda uma outra população interna, era um aspecto: a condenação ética da ociosidade, por isso, a necessidade de não mais condenar, mas, administrar, recuperar e trazer o ocioso de volta para a sociedade.

¹⁷ Normal é o termo pelo qual o século XIX iria designar o protótipo escolar e o estado de saúde orgânica. [...] Tanto a reforma hospitalar, como a reforma pedagógica exprimem uma exigência de racionalização que se manifesta também na política, como se manifesta na economia, sob a influência de um maquinismo industrial nascente que levará, enfim, ao que se chamou, desde então, normalização. (CANGUILHEM, 2002, p. 209-210)

É, assim, de uma invenção que trata Foucault. A percepção da loucura, a partir do horizonte social da pobreza, da impossibilidade de integração em um grupo coletivo e a incapacidade para o trabalho modifica drasticamente o seu sentido. Desde então, surge uma nova percepção em relação à loucura, pois, ela passa a ser arrancada de sua liberdade imaginária da Renascença e torna-se reclusa pelo internamento e ligada às regras morais e à razão.

De acordo com Foucault (2008), por volta do início do século XVIII surge uma nova reflexão sobre a doença, no qual, esta é animada por relações entre a doença e a vegetação. É a partir das novas normas médicas que a loucura se constitui, e, desta forma, se abre um espaço de classificação. Embora existisse nessa mudança, ou seja, na idéia de classificação uma resistência profunda, pois, ainda continuava-se a ligar a loucura à imaginação e ao delírio por uma teoria geral da paixão.

Neste movimento, a medicina, contrariamente ao que ocorria no período do internamento do século XVII, se transformará em uma técnica privilegiada e será ligada à loucura a partir do tratamento e do estudo da cura das doenças nervosas (nascimento de uma psiquiatria da observação), possibilitando o surgimento de um internamento de aspecto hospitalar. Diferentemente da Idade Clássica (experiência do desatino), pois, começa a se constituir, a possibilidade de um discurso sobre as doenças físicas e as doenças psicológicas ou morais.

Há neste contexto, do medo e do simbolismo do impuro, capaz de promover o contágio dos males físicos e morais, uma ligação profunda com a mudança de percepção do mundo do desatino, para o universo médico, pois, as transformações, ocorreram devido a este medo e não devido ao progresso do estatuto médico em direção à aquisição do conhecimento em relação à loucura.

A idéia de asilo surge a partir dessa nova percepção sobre a loucura, pois, as regras morais da razão, exigem do médico, no internamento, uma nova percepção. Destarte, surge pela primeira vez, um diálogo de cumplicidade entre o médico e o doente. Essa nova sensibilidade médica foi capaz de produzir mudanças essenciais em relação à loucura e, a partir do desenvolvimento, ao longo do século XVIII, desse conjunto médico-doente, o médico passará a apresentar-se como o novo elemento constituinte do mundo da loucura.

O asilo, como espaço de segregação para o diferente, promove a igualdade dos seus semelhantes, uma vez que, no seu interior é impossível diminuir as diferenças, reprimir os vícios, denunciar todas as irregularidades que se opõem às

virtudes morais da sociedade. Pinel faz do asilo, um instrumento de uniformização moral.

A partir da organização do asilo, do poder disciplinar disseminado através da atuação de Pinel e Tuke, no interior dessa organização, o médico, que anteriormente, não tinha lugar na vida do internamento, passa a ser a figura essencial do asilo. É a figura do médico, que passa a responder pela entrada e saída dos internamentos no asilo. Nesse sentido, de acordo com o Regulamento do *Retiro*, seção III, art. 5, cit. in s. TUKE, citado por Foucault (2005), a pessoa, ao ser internada, só efetiva sua entrada no espaço asilar, se avaliada por um médico que emite e assina um certificado estabelecendo suas condições: qual sua afecção; se é loucura ou não; há quanto tempo está doente; se utiliza medicamentos; quais medicamentos utilizados etc.

Acredita-se que Tuke e Pinel abriram o asilo ao conhecimento médico. Não introduziram uma ciência, mas uma personagem, cujos poderes atribuíram a esse saber apenas um disfarce ou, no máximo, sua justificativa. Esses poderes por natureza, são de ordem moral e social; [...]. Se a personagem do médico pode eliminar a loucura, não é porque a conhece, é porque a domina; [...] (FOUCAULT, 2005, p. 498)

Com a inauguração da vida asilar, no final do século XVIII e início do século XIX Pinel e Tuke suscitam a discussão em torno do tema ordem social e moral, pois são marcantes as relações Loucura-Desordem.

Pinel afirma a necessidade da manutenção da calma e da ordem dentro do asilo, pois sem o disciplinamento e o ordenamento não é possível uma observação exata, para que exista certa distribuição dos corpos, dos gestos, dos comportamentos, dos discursos.

[...] Uma ordem, portanto, pela qual os corpos não são mais que superfícies a atravessar e volumes a trabalhar, uma ordem que é como grande nervura de prescrições, de sorte que os corpos sejam assim parasitados e atravessados pela ordem. (FOUCAULT, 2006a, p. 4)

A ordem disciplinar no interior do asilo faz com que os indivíduos deixem de ser vistos como sujeitos e passem a ser vistos simplesmente como corpos, gestos e comportamentos a serem distribuídos.

Essa ordem disciplinar está ligada no interior do asilo, simultaneamente a repartição e a dispersão disciplinar dos tempos, dos gestos, dos comportamentos, dos corpos, etc. Nesse sentido, a instância médica, funciona como poder muito antes de funcionar como saber.

O médico passa a ser a figura fundamental no interior do asilo, mas o poder investido ao médico não é o único poder existente no espaço asilar, nem o único poder a ser exercido, pois o asilo funciona como um campo essencial do poder. “[...] O poder não pertence nem a alguém nem, aliás, a um grupo; só há poder porque há dispersão, intermediações, redes, apoios recíprocos, diferenças de potencial, defasagens, etc. [...]” (FOUCAULT, 2006a, p. 7)

A institucionalização dos indesejáveis promoveu o discurso dos corpos dóceis, o indivíduo passa a ser percebido a partir de seu corpo, de seu comportamento, de seus gestos. Por isso, precisavam ser distribuídos conforme suas características individuais, para maior controle, disciplina, ordenação.

A partir do século XIX os conceitos da teoria médica intensificam e se desenvolvem em estreita relação com o espaço do internamento. Assim, a relação entre medicina e internamento, estranha ao Classicismo, possibilitou o nascimento da psiquiatria positiva e posteriormente da psicologia.

Os lugares em que cada época coloca a loucura, seja no oceano da Renascença, no internamento na Idade Clássica ou na relação médica doente – asilo (Modernidade), são significativos para a compreensão do próprio espaço simbólico que a loucura ocupa em cada época. Neste sentido, se o espaço aberto do oceano revela a existência de um diálogo entre a loucura e a razão renascentista, o “Grande Internamento”, representa uma razão clássica obstinada em manter a loucura num silêncio e numa distância objetivamente garantidos pelos altos muros do Hospital Geral.

Portanto, o nascimento do asilo, a partir da Idade Clássica, nos revela a existência de um campo de poder, de disciplina e de saber que vai desenvolver-se e chegar a sua maturidade, na Idade Moderna (século XIX), com a invenção da medicina social. Questão a ser apresentada, ainda neste capítulo.

1.2 Dispositivos disciplinares e dispositivos asilares: elementos de uma história

Antes de iniciar neste texto uma discussão referente ao espaço asilar, acredita-se ser necessário conceituar a idéia de dispositivo utilizada por Foucault, pois, no quarto capítulo desta pesquisa, reservado para a reflexão sobre as políticas voltadas ao deficiente, esta idéia será retomada, para discutir o dispositivo de normalização presente nas políticas nacionais, voltadas a esse indivíduo.

Conforme aponta Salomon (2010), a idéia de dispositivo apresentada nesta pesquisa relaciona-se com a apresentada em sua obra *“Arquivologia das correspondências”*, que compreende o objeto de descrição arqueológica. A relação entre a identidade do tempo, a ordem social e a ordem do discurso, que marca o surgimento de um novo arquivo. A existência de um arquivo é um acontecimento que deve ser pensado, historicizado. Portanto, falar em dispositivos significa falar sobre as condições que tornaram possível um dado arquivo, em uma dada época. Neste sentido, essa lógica nos exige relacionar o novo modo de se perceber a loucura, na modernidade, com o modo em que a mesma era concebida na Renascença e no Classicismo. Trata-se de contrapor a historicidade desses arquivos e destacar problemas que lhes são correlatos.

Foucault (2006a) falará de dispositivos disciplinares, dispositivos asilares, dispositivos carcerários, dispositivos de poder, dispositivos de saber, dispositivos de verdade, etc. Para tanto, o dispositivo é a rede de relações que podem ser estabelecidas entre elementos distintos, como por exemplo: o discursos, as instituições, a arquitetura, as medidas administrativas, as regras, as leis, os enunciados científicos, as proposições filosóficas, morais e filantrópicas, o dito e o não dito. O dispositivo pode aparecer como o programa de uma instituição, como um elemento que pode justificar ou ocultar uma prática, ou funcionar como uma interpretação a *posteriori* dessa prática, oferecer-lhe um campo novo de racionalidade, um novo arquivo.

O arquivo, na concepção de Combe (*In SALOMON, 2011*), não é um depósito, é um dispositivo, um exercício de poder. Como se fazer obedecer, como conduzir os outros; é o que se pode ver desde o século XVII, a partir do surgimento dos dispositivos disciplinares. A idéia de arquivo nos leva a refletir, conforme aponta

Rancière *In* (SALOMON, 2011), sobre o saber do passado (a estruturas das idéias formuladas em dada época), e, não apenas sobre como esse passado é contato, por meio de fatos e datas. Portanto, o arquivo é um dispositivo que transcende os textos escritos, é muito mais do que apenas um meio de representação, ilustrações de uma dada época, contextos e fatos; os arquivos são, nesse sentido, a matéria da história, os instrumentos de inteligência da história.

Conforme aponta Salomoni *In* (SALOMON, 2011, p.46), “[...] Os arquivos não são amontoados informes de escritas, assim como eles não recebem tudo o que é produzido ou proposto para ser registrado. Eles são o efeito de uma seleção e de uma ordenação [...]”. Portanto, capazes de conservar os testemunhos destinados a documentar uma época histórica determinada. O arquivo é “[...] a *dobra* que deve ser desdobrada do fluxo do pensamento pelo historiador [...]”. É, antes de tudo, um dispositivo essencial da história, capaz de transformar a história em memória, ou antes, de transformá-la em patrimônio acumulado ao longo do tempo. (SALOMON, 2011b, p. 34)

Dito isto, podemos perquirir que os dispositivos disciplinares, formaram-se durante os séculos XVII e XVIII, e não substituíram, de repente, os dispositivos de soberania¹⁸, pelo contrário, funcionaram e se ampararam, no mesmo, por um tempo considerável.

O primeiro ponto de aplicação do sistema disciplinar pode-se dizer que foi a disciplinarização ou o que Foucault (2006a) chamou de colonização da juventude estudantil, que até o fim do século XV e início do século XVI, manteve suas regras de deslocamento, de vagabundagem, sua autonomia, sua turbulência e agitações populares.

O segundo tipo de distribuição de controle, de exploração e de disciplinarização foi à colonização dos povos coloniais, como por exemplo: os guaranis, no Paraguai. As comunidades guaranis recebiam dos jesuítas, um esquema de comportamento como se fosse um estatuto a cumprir, as regras eram de organização do tempo deles, no qual apotavam as horas de descanso, das refeições e até mesmo, as horas que deviam despertar à noite para que pudessem fazer amor e filhos.

¹⁸ Para maior aprofundamento, consultar *Michel Foucault: uma trajetória filosófica* (1995).

A idéia acima demarca que o tempo é plenamente ocupado e que a comunidade guarani vivia sob vigilância, tanto durante o dia, quanto durante a noite, pois existia a necessidade, por parte dos jesuítas, de vigiar o que cada um fazia, principalmente no período noturno. É curioso e fundamental relatar a estrutura de panóptico desenvolvida nessa comunidade, pois Foucault demonstra que, em nível da microcélula familiar dessa comunidade, havia uma espécie de individualização, no qual cada família recebia um alojamento que era objeto de vigilância.

O terceiro tipo de disciplinarização, e o que mais nos interessa é a colonização interna dos mendigos, dos nômades, dos vagabundos, dos delinqüentes, das prostitutas, dos débeis mentais, dos doentes mentais, dos a-socias etc., e todos os confinados na época Clássica.

[...] Em todos esses casos, os dispositivos disciplinares, digamos assim, são instalados, e vemos com muita nitidez que derivam diretamente das instituições religiosas. Foram, de certo modo, as instituições religiosas – os ‘Irmãos da Doutrina Cristã’, substituídos mais tarde pelas grandes ordens pedagógicas, como os jesuítas – que prolongaram, de certo modo por pseudópodes, sua própria disciplina na juventude escolarizável. (FOUCAULT, 2006a, p. 88)

Surgem no início do século XVIII, dispositivos disciplinares desvinculados da religião. Esses vão funcionar ao ar livre e transformar os dispositivos disciplinares que tinham o ponto de apoio na religião. Um exemplo claro desse novo modelo é a caserna a partir da segunda metade do século XVIII, com suas formas de punição aos desertores, os exercícios corporais, a ocupação completa do tempo e a constituição de prontuários e técnicas de identificação, que individualizam e impedem que as pessoas saiam do exército.

Após o período de constituição das casernas, encontra-se outro espaço de exercício dos dispositivos disciplinares; esse espaço é o ocupado pelos operários. É o aparecimento das grandes oficinas no século XVIII, o aparecimento de formas disciplinares impostas aos operários, o aparecimento de técnicas totalmente novas, para uma população (a população rural) utilizada pela primeira vez, na metalurgia, nas cidades mineiras.

Essa população operária era vigiada sob a forma de um instrumento de grande poder no meio operário – a caderneta; esta era a marca de todos os sistemas disciplinares sobre o operário. Todo operário tinha sua própria caderneta e,

só podia deslocar-se, se fosse com a mesma em mãos. Nesse instrumento disciplinar era indicado o último empregador, quais os motivos de não estar mais empregado na mesma oficina, quais as condições de trabalho, etc. A vigilância exercida sobre o indivíduo a partir da caderneta chegava ao ponto de o operário ter que, ao se mudar para outra cidade, apresentá-la ao seu novo patrão, às autoridades locais, aos dirigentes municipais.

Os dispositivos disciplinares foram elaborados e aperfeiçoados para atender a “acumulação” dos homens e o papel da mesma na sociedade capitalista, pois tais dispositivos são “técnicas de distribuição dos corpos, dos indivíduos, dos tempos, das forças de trabalho”. (FOUCAULT, 2006a, p. 91)

Esses dispositivos disciplinares alcançam toda a sociedade, de forma isolada, local, lateral, provocando então, a exploração das forças do corpo, a regulação dos gestos, das atitudes, a exploração do tempo, a constituição da vigilância constante, um poder punitivo e regulamentar que é anônimo, mas não individual, que enquadra e constitui a apropriação do corpo como indivíduo, ou melhor, como corpo sujeito.

A partir da idéia de dispositivos disciplinares, cabe destacar aqui, a questão da disciplina asilar, que substitui a tática, pela classificação do homem, do problema do corpo, do problema do tempo.

Para tanto, os indivíduos se tornam sujeitos de um sistema disciplinar, no qual Foucault diz ter sido expandido para a maioria das instituições que fazem parte da sociedade. Escolas, hospitais, prisões, casas de educação vigiada, quartéis, etc., que ao mesmo tempo são ambientes de formação de saber sobre o homem e lugar de exercício de um tipo específico de poder.

O poder psiquiátrico, exercido através do disciplinamento, tem a função de intensificar a realidade junto à loucura, desenvolvendo para isso, a organização do mundo asilar para o *tratamento moral da loucura* a partir da combinação de quatro elementos: 1) isolamento no asilo; 2) medicações de ordem física ou fisiológica; 3) restrições próprias da vida asilar; 4) medicação psicofísica, de caráter punitivo e terapêutico.

Era a combinação de disciplina, obediência, regulamento [era necessário submeter-se a lei geral da vida asilar], alimentação definida [era considerada o primeiro remédio], horas de trabalho [peça essencial do tratamento moral, na perspectiva terapêutica e disciplinar], de sono, instrumentos de coerção física [a ducha e a cadeira rotatória – considerados paralelamente instrumentos de terapia e

punição] e a utilização de drogas a base de vinho de ópio composto e outros ingredientes.

Esse tipo de poder, no asilo, não existe somente a partir do olhar do médico, mas também a partir do olhar dos vigilantes e dos serventes, estes detêm o último elo da autoridade. Uma autoridade investida de poder que possibilita a constituição do saber médico através do discurso, do olhar, das observações e das relações existentes. Relações que acontecem como um ciclo, em que o doente é manipulado pelo servente, que vai ser manipulado pela vontade do médico, e, nesse simulacro de serviço, o doente se desenvolve ou pela vontade do médico ou pelo regulamento geral do asilo.

[...] o comportamento dos doentes [...] observado por trás, por baixo, no nível das ordens que podem dar, em vez de ser visto de cima, como pelos vigilantes e pelo médico. Portanto os doentes vão ser de certo modo manipulados pelos serventes, que vão olhá-los no nível da cotidianidade e na face de certo modo interna da vontade que exercem, dos desejos que têm; e o servente vai relatar o que é digno de se ser relatado ao vigilante, que relatará ao médico. (FOUCAULT, 2006a, p. 8)

Nesse sentido, cumpre lembrar a discussão provocada por Foucault (2003), sobre o poder capilar, pois o autor compreende o poder não apenas de cima para baixo, mas de todos os lados, da extremidade para o centro e vice versa.

Por isso, se faz necessário analisar o poder disciplinar a partir de práticas reais e efetivas; estudá-lo em sua face externa, onde ele se relaciona direta e imediatamente, onde ele se implanta e produz efeitos reais. Torna-se necessário estudar os corpos múltiplos e periféricos, aqueles que foram constituídos como sujeitos pelos efeitos das práticas de poder.

Faz-se necessário analisar ainda, a maneira como o poder atua nos níveis mais baixos, verificar também, como os procedimentos, as técnicas de poder se multiplicam, mudam de espaço, se transformam; mas, sobretudo, como são consolidadas por fenômenos mais globais. Nesta lógica, então, as relações de poder (FOUCAULT, 1995) são desiguais, assimétricas e móveis, funciona através do corpo social como uma operação de tecnologias políticas.

A isotopia¹⁹ é uma importante característica do poder, no sistema disciplinar. Esse princípio de classificação, que surge no sistema disciplinar passa a determinar o princípio de distribuição de todos na perspectiva da normalização.

A partir do momento em que há disciplina escolar, verifica-se o aparecimento do “débil mental”²⁰, por ser ele, irredutível à imposição dessa disciplina, pois aquele que não aprende a ler e a escrever, só pode ser problema.

[...] ele é sem dúvida nenhuma o resíduo de todos os resíduos, o resíduo de todas as disciplinas, aquele que é inassimilável a todas as disciplinas escolares, militares, policiais, etc., que podem ser encontradas numa sociedade. (FOUCAULT, 2006a, p.67)

Na idéia de isotopia dos sistemas disciplinares, a existência dos resíduos propuliona o aparecimento de sistemas disciplinares que dêem conta de “recuperar” esses indivíduos.

Como existe “gente irredutível” à disciplina escolar, ou seja, débeis mentais, vão ser criadas escolas para débeis mentais, depois, criadas escolas para os que são irredutíveis às escolas destinadas aos débeis mentais.

O poder disciplinar tem a capacidade de colocar de lado, certo número de indivíduos, de ressaltar o irredutível, de ser sempre normalizador, de sempre inventar novos sistemas recuperadores, de ressaltar a norma e a anomia como característica dos sistemas disciplinares e de sempre reestabelecer a regra. No poder disciplinar, a função-sujeito, se ajusta ao que Foucault denomina de singularidade somática: “o corpo, seus gestos, seu lugar, suas mudanças, sua força, seu tempo de vida, seus discursos” (2006a, p. 69). O poder disciplinar fabrica corpos sujeitos, vinculando assim, a função-sujeito ao corpo, individualizado por

¹⁹ Na perspectiva Foucaultiana, isotópico no sistema disciplinar, significa o “[...] princípio de distribuição e de classificação de todos os elementos [...]” que implica em algo como um resíduo, como o ‘inclassicável’. (FOUCAULT, 2006a, p. 66)

²⁰ [...] é em 1904 que o ministro da Instrução Pública cria uma comissão para ‘estudar os meios a serem empregados para assegurar a instrução primária [...] a todas as ‘crianças anormais e atrasadas’. É nesse âmbito que, em 1905, Alfred Binet (1857-1911) é encarregado de determinar os meios de identificar as crianças retardadas. Empreendendo com Theodore Simon (1873-1961), diretor da colônia infantil de Perray-Vaucluse, pesquisas por questionários nas escolas do 2. e do 20. distritos de Paris, cria com este uma ‘escala métrica da inteligência destinada a avaliar os retardos de desenvolvimento’(A. Binet e Th. Simon, ‘*Applications des méthodes nouvelles au diagnostic Du niveau intellectuel chez les enfants normaux ET anormaux d’hospice et d’école*’, L’Année psychologique, t. XI, 1905, pp. 245-336). Os débeis mentais são definidos então por uma ‘característica negativa’: é que, ‘por sua organização física e intelectual, esses seres estão incapacitados para beneficiar-se dos métodos de instrução e de educação em uso nas escolas públicas. (FOUCAULT, 2006a, p. 76-77)

intermédio de um sistema de vigilância-escrita ou por um sistema de panoptismo pangráfico. Conforme Foucault (2001), esse sistema, possibilita corrigir os prisioneiros, curar os enfermos, cuidar dos loucos, vigiar os operários e fazer com que trabalhem os mendigos e os ociosos..

Um núcleo de virtualidades é projetado pela singularidade somática e, esse núcleo é capaz de estabelecer a norma como princípio de divisão e como ordem, ou determinação universal para todos os indivíduos à normalização. Portanto, a divisão normal-anormal.

A série constituída pela singularidade somática, a escrita, a função-sujeito, o olhar constante, o mecanismo de punição infinita, a projeção da psiquê e a divisão normal-anormal constitui o que Foucault denomina de indivíduo disciplinar.

No entendimento de Foucault, o indivíduo, se caracteriza através do corpo-psiquê, na medida em que a instância normalizadora distribui, exclui, vigia ininterruptamente e também, na medida em que o registro escrito ou a punição enquadram esse corpo sujeitado. O indivíduo se constitui como nos discursos elaborados sobre ele ou nas ciências fundadas para sua compreensão, por ter ele sido psicologizado, normalizado, porque teve seu corpo “subjetivado”. A disciplina, para tanto, é a tecnologia própria do poder que demarca e isola, a partir do jogo dos corpos e que cria um novo elemento histórico, denominado de indivíduo.

Existe na discussão foucaultiana, a concepção jurídico-disciplinar, que denomina o indivíduo jurídico e o indivíduo histórico. Respectivamente o indivíduo como um sujeito abstrato, determinado por direitos individuais e que poder nenhum pode limitar; e o indivíduo a partir de toda uma tecnologia disciplinar desenvolvida que confere ao indivíduo histórico, elementos das forças produtivas e políticas, indivíduo esse, encontrado num sistema de vigilância, submetido a procedimentos de normalização e com um corpo sujeitado aos procedimentos disciplinares.

No contexto asilar existe dois tipos de intervenção distintos, que se destacaram nas práticas exercidas pela humanidade: o período inicial do internamento, no qual, a prática era denominada de “tratamento moral”, e, a prática medicamentosa, que foi continuamente desqualificada no primeiro terço do século XIX, mas, que ganha lugar de destaque, a partir da relação medico-doente. Para tanto, a medicina clínica constituiu-se a partir da verdade médica, da observação e da objetividade.

[...] a organização do espaço asilar, o desencadeamento e o desenrolar dessas cenas, só é possível, só é aceito e só é institucionalizado no interior de estabelecimentos que recebem nessa época o estatuto médico, e da parte de pessoas que têm a qualificação médica. (FOUCAULT, 2006a, p. 16)

O “poder psiquiátrico”, no asilo, desloca-se e passa a concentrar-se na vontade do médico, que é alheia e superior a realidade do doente. Assim, o asilo exercia sua função terapêutica, pois obrigava as pessoas a se submeterem a um emprego do tempo, a um regulamento, às ordens, à realização de um trabalho, a certos números de costumes e, inclusive, às coerções.

Na perspectiva asilar, o louco precisa ser constantemente vigiado, por isso a estrutura do asilo operacionalizava não só a vigilância por parte do médico em relação ao doente, como, inclusive, a hierarquia de relatórios realizados uns para os outros – vigilantes, enfermeiros, médicos, médico-chefe, mantendo a idéia de microfísica do poder. Além disso, promovia, também, a individualização, o isolamento dos loucos, os iguais junto dos seus iguais, ou seja, a separação da loucura em relação ao desatino e, essencialmente, a classificação do louco a partir de sua própria loucura, que é diferente da loucura do outro. Essa idéia é fundamental para o entendimento sobre o discurso da segregação, da institucionalização dos indesejáveis, pois a segregação dos iguais junto dos seus iguais revela, de certa forma, o “medo”, se assim pode-se dizer, da possibilidade de contágio da loucura ou mesmo da idiotia. O contágio deveria ser evitado no hospital, na escola, na fábrica, etc., por isso, a medida de isolamento, que foi mais bem desenvolvida com a idéia da medicina social.

No século XIX, através da dispersão dos saberes, aparecem, nos asilos, os primeiros aparelhos ortopédicos²¹ que visavam o adestramento e a correção do corpo do humano.

Nesta perspectiva, o disciplinamento pretendia ajustar a multiplicidade dos indivíduos aos aparelhos de produção ou aos aparelhos de Estado. A partir da normalização imposta pelos sistemas disciplinares surgem diversas irregularidades, anomalias, ilegalismos, dos quais, a burguesia beneficiou-se economicamente no

²¹ Esses aparelhos devem ser os mais homeostáticos possíveis, ao ponto de: quanto menos se resistir a eles, menos os sente, mas que, quanto mais se tenta escapar deles, mais sofre. (FOUCAULT, 2006a)

século XIX. No entanto, há um movimento mais amplo, a partir da idéia de dispersão dos saberes e da classificação da loucura, que é o surgimento de um novo estatuto médico, questão esta, ainda a se desenvolver, nesta pesquisa.

O sistema de disciplinamento asilar se desdobra, e, para atender as necessidades econômicas latentes, são organizados asilos chamados de colônias, onde os asilados são submetidos ao trabalho agrícola rigoroso, sob o discurso de que os doentes, ao mesmo tempo em que tratados, podem ser úteis, por isso, os que têm capacidade de trabalho unem tratamento com a cura.

Visualiza-se, desta forma, três tipos de intervenção ou manipulação psiquiátrica,

[...]. Um que é, por assim dizer, o grau zero da intervenção psiquiátrica, ou seja, o depósito puro e simples no asilo. Em segundo lugar, uma prática psiquiátrica que é pôr os doentes para trabalhar a pretexto de curá-los: ergoterapia. Por fim, em terceiro lugar, [...] a prática psiquiátrica individual, individualizante, de modelo familiar, cujos beneficiários são os pensionistas. (FOUCAULT, 2006a, p. 158)

Essa classificação é utilizada para definir a divisão possível dos trabalhos oferecidos. Podemos observar essa divisão, por volta de 1860, na passagem em que Foucault apresenta em relação ao asilo de Clermont e a fazenda de Fitz-James, onde os respectivos diretores demonstram que os a-sociais eram bons para os trabalhos dos campos, das oficinas, para a condução e os cuidados dos animais. E, complementam

[...] **'os imbecis e os idiotas são encarregados da limpeza dos pátios e dos estábulos, e de todos os transportes necessários ao serviço'. Quanto às mulheres,** [...] 'as que estão no lavadouro e na lavanderia são quase sempre acometidas de um delírio ruidoso e não podiam se submeter a calma da vida de uma oficina'. No lavadouro e na lavanderia, portanto, pode-se delirar em voz alta, pode-se falar alto, pode-se gritar. [...] 'as que estendem a roupa são melancólicas para as quais esse gênero de trabalho pode trazer de volta a atividade vital que tantas vezes lhes falta. **As imbecis e as idiotas são encarregadas de transportar a roupa do lavadouro ao secadouro.** Os locais da triagem e dobragem da roupa são da atribuição das doentes tranqüilas, [...] cujas idéias fixas ou alucinações possibilitam uma atenção sustentada'. (Grifo nosso) (FOUCAULT, 2006a, p.159)

Esse espaço disciplinar, em meados de 1820-1830 constitu-se no suporte da instituição asilar e constitui a organização do saber psiquiátrico, que está para ser formulado na modernidade, composto de dois tipos de discursos. Um denominado de discurso nosológico, clínico, classificatório que se ocupa de descrever a loucura, como uma série de doenças mentais, com evolução própria, diagnósticos, prognósticos próprios, etc., das espécies de doenças. O outro corresponde ao discurso anatomopatológico, fisiopatológico que traz a tona à relação entre a loucura e as lesões neurológicas, ou seja, correlação orgânica²².

Foucault (2006a) ao referir-se a Esquirol, evidencia que o grande operador de cura asilar é o sistema da ordem, sob a forma da disciplina “[...] ordem dada e ordem cumprida, ordem como comando e ordem como regularidade, [...] (p.190)

E é a partir da ordem, da disciplina, da obediência ao trabalho e da produção remunerada dentro do asilo, que o indesejável vai pagar o bem que a sociedade lhe faz.

A realidade vai atuar sobre a loucura reduzindo-a, dirigindo-a e governando-a, por isso, a realidade é o instrumento de domínio da loucura. Entende-se, portanto que, ser obediente e deixar de sentir prazer com a loucura era essencial para deixar de ser louco e ganhar novamente a vida. Neste sentido, tem-se que a forma e a força da realidade são a expressão da disciplina asilar.

O poder asilar é exercido para fazer valer a realidade, que pode se apresentar sob quatro formas: a primeira submete o louco ao controle do “outro”; a segunda é a submissão do louco à anamnese [a identidade, o nome, a biografia, o passado,]; a terceira é a própria realidade da loucura, ou seja, é preciso mostrar ao louco que ele é louco; a quarta forma destaca as técnicas relativas às necessidades, ao dinheiro, a necessidade de trabalho, as trocas e utilidades. O indivíduo, nesse contexto, só pode ser considerado curado caso se beneficie dessas quatro formas de realidade, sujeitando-se ao cotidiano.

Com o intuito de cura, o poder asilar, prolongou o regime disciplinar com medicamentos e técnicas de disciplinamento aplicadas nos corpos de forma externa e interna. Como por exemplo, a utilização de éter, o qual seu uso era justificado pela

²² Em 1830, abre-se um debate sobre as causas orgânicas da loucura, por ocasião da tese de um aluno de Esquirol, Étienne Georget [que ingressou na Salpêtrière em 1816 e que obteve em 1819 o Prêmio Esquirol por sua dissertação, ‘Des ouvertures Du corps des aliénés’ [...] em que critica Pinel e Esquirol por se contentarem em observar os fenômenos da loucura sem procurar ligá-los a uma causa produtora. (FOUCAULT, 2006a, p. 176)

necessidade de acalmar o indivíduo, mas essa ação penetrava até o interior do corpo do doente. As técnicas de disciplinamento desenvolvidas na vida asilar constituíram posteriormente, a teoria do saber psiquiátrico, ou seja, a Psiquiatria Moderna.

O asilo foi organizado a partir de uma disposição arquitetônica, que permitia o “corpo” do psiquiatra estar presente em toda parte

[...] Ele deve poder, com um só olhar, ver tudo, num só passeio vigiar a situação de cada um dos seus doentes; deve poder fazer em pessoa, a cada instante, uma revista completa do estabelecimento, dos doentes, do pessoal; deve ver tudo, e devem relatar-lhe tudo: o que ele próprio não vê, os vigilantes, inteiramente às ordens, devem lhe contar, de modo que, perpetuamente, a cada, instante, ele esteja onipresente no interior do asilo. [...] o corpo do psiquiatra é o próprio asilo; a maquinaria do asilo e o organismo do médico, no limite, devem formar uma só e mesma coisa. [...] ‘O médico deve ser, de certo modo, o princípio de vida de um hospital de alienados. [...]’ (FOUCAULT, 2006a, pp. 227-228)

O poder médico, desta forma, vai funcionar efetivamente no interior do asilo, a partir da existência de um saber. Por isso passou a ser fundamental ao médico informar-se sobre o doente, seu histórico familiar, sua vida, para que no momento de intervenção, o mesmo, demonstrasse saber sobre o indivíduo a ponto de percebê-lo em delírio, etc.

Esse saber sobre o alienado vai ser construído a partir da elaboração de um dossiê sobre o doente, que demonstre todos os acontecimentos referentes a ele próprio, estabelecendo assim, o constante vigiar sobre o indivíduo, ao ponto de que ele saiba ao ser punido, que esta punição tem caráter de tratamento. Portanto, o médico é o detentor da verdade e do saber, e pode medicar e punir.

Esse conhecimento sobre o alienado, denominado de marcas de saber, vão conferir ao médico sobrepoder absoluto, permitindo constituir o asilo como uma espécie de corpo médico que cura através de seus ouvidos, seus olhos, seus gestos, suas palavras, por suas engrenagens, pois, o asilo é o corpo do psiquiatra.

O funcionamento asilar revela a mudança ocorrida em relação à sensibilidade da loucura, ou seja, o asilo aponta o aparecimento e o amadurecimento de um novo estatuto médico, aponta à dispersão dos saberes, a necessidade de tratamento das doenças, a necessidade de administrar o corpo e a alma do indivíduo louco, para ser devolvido na sociedade. A partir da constituição asilar, tem-se uma nova concepção

da loucura que aponta a possibilidade de um saber dispersado (aparecimento da psiquiatria, psicologia, etc.), a ser homogeneizado, no qual, a cura moral, transpõe-se em cura medicalizada.

1.3 A Medicina Social e a estratégia da urbanização das cidades: normalização, ordenação, disciplina, saber e poder

O surgimento do asilo, ainda no classissismo reflete nova forma de perceber a loucura, ou seja, o homem moderno (FOUCAULT, 2005) não se comunica mais com o louco: de um lado há o homem da razão, que delega a loucura ao médico e que autoriza apenas a relação com a totalidade abstrata da doença; de outro lado há o homem da loucura, que se comunica com o outro apenas por intermédio de razões tão abstratas como são a ordem, coação física e moral, pressão anônima do grupo e a exigência de conformidade.

É a partir do desenvolvimento do conjunto médico-doente, que ocorreu ao longo século XVIII, que o médico apresentar-se-á como o elemento constituinte do mundo da loucura. A transformação da casa de internamento em asilo ocorreu a partir de uma reestruturação interna desse espaço antes caracterizado pela exclusão e pela correção.

Quando o internamento assume, através do reajustamento social, político e moral da relação entre loucura e desatino, um valor terapêutico, a medicina, se apossa do asilo e de todas as experiências da loucura.

No texto apresentado a seguir, preocupou-se em realizar uma retomada sobre a constituição da medicina social, assim como a medicalização do espaço hospitalar, entendendo que essa discussão é relevante, para compreendermos como o homem moderno percebe a loucura e como ocorre a reordenação das cidades, tendo em vista a necessidade de normalizar, medicalizar, ordenar, individualizar, ao passo que se tornam coletivas as práticas médicas com intenção da constituição de uma sociedade pura, livre de epidemias, de endemias, da loucura, das anormalidades, etc. Constituindo o saber e instituindo o poder no funcionamento de espaços urbanos, com a intenção de mecanismos e técnicas que favoreciam a ordenação da sociedade moderna; o controle do seu corpo social.

A medicina moderna, diferentemente do que se apresenta, é uma medicina social, com uma prática social que demonstra certa tecnologia do corpo social, e que, apenas em um de seus aspectos é individualizante e valoriza as relações médico-doente.

A hipótese levantada por Foucault demonstra que, o capitalismo (fins do século XVIII e início do século XIX) inaugurou a passagem de uma medicina privada para uma medicina coletiva, pois, inicialmente, o capitalismo socializa o corpo como primeiro objeto de força de produção, força de trabalho. O autor apresenta desta forma, a idéia de que o controle da sociedade não é exercido simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa pelo corpo, com o corpo. Essa hipótese é defendida por ele, porque afirma a sociedade capitalista ter investido primeiro no biológico, no corpo, uma vez que entende o corpo como uma realidade bio-política²³, assim como a medicina é uma estratégia bio-política.

As três etapas que formam a medicina social são relevantes para compreender o processo de dispersão dos saberes médicos. A “medicina de Estado” – Alemanha; a “medicina urbana” - França e; a “medicina da força de trabalho” - Inglaterra.

A ciência do Estado se formou na Alemanha, no século XVIII, bem antes da França e da Inglaterra. Nesta perspectiva, pode-se agrupar o funcionamento geral de seu aparelho político, ou seja, os recursos naturais, as condições da população.

Verifica-se que a preocupação com a saúde da população, a partir de um clima econômico, político e científico por parte das nações do mundo europeu, data inicialmente, desde o final do século XVI e começo do século XVII.

A medicina, como estratégia bio-política, influencia, na França, o estabelecimento de estatísticas de nascimento e mortalidade e, na Inglaterra, século XVII, as grandes contabilidades de população. Mas, a preocupação sanitária do Estado, tanto na França quanto na Inglaterra, foi com o controle de natalidade e

²³ Foucault (2002b) classifica o processo de regulamentação da população pela bio-política em três domínios: 1) a questão da natalidade, da mortalidade e da longevidade, ou seja, é preciso fazer a vida se estender ao máximo a partir da qualidade da higiene pública; 2) a partir do problema da velhice e dos acidentes e doenças, surgiram as instituições de assistência; 3) por fim, a preocupação com o espaço, com a organização da cidade. Todos esses mecanismos aos quais a biopolítica incidirá sua ação farão com que a população seja seu objeto de regulação política. A conduta não mais do homem como indivíduo disciplinado, mas da população como contingente economicamente regulada.

mortalidade, a preocupação simplesmente era em relação ao aumento da população, mas sem uma intervenção cuidadosa com o nível de saúde.

É na Alemanha que se desenvolve, primeiramente, a preocupação com a melhoria do nível de saúde da população, em que a prática médica é efetivada a partir de programas de melhoria da saúde da população. Nasce na Alemanha, o que foi denominado de “polícia médica” (termo utilizado, posteriormente nas décadas de 1920 e 1930, no Brasil, nos preceitos da *Liga Brasileira de Higiene Mental*), resultante de um programa de melhoria de saúde da população, proposto entre 1750 e 1770, por W. T. Rau, Frank e Daniel.

A idéia de “polícia médica”, que é utilizada pela primeira vez na Alemanha em 1764, e efetivamente colocada em funcionamento no final do século XVIII e início do século XIX, tem a função não somente de controle de natalidade e mortalidade, mas, sim uma função bio-política, pois demonstra a necessidade de observação dessa morbidade, ou melhor, o registro desse evento acrescentando a esse registro, anotações sobre os diferentes fenômenos endêmicos ou epidêmicos observados em diferentes regiões ou cidades. Além disso, aparece a preocupação primeira com a normalização da formação médica; de controle por parte do Estado, dos programas de ensino e da distribuição dos diplomas: normalização do saber e da prática médica. Portanto, o médico foi o primeiro indivíduo a ser normalizado na Alemanha.

Tal procedimento de normalização se estende a outras regiões e áreas, como, por exemplo, o exército e a educação, na França. Normalizou-se, respectivamente, a produção dos canhões e dos fuzis, em meados do século XVIII, depois, a França normalizou seus professores. Com esse procedimento, todos os soldados saberiam manusear um fuzil e, aos canhões seria dada manutenção em qualquer oficina. No que diz respeito aos professores, por volta de 1775 foram organizadas as primeiras Escolas Normais, com o intuito de oferecer modelos padrões de formação a todos os professores.

A visão de “polícia médica” se estende, também, ao controle administrativo das atividades médicas. A subordinação da prática médica a um poder administrativo se manifesta na preocupação de um departamento especializado no acúmulo das informações registradas pelos médicos, com o propósito de estudar se a prática e o saber médico surtem efeito.

Objetiva-se, assim, a subordinação, da prática médica a um poder administrativo superior. A figura do médico administrador surge com o intuito de

responsabilizar o próprio médico sobre uma determinada região, sobre sua autoridade e seu saber; médicos que assumam a responsabilidade de uma pequena população ou de uma população que corresponda a uma região muito maior.

A chamada medicina de Estado pode ser caracterizada a partir da normalização da profissão médica, da subordinação da prática médica a um poder administrativo e da integração de vários médicos em uma organização médica estatal. Não é o corpo que trabalha, não é apenas o corpo do trabalhador que é assumido pela administração estatal da saúde, mas o corpo dos indivíduos que constituem globalmente o Estado, o corpo social e medicalizado.

A urbanização é considerada um dos fatores para a organização da medicina urbana e, conseqüentemente, da medicina social. Diferente da medicina social com característica estatal que aparece na Alemanha, na França, por volta do século XVIII, aparece uma medicina social que não tem como suporte a estrutura do Estado, mas sim, a urbanização.

Na França, por volta de 1750 a 1780 existiu o interesse em organizar o corpo urbano de modo coerente, homogêneo, a partir de um poder bem estruturado.

Evidentemente, a organização da cidade, por causa do comércio (local, nacional e internacional), da indústria que começa a despontar e que promove na cidade, a produção, além do comércio já existente, se constitui na primeira razão de necessidade de regulamentação, ou seja, a razão econômica. A política é a segunda razão, as tensões políticas aumentam devido aparecimento de uma população operária – que se tornará no século XIX o proletariado.

As agitações urbanas tornam-se cada vez mais freqüentes, e, os confrontos que antes aconteciam entre pequenos grupos, e eram de certa forma, neutralizados ganham maiores proporções. Assim, com a formação de uma plebe em vias de se proletarizar, as chamadas revoltas de subsistência, ganham cada vez mais, intensidades maiores, e conduzem às grandes revoltas contemporâneas da Revolução Francesa. Surge, daí, a necessidade de um poder político capaz de esquadrihar esta população urbana.

Nasce o que Foucault chamou de “medo urbano”, pois afirma ao citar um filósofo do final do século XVIII “Cabanis” - que os costumes se alteram, toda vez que os homens se reúnem e se alteram os costumes e também a saúde, toda vez que os homens se reúnem em lugares fechados.

[...] medo da cidade, angústia diante da cidade [...]: medo das oficinas e fábricas que estão se construindo, do amontoamento da população, das casas altas demais, da população numerosa demais; medo, também, das epidemias urbanas, dos cemitérios que se tornam cada vez mais numerosos e invadem pouco a pouco a cidade; medo dos esgotos, das caves sobre as quais são construídas as casas que estão sempre correndo o perigo de desmoronar. (FOUCAULT, 2003, p. 86)

A não regulamentação das cidades gerava vários “números de pequenos pânicos” para a população, como no caso, sobre o “Cemitério dos Inocentes”, localizado no centro de Paris, onde se amontoavam os cadáveres das pessoas que não tinham condições ou poder para pagar um túmulo individual. A situação descrita indica a vulnerabilidade da população, que se tornava refém de cadáveres espalhados para além dos muros do cemitério, que pressionavam casas até que as mesmas desmoronassem e que, além do medo que se espalhava, provavelmente espalhavam-se também várias doenças.

À medida que se desenvolve o “tecido urbano”, desenvolve-se, também, o pânico urbano, característica de uma inquietude político-sanitária, que se forma nas cidades.

Pois bem, para resolver o problema de possíveis epidemias, foi colocado em prática: a quarentena, entendida como um modelo médico e político existente em toda a Europa desde o fim da Idade Média. Os dois modelos de organização médica conhecidos até então eram os modelos de combate da lepra e da peste.

A idéia desse plano de urgência consistia na ordenação das pessoas de tal maneira que as mesmas eram orientadas 1) a não saírem de casa, e de preferência que cada indivíduo permanecesse em um lugar diferente da casa, para não ter contato uns com os outros; 2) a destinação de uma pessoa responsável para vigiar a movimentação de indivíduos de seus locais de exclusão, sistema de divisão de bairros que compunha o desenho do espaço urbano; 3) a realização de vigilância e de registro a ser informado precisamente ao prefeito sobre: a movimentação das pessoas; 4) a organização de revistas diárias para a verificação do estado de saúde dos indivíduos – era necessário revistar exaustivamente os mortos e os vivos; 5) enfim, a ordem era de desinfetar as residências, para a qual utilizavam o auxílio de perfumes que eram queimados.

Como visto, o leproso não era digno de conviver no mesmo espaço que o restante da população, por isso era banido das cidades, num gesto de exclusão e segregação; exclusão pelo fato de ser exilado fora do contexto social da cidade; e segregação devido a ter apenas para a sua sorte a condição de estar com os seus iguais, ou seja, com outros leprosos, misturando, assim, sua lepra a lepra dos demais. Com esse mecanismo de exclusão, era possível manter a “purificação do espaço urbano”. Nesta época, portanto, não existia a idéia de medicalização, a cura residia no envio do indesejável para fora e, por conseguinte, a purificação dos demais.

Os internamentos dos indesejáveis, em meados do século XVII, aconteciam na mesma perspectiva em que a medicina era praticada, ou seja, a partir do movimento da exclusão.

Diferentemente da lepra, tem-se a peste. No qual ao invés dos indivíduos serem excluídos para fora das cidades, os mesmos, passam a ter seus corpos distribuídos, uns ao lado dos outros, para assim exercer o poder político da medicina e individualizar, vigiar, isolar, para poder esquadrihar, dividir, inspecionar, controlar, registrar todos os acontecimentos e o estado de saúde de cada indivíduo.

Portanto, os indesejáveis, com o tempo, assim como acontece com a peste, deixam de ser isolados fora dos muros da cidade e passam a ser internados em asilos, ordenados, vigiados, disciplinarizados, normalizados. Porque a idéia a ser defendida, abandona a perspectiva de isolamento fora das cidades e passa a ver a internação nos asilos, como possibilidade de uma análise individualizante da cidade, com estratégias de registros minuciosos e permanentes de caráter militar que confere a medicina urbana uma organização político-médica, característica de uma sociedade moderna.

A sociedade moderna, através da medicina urbana, inaugura o mecanismo da quarentena com uma denominação atualizada: a higiene pública. Neste sentido, parece necessário que, além da aquisição do conhecimento, esse seja também recriado.

A medicina urbana aponta três objetivos: o primeiro é o cuidado com lugares em que se acumula tudo, como é o caso dos cemitérios. A partir de 1780 os cemitérios são migrados para a periferia das cidades, e são também individualizados. Foucault, esclarece que não é a igreja cristã que leva os homens ao culto dos mortos, mas sim uma necessidade nascida da sociedade moderna em

razão de uma política-sanitária “de respeito aos vivos”. Por isso, o ideal seria se os mortos fossem muito melhor classificados do que os vivos, nesse caso, cada corpo em seu próprio caixão, em uma vala individual e com seu registro de identificação. Essa medida de política sanitária confere a medicina urbana, a diminuição de perigos frente à confusão provocada pelos amontoamentos de corpos nos cemitérios.

O segundo objetivo da medicina urbana é o controle e a boa circulação das coisas ou dos elementos, em específico o ar e a água. O espaço urbano foi assim, todo reorganizado para atender tal necessidade. Entendiam que era de extrema importância que desobstruíssem a passagem do ar, por exemplo, com a criação de avenidas largas e a retirada de moradias de cima de pontes e outros lugares que impediam que o ar fosse renovado, pois uma vez esse ar não circulando adequadamente, de forma sadia, aumentava o risco de miasmas²⁴ e de patogêneses. A reorganização da cidade por volta do início do século XIX ocorre também, com a criação de corredores de água, pois o entendimento era de que a cidade precisava ser lavada dos miasmas que se espalhavam.

O terceiro objetivo da medicina urbana foi denominado de “distribuições e seqüências”. Na segunda metade do século XVIII a desordem da cidade (esgoto, água poluída para o consumo humano, etc.) foi considerada responsável pelas epidemias na cidade de Paris, por isso era necessário organizar a saúde da cidade. Desta forma, foi realizado o controle de todos os espaços compreendidos como lugares de circulação, como espaços comuns, por exemplo: os ossuários, os matadouros, os cemitérios, etc.

A medicina urbana preocupou-se com a ordenação e normalização da cidade. É uma medicina que acontece de forma coletiva, social, com o intuito de medicalizar a cidade. Essa medicina reflete o meio de existência e as condições de vida da população.

Neste contexto surge a noção de higiene pública, juntamente com a noção de salubridade, esta última, responsável pelo estado das coisas, que possibilita ao indivíduo melhores condições de saúde. A medicina social exerce então no século XIX o controle político-científico nas cidades francesas.

²⁴ Emissão de matérias pútridas (animais e vegetais em decomposição), antes das descobertas da microbiologia era a causa de várias doenças epidêmicas e infecciosas. (FOUCAULT, 2003)

Um dos aspectos da medicina social discutido por Foucault, que entende-se relevante ser salientado, é a medicina da força de trabalho. Finalmente trabalhadores e pobres, depois do Estado e da cidade tornaram-se objetos da medicalização.

Até o final do século XVIII, não havia por parte das autoridades coletivas, a preocupação com a propriedade privada, esta passou a ser uma reivindicação da burguesia após a Revolução Francesa. Como até este momento a burguesia não podia contradizer a legislação sobre a propriedade privada, que tinha caráter sagrado, as políticas médicas urbanas não se alteravam frente aos mais pobres, e estes, por assim dizer, ainda não precisavam ser considerados elemento perigoso para a saúde da população.

O interesse pelos pobres passava pelas atividades que os mesmos realizavam na cidade e, que eram indispensáveis para o funcionamento saudável do espaço urbano, atividades como: entrega de cartas, despejo de lixo, retirada de trapos, panos e móveis velhos da cidade, venda ou redistribuição dos objetos velhos retirados da cidade, transporte de água, eliminação de dejetos, etc. O pobre era quem detinha o “saber urbano” e tornava a vida urbana possível.

Somente no segundo terço do século XIX, o pobre apareceu como perigo. Primeiro, porque durante a Revolução Francesa e as agitações sociais do início do século XIX, a população pobre tornou-se capaz de participar de revoltas. Segundo, porque se organizou no século XIX, um sistema postal, um sistema de carregadores que concretizou a dispensa dos mais pobres dessas funções. Terceiro, porque em 1832, principalmente a população proletária foi acometida pela cólera, despertando medos políticos e sanitários. O que antes parecia não preocupar a medicina urbana tornou-se motivo para a divisão do espaço urbano, em bairros ricos e pobres.

É com o intuito de proteger a saúde das classes ricas, que as mesmas ou seus representantes no governo asseguravam a saúde das classes pobres, tanto na Inglaterra, que teve um desenvolvimento rápido e importante de seu proletariado, como na França e Alemanha. Assim, o pobre utilizava a assistência, a ajuda oferecida pelas classes ricas e se submetiam ao controle médico.

Um cordão sanitário autoritário é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres: os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e os ricos garantindo

não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre. (FOUCAULT, 2003, p. 95)

Na Lei dos pobres, a legislação médica implicava na assistência-controle, assistência-proteção. Esses elementos compunham o sistema da medicina social inglesa preocupada com o controle médico da população e não com cuidados médicos.

A legislação médica na Lei dos pobres promove, na Inglaterra, no final do século XIX, dois sistemas, que foram denominados de “*health service*” e “*health officers*”. O primeiro sistema corresponde à atuação médica voltada a população em geral, preocupando-se com o espaço social, as coisas, os locais, assim como ocorreu na França. Essa preocupação era manifestada, a partir do controle da população através da organização do registro de doenças perigosas declaradas pelas pessoas; do controle da vacinação; assim como da localização e possível eliminação de focos de insalubridade.

O sistema *health officers* tinha como objetivo garantir o controle médico inglês. Esse controle acabou por gerar muitas reações violentas, ou melhor dizendo, resistências por parte da população. Grupos religiosos de diferentes países e através de diversas formas se organizaram para “lutar contra a medicalização, reivindicar o direito das pessoas não passarem pela medicina oficial, o direito sobre seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem”. (FOUCAULT, 2003, p. 96)

A essência da medicina inglesa, diferente da medicina de Estado da Alemanha e da medicina urbana da França; era o controle dos corpos e da saúde dos pobres com o objetivo de diminuir os riscos para as classes mais ricas e também de tornar a classe mais pobre apta para o trabalho – corpos dóceis e disciplinados. Tal sistema possibilitou a organização de três sistemas médicos diferenciados: o sistema da medicina administrativa, responsável por problemas gerais como as epidemias, a vacinação, etc.; uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la; e uma medicina assistencial, destinada aos mais pobres. Esse formato de medicina favorece, até a primeira metade do século XX, a análise minuciosa e completa da população, seus espaços, comportamentos etc.

Com a necessidade de um melhor esquadramento do espaço urbano, o hospital ganha nova configuração e função, frente ao projeto de modernização da

sociedade. Por isso, o texto apresentado na seqüência contribui, para a melhor compreensão dessa organização social moderna exigida em meados do século XX e que passará a influenciar outros espaços, tais como a escola, o exército, etc., assim como outros países.

1.4 O espaço asilar e a separação entre os indivíduos loucos e os indivíduos anormais

A partir de 1840-1860, o poder psiquiátrico difundiu-se cada vez mais e migrou para variadas instituições, agregando-se a outros regimes disciplinares, na função de intensificar a realidade²⁵ e fazê-la funcionar como poder. Surge desta forma, a figura do psicólogo; na usina, na prisão, no exército, na escola, etc.

A difusão histórica do poder psiquiátrico promoveu o aparecimento da função psicológica que apresenta como papel fundamental a intensificação da realidade como poder e a intensificação do poder, atribuindo-lhe valor de realidade. As aptidões diferenciais dos indivíduos se tornam elemento essencial da psicologia escolar, pois o psicólogo tem que intervir na escola para garantir a articulação entre a realidade de suas aptidões e a realidade dos conteúdos de saber que o indivíduo é capaz de adquirir.

A propagação do poder psiquiátrico existente no interior do asilo, pode ser verificada fundamentalmente na psiquiatrização das crianças anormais. A partir do momento em que se separaram os idiotas dos loucos no espaço asilar.

[...] E é a partir dessa forma mista, entre a psiquiatria e a pedagogia, a partir dessa psiquiatrização do anormal, do débil, do deficiente, etc., que se fez, creio, todo o sistema de disseminação que permitiu que a psicologia se tornasse essa espécie de duplicação perpétua de todo funcionamento institucional. (FOUCAULT, 2006a, p. 238)

²⁵ Para exemplificar a idéia de intensificação da realidade, podemos descrever conforme Foucault (2006a, p. 179) a terapia psiquiátrica que acontecia por volta dos anos de 1838-1840. Ou seja, nesta época, simplesmente, uma terapia não se desenrola, pois a cura é esperada como uma espécie de processo, se não espontâneo, ao menos automaticamente reativo à combinação de quatro elementos: 1) o isolamento no asilo; 2) certo número de medicações de ordem física ou fisiológica; (uma série de restrições próprias da vida asilar: medicamentos, a disciplina e a obediência a um regulamento, horas de sono, de trabalho, uma alimentação definida; 3) Instrumentos físicos de coerção; e 4) uma espécie de medicação psicofísica, ao mesmo tempo punitiva e terapêutica, como a ducha, a cadeira rotatória, etc.

A agregação de outras instituições ao poder psiquiátrico ocorreu principalmente, com o aparecimento da neurologia, essencialmente da neuropatologia, ou seja, a partir do momento em que houve o interesse em dissociar a loucura das lesões orgânicas. Foi possível assim, separar o louco e o débil, o idiota, o deficiente, denominados de anormais. O saber neuropatológico possibilitou diferenciar os delírios da paralisia, da epilepsia, etc.

Portanto, o poder psiquiátrico no espaço asilar isola e faz surgir outros saberes, que após os anos de 1840-1860, persistem sob a forma da pedagogia da debilidade mental.

Neste sentido, o autor afirma que, muito mais a criança do que o adulto foi o suporte da difusão do poder psiquiátrico. O hospital e a escola são o princípio de difusão do poder psiquiátrico, a partir do conceito de “normalidade²⁶”. De acordo com Marques (1999), a razão de o homem produzir a anormalidade reside no fato de ele pode pensar a sua própria normalidade, ou seja, o sentido atribuído a “anormalidade”, na Modernidade, é o desvio, a fuga, da “normalidade²⁷”. A normalidade é uma invenção que tem como propósito delimitar os limites da existência, a partir dos quais se estabelece quem são os anormais, os corpos danificados e deficientes para os quais as práticas de normalização devem se voltar.

É interessante observar, que a criança louca²⁸, por volta de 1880, não chega à psiquiatria através do asilo, mas sim, pela consulta particular. A história de vida do indivíduo desde a infância era fundamental para a psiquiatria constituir um saber sobre o indivíduo doente, pois o médico conseguia perceber nessa história indícios da loucura, ainda no período da infância.

²⁶ Foucault buscou os sentidos atribuídos na história à normalidade e à anormalidade, e com sua genealogia buscou descobrir a história das formações discursivas sobre o normal e o anormal.

²⁷ Para Canguilhem (2002, pp. 209-210), “[...] Normal é o termo pelo qual o século XIX iria designar o protótipo escolar e o estado de saúde orgânica. [...] Tanto a reforma hospitalar, como a reforma pedagógica exprimem uma exigência de racionalização que se manifesta também na política, como se manifesta na economia, sob a influência de um maquinismo industrial nascente que levará, enfim, ao que se chamou, desde então, normalização [...]”.

²⁸ Um dos registros existentes sobre a criança louca nesse período (FOUCAULT, 2006a) data de 1856, no qual, Paulmier apresenta um estudo sobre essa temática, intitulado: *Dês affections mentales chez les enfants, et en particulier de la manie*. Além desse estudo, existem evidências, também, de que Paul Moreau de Tours (1844-1980) tenha publicado o que foi considerado o primeiro tratado de psiquiatria infantil: *La Folie chez les enfants*.

Embora, a loucura seja alvo de observação no indivíduo psiquiatrizado, a psiquiatrização da infância, não trilhou os caminhos da loucura, mas sim, passou pelo personagem da criança idiota, da criança imbecil, posteriormente chamada de criança retardada, criança anormal, criança deficiente – que, de acordo com Esquirol, não podia ser confundida com a demência ou outras alienações mentais.

Ainda no final do século XVIII, a “imbecilidade”, a “estupidez” e a “idiotia”²⁹ pertenciam à categoria geral da loucura, ainda que se distinguisse de outras várias espécies. O autor sustenta, entretanto, que diferentemente do furor e dos delírios característicos do indivíduo louco; a “imbecilidade”, a “estupidez” e a “idiotia” caracterizavam-se, por inércia, por não agitação. Para Esquirol (apud FOUCAULT, 2006a) a idiotia durante os primeiros quarenta anos do século XIX, definia-se por um estado, uma doença, na qual as faculdades mentais, não se desenvolveram ou não se manifestaram como o esperado.

Desta forma, a noção de desenvolvimento é introduzida e torna-se essencial para a compreensão da idiotia, que vai ser definida pela relação de desenvolvimento e não pela relação da capacidade ou incapacidade de dominar-se, nem mesmo pela intensidade do delírio. Para Esquirol e Bethom, o desenvolvimento é algo de que o indivíduo foi dotado ou não. Por isso, então a idiotia é uma ausência de desenvolvimento. A idiotia se inscreve na ordem da enfermidade, ou no quadro geral das “monstruosidades”³⁰.

Até meados de 1843, apenas era possível encontrar referências sobre o indivíduo “idiota”, “deficientes” em textos, elaborações teóricas. Não era encontrado nada sobre as práticas reais ou em relação às instituições. Somente após esse período surgem evidências do isolamento específico, nos asilos, para esse indivíduo.

‘Os idiotas são o que devem ser durante todo o curso da sua vida... Não se concebe a possibilidade de mudar esse estado’, [...] É precisamente por também considerarem os idiotas como incuráveis que os alienistas como Louis Florentin Calmeil, Achille [de] Foville,

²⁹ De acordo com Foucault (2006a, p. 259) “[...] O idiotismo é um estado de estupor ou de abolição das funções intelectuais e afetivas [...]. Essas espécies de alienados, despojados das sublimes faculdades que distinguem o homem pensante e social, são reduzidos a uma existência puramente maquinal que torna sua condição abjeta e miserável.

³⁰ De acordo com o alienista Étienne Georget, os idiotas devem ser classificados como monstros, do ponto de vista intelectual, por apresentarem um “defeito originário de desenvolvimento”. (FOUCAULT, 2006a, p. 289)

Étienne Georget, Louis François Lélut (1804-1877), François Leuret (1797-1851) preconizam seu isolamento nos asilos. (ESQUIROL apud FOUCAULT, 2006a, p. 288)

O isolamento específico, nesse período, contrapõe-se à prática do fim do século XVIII, até a época de Pinel, no qual se encontrava no refugio das casas de internação, pessoas classificadas como “imbecis”, “idiotas”, “epléticos”, todos, adultos e crianças misturados, devido à má distinção médica até 1840.

Com o aparecimento da questão da “imbecilidade”, surge a preocupação de separar e retirar as crianças do espaço confuso de internação dos asilos, e, encaminhá-las a instituições propriamente pedagógicas, com o intuito de diminuir certo número de defeitos, insuficiências. As instituições pedagógicas que mais receberam essas crianças foram as de “surdo-mudos”. Em especial a de Itard³¹.

Posteriormente ao encaminhamento das crianças imbecis, idiotas, para as casas de “surdo-mudos”, ocorreu pouco a pouco, o retorno das mesmas para o interior do espaço asilar³². Concomitante a esse fato, em meados de 1834, um importante psiquiatra da época – Voisin – inaugura um instituto de “ortofrenia”, que correspondia a um lugar de tratamento para crianças que além de serem pobres eram acometidas por deficiência mental. Instituição essa que misturava ainda, o tratamento psiquiátrico com a pedagogia especializada dos surdos-mudos.

Existem evidências de que por volta de 1840, à institucionalização e a psiquiatrização efetivas da infância promoveram, a partir do *Tratamento moral dos idiotas*, preconizado por Seguin, maior esclarecimento sobre a psicologia e a psicopatologia do retardo mental. Durante todo o século XIX, vai desenvolver-se o conceito de retardo mental, idiotia, etc. Para Seguin, desde então, à criança retardada mental é um indivíduo que desenvolve-se mais lentamente que as demais crianças de sua idade, neste sentido, existe, na criança idiota, uma interrupção de desenvolvimento psicológico e fisiológico, que acaba por promover um distanciamento intransponível entre elas e as outras sem problemas.

³¹ Casa de “surdo-mudo” do final do século XVIII, onde Seguin fez sua formação inicial. (FOUCAULT, 2006a)

³² “[...] no período de 1835-1845, na mesma época em que Seguin define a idiotia como não sendo uma doença mental, que vocês vêem se abrir, no interior dos grandes asilos que acabam de ser organizados: as alas para os débeis, para os idiotas, às vezes também para os histéricos e os epiléticos, todos eles crianças. Assim, J. – P. Falret organiza essa ala na Salpêtrière nos anos 1831-1841, Ferrus inaugura em 1833 uma ala para crianças idiotas em Bicêtre, e é em 1842 que Seguin se torna responsável por essa ala. (FOUCAULT, 2006a, p. 268)

O desenvolvimento constitui uma espécie de norma, que se expressa no adulto, pois o adulto é o ponto real e ideal do término do desenvolvimento e as crianças definidoras da velocidade em que o desenvolvimento ocorre. A idiotia e o retardo mental deixam de ser caracterizados como doença, pois, os mesmos não saíram da normalidade, e sim, situam-se dentro de um grau menor do desenvolvimento, que supõe a própria norma na infância.

É no fim do século XIX, que o ensino primário, vai servir de filtro para a psicologia diferencial, no que diz respeito à classificação de crianças³³ aptas e não aptas, para assim, melhor distribuí-las. Os idiotas, identificados no interior dos estabelecimentos escolares, tornam-se um problema nesses estabelecimentos, e assim, eram segregados nos asilos.

Pesquisas para identificar os idiotas, os imbecis, os débeis, quais eram as crianças que não podiam mais, nem freqüentar a escola, passam a ser desenvolvidas, com o intuito de filtrar esses fenômenos de retardo mental.

Esse filtro foi realizado, não com o objetivo de verificar o porquê da não escolarização das crianças indesejáveis, mas sim, para saber onde colocá-las, devido ao fato de seus pais trabalharem e terem que deixá-las em algum lugar. Como a criança, não podia ser um obstáculo, organizou-se o ensino público³⁴ por volta de 1830, assim como foram criadas “salas de asilo”, ou seja, as creches e jardins-de-infância. Promoveu-se, desta forma, a escolarização da criança anormal - deficiente³⁵.

[...] ‘Enquanto em casa o cuidado de uma criança idiota consome o tempo e a energia de uma pessoa, a proporção das pessoas empregadas nos asilos 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. [...] Foi assim, e a partir dessa preocupação, que se decidiu aplicar igualmente a lei do internamento e da assistência aos internados às crianças idiotas e pobres. A assimilação institucional ‘idiota e louco’ se faz precisamente a partir dessa preocupação em liberar os pais para um trabalho possível. (FOUCAULT, 2006a, pp. 270-271)

³³ Esta idéia será melhor desenvolvida nos capítulos que se seguem, nesta pesquisa.

³⁴ A discussão sobre o ensino público será retomada no terceiro capítulo.

³⁵ O termo deficiente passará a ser utilizado posteriormente, a partir do momento, na Modernidade, em que se inicia a dispersão dos saberes e se desenvolve o conceito de classificação das anormalidades. Idéia a ser apresentada na seqüência da pesquisa.

Para tanto, os asilos de alienados devem ser fundados para receber todos os alienados, sejam eles, loucos, imbecis ou idiotas. A 'alienação mental' vai tornar-se o conceito prático para a intervenção na internação, nos mesmos lugares, tanto os débeis, quanto os doentes mentais. O espaço asilar continua sendo, o lugar de internamento de ambos, mantendo o mesmo poder psiquiátrico adotado para os loucos, atuando sobre as crianças idiotas. "[...] **A educação dos idiotas e dos anormais** é o poder psiquiátrico em estado puro." (FOUCAULT, 2006a, p. 272) [grifo nosso]

A prática dispensada ao louco requer o corpo do psiquiatra como forma de sobreponder; é em relação ao corpo do mestre que deve ser feita a educação especial.

[...] Ele é mestre no nível do seu corpo; deve ter, como o psiquiatra, um físico impecável. 'O porte e os gestos pesados, comuns, os olhos distantes um do outro, mal torneados, embaçados, o olhar sem vivacidade, sem expressão; ou ainda, boca massuda, os lábios espessos e moles, a pronúncia viciada, arrastada, a voz gutural, nasal ou mal acentuada', tudo isso está absolutamente proscrito para alguém que quer ser Mestre do idiota. Ele deve apresentar-se fisicamente impecável diante do idiota, como um personagem ao mesmo tempo poderoso e desconhecido: 'O Mestre deverá ter um porte franco, uma palavra e um gesto nítidos, uma maneira resoluta que o faça ser notado, ouvido, olhado, reconhecido' imediatamente pelo idiota. (FOUCAULT, 2006a, p. 274)

No espaço asilar, tem-se a partir do tratamento moral das crianças idiotas, a organização de um espaço disciplinar para as mesmas, no que diz respeito à distribuição linear dos corpos, da individualização dos lugares, da utilização do tempo de permanência na instituição de forma que essas crianças não se desocupem, pelo contrário, que elas tenham ocupações variadas o dia todo. A idéia é que as crianças idiotas estivessem ocupadas em atividades como: cesteiros, sapateiros, vassoureiros, etc., oferecendo aos idiotas o entendimento de que eram úteis a sociedade, pois com o retorno financeiro das atividades realizadas, eram pagos os mestres e outras demandas.

'No fim de 1893, duzentas crianças estavam ocupadas nas oficinas e repartidas do seguinte modo: 14 vassoureiros, 52 sapateiros, 13 impressores, 19 marceneiros, 14 serralheiros, 57 alfaiates, 23 cesteiros, 8 empalhadores e trançadores de junco.'

[...] As próprias crianças são felizes ao ver que seu trabalho é produtivo, que se traduz por resultados práticos e que tudo o que fazem contribui para o seu bem-estar, o seu ensino e para a manutenção da sua seção'. (FOUCAULT, 2006a, p. 294)

Os médicos, por volta de 1840-1860, organizavam relatórios falsos sobre a conduta do débil ou do idiota, para que assim fossem assistidos, pois somente o fato dos relatórios descrevendo os idiotas e débeis como perigosos, garantia o tratamento dos mesmos. A psiquiatria torna-se, a partir dos problemas práticos da criança idiota, muito mais geral e perigosa, pois é ela quem vai além de controlar e corrigir a loucura; definir o que é anormal e de corrigir e controlar esse anormal.

Todos os desvios, todas as anomalias, tudo o que é anormal em relação à disciplina familiar, escolar, militar, etc., vai ser absorvido pela psiquiatria, pois a referência para o controle do corpo social disciplinado, moralizado era a figura do normal e não do anormal, do patológico.

Na perspectiva de desenvolver o saber médico e psiquiátrico, surge a técnica do diagnóstico, no qual o autor apresenta como exemplo os estudos de Duchenne e de Broca³⁶. Respectivamente, estudaram o distúrbio de equilíbrio e as lesões circunscritas capazes de provocar a afasia. Esses estudos foram realizados entre 1859 e 1865 e possibilitaram um diagnóstico diferencial, podendo a psiquiatria dividir o diagnóstico diferencial do diagnóstico absoluto. Conceito fundamental para o encaminhamento do indivíduo para o espaço asilar ou escolas para imbecis³⁷ e que

³⁶ Estes estudos serão amplamente utilizados, na modernidade e na contemporaneidade, juntamente com os estudos de Luria sobre a neuropsicologia, para demonstrar o avanço nas técnicas de diagnóstico diferencial e a dispersão dos saberes sobre os distúrbios de aprendizagem, especificamente no que tange a dislexia. (MANSANERA, 2002)

³⁷ Guillaume Ferrus, em 1828, dois anos depois de sua nomeação para médico-chefe de Bicêtre (1826) organiza uma espécie de escola para crianças idiotas e em 1833 inicia um ensino clínico denominado – *'De l'idiotie ou idiotisme'*. Em novembro de 1842 Édouard Seguin é chamado por Ferrus para dirigir o centro das crianças idiotas e eplépticas transferidas do Hospício dos incuráveis para o serviço de Félix Voisin. [...] Em 27 de novembro de 1873, o Conselho Geral do Sena resolve adequar a fazenda do asilo de Vaucluse para o uso de uma colônia de jovens idiotas, [...] Iniciada em fins de 1882, a ala especial para crianças idiotas e eplépticas de Bicêtre só é inaugurada em 1892. [...] A circular de 14 de agosto de 1840 declara que 'tendo o ministro do Interior decidido que a lei de 1838 era aplicável aos idiotas e imbecis, as crianças não podiam mais residir em outro estabelecimento senão num asilo de alienados. Em consequência, o Conselho Geral dos Hospícios mandou transferir as que estavam em outros estabelecimentos para o asilo de Bicêtre'. [...] Na perspectiva da criação de classes especiais para crianças retardadas, Bourneville requer em 1891 à delegação cantonal do V distrito de Paris que seja estabelecida uma estatística das crianças retardadas. O primeiro levantamento é realizado em 1894, nas escolas públicas dos distritos V e IV. [...] no dia 27 de novembro de 1873 [...]. Inaugura em 5 de agosto de 1876, a colônia de Perray-Vaucluse compreende quatro divisões: '4ª divisão. Ensino pelos olhos, lições de coisas...; exercícios de memória; alfabeto e algarismos impressos e letras de madeira (modelo de Bicêtre). 3ª divisão. Crianças que já adquiriram os conhecimentos mais elementares. Lições de coisas, exercícios de

marca a mudança na forma de percepção da loucura, do deficiente, etc., assim como, sobre a dispersão do saber.

É a partir do século XIX, que o saber psiquiátrico, pode ser visualizado dentro dos moldes que o conhecemos, ou como o chamamos de saber institucionalizado. Para tanto temos o asilo como a forma mais importante de institucionalização da psiquiatria.

Para entender melhor o que se passa no interior de uma instituição asilar é necessário, compreender antes as relações de força dispostas taticamente no interior da mesma e que perpassam a organização da instituição, uma vez que as relações de poder se desenrolam na prática psiquiátrica. Assim, afirma Foucault (2006a, p. 28), “[...] o poder disciplinar é um poder discreto, repartido; é um poder que funciona em rede e cuja visibilidade encontra-se tão-somente na docilidade e na submissão daqueles sobre quem, em silêncio, ele se exerce”.

Um exemplo do poder disciplinar exercido dentro do asilo, a partir de 1792 é a falsa idéia de liberdade apresentada a partir de Pinel³⁸, a idéia de liberdade aos doentes, estabelece certa dívida, entre quem libertou e quem foi libertado, no qual o reconhecimento exige do libertado um grau de submissão; de obediência. Dessa forma substitui a violência física, trocando a masmorra e os grilhões pela liberdade, mas exercendo a violência da submissão constante de uma vontade a outra. Assim, o sujeito libertado submete-se à disciplina do poder médico, pois se sente endividado por ter sido libertado.

O que fica claro nos escritos de Foucault é que, o poder disciplinar, exercido no interior do asilo é um poder capilar que toca os corpos, age sobre eles, leva em conta os gestos, os comportamentos, os hábitos, as palavras, as verdades. Desta forma tocam os próprios corpos individuais, modificam, trabalham, dirigem o que o autor chama de contato sináptico corpo-poder.

O poder e o saber atuam sobre o corpo do indesejável a partir da verdade inscrita no espaço asilar sobre o doente.

leitura, de recitação, de cálculo e de escrita... 2ª divisão. Crianças que já sabem ler, escrever e contar..., noções de gramática, de cálculo, de história e de geografia da França... 1ª divisão. Preparação para o Certificado de estudos. Para eles, o ensino não se diferencia sensivelmente do ensino da escola primária' [...]. (FOUCAULT, 2006a, pp. 292-295)

³⁸ É entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá — não esqueçamos — que eles os abandonarão, sem deixarem de glorificar por terem-nos 'libertado'.

‘nem tudo é verdadeiro; mas em todo lugar e a todo momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que no entanto está somente à espera de nosso olhar para aparecer, à espera de nossa mão para ser desvelada. A nós cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em todo lugar’. [...] (FOUCAULT, 2003, p. 113)

Produzimos verdade conforme nossas necessidades. Não existe uma única verdade, mas, “[...] uma verdade a ser dita e vista [...]” (FOUCAULT, 2003, p. 113). Para tanto, precisamos verificar de onde estamos observando essa verdade, a cronologia que permite produzir um acontecimento entendido como verdadeiro.

No que tange a loucura, ou a deficiência, a crise (psicótica ou de convulsão) é necessariamente, o momento em que a doença ou o impedimento vem à tona como uma verdade desnudada, pois assim, é possível ser vista.

Para nossa compreensão então, a verdade na perspectiva de Foucault (2003), corresponde a aquilo que acontece – produção do acontecimento “verdade”, não ao que é. Então verificamos a existência de uma tecnologia da verdade, que foi pouco a pouco, desqualificada. O processo da verdade constatada e não a ser provada é o processo considerado mais interessante quanto à história da verdade. Nesta perspectiva, a verdade será apresentada e representada a cada vez que for procurada e não terá mais que ser produzida.

Nestas condições, podemos então compreender, que a verdade, se aplica, ainda que não muito confortavelmente, a tudo que resiste ou escapa, ou melhor, a tudo que é definido negativamente, às formas de poder-saber de nossa sociedade, como por exemplo: doenças, crime, loucura, deficiência, etc.

A exclusão, com o exemplo do hospital geral, suscita a existência de uma verdade escondida e da necessidade de prova para uma verdade a ser produzida. Para que nesta perspectiva, a partir do momento em que acontece uma ação direta em relação à doença, a deficiência, ou a loucura, as mesmas permitam revelar e produzir suas verdades aos olhos do médico.

A presença do médico no interior do hospital geral justifica o aparecimento da verdade sobre o a-social, seja ele, louco, deficiente, doente, etc. Historicamente, antes do século XVIII, como já mencionado, a loucura não era internada sistematicamente, a mesma, se via reclusa juntamente com outras condições.

O momento de verdade dos excluídos, ocorre quando os mesmos passam a recobrar as condutas básicas e a sentir falta de seus familiares e de sua vida fora do hospital geral ou asilo. O que acarreta pensar no papel do asilo frente a essas condutas.

Certamente o asilo terá de início, a função que se confiava aos hospitais gerais no fim do século XVIII. O asilo passou a ter a responsabilidade de desnudamento da verdade sobre a doença mental, o asilo deveria afastar tudo o que poderia mascarar, confundir ou mesmo estimular. Para tanto, o asilo, conforme o modelo de Esquirol³⁹, passou a ser um lugar de confronto, de desvelamento da verdade sobre a loucura.

O asilo do século XIX estabelece assim, a função de diagnóstico e de classificação, no qual as espécies de doenças são divididas em compartimentos. Este hospital é um espaço fechado para confronto, “lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e de submissão” (FOUCAULT, 2003, p. 122).

No asilo sobressai um personagem denominado por Foucault (2003) de - o “mestre da loucura”, que se apresenta na figura do médico. Personagem esse, instituído de poder tanto para dizer a verdade sobre a doença, quanto para produzir a doença em sua verdade e submetê-la ao doente.

O “mestre da loucura”, no século XIX, tinha a função de colocar em prática no asilo, os procedimentos de pregações morais, interrogatórios público ou particular, isolamento, tratamentos a base de punições ou recompensas, disciplinamento, trabalho obrigatório, relações de posse, de preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, de domesticidade e às vezes até de servidão entre doente e médico, para que assim, a loucura fosse manifestada em sua verdade, saindo do esconderijo, do silêncio que muitas vezes se encontrava.

No hospital de Esquirol ou de Charcot⁴⁰, o “mestre da loucura”- médico tem a função de exaltar a produção da verdade, exaltando conseqüentemente, por meio do

³⁹ “[...] Escreveu em sua tese de 1805, intitulada – *Das paixões consideradas como Causas, Sintomas e Meios curativos da Alienação mental*, não somente as paixões são a causa comum da alienação, como mantém com essa doença e suas variedades relações de semelhança [...]”. “[...] Os loucos não são animais furiosos a serem afastados da sociedade por sua periculosidade, mas seres humanos em quem, malgrado as paixões, persistem a razão e o apelo ao intercâmbio; sua doença, portanto, é curável, graças ao socorro do “tratamento moral” fornecido [...]” (JULIEN, 1996)

⁴⁰ Jean-Martin Charcot 1825-1893 – assume a diretoria do Hospital de Salpêtrière, descreve a histeria e as neuroses e estuda a hipnose. Era conhecido como grande personalidade científica de Salpêtrière. Compôs juntamente com outros sete nomes da medicina e da psiquiatria a presidência de honra do 1º Congresso Mundial de Hipnotismo no Hotel Dieu em Paris, de 8 a 12 de outubro de

conhecimento, do saber científico, a competência médica; o poder do médico, um sobre-poder.

Por mais ou menos trinta anos (de 1860-1890), as técnicas psiquiátricas, assim como o diagnóstico diferencial entre doença psicológica e doença orgânica, se constituiu como fundamental, tanto na teoria, como na prática psiquiátrica.

O poder do médico lhe permite produzir a realidade de uma doença mental capaz de reproduzir fenômenos completamente acessíveis ao conhecimento. A própria realidade transcreve os efeitos do poder médico que podem ser descritos pelo médico a partir de um discurso científico considerável.

É possível dizer, que o efeito produzido pelo poder do médico sobre o paciente, implicava no saber e na verdade daquilo que o médico dizia sobre a doença. Assim como é possível dizer também, que a verdade podia ser produzida pelo poder médico.

As grandes estruturas asilares instaladas no começo do século XIX eram justificadas pela necessidade de harmonia e as exigências de ordem social frente as necessidades de terapêutica e de proteção contra a desordem dos loucos, que pediam o isolamento dos doentes.

O isolamento dos a-sociais era justificado pela: garantia de segurança pessoal dos loucos e de suas famílias; diminuição das influências externas; a luta para vencer as resistências pessoais; a submissão a um regime médico; a imposição de novos hábitos intelectuais e morais.

A questão dada aí é a do poder. A necessidade é de domínio do poder do “a-social”; o estabelecimento de um poder de cura e de adestramento, que neutralize o indivíduo considerado “estragado”.

O asilo é seguramente um lugar de distribuição de relações de poder. Assim como é também, lugar de intervenção, lugar de purificação, de constatação de como se deve fazer aparecer às relações institucionais de dominação. O poder do “doente”, conforme as prescrições de Esquirol, tanto pode aumentar, quanto pode diminuir, assim, o fato de estar internado, o torna um sujeito abandonado às práticas médicas. Médicos e enfermeiros, por estar atuando com um sujeito sem direitos, - condição promovida pela situação de internamento -, podiam fazer dele o que bem entendiam, sem que houvesse possibilidade de intervenção.

1889, falecido em 1893, os estudos sobre hipnotismo enfraquecem e surge a psicanálise freudiana. (LYRA, SILVA e PINCHERLE, 1985)

O direito à normalidade se impõe à desordem e ao comportamento desviante. O sujeito entendido como “louco”, se encontrava em situação de desqualificação quanto ao poder e ao saber, pois sua doença o colocava na realidade da ignorância de bom senso, uma vez que, não conseguia ser capaz de exercer à realidade corrigindo seus erros de alucinações, fantasmas, ilusões, que impediam sua competência.

O jogo da relação de poder, a exemplo da loucura, permite-nos analisar o poder-saber do médico, uma vez que, o mesmo, sabe coisas suficientes para reconhecer que o comportamento de um “louco”, não o permite exercer sobre sua condição, nenhuma relação de poder.

[...] Sua loucura, nossa ciência permite que a chamemos doença e daí em diante, nós médicos estamos qualificados para intervir e diagnosticar uma loucura que lhe impede de ser um doente como os outros: você será então um ‘doente mental’. (FOUCAULT, 2003, p. 127)

A loucura foi assim, transcrita do século XVII para o século XIX em doença mental. Essa transcrição confere o poder da razão ou da normalidade ao estatuto médico. Confere ao médico o poder da medicalização, da psiquiatrização, da loucura através do estatuto do conhecimento. Poder e saber, como forma de atuação sobre os indesejáveis.

No texto apresentado a seguir, preocupou-se em realizar uma retomada sobre a constituição da medicalização do espaço hospitalar, entendendo que essa discussão é relevante, para compreendermos como ocorre a reordenação das cidades, tendo em vista a necessidade de normalizar, medicalizar, ordenar e individualizar ao passo que se tornam coletivas as práticas médicas com intenção da constituição de uma sociedade pura, livre de epidemias, de endemias, da loucura, das anormalidades, etc. Constituindo o saber e instituindo o poder no funcionamento de espaços urbanos, com a intenção da apropriação de mecanismos e de técnicas – dispositivos - que favoreciam a ordenação e a normalização da sociedade moderna.

1.5 A medicalização do espaço hospitalar

Antes do século XVIII, o hospital era uma instituição de assistência aos pobres e também de separação e exclusão. Assim, era organizado, pois o pobre, sendo ele necessitado precisava de assistência, e estando ele doente, principalmente se a doença fosse contagiosa, tornava-se uma pessoa perigosa necessitando ser isolada. Desta forma, além de recolher, o hospital tinha a função de proteger o restante da população dos possíveis perigos que o sujeito doente podia oferecer.

A função essencial do hospital, na época, consistia em dar assistência espiritual e material a aqueles que precisavam do último sacramento e dos últimos cuidados. A cura, não era o objeto principal do hospital, mas sim a salvação do moribundo e também do pessoal hospitalar, pessoal este composto por religiosos, pessoas caritativas ou leigas, que, a partir de suas obras de caridade, garantiam a salvação da sua própria alma e da alma do pobre para toda a eternidade.

Foucault (2003), cita um importante texto que apresenta o estudo da significação geral do hospital medieval e renascentista denominado *Le livre de la vie active de l'Hôtel-Dieu*, escrito por um parlamentar que foi chanceler do Hôtel-Dieu, no final do século XV. Permanecendo com essas características até o começo do século XVIII. Quanto ao Hospital Geral, já descrito em nossa pesquisa, esse ocupa o lugar de internamento, onde se mistura loucos, deficientes, doentes, devassos, prostitutas, etc., permanecendo, por volta do século XVII, como um tipo de instrumento misto de transformação espiritual, assistência e exclusão, distante da prática médica e científica.

O hospital que funcionava na Europa, desde a Idade Média, não foi concebido para curar. Foi programado como um instrumento de intervenção sobre a doença e o doente, instrumento terapêutico, para produzir cura, apenas no final do século XVIII.

Somente por volta de 1780 aparece claramente a consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar. Juntamente com o hospital surge a prática de visita e observação sistemática e comparada dos hospitais.

Entre 1775-1780, no momento em que o Hotel-Dieu de Paris era reconstruído, aconteceram várias “viagens-inquérito” em que foram percorridos

prisões, hospitais e lazaretos da Europa. Os objetivos foram variados para tais “viagens-inquérito”. Dentre eles: estabelecer um programa de reforma e reconstrução dos hospitais, partindo do princípio, de que os hospitais da época deveriam se pronunciar sobre o funcionamento do novo formato de hospital. O hospital deixa de ocupar apenas o seu espaço arquitetônico e constitui-se como parte de um fato médico-hospitalar, que merece ser estudado como são estudadas as doenças, os climas, etc.

Surge, portanto, um novo olhar sobre o hospital considerado como máquina de curar, e que, também produz efeitos patológicos, que devem ser corrigidos.

É importante lembrar então, que até o século XVIII, os hospitais não curavam, pois, não se esperava a cura nessa dada época. A partir desse período o que vamos encontrar é a necessidade de refinar as exigências formuladas sobre o atendimento hospitalar.

O hospital, desde a Idade Média, tem problemas quanto a ser uma instituição em que se desenvolve a prática hospitalar. Por isso, quando a partir do século XVIII se constitui como um espaço medicalizado, um hospital médico, terapêutico e, a medicina se torna hospitalar, o mesmo se transforma em uma novidade urbana.

Inicialmente, a medicalização do hospital ocorreu não como uma ação positiva sobre o doente, mas para anular os efeitos destrutivos e de desordem que caracterizava o hospital. Desordem social, econômica e também de doenças que podiam se espalhar na cidade.

A primeira grande organização hospitalar da Europa ocorreu fundamentalmente nos hospitais marítimos e militares no século XVII. Tendo como ponto de partida o hospital marítimo, a justificativa de iniciar a organização através do hospital marítimo foi a desordem econômica, uma vez que através dele acontecia, tráfico de mercadorias, de toda natureza, etc.

Juntamente com a necessidade de mudança no aparato técnico do exército, surge um problema técnico e militar importante, - a necessidade de reordenação do hospital marítimo e militar. Essa reordenação aconteceu, a partir de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina.

Essa disciplina hospitalar foi imposta devido à necessidade de

1º [...] vigiar os homens no hospital militar para que não desertassem, na medida em que tinham sido formados de modo

bastante custoso. 2º) [...] curá-los, evitando que morressem de doença. 3º) [...] evitar que quando curados eles fingissem ainda estar doentes e permanecessem de cama, etc. (FOUCAULT, 2003, p. 104)

No espaço do hospital militar surge, portanto, uma reorganização política e administrativa do poder, no qual, a técnica de exercício em destaque é a disciplina, que ganha visibilidade durante o século XVIII, pois é fato que os mecanismos disciplinares são antigos, mas, os mesmos existiam em estado fragmentado e isolado, até os séculos XVII e XVIII. Desde então, o poder disciplinar foi aperfeiçoado e tornou-se uma nova técnica de gestão dos homens.

A discussão sobre o poder disciplinar é fundamental para a compreensão da organização do modelo de indústria, hospital, escola que se organizou a partir do século XVIII. Com freqüência fala-se, das tecnologias químicas, metalúrgicas, etc. que são invenções técnicas do século XVIII - mas, se faz necessário salientar também, a invenção técnica da nova forma de gerir os homens, através do controle de suas multiplicidades, utilizando e aumentando ao máximo o efeito útil de seu trabalho e sua atividade; tecnologia essa, denominada de poder disciplinar.

As novas técnicas de poder disciplinar tornaram-se uma das grandes invenções do século XVIII. Neste sentido, os indivíduos em suas particularidades são o alvo e o resultado dos sistemas de poder. “A disciplina é, antes de tudo, a análise do espaço. E a individualização pelo espaço, a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório.” (FOUCAULT, 2003, p. 106)

A melhor distribuição dos indivíduos no espaço urbano possibilita que o poder atue coletivamente e individualmente ao mesmo tempo. A vigilância permanente e classificatória do coletivo, entendida como um exame, promove o poder da individualização. Essa vigilância permanente permite distribuir os indivíduos, localizá-los, medi-los, julgá-los, e, conseqüentemente, utilizá-los ao máximo.

A discussão apresentada até o momento sobre os mecanismos de disciplinarização e poder de individuação, nos auxilia a compreender que a medicalização dos hospitais foi possibilitada a partir da introdução dos mecanismos disciplinares.

A transformação do saber e da prática médica e a disciplinarização do espaço hospitalar fomenta a formação de uma medicina hospitalar, que tem como preocupação, além da questão econômica, o interesse de evitar a propagação das epidemias. O poder disciplinar é assim confiado ao médico.

No que confere a idéia de disciplinarização dos espaços coletivos de forma a promover a singularidade do indivíduo, tem-se que a disciplina exerce seu controle sobre o desenvolvimento de determinadas ações; suscita a constante pirâmide de vigilância; exige o registro de informações sobre as ações do indivíduo de forma constante, para que nenhum detalhe escape e, para que assim, o poder seja contínuo sobre o indivíduo.

O saber médico, a vigilância e a disciplinarização do espaço hospitalar, provoca a transformação das condições do meio em que os doentes são colocados. Esse espaço passa a ser individualizado de forma que, os doentes sejam distribuídos mantendo a estratégia de serem vigiados. Nesse espaço é preciso que seja adaptado terapeuticamente, o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, etc.

Para que a dinâmica hospitalar aconteça é preciso verificar a distribuição interna do espaço, pois se a cura do doente depende de uma ação sobre esse meio, será necessário individualizar o espaço de cada doente de acordo com a doença e sua evolução.

O médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar, ele se torna o grande responsável pelo funcionamento econômico, pela forma como o hospital deve ser construído ou como deve ser organizado. A presença do médico começa a se afirmar cada vez mais no espaço hospitalar. Inicialmente, por volta de 1680, o médico realizava uma visita por dia aos doentes, para saber como os mesmos estavam; o ritmo das visitas aumenta cada vez mais. A frequência dessas visitas aumenta até que em meados de 1770 é necessária a residência de um médico no hospital, pois, o mesmo pode ser chamado ou se locomover a qualquer hora do dia ou da noite para verificar o que acontece.

A figura do médico de hospital é assim por dizer, uma invenção do final do século XVIII. Quanto maior for a experiência hospitalar, maior sabedoria terá o mesmo. Neste sentido, Pinel, por ser médico e deter o poder dentro do hospital, pôde fazer o que fez em Bicêtre.

Todo um mecanismo de controle passou a ser exercido desde então, pois, o paciente precisa ser identificado por uma pulseira que permite saber quem é, mesmo depois de sua morte. Se for o caso, deve ser marcado por uma ficha que identifica não só seu nome, mas também sua doença; deve ter uma série de

registros sobre a evolução de seu caso; registros também, do diagnóstico, das receitas, dos tratamentos prescritos e de toda a medicação ministrada.

Destaca-se também o advento do poder médico que se manifesta durante as visitas aos doentes, uma vez que se torna um ritual. O médico visita cada paciente acompanhado de toda a hierarquia do hospital. Nos regulamentos de hospitais do século XVIII, encontram-se descritos os procedimentos a serem realizados com cada paciente: onde o mesmo deve estar colocado; que o médico deve ser anunciado por uma sineta; que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar, etc.

Graças à tecnologia hospitalar, não só o indivíduo, mas sim a população - o corpo social se torna objeto de saber e alvo de intervenção da medicina a partir do século XVIII.

Além do indivíduo se tornar objeto da prática médica, se torna, também, objeto do saber, pois será observado, seguido, conhecido e curado. E a partir dos registros diários⁴¹ e do confronto de informações entre os hospitais e as diversas regiões, é possível verificar os fenômenos patológicos comuns a toda a população. O hospital deixa de ser apenas um lugar de cura e passa a constituir em seu interior um campo documental, um lugar que necessita de registro, acúmulo e formação de saber.

O saber médico, que até então se encontrava apenas em livros, começa a ganhar espaço no que é diariamente registrado sobre as experiências ativas e atuais dos hospitais. Portanto, por volta de 1780/1790, com a disciplinarização do espaço hospitalar, o hospital passa a se constituir como lugar de cura e de formação médica (registro, formação e acúmulo de saber), isolando o doente e o individualizando cada vez mais.

Em consonância, têm-se uma população urbana em processo de medicalização, ordenação, normalização, disciplinarização, para garantir o funcionamento “normal” e adequado de uma sociedade moderna em construção.

Será somente com o tratamento e o estudo da cura das doenças nervosas que a medicina se tornará em uma técnica privilegiada e que, enfim, estabelecerá

⁴¹ Surge a necessidade de realizar uma série de registros que acumulam e transmitem informações: Aparece, finalmente, a obrigação dos médicos confrontarem suas experiências e seus registros - ao menos uma vez por mês, segundo o regulamento do Hôtel-Dieu de 1785 - para ver quais são os diferentes tratamentos aplicados, os que têm melhor êxito, que médicos têm mais sucesso, se doenças epidêmicas passam de uma sala para outra, etc. (FOUCAULT, 2003, p. 110)

uma ligação com a loucura, tão recusada pelo domínio do internamento. Será com essas curas que nascerá a possibilidade de uma psiquiatria da observação, de um internamento de aspecto hospitalar e do diálogo do louco com o médico.

Somente através do medo, de todo um simbolismo do impuro que animavam os contágios morais e físicos e, não simplesmente pelo aperfeiçoamento do conhecimento, que se origina a possibilidade da associação entre a medicina e o internamento e que o desatino foi confrontado com o pensamento médico, e isolado da loucura. Esse novo medo do século XVIII faz emergir, portanto, uma nova loucura, questionando toda a racionalidade que o internamento possuía na era clássica.

Os loucos, como mencionado, dentro dessa nova racionalidade, não são mais diferentes em relação aos outros, mas são diferentes de um para outro. A diferença é introduzida na igualdade da loucura. A loucura se individualiza e adquire uma linguagem que é somente sua. A partir do século XIX, foi possível unir os conceitos da medicina e do internamento, assim surgiu essa relação entre medicina e internamento, antes estranha ao Classicismo e que posteriormente foi dada como natural, possibilitando, assim, o nascimento da psiquiatria.

A psiquiatria, para Foucault, promoveu, ao longo do século XVIII, a partir do internamento, uma transformação na consciência da loucura. É nessa transformação que ele diz ser necessário prestar atenção para entendermos essa nova consciência da loucura que acaba de surgir.

Com a emergência de novas práticas médicas, uma distinção, diferente da era clássica, começa a se constituir: doenças físicas e doenças psicológicas ou morais. Essa distinção ganha um sentido: a doença procederá do orgânico, enquanto o que pertencia ao desatino será ligado ao psicológico.

A dissociação entre loucura e desatino, promove o nascimento da psicologia. Foucault afirma: “nasce a psicologia. Não como verdade da loucura, mas como indício de que a loucura é agora isolada de sua verdade que era o desatino.” (FOUCAULT, 2003, p. 337).

Entedemos que Foucault atentou-se para os mecanismos e as práticas que produziram o louco, bem ao contrário do que comumente acontece, ou seja, ele não partiu de uma figura ou um objeto dado ou acabado e, a partir daí, fez a sua história. Foucault atentou-se para as condições de possibilidade para o aparecimento da medicina moderna, da psicologia, da psiquiatria.

Ao constituir-se, a psiquiatria dá acabamento a um processo inaugurado com o 'gesto de separação' promovido pela razão. Tanto o decreto de fundação do Hospital Geral de Paris e o nascimento da psiquiatria moderna — são os elementos primordiais da estrutura de exclusão que encarregar-se-ão, segundo Foucault (2003, p.165) “da passagem da experiência medieval e humanista da loucura à essa experiência que é a nossa e que confina a loucura na doença mental⁴²” .

⁴² É interessante a relação entre a loucura e a medicina na história construída por Foucault, pois na história ocidental, até a Revolução Francesa, ainda não existia a categoria psiquiátrica de doença mental; antes de se tornar doença mental – com Pinel, Esquirol e os psiquiatras do final do século XVIII e início do XIX -, a loucura era simplesmente doença, e como doença estava integrada, como as outras doenças, no tipo específico de racionalidade médica próprio da época clássica. (PORTOCARRERO, 2002, p. 17)

CAPÍTULO II

A LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE MENTAL E OS ARCHIVOS BRASILEIROS DE HIGIENE MENTAL (1925-1930): O CONTROLE DO CORPO SOCIAL

A discussão apresentada a seguir constituiu-se a partir de investigações em fontes primárias. O texto tomou forma através da leitura e reflexão de cartas, atas, análises de congressos, resenhas, etc., documentos que compõe os *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*⁴³. Portanto, os autores utilizados neste texto são personagens de uma dada época e ajudaram a construir a história de uma sociedade em plena *efervescência*, por isso, participaram do esquadramento das cidades brasileiras, do controle do corpo social, de um novo arquivo.

De acordo com Salomoni *In* (SALOMON, 2011) a leitura e a reflexão de cartas, atas, resenhas, relatos, lembranças, autobiografias, questionários, etc., preenchidos pelos protagonistas diretos dos acontecimentos revolucionários em uma dada época, são capazes de criar representações mentais do passado, portanto, tornam-se monumentos da história. Nesta perspectiva, a utilização das fontes primárias nesta pesquisa (*Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*), ocorre por entender-se que os *Archivos*, constituem-se em um *arquivo* a serviço da memória, que abriga, em si mesmo, uma função política e histórica constituidora de uma complexa trama em que se sobressai as discontinuidades entre o passado e o presente, pois, as fontes primárias não só oferecem um material para o conhecimento das estruturas históricas e os objetivos da ciência, como também, o testemunho das relações sociais, políticas, ideológicas e econômicas de uma determinada época.

Vimos, no primeiro Capítulo, que a história escrita por Foucault sobre os “a-sociais” demonstra a diferença existente entre a percepção da loucura no cenário europeu, no passado (Idade Média, Renascença e Idade Clássica) e a percepção da mesma no presente (Idade Moderna). Neste sentido, entende-se que apresentar a

⁴³ Os Archivos serão apresentados no decorrer do texto para melhor compreensão de sua composição. Os mesmos constituem-se em material de pesquisa encontrados na Biblioteca da Universidade Federal do Rio de Janeiro e adquiridos através do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Higienismo e o Eugenismo da Universidade Estadual de Maringá – GEPHE. Universidade em que cursei graduação, especialização, mestrado e fui professora colaboradora durante dois anos.

discussão inicial sobre a loucura na Europa, nos conduz a tentativa de saber como a loucura foi concebida no Brasil, nesta última fase destacada, ou seja, na chamada Idade Moderna. Acreditamos que a forma de pensar a loucura nessa dada época, em nosso país, nos proporcionará melhor entendimento sobre as mudanças na forma de compreendê-la, para assim compreendermos, também, como o deficiente se insere nesse contexto. Evitaremos para tanto, culpabilizar ou mesmo construir juízo valorativo frente às práticas da época, que refletem a forma com que as pessoas, em determinado momento histórico, gestam suas concepções e as colocam em prática, permitindo, desta forma, a constituição de novos saberes, de uma nova cultura, de um novo arquivo⁴⁴.

Tendo em vista que a temática – “loucura”, foi fonte de constituição de novos saberes – *dispersão dos saberes* (a medicina social⁴⁵, a psiquiatria e a psicologia), a partir do final do século XIX e início do século XX na Europa, e, que houve uma mudança significativa na forma de conceber os “insanos”, pois os mesmos passaram a ser classificados, separados, medicalizados, normalizados, cada um a partir de sua loucura. Houve neste capítulo um esforço na tentativa de melhor compreender como se concebe a deficiência no Brasil entre as décadas de 1920 e 1930. Tendo em vista esse período, acreditamos na relevância de “bebiricar” nas fontes primárias - *Archivos Brasileiros de Higiene Mental* -, os saberes e as práticas postulados pelos higienistas frente ao “anormal”, pois compreende-se que o amadurecimento que a concepção higienista alcançou na época ganhou as práticas sociais.

Quanto aos “indesejáveis”, não mais eliminá-los era a ordem, mas sim reordená-los, normalizá-los, discipliná-los. Mais do que entendê-los e defini-los, “a sociedade se estruturou para aprisioná-los, anulá-los, “transformá-los em objeto do saber, criar espaços próprios para sua reclusão – os hospícios [...]” (CUNHA⁴⁶, 1986, p. 14). A partir da organização do hospício, outras instituições destinadas aos indesejáveis também foram organizadas, como as prisões, asilos, escolas especiais, etc. Por isso, empreender o “*diagnóstico do acontecido*” a partir da loucura, significa compreender outras falas que se cruzam. Fazer emergir na história de reclusão e da

⁴⁴ Para Foucault, o arquivo é antes de tudo, a lei do que pode ser dito, o sistema do que rege o surgimento dos enunciados como acontecimentos singulares. O arquivo é, em outras palavras, o sistema das condições históricas de possibilidade dos enunciados e dos acontecimentos. (SALOMON, 2011a)

⁴⁵ A medicina social, também é tema de relevância nas discussões apresentadas nos Archivos Brasileiros de Higiene Mental. Segue em anexo, um texto para a exemplificação (Anexo 1).

⁴⁶ Apesar de ser uma autora que escreve na perspectiva materialista histórica, a mesma traz em seus textos informações relevantes para nosso trabalho, por isso a opção de sua utilização.

segregação dos desvalidos o equivalente à história do surgimento das escolas especiais tendo como espaço de pesquisa, a *Liga Brasileira de Hygiene Mental* (1925 a 1930).

A intenção deste capítulo é apresentar a *Liga Brasileira de Hygiene Mental* (LBHM) através de seus *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental* (1925 e 1930 - período estipulado como recorte para a análise dos arquivos, em nossa pesquisa). O objetivo é o de estabelecer as relações que definiram seu perfil, especialmente no que concerne à sua articulação com a problemática urbana, tanto quanto perceber suas formas concretas e cotidianas de disciplinarização da sociedade, na tentativa de diagnosticar discursos, ações, decisões, etc., que revelem como a loucura era percebida, e nesse contexto, qual a percepção sobre o deficiente, não perdendo de vista como essa percepção pode ter influenciado na constituição das escolas especiais e na construção da atual Política de Educação Especial voltada para a inclusão.

É interessante verificar a partir da leitura, reflexão e análise dos *Archivos* a proximidade que a *Liga Brasileira de Hygiene Mental* mantém com a formatação do espaço urbano. Proximidade esta que permite estabelecer o controle do corpo social a partir de iniciativas diversas, dentre elas, a publicação da revista, intitulada *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*. Esse foi um importante instrumento de disseminação das idéias higiênicas e eugênicas, que influenciaram fundamentalmente diversos setores da sociedade.

Por constituir o principal veículo de divulgação das ações da *Liga*, os *Archivos* serão tomados aqui como referência para nossas descobertas sobre os encaminhamentos frente à educação, saúde, etc., principalmente, no que confere a estruturação de um ensino diferenciado para o deficiente, questão esta de suma importância para a compreensão da concepção formulada sobre o indesejável e as posturas assumidas frente às Políticas Nacionais de Educação Especial e Inclusiva.

Por isso, iniciamos esse capítulo apresentando a idéia de higienismo que prevaleceu nos anos de 1925 a 1930, importante para entender a lógica inicial de organização da *Liga*, referente ao espaço urbano e a população. Após esse período aparece forte influência eugênica sobre a sociedade. Na seqüência, optamos por apresentar a *Liga Brasileira de Hygiene Mental*, sua formação, fundação, estatuto, estrutura, intenção, etc., a partir de seus *Archivos*, por acreditar que essa instituição contribui com definições importantes em nossa sociedade, no que diz respeito, a

educação, a saúde, a assistência social, a política, o direito, a psiquiatria, a psicologia, a medicina social, enfim, aos “rumos” estabelecidos em nosso país. Posteriormente, descrevemos os *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, sua composição, conteúdos e objetivos, com o intuito de demonstrar a influência das ações higiênicas sobre os encaminhamentos frente ao controle do corpo social.

Por fim, demonstramos, a partir da análise realizada dos *Archivos*, como os higienistas desenvolvem seus objetivos frente à saúde e a educação, na tentativa de desvelar os principais acontecimentos que favoreçam nossa compreensão sobre o objetivo de nossa pesquisa, no que tange a concepção sobre o deficiente, no qual resulta no surgimento de instituições especializadas, como é o caso das escolas especiais, a partir do período já mencionado no Brasil, e, a relevância desse acontecimento para o aparecimento de uma nova cultura, que possibilitou a construção da atual política de atendimento voltada ao deficiente.

Pensando no recorte cronológico para a análise dos *Archivos* 1925-1930, em que ocorreram mudanças políticas, sociais e culturais relevantes no país e em que imperava a disciplinarização da cidade e dos corpos, marcada pelo determinismo “ordem e progresso” é que se pretende investigar, no passado complexo e descontínuo da sociedade brasileira urbanizada, idéias que nos oriente sobre a forma de pensar a loucura e, por consequência, a deficiência.

A disciplinarização das cidades, conforme aponta Foucault (2003), impunha determinada vigilância sobre o indivíduo normal e o anormal. O comportamento do indivíduo precisava ser vigiado, inclusive sua sexualidade. Essa medida garantia a prevenção da propagação de anormalidades nas cidades e permitia o realocamento do indivíduo indesejável em instituições específicas à suas anormalidades. A idéia era esquadrihar uma sociedade livre de epidemias, de degenerações, de anormalidades, de desordenação.

No Brasil, a tentativa de disciplinarização da sociedade também ocorreu. O discurso médico-higiênico acompanhou o início do processo de transformação política e econômica do século XX que, no Brasil, assinalou a constituição de uma economia urbano-comercial.

O discurso de controle do corpo social, também se desenvolve e se concretiza no Brasil, por volta de 1920, o esquadrihamento de uma sociedade higienizada, ordenada, normalizada, etc., exigindo o monitoramento da cidade como

um todo, pois era preciso a manutenção da ordem, para garantir o progresso almejado e propagado em todo país.

Como aponta Machado (1978, p. 53) a higiene era um tipo de intervenção da medicina social, no qual a sociedade aparece como um novo objeto de atribuições, e, a saúde dos indivíduos deixa de ser apenas a luta contra as doenças e passa a ser a “[...] expressão de um modelo médico-político de controle contínuo dos cidadãos”. O modelo médico-político defendido pela *Liga Brasileira de Higiene Mental* e divulgado amplamente pelos *Archivos*, demonstra, práticas médicas, educacionais e jurídicas da época, baseadas no higienismo e instituem um saber psiquiátrico denominado de projeto educativo-preventivo sobre a loucura.

2.1. O higienismo

Para dar conta da questão proposta na presente pesquisa, parece necessário clarificar o movimento histórico do higienismo na sociedade urbanizada. A história dos higienistas, enquanto preocupação da ciência médica inicia-se na Europa, no final do século XVIII e início do século XIX, com a medicina social que não dava conta do aumento significativo nos internamentos em sanatórios para doentes mentais, num momento histórico em que a preocupação estava voltada para a exclusão do doente.

O “tratamento moral” e o “isolamento terapêutico”, propostos por Pinel, Esquirol e seus seguidores na França, não estavam dando resultados satisfatórios nem para os doentes internados, nem para a sociedade que via, cada vez mais, aumentar os internamentos. Uma das alternativas foi a criação dos chamados “higienistas dos espíritos” ou “higienistas sociais”, que como mostra Castel (1976), nos seus papéis de “alienistas” – especialistas no tratamento de alienados - preocupados com o estudo da mente, passaram a agir no meio social para tentar tratar enfermidades provenientes de distúrbios do próprio meio, como o tratamento moral da loucura.

Esses higienistas, não tinham por tarefa imediata intervir no meio social, mas, partindo da idéia de doença mental como, anormalidade, degeneração⁴⁷ do sujeito; agiam naqueles espaços sociais que tivessem pessoas com seus comportamentos “desorganizados”, numa tentativa de “profilaxia preservadora” da natureza do ser. A preocupação com a higiene⁴⁸, para eles, ligados ao cientificismo, estava voltada para a tentativa de cura da saúde mental do indivíduo que, até então, era tirado do convívio social para os internatos.

Vale ressaltar, que as normas estabelecidas durante a reclusão dos indesejáveis na Europa são resultantes de medidas e práticas que surgiram na perspectiva de manutenção de uma sociedade higienizada moralmente. O higienismo e a eugenia⁴⁹, quase um século depois, no Brasil, passaram também a influenciar fortemente o controle da população.

Os escritos e as práticas em sanatórios de Pinel e Esquirol influenciaram o saber psiquiátrico no Brasil, principalmente na segunda metade do século XIX, e se manifestou pela denominação de *medicina social* que, com auxílio de outros saberes disciplinares como a criminologia, a medicina higiênica e a engenharia sanitária, começaram a intervir na sociedade. Era a tentativa de tratar, de curar, de sanear a loucura e o surgimento de degenerados no país.

Uma das formas utilizadas pelo movimento higienista brasileiro, ao incorporar as idéias de Pinel e Esquirol no tratamento moral da loucura, foi buscar ajuda do Estado por intermédio das áreas da educação e da saúde. Nessa pretensão de ligar a saúde à educação na cura das doenças mentais, trabalhando com a reordenação

⁴⁷ A teoria da degenerescência, conforme aponta Portocarrero (2002, p. 47), se ocupa de demonstrar a origem e a formação das variedades doentias da espécie humana, “[...] são desvios doentios do tipo normal da humanidade, transmitidos hereditariamente [...]”, ou conforme afirma Castel (1976), ocorre devido intoxicações diversas, influências do meio social ou da hereditariedade, doenças adquiridas ou congênitas, por isso, a psiquiatria deve agir por meio de uma profilaxia preservativa que combata as causas da doença e previna seus efeitos.

A teoria da degenerescência de acordo com Portocarrero (2002) exerceu forte influência sobre a psiquiatria no final do século XIX, e tornou-se assim, alvo de estudos por parte dos psiquiatras brasileiros, sobretudo, através da Liga Brasileira de Higiene Mental.

⁴⁸ Na Grécia “[...] Entre seus deuses lá se encontra Hygêa, symbolo da saúde, que, para ser mantida, exigia diversos preceitos – d’ahi a origem da hygiene. É ainda entre os gregos que vamos encontrar pela primeira vez o principio do ‘*Mens sana in corpore sano*’: não só pelo culto das Olympiadas, senão também pelo sacrificio dos aleijões congênitos. Ahi se encontra a affirmativa das relações entre o corpo e o espirito, primeiro alicerce chronologico da Hygiene Mental moderna.” (FARANI, 1925, p. 37)

⁴⁹ “A eugenia é a segunda etapa das aspirações da hygiene. A primeira ficou constituida pela melhoria do individuo, graças á prevenção das doenças; a eugenia visa a melhoria da especie.” (FARANI, 1925, p. 39)

moral do indivíduo, estava a vontade de formatar, no país, principalmente nos centros mais comercialmente desenvolvidos, uma forma de vida higienizada, ou seja, adequada aos valores morais, econômicos e culturais de uma sociedade urbana já consolidada na Europa.

Ordenado anteriormente sob a forma de Colônia e Império, o Brasil expressou, desde sua origem, um desenvolvimento urbano-industrial que, na sua forma singular, revelava divergências significativas com o europeu. Entretanto, nas primeiras décadas do século XX, a vida no Brasil, marcada por lutas, pelo processo econômico que acompanha a organização da sociedade civil, o regime republicano, não se desvinculava de um movimento mais geral, expresso em outros países.

No contexto social brasileiro, assim como no europeu (final do século XIX e início do século XX), a *medicina social* e mais precisamente a *medicina mental* ganham espaço nas décadas de 1920 e 1930, centrada na prevenção da higiene mental. As elaborações e as práticas médicas (CUNHA, 1986) alimentadas pelas teorias do higienismo e da eugenia incidirão, sobretudo, sobre o corpo dos trabalhadores.

De acordo com Portocarrero (2002), no século XX, a prática psiquiátrica incidirá sobre aqueles que apresentam desvios mentais,

[...] atuais ou potenciais, loucos ou virtualmente loucos, e penetrará em instituições, como a família, a escola, as forças Armadas, com o objetivo terapêutico e preventivo de lutar contra a criminalidade e a baixa produtividade, combatendo a doença mental propriamente dita e a anormalidade. (p. 14)

Em meados do século XIX, na Europa, a loucura já tinha um espaço de exclusão e “cura” definido em resposta à organização da sociedade da época. A preocupação apontada pela medicina social (FOUCAULT, 2003) era com a “limpeza” e a disciplinarização do meio urbano, com isso a loucura, passa a ser percebida como doença mental e surgem saberes novos, como a psiquiatria e a psicologia.

De acordo com Cunha (1986) a “mercantilização da existência” e a emergência da economia vigente promove o surgimento do “asilo” em sua forma moderna. Esse fenômeno social marca a ruptura com os modelos de eliminação dos indesejáveis realizada em outras culturas.

Adestrar, normalizar, disciplinar a população urbana era o foco principal no final do século XIX e início do século XX nas cidades em início de industrialização no Brasil. A cidade industrializada constitui um ambiente novo; e a concentração de uma população ociosa transforma esse espaço urbano em um espaço ameaçador e perigoso, devido à maior probabilidade de epidemias e contaminações. Assim, a gestação de novos saberes, como por exemplo, a medicina sanitária, a engenharia sanitária e o urbanismo se justificam. Nasce desta forma, “uma medicina social e higiênica destinada ao controle sanitário da cidade”. (CUNHA, 1986, p. 25)

Com o objetivo de colocar no lugar adequado e de melhor utilizar a capacidade ao trabalho de cada trabalhador⁵⁰, os mesmos passam a ser objeto de atenção médica, pois cada vez mais interesse existia quanto à regeneração, cura, disciplinarização, moralização, fortalecimento e adestramento, para que eles pudessem bem empenhar suas funções.

Conforme nos mostra Roxo, nos *Archivos* (1925), para o homem de negócio e para o industrial, são três as diretrizes principais que buscam bons colaboradores e operários úteis e que requer o enfrentamento médico e educacional: primeiro – conhecer as capacidades mentais dos trabalhadores, para manter o melhor rendimento dos mesmos no trabalho; segundo – saber quais as condições psicológicas que asseguram o melhor rendimento de trabalho e terceiro – saber quais são os meios educativos capazes de elevar ao máximo e atender as necessidades do comércio e da indústria;

[...] insistia sobre a necessidade de um exame medico preliminar dos trabalhadores com o intuito de reconhecer suas aptidões e reclamava também a fundação de um laboratório de energética, destinado ao estudo científico do trabalho operário. [...] seleção dos operários, pela determinação das suas aptidões [...]. (ROXO, 1925b, p. 19-20)

A ordem e a disciplina urbana são os propósitos para moldar as relações pessoais constituindo um discurso sobre as instâncias da vida, a partir do caráter científico da medicina mental e da medicina higiênica. A imposição das disciplinas urbanas (CUNHA, 1986) incide sobre o cotidiano da vida urbana, da sexualidade à

⁵⁰ ‘[...] um lugar para cada homem e cada homem no seu lugar [...]’ (HARTNESS apud ROXO, 1925b, p. 17)

norma familiar, do medo urbano ao receio à loucura, do crime às mobilizações operárias, da habitação à saúde, à promiscuidade, etc.

A expansão da cidade é acompanhada pelo rápido crescimento dos serviços urbanos – no setor de transportes, iluminação, saneamento básico [...] à arquitetura brasileira do século XIX, devotada a uma família moralizada e higiênica [...]. O privado separa-se do ‘público’, a casa diferencia-se das ruas e a família [...], moralizada e higiênica, tenderá crescentemente a projetar seu modelo para o conjunto do tecido social. (CUNHA, 1986, p. 32-33)

Possivelmente, devido à influência da filosofia positivista, determinante da “ordem e progresso” durante a instauração da República, iniciativas de disciplinarização ganham maior visibilidade. Era necessário organizar o ambiente promíscuo dos cortiços – considerados um atentado à moral e à higiene, pois, abrigavam muitas pessoas em um mesmo cômodo de dormir – homens, mulheres e crianças, constituindo, assim, uma ameaça à saúde pública, uma vez que aumentava o risco de propagação de epidemias, por exemplo, do tifo, da febre amarela, da *influenza*, da varíola, etc. Esse cenário, também foi apresentado por Foucault (2001, 2003), quando da discussão sobre a importância da reorganização da cidade por volta do início do século XIX, na França.

A *medicina social* ganha, no final do século XIX, papel essencial na disciplinarização da vida urbana e na configuração da cidade. Neste sentido, várias instituições com o objetivo de intervenção da saúde pública no ambiente urbano são criadas e a *medicina social*, assume o caráter de “polícia médica”⁵¹ (nomenclatura já definida no capítulo anterior). Segundo Cunha (1986), o alvo principal da “polícia médica” por volta de 1916 foi: bêbados, prostitutas, escroques, aventureiros, biscateiros, mendigos, crianças abandonadas, jogadores, alcoólatras, “desordeiros”, loucos, etc. Todos os assim denominados: provocadores da indisciplina urbana.

A criação de instituições que auxiliassem no esquadramento, conhecimento e organização da população da cidade foi fundamental para adequar as necessidades particulares do meio, assim, como foram importantes também a

⁵¹ Segundo Machado (1978) o termo Polícia Médica surge no Brasil com a transferência da corte portuguesa para o nosso país em 1808. Com as transformações, abertura de portos e expansão populacional em algumas cidades, o controle sanitário através da medicina se fez necessário. O termo vem da Europa, pois queriam também neutralizar e controlar as doenças para que o Estado pudesse crescer economicamente. Em resumo “a polícia médica passa a se definir como um conjunto de teorias, políticas e práticas que se aplicam à saúde e o bem estar da população [...] A população torna-se objeto do conhecimento e da prática de uma medicina ligada à administração central.” (MACHADO, 1978, p.167)

arquitetura, a criminologia, o urbanismo, a pedagogia, a engenharia sanitária, a polícia, as instituições sociais, penais e correcionais, e, principalmente, a *medicina social* (apresentada anteriormente em nossa pesquisa no primeiro capítulo) e com ela a psiquiatria e a psicologia. Todas com o objetivo voltado para tornar a cidade asséptica, organizada e livre de quaisquer ameaça.

A medicina (MACHADO, 1978, p. 215) se oferece ao Estado como instrumento de “[...] paz, luz, tranqüilidade [...]”, assim, ela também precisa de ajuda do Estado, já que o principal objetivo passa a ser a ordenação do espaço urbano. Portocarrero (2002) complementa que, um dos objetivos da medicina é o combate a desordem social decorrente da não-planificação da cidade.

A psiquiatria, no Brasil, é uma especialidade que surge a partir da *medicina social* – era necessário cuidar da saúde dos cidadãos e da saúde das cidades. As práticas higiênicas e sociais são incorporadas a partir da “nova” norma familiar; acontece assim, a “urbanização” das famílias.

Foucault (2006a) coloca a família, como engrenagem fundamental ao sistema disciplinar. Para tanto, a família é quem tem o poder de fixar os indivíduos nos aparelhos disciplinares, e de fazer o intercâmbio de um sistema a outro. Neste sentido, quando o indivíduo é rejeitado nos diversos sistemas disciplinares da sociedade é o mesmo que se ele estivesse sendo rejeitado para a família. Se o indivíduo é considerado indisciplinável, ineducável é consequência de uma família desarticulada, desestruturada em seu papel de disciplinamento.

Portanto, a família é a responsável por inserir o indivíduo nos meios disciplinares e de mantê-los. Caso não consiga, a ela compete, ainda, inserir os indivíduos inassimiláveis, não educáveis em sistemas disciplinares específicos. Como é o caso dos asilos, prisões, escolas especiais, etc.

Quando a família se deteriora em relação a sua disciplina interna, a mesma passa a refamiliarizar os indivíduos que a ela pertence. Criam-se dispositivos disciplinares paliativos como é o caso de orfanatos, casas para delinqüentes, etc. No início do século XIX, essa medida de “assistência social” substitui e reconstitui a família, na tentativa de solidificar o sistema disciplinar desejado.

Por isso, quando o indivíduo não se enquadrava à disciplina soberana da família era internado em asilos, hospitais psiquiátricos, casas abrigos, etc., para desta forma, o mesmo ser refamiliarizado. Nesta perspectiva surge a função-psi, para que os indivíduos considerados indisciplináveis sejam individualizados,

normalizados, sujeitados aos sistemas disciplinares. A função-psi tornou-se o discurso e o controle de todos os sistemas disciplinares, como por exemplo: a psicologia do trabalho, a psicopedagogia na escola, a psicopatologia, a criminologia na prisão. Fazendo com que se mantenham, neste sentido, os dispositivos disciplinares da família.

A idéia era devolver na família, um indivíduo refamiliarizado, adaptado, ajustado ao sistema de poder, existente também dentro do espaço familiar. De um lado tem-se “[...] familiarização do meio terapêutico nas casas de saúde e, de outro lado, disciplinarização da família, que vai se tornar a partir desse momento a instância de anomalização dos indivíduos [...]”. (FOUCAULT, 2006a, p. 143)

A família, desde então, passa a funcionar como uma escola; surgem os deveres de casa, o controle da disciplina escolar pela família, “[...] se torna uma microcasa de saúde que controla a normalidade ou a anomalia do corpo, da alma; ela se torna o quartel em pequeno formato [...]”. (FOUCAULT, 2006a, p. 144)

Somente no século XIX, por volta de 1860-1880, a família pôde se tornar modelo de funcionamento, horizonte e objeto da disciplina psiquiátrica. Por isso, a inserção do modelo familiar no sistema disciplinar é relativamente tardia. Mas, a partir de então houve a disciplinarização interna da família, ao ponto de constituir sobre o indivíduo a vigilância sobre o normal e o anormal, começou a vigiar o comportamento da criança, sua sexualidade, suscitando, assim, a psicologização da criança no interior da própria família. Essa medida garantia o realocamento do indivíduo indesejável em instituições específicas à suas anormalidades e realizava uma ação preventiva quanto à possível propagação de anormalidades nas cidades. Pretendia-se, a manutenção de uma sociedade livre de epidemias, de degenerações, de anormalidades, de desordenação.

Para que a manutenção dessa sociedade ocorresse, não só a família passou a ser monitorada, mas também a cidade como um todo, pois era preciso a manutenção da ordem, para garantir o progresso desejado e propalado em todo meio social.

Com o surgimento da psiquiatria, tem-se a instauração de saberes e práticas que devem promover a limpeza da cidade ou, a então, denominada profilaxia da cidade – cura, assistência, medicalização do anormal, prática hospitalar e exclusão. A psiquiatria (PORTOCARRERO, 2002, p. 14), “[...] lutou para se impor como ciência médica e como saber necessário a sociedade [...]”.

A preocupação com o movimento higienista, no século XIX no Brasil, tinha relação com a luta pelo chamado “saneamento do espaço urbano” que, no processo de desenvolvimento industrial no país, não só trouxe consigo o esquadramento das cidades, mas um significativo aumento de pessoas desabilitadas para conviverem socialmente nesta nova forma de vida. Na passagem da vida rural – ordenada sobre a forma do Império e da família patriarcal – para a vida urbana – e também sobre a forma da República –, traduzida como um processo de transição, inúmeros foram os não adaptados, denominados pelos higienistas de “degenerados” de “anormais”. Também fazendo uso desta denominação, Cunha (1986, p.26), ao realizar um estudo sobre a loucura, lembrou que à época,

A cidade [...] atrai ‘degenerados’ de toda sorte, que esconde em suas inúmeras ruelas e becos, nas tavernas, botequins, cabarés, nas habitações insalubres e promíscuas da gente pobre, nas alcovas das prostitutas, no anonimato das multidões. Assim, as tecnologias de combate à degeneração vão perseguir alguns objetivos básicos. Em primeiro lugar, a possibilidade de medicalizar, sobretudo sob o ângulo da medicina mental, amplos setores da população, atribuindo ‘morbidez’ às suas práticas sociais. Além disto, estratégias caminham em direção à tentativa de conferir maior visibilidade aos ‘degenerados’, aperfeiçoando as formas de esquadramento e suprimindo seus locais de esconderijo no meio urbano. Finalmente, o esforço de moralização da sociedade corresponde ao imperativo de barrar a expansão da ‘maré de degenerados’, através de controles sobretudo morais e higiênicos introjetados na ‘boa’ sociedade.

Foi a partir da necessidade de ordenar a vida urbanizada e efetivar o controle da população, que nas principais cidades, como Rio de Janeiro, São Paulo, entre outras, os médicos higienistas, aliados ao saber psiquiátrico, no fim do século XIX e início do século XX, passaram a acreditar, em nome da ciência médica, em desenvolvimento; as causas das deficiências, nas pessoas, passaram a ser concebidas como decorrentes de fatores orgânicos na sua origem, ou seja, poderiam ser prevenidas na fase da infância com as recomendações higiênicas aliadas aos cuidados domésticos das mães. Neste momento a psiquiatria preventiva estava a nascer no Brasil.

Com a fundação do “Hospício Pedro II”, proposto pela *medicina social* no ano de 1842, tem-se, no Brasil, uma expressão máxima de intervenção prática da doença mental e do isolamento preventivo do louco e dos indesejáveis da

sociedade. Embora, ainda não se constituísse em uma proposta preventiva sistematizada à moda do que acontecerá nas primeiras décadas do século XX: era um instrumento de exclusão social das pessoas “diferentes”, ou “anormais”, ensaiando um tratamento de cura realizado no próprio hospício.

Segundo Cunha (1986), cabe a psiquiatria, implantar no país a instituição asilar. Para tanto, em 1882 foi criada a especialização acadêmica em psiquiatria e em 1890 foi transformado o antigo Hospício D. Pedro II em Hospício Nacional dos Alienados – primeira experiência do Estado em relação à medicalização da loucura. Posteriormente, durante os primeiros anos do século XX, o Estado define e regulamenta a assistência aos alienados em âmbito nacional.

[...] o alienismo brasileiro nasce marcado por uma ênfase aparentemente anacrônica na instituição asilar, recorrendo aos modelos e aos argumentos de seus fundadores, às suas tecnologias coletivas centradas no tratamento moral, à prioridade conferida às funções de ‘assistir, tratar e consolar’, antes mesmo que às de curar. O hospício proposto neste contexto preencherá igualmente as necessidades de abrigar resíduos improdutivos da força de trabalho urbana – como atesta a presença de contingentes consideráveis de pessoas senis, jovens ‘problemáticos’, **débeis mentais, indivíduos com deformidades congênitas de várias espécies, que povoam suas dependências**. (CUNHA, 1986, pp. 46-47; Grifo nosso)

Necessário se faz ordenar o caos urbano, identificando e isolando os indivíduos nocivos e degenerados deflagradores do mesmo. Todos os indivíduos considerados indesejáveis – delinqüentes, criminosos, prostitutas, vagabundos, jogadores, alcoólatras, anarquistas, imigrantes, negros, idiotas, imbecis, débeis mentais, mal formados, enfim, anormal. – tornaram-se objetos de um saber que se construiu a partir da observação dos loucos.

A partir da história contada por Foucault (2003), a loucura passa a ser concebida a partir do final do século XIX, com a *medicina social*, como doença mental, e, a prevenção da mesma tornou-se uma forte preocupação nas cidades em urbanização.

De acordo com a hipótese que orienta esse trabalho: entre os anos de 1920, durante o início da República, o Brasil, necessitava esquadrihar a cidade, controlar o corpo social pautado num saber científico que embasava a medicina mental para poder amenizar os conflitos sociais e econômicos, justificado na sua maioria, pela desordem orgânica do sujeito humano. Conforme Portocarrero (2002), as práticas

socias podem engendrar domínios de saber, responsáveis por fazer aparecer, novos objetos, novas técnicas, novos conceitos e novos sujeitos de conhecimento e de verdade.

Para Foucault (2003, p. 218), toda a segunda metade do século XVIII e início do século XIX viram desenvolver todo um trabalho de homogeneização, classificassã, normalização e centralização do saber médico. “[...] A ciência, como domínio geral, como policiamento disciplinar dos saberes. [...]”

Nesta perspectiva tem-se que, a *Liga Brasileira de Hygiene Mental*⁵², com seus saberes médicos e higiênicos, contribuiu para a formatação do Estado Moderno, na medida em que influenciou a ordenação do caos urbano naquele período, no Brasil, questão que passamos a explicitar na seqüência.

2.2 A Liga Brasileira de Hygiene Mental

No século XX, em nosso país, são os saberes e as práticas do higienismo e da eugenia que ocupam lugar central na orientação assumida pela medicina mental. Surgem assim, várias ligas, associações e entidades civis voltadas à eugenia. A que nos interessa destacar, pela influência direta exercida na fundação da *Liga Brasileira de Hygiene Mental*, no Rio de Janeiro é, a primeira Liga Eugênica da América do Sul⁵³, fundada em São Paulo, em 1917, pelo médico paulista Renato Kehl.

As Ligas foram utilizadas pela *medicina social*, no mundo e, também, no Brasil, para o trabalho de disciplinarização dos degenerados, tendo como base a psiquiatria preventiva originada a partir da percepção formulada da loucura no final do século XIX e início do século XX. Conforme Portocarrero (2002), o saber psiquiátrico formulado no Brasil no século XIX é repetição da argumentação dos

⁵² A Liga Brasileira de Hygiene Mental, neste contexto, não foi a única instituição que tinha como agentes de controle social os higienistas. Outras instituições, na época, surgiram com papéis semelhantes ao da Liga tais como: a Sociedade Eugênica de São Paulo com apenas dois anos de existência de 1918 a 1920, o Instituto de Higiene de São Paulo e a Liga Paulista de Higiene Mental, ambos criados em 1926, e, no Rio de Janeiro, a Sociedade Brasileira de Higiene Mental fundada em 1923, além da Liga Brasileira de Higiene Mental e a Comissão Central de Eugenia, que publicou entre 1929 a 1942, com apoio da Liga, o Boletim de Eugenia, e o Movimento Psiquiátrico de Recife liderado por Ulysses Pernambucano. (ANTUNES, 1998)

⁵³ [...] propagandeavam através das Ligas de Eugenia, conferindo às mesmas um tom talvez menos ‘científico’ e abalizado, mas nitidamente voltadas para a moralização da sociedade e, em particular, dos trabalhadores urbanos. (CUNHA, 1986, p. 16)

alienistas franceses; os métodos de classificação, a natureza da doença mental, os tipos de terapia, sua etiologia. Desta forma, também no Brasil, a doença mental passou a ser descrita a partir dos sintomas, que permitiram, desde então, sua diferenciação em diversas doenças.

Neste sentido, a preocupação era com o tratamento das diversas doenças mentais, hereditárias ou não. Por isso, como complemento das Ligas Eugênicas no campo da psiquiatria, tem-se a organização de entidades de direito civil - as Ligas de Higiene Mental, com o propósito de tratar de questões básicas a serem enfrentadas como “[...] a sífilis, o álcool, o trabalho e sua regulamentação, a sexualidade, a família e até a produção artística e cultural [...]”. (CUNHA, 1986, p. 16)

Por isso, as propostas dos membros da *Liga Brasileira de Higiene Mental*, quanto à disciplinarização, a normalização, a medicalização e a ordenação, transcritas nos discursos⁵⁴ transformados em saberes⁵⁵, nos interessam, uma vez que começaram a aparecer de forma mais sistematizada no início do século XX, o que para Cunha (1986, p.173), consistia na transposição de uma cruzada para a “Nova Ordem”, em que os higienistas passam a ser os

prosélitos da disciplina, ampliando e diversificando seus espaços e instâncias de intervenção. A este movimento corresponde uma visão crescente triunfante da competência médica: se a loucura funciona como metáfora da desordem social, a psiquiatria, seu oposto, é a possibilidade da ordem e da estabilidade.

Ao conhecer através dos *Archivos*, a proposta educativa dos membros da *Liga Brasileira de Higiene Mental*, levando em consideração o período de 1925 a 1930 e o aspecto preventivo da mesma, verifica-se que a luta, naquele momento, revelava estreita relação entre a formatação e o controle do corpo social que estava se formando no Brasil, com o advento da República e da economia industrial e, em destaque, o desenvolvimento do saber médico, transposto no tratamento da loucura que passou a ser percebida como doença mental, através da psiquiatria. Sendo

⁵⁴ De acordo com Portocarrero (2002), os discursos, do qual nos referimos estão ligados ao sentido foucaultiano, quanto às práticas que apresentam uma materialidade que se forma no nível não discursivo.

⁵⁵ O saber que será analisado nesta pesquisa é o discurso em seu valor estratégico, investido nas reflexões, nas narrativas, nas decisões políticas e nos regulamentos institucionais. (PORTOCARRERO, 2002)

assim, o caráter preventista da *Liga*, não foi algo isolado de um contexto social mais amplo.

O movimento higienista brasileiro incorporou o lema de um positivismo moral comteano - “Ordem e Progresso” -, na tentativa de curar uma parte da população que não se adequava às normas do Estado, representadas pela República. Para Foucault (2003), aquilo que para o “positivismo será uma figura de objetividade é apenas a outra vertente, a da dominação” (p.525), pois, se o personagem médico pode delimitar a loucura, não é porque a conhece, é porque ele a domina.

Retornando à história da psiquiatria preventiva, conforme aponta Caldas (1930b), a preocupação com a higiene mental, como campo de saber e de práticas, nasce em 1908 nos Estados Unidos, com o objetivo inicial do tratamento e da profilaxia das doenças mentais e da “higienização do espírito”, visando a prevenção, à eugenia e à educação dos indivíduos “normais”. Cliford Beers⁵⁶ foi seu principal representante. De acordo com Carvalho, citado por Portocarrero (2002), a *Liga Brasileira de Higiene Mental* foi à instituição mais expressiva da psiquiatria higienista.

Caldas (1930b), em seus escritos formulados para a *Liga*, esclarece, ainda, que o livro *A Mind that found itself*, (Um Espírito Que Se Achou a Si Mesmo), um relato autobiográfico de internamento num hospital psiquiátrico publicado por Cliford Beers, influenciou vários psiquiatras americanos, que passaram a se preocupar com a saúde mental das pessoas acometidas de sofrimento nessa área. Tal interesse fez com que eles se reunissem numa campanha em prol da higiene mental, fundando, em 1908, em Connecticut, a *Connecticut Society for Mental Hygiene* e, no ano posterior, o primeiro Comitê Nacional de Higiene Mental (The National Committee for Mental Hygiene), com o objetivo de divulgar amplamente as idéias sobre higiene mental.

Conforme Portocarrero (2002), a partir de idéias oriundas principalmente da psiquiatria francesa, constituiu-se no Brasil, o hospício, no qual a medicina mental era exercida na teoria e na prática. De acordo com os apontamentos de Caldas (1930a) nos *Archivos*, em 1909, grupos de médicos “neuro-psiquiatras” começaram

⁵⁶ “philantropo de alta estirpe moral, que deve ser innegavelmente considerado como um tipico exemplar de homem de gênio, no terreno da acção, homologamente aos outros gênios, admitidos por todos, no terreno intellectual, interessou-se, como é sabido, pela psychiatria por ter tido, elle próprio, uma psychose funcional que o levou a internação, mas de que se curou radicalmente.” (LOPES, 1925, p. 153)

a se preocupar com as “idéias de regeneração” da espécie humana, a princípio voltados às pessoas internadas em hospitais psiquiátricos. No entanto, a institucionalização do espaço asilar para o louco (PORTOCARRERO, 2002), não favoreceu o avanço das pesquisas psiquiátricas. Mas estimulou, como aponta Caldas (1930a, p.114), a reflexão a cerca do conceito de prevenção “[...], pelo qual se procurava evitar a eclosão de psychoses [...] Crearam-se os chamados ‘serviços abertos’, os ambulatórios psychiatricos e os serviços sociaes [...]”. Houve também, a partir de então, a preocupação com a divulgação das propostas higiênicas, para isso, a partir de 1917, contaram com a publicação de uma revista lançada trimestralmente, a *Mental Hygiene*.

Conforme aponta Lopes (1925) e Caldas (1930c), em 1906, Juliano Moreira⁵⁷ - psiquiatra brasileiro, numa carta enviada aos Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, previa a importância da profilaxia higiênica para seus pares. Também em 1916, Ernani Lopes, representando o Brasil num congresso de medicina na Argentina⁵⁸, defendeu pela primeira vez na América do Sul, o “tratamento dos doentes mentaes agudos nos Hospitais gerais” para a “necessidade de assistir certas psychopatas curaveis sem os internar em manicômios propriamente ditos”. Como escreveu Caldas (1930a, p.117), “eram os prodomos da hospitalização livre dos ambulatórios psychiatricos e dos ‘serviços abertos’ que somente nos Estados Unidos se começava a realizar”.

Ainda em 1916, Ernani Lopes (CALDAS, 1930c), participou do 1º Congresso Medico Paulista, no qual apresentou o trabalho intitulado ‘Nota sobre Prophylaxia das Doenças Mentaes’, onde demonstrou a necessidade da intervenção do psiquiatra em inúmeros casos da vida social e não apenas nos casos de internação.

Gustavo Riedel (LOPES, 1925b, p. 156), diretor nomeado na segunda metade de 1918 da “Colônia de Psychopatha do Engenho de Dentro”, localizada no Rio de Janeiro, concentrou esforços para remodelar a então citada colônia e criou um

⁵⁷ Juliano Moreira, psiquiatra brasileiro que “[...] ocupou, de 1903 a 1930, o cargo de diretor geral da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal. Conseguiu a promulgação de uma reforma da assistência a alienados. Reordenou o antigo Hospício de Pedro II (retirada das grades, abolição dos coletes e das camisas de força), onde instalou um laboratório. Criou, em 1911, a Colônia de Engenho de Dentro. Instaurou a admissão voluntária de insanos e assistência heterofamiliar. Em 1919, inaugurou o primeiro manicômio judiciário do Brasil. (PORTOCARRERO, 2002, pp. 13-14). Esse higienista ao rejeitar a simples cópia das teorias francesas sobre a psiquiatria se configurou, no Brasil, como primeiro esforço de elaboração de um corpo teórico e científico.

⁵⁸ Apresentou no Congresso de Medicina Social, na Argentina o trabalho intitulado ‘Tratamento dos doentes mentaes agudos nos hospitaes communs’. (LOPES, 1925b, p. 155)

serviço de “prophylaxia das doenças mentaes e nervosas” - anexo à colônia. Em 1919, (LOPES, 1925b; CALDAS, 1930c) fundou o primeiro “Instituto de Prophylaxia Mental da América do Sul” – O Instituto de Prophylaxia Mental do Engenho de Dentro⁵⁹. Tendo como objetivo, entre outros, tratar e curar doentes mentais internados nos hospitais psiquiátricos oriundos do “Consultorio Central de Doenças Nervosas e Mentaes”; ou também de tratar os doentes mentais em suas próprias residências, sob a responsabilidade do “Serviço Social”⁶⁰. Outra preocupação de Riedel, era a partir do trabalho realizado pelas monitoras de higiene mental; difundir os saberes práticos de higiene mental e de eugenia entre os familiares dos doentes e demais pessoas que pudessem aproveitar tais conhecimentos, ou seja, pessoas alfabetizadas e capazes de assimilar os conselhos práticos e gravuras contidos nos folhetos de propagandas, referentes aos efeitos da degeneração⁶¹.

Era preciso cuidar da degenerescência, pois coforme a teoria de Morel, apresentada por Portocarrero (2002), os indivíduos degenerados eram os responsáveis pela baixa produtividade e pela alta taxa de criminalidade da sociedade brasileira. Assim, Juliano Moreira ressalta que a epilepsia é a causa sintomática dessa criminalidade e afirma a necessidade de atenção, inclusive aos epiléticos estrangeiros que vinham tentar a sorte e que caíam no crime e no alcoolismo.

[...] Vistos nesse contexto, os epiléticos, os alcoólatras e os sífilicos, que não eram doentes mentais propriamente ditos, são considerados um entrave para o progresso, eles representam um grade risco para a ordem social, na medida em que durante as crises são improdutivos, atentam contra a disciplina e concorrem para a transmissão de seu mal e seus descendentes, gerando ‘maus filhos, para infortúnio de nosso futuro’. (PORTOCARRERO, 2002, p. 51)

⁵⁹ Esse instituto dispunha de consultórios para todas as “doenças medico-cirurgicas”, onde se dirigiam doentes de toda natureza. [...] Reconhecida que seja, em qualquer desses doentes, uma anormalidade psychica, encaminha-se-o para o consultorio Central de Doenças Nervosas e Mentaes, onde é submettido ao exame psychiatrico. [...] (CALDAS, 1930c, p. 70)

⁶⁰ O Serviço Social é constituído por um médico visitador e pelas monitoras de higiene mental que eram enfermeiras diplomadas pela Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto, cujo Gustavo Riedel era professor e secretário. (CALDAS, 1930c; LOPES, 1925b)

⁶¹ As degenerescências “são desvios patológicos do tipo normal da humanidade, transmitidos hereditariamente; originam-se por intoxicações diversas, por moléstias adquiridas ou congênitas ou por influência do meio social ou da hereditariedade”. A teoria da degenerescência exerceu forte influência sobre a psiquiatria no final do século XIX; os alienistas brasileiros, desde Morel, utilizaram o “princípio dos estigmas degenerativos”. A teoria da degenerescência torna-se, assim, alvo de estudo por parte dos psiquiatras brasileiros, devido às confusões causadas pela mesma na psiquiatria brasileira. (PORTOCARRERO, 2002, p. 48)

A teoria da degenerescência abre o discurso da psiquiatria para um novo campo de pesquisa - os degenerados de toda espécie. A saúde mental passa a ser estudada no contexto social e a teoria psiquiátrica se amplia, lançando-se no saber da medicina geral e nos novos fundamentos para a relação entre sociedade e doença mental. A partir da saúde mental (PORTOCARRERO, 2002) surge um problema a ser estudado: os fatores de desenvolvimento físico e intelectual das raças

Por inspiração do Professor Juliano Moreira (CALDAS, 1930c), a Sociedade Brasileira de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal, durante a reforma de seu estatuto resolveu incluir entre suas finalidades, um programa de “hygiene mental”, ampliando a discussão referente à profilaxia do doente mental.

Com o objetivo de prevenir a doença mental e de ampliar a obra da higiene mental, Gustavo Riedel, publicou seus trabalhos sobre a temática e depois de voltar de um congresso em Cuba e de uma viagem aos Estados Unidos, no final do ano de 1922 fundou, no Rio de Janeiro, a *Liga Brasileira de Hygiene Mental*. Foi o seu primeiro presidente. A *Liga*, depois de reconhecida como sendo de utilidade pública pelo Decreto n. 4778 de 27 de dezembro de 1923, recebendo uma subvenção federal para realizar suas atividades, tornou-se a principal instituição brasileira a se preocupar com a profilaxia do doente mental. Tem entre seus fins, conforme aponta Rezende (1929) e Caldas (1930c, p. 71), proteger e amparar no meio social os egressos dos manicômios; prevenir as doenças mentais; melhorar progressivamente os meios de assistir e tratar os doentes nervosos e mentais; e, realizar um programa de “Hygiene Mental e Eugenetica no dominio das actividades individual, escolar, profissional e social [...]”.

O que se percebe é a verdade da época, no Brasil, se afirmando através dos saberes e das práticas de higiene mental e, conseqüentemente, o poder se instituindo através da lógica do progresso a qualquer custo, desde que não houvesse desordem. Se a “verdade” tem relação com a vontade de poder, esse poder tem que ser competente e institucionalizado para acumular e circular. Então temos a criação da *Liga Brasileira de Hygiene Mental*; instituição que daria vazão ao discurso dos higienistas de vincularem e produzirem “suas verdades”. Os saberes e as práticas higiênicas institucionalizados, funcionariam, como afirma Foucault (1995), como redes capilares interligadas. O sujeito sujeitado e disciplinado tem como

agentes de controle social, os pais, os médicos, os professores, os psicólogos. As instituições tais como família, escola, fábricas, hospitais, manicômios e prisões seriam os locais de vigilância e punição para aquele que não cumprisse o determinado e o normatizado.

É importante notar que a disciplina nem é um aparelho, nem uma instituição: ela funciona como uma rede que os atravessa sem se limitar a suas fronteiras; é uma técnica, um dispositivo, um mecanismo, um instrumento de poder; [...] é o diagrama de um poder que não atua do exterior, mas trabalha o corpo dos homens, manipula seus elementos, produz seu comportamento, enfim, fabrica o tipo de homem necessário ao funcionamento e manutenção da sociedade industrial capitalista. (MACHADO, 1978, p.194)

Pretedia-se o corpo dócil e comportado, e, a disciplina, aparece como submissão à vontade do outro. E para acontecer isso seria necessário treinar os comportamentos, para correção e adaptação. Aquilo que saísse da norma deveria ser corrigido. As crianças e adultos tornam-se, dessa forma, objeto de estudo da *Liga Brasileira de Higiene mental*, da psiquiatria e por excelência da psicologia para cumprir tais exigências de um indivíduo mensurável e “psicologizado”. Tem-se que “[...] O poder é produtor de individualidade. O indivíduo é uma produção do poder e do saber” (MACHADO, 1978, p.198)

A *Liga Brasileira de Higiene Mental*, organizada no processo de ordenação da medicina psiquiátrica no Brasil, era composta, não só por psiquiatras conhecidos nacionalmente, mas também por advogados, jornalistas, educadores, políticos e médicos, em suma, uma elite intelectual brasileira que tinha como preocupação inicial a chamada luta pela prevenção das doenças mentais, na forma pensada pelos neuro-higienistas.

Tinham enquanto objetivo oferecer a população medidas práticas, chegando a montar laboratórios de psicologia, ambulatórios de psiquiatria, consultório de psicanálise, aplicação de testes mentais nas escolas e fábricas, semanas anti-alcólicas e até a criação de uma “Clínica de Eufrenia” infantil.

Foucault (2002b, p. 291-299) corrobora com a idéia de intervir na população através dos saberes e das práticas higiênicas ao esclarecer que a preocupação a partir do século XIX é a introdução de uma medicina que tem como preocupação a higiene pública, no qual se destaca a coordenação dos tratamentos médicos, a

centralização da informação, a normalização do saber que adquire também, o aspecto de “[...] campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população [...]”. Portanto a preocupação com problemas de reprodução, de natalidade e de morbidade também. Temos assim, mecanismos reguladores de poder, de disciplina do corpo e da regulação da população, promovendo a idéia de normatização dos comportamentos, espécie de controle policial espontâneo que se exerce assim pela própria disposição espacial da cidade: toda uma série de mecanismos disciplinares, que é fácil encontrar na cidade operária.

Essa formatação da sociedade por meio da ordenação, disciplinarização normalização e normatização foi expressa, também, no artigo primeiro do Estatuto⁶² da *Liga Brasileira de Hygiene Mental*,

Art. 1º. - Sob a denominação de Liga Brasileira de Hygiene Mental, é constituída uma associação com séde na cidade do Rio de Janeiro, tendo por fins:

- a) prevenção das doenças nervosas e mentaes pela observancia dos principios da hygiene geral e especial do systema nervoso;
- b) protecção e amparo no meio social aos egressos dos manicomios e aos deficientes mentaes passíveis de internação;
- c) melhoria progressiva nos meios de assistir e tratar os doentes nervosos e mentaes em asylos publicos, particulares ou fóra delles;
- d) realização de um programma de Hygiene Mental e de Eugenetica no dominio das actividades individual, escolar, profissional e social (ESTATUTO DA LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE MENTAL, 1929, p.39).

Além de se preocupar com os egressos dos manicômios e com a seleção dos anormais passíveis de internação, o programa revela toda uma preocupação com a formação do indivíduo em geral nos aspectos individual, escolar, profissional e social.

A *Liga* transformou-se em um grande centro de propaganda dos saberes e das práticas a favor da higiene mental.

As secções de estudo em que a Liga está dividida, são em numero de 12, com o máximo de 10 membros cada uma, a saber: 1)

⁶² Para mais informações conferir Anexo 2.

Dispensários e egressos dos manicômios; 2) Deficiência mental; 3) Serviços sociais e legislação; 4) Delinquência; 5) Educação e trabalho; 6) Ensino neuro-psiquiátrico; 7) Secção militar; 8) Propaganda e publicações; 9) Puericultura e hygiene infantil; 10) Medicina em suas relações com o systema nervoso; 11) Cirurgia em suas relações com o systema nervoso; 12) Medicina legal, indigência e vadiagem. (LOPES, 1925b, p. 158)

No Capítulo VI – Das Secções de Estudos, Art. 32.º do Estatuto da *Liga Brasileira de Higiene Mental*, publicado nos *Archivos* em 1929 verifica-se algumas alterações. Na citação acima, cada sessão tinha no máximo dez membros, em 1929 a quantidade máxima de membros passou para vinte e as sessões de estudos, também sofreram alterações, como se pode verificar na citação a seguir

I – Dispensários e Assistência Social.
 II – Assistência hospitalar aos psychopathas.
 III – Legislação Social.
 IV – Medicina Legal e Prevenção da Delinquencia.
 V - Educação e Trabalho Profissional.
 VI – Ensino e Vulgarização da Neuro-Psychiatria.
 VII – Hygiene Militar.
 VIII - Propaganda e Publicidade.
 IX – Puericultura e Hygiene Infantil.
 X – Medicina em suas relações com o systema nervoso.
 XI – Cirurgia em suas relações com o systema nervoso.
 XII – Psycholgia Applicada e Psychanalyse. (ESTATUTO DA LIGA BRASILEIRA DE HYGIENE MENTAL, 1929, p.45)

As sessões apresentadas no Estatuto da Liga Brasileira de Hygiene Mental, revelam a preocupação com os saberes e as práticas desenvolvidos como verdades, naquele período, no Brasil e colocados em funcionamento como disciplina e ordem pública. As sessões de estudo demonstram um saber que traz implicações importantíssimas para a educação, saúde, economia, pois era através desses saberes e do poder expresso por eles e divulgados pela *Liga*, que se pretendia disciplinarizar a sociedade.

Para tanto, a *Liga* tinha neste período, o apoio moral do Presidente da República. Sua sede foi estabelecida inicialmente no edifício do “ex-Pavilhão Argentino da Exposição do Centenario⁶³”, no Rio de Janeiro, doado pelo governo argentino ao Brasil. Além da sede estabelecida, a mesma, tinha um delegado

⁶³ A Liga ocupava dois andares do pavilhão e o outro andar era dividido entre a Sociedade dos Docentes Militares, o Instituto de Engenharia Militar, e a Associação Medica Brasileira. (LOPES, 1925b)

regional em cada Estado Federativo do país. Assim como, publicações sob a direção de Gustavo Riedel de boletins, artigos de propagandas populares e artigos de revistas científicas, etc.

Após o 2º Congresso Brasileiro de Higiene realizado em Belo Horizonte em dezembro de 1924, Gustavo Riedel, fundador da *Liga*, acometido por uma grave doença renunciou o mandato de presidente da mesma e participou da eleição de seu novo presidente, o Dr. Plinio Olinto (membro da seção de estudos sobre Deficiência Mental), que a assumiu em 31 de agosto de 1925. Alguns meses depois, Plinio passou a presidência para seu vice, o professor F. Esposel, que depois de quatro dias de gestão transferiu a interinidade para o secretário geral, Ernani Lopes. Esta foi uma fase administrativa crítica para a *Liga*. Neste momento delicado, o Deputado e professor Mauricio de Medeiros aliou-se a Ernani Lopes para dar continuidade no projeto de regeneração social intencionalizado pela Liga Brasileira de Higiene Mental.

O ano de 1926 (CALDAS, 1930c) foi um ano de intensa atividade, os ambulatórios receberam cada vez mais pessoas; várias conferências foram realizadas por membros da *Liga*, muitos artigos de propaganda surgiram na imprensa local, criou-se um consultório gratuito de psico-análise dirigido por Porto-Carrero, eminente psico-analista brasileiro, organizou-se um programa de atendimento semanal para o serviço no ambulatório de psiquiatria preventiva, inaugurou-se um laboratório de psicologia aplicada. Este último, requereu por parte da *Liga*, a contratação, na França, de psicólogos para implementar o funcionamento do laboratório.

A *Liga* obrigou-se, em 1927, a mudar sua sede para um dos salões do Instituto de Surdos-Mudos, pois a sede que até então abrigava as atividades foi requerida pelo Ministro da Justiça para ser demolida. Essa mudança, apesar de diminuir o espaço de trabalho da Instituição, obrigando a fechar o serviço do laboratório de psicologia aplicada e psiquiatria preventiva, não interferiu nas ações da mesma.

A indústria, a escola⁶⁴, a família e outros se tornaram espaços de intervenção dos higienistas, os quais desenvolveram campanhas saneadoras capazes de alcançar todo o meio social. A saúde pública passou a se ocupar da higiene mental

⁶⁴ Os testes mentais foram amplamente experimentados nas escolas públicas, por um grupo de professoras, sob a direção do Professor Ernani Lopes. (CALDAS, 1930c)

como um problema a ser combatido. Para Renato Kehl (CUNHA, 1986, p. 183), médico paulista responsável pela introdução do tema da eugenia na primeira década do século XX, no panorama científico brasileiro, a eugenia seria “um ramo da medicina, ao qual competiria cuidar dos meios de ‘evitar o abastardamento da raça, determinando a via pela qual se perpetua a geração de indivíduos sãos, robustos e belos’. [...]”. Desta forma, os alienistas ampliam suas possibilidades de intervenção sobre a sociedade, com o intuito a partir da prática asilar, de normalizar o cidadão.

A medicina mental encontra, assim, um caminho interessante para o desenvolvimento de uma disciplina médica voltada para o indivíduo, operando essencialmente com a normalidade e a anormalidade, com a ordem e a desordem individual.

Conforme Castel (1976), o grande alvo da ação higiênica mental foi o operariado, devido o aumento da doença mental relacionada à “luta pela vida” e o meio urbano.

Neste caso, como demonstra Cunha (1986), a intervenção da psiquiatria higiênica desenvolveu campanhas ofensivas “educativas”, a partir de temas do cotidiano do operário, pois a compreensão era a de que não apenas na fábrica, mas também no cortiço, na casa “promíscua”, no botequim, nos becos e ruelas, nas praças; todos os espaços considerados pouco recatados, pouco higiênicos, compostos por adultos e crianças sujas e mal-educadas, espaços propícios aos vícios, à vadiagem, ao crime, ao jogo, ao álcool, espaços que davam origem e desenvolviam doenças invisíveis.

Com esse panorama, a psiquiatria preventiva dos anos de 1930, identifica mais precisamente o lugar do perigo, nomeia expressamente este lugar e preconiza medidas concretas para seu enfrentamento com maior amplitude, por isso, a importância de desenvolver práticas higiênicas e eugênicas⁶⁵ de massa. Sendo assim, a primeira preocupação foi com o tema do alcoolismo e secundariamente as toxomanias; a sexualidade e a família (adestramento do corpo e moralização da

⁶⁵ Renato Kehl, (CALDAS, 1929a) apóstolo da ciência de Galton foi um dos primeiros, por volta de 1914, a iniciar em São Paulo uma campanha em favor da eugenia, e em 1918 fundou na capital paulista, uma sociedade eugênica.

A eugenia encarrega-se justamente de prevenir os malefícios das uniões indevidas [...].

A eugenia encarrega-se de colocar em presença células germinativas sãs [...] capazes de alterar, por sua junção, o producto concepcional [...].

A eugenia é a segunda etapa das aspirações da hygiene. A primeira ficou constituída pela melhoria do indivíduo, graças a prevenção das doenças; a eugenia visa a melhoria da espécie. (FARANI, 1925, p. 39)

família), também eram preocupações das campanhas higiênicas. Nas medidas tomadas pelos higienistas a atenção estava voltada para o “corpo social” a ser normalizado.

Para promover a higiene mental, a *Liga Brasileira de Higiene Mental*, na prática reuniu diversas pessoas da intelectualidade brasileira, como psiquiatras, políticos, psicólogos, advogados, higienistas, engenheiros e professores, entre outros profissionais. Os meios de promoção do movimento foram: folhetos, anúncios em jornais, pronunciamentos radiofônicos, palestras e artigos impressos pelos *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, periódico que começou a ser publicado no ano de 1925.

Essa elite intelectual constitui no Brasil, nas primeiras décadas do século XX, várias instituições que tentavam, cada uma à sua maneira, dar conta de muitos problemas sociais do país. Entre essas instituições pode-se destacar a Liga Nacionalista de São Paulo, Liga de Defesa Nacional, Propaganda Nativista, Liga Pró-saneamento, Ação Social Nacionalista, Sociedade Brasileira de Higiene Mental, Liga Paulista de Higiene Mental, Sociedade Eugênica de São Paulo, Associação Brasileira de Educação – ABE, entre outras que tentavam esquadriñar uma sociedade imbuída de planos de reformas morais, educacionais, eugênicas e sanitárias.

Conforme apresenta Caldas (1930d), no texto dos *Archivos* intitulado “O Momento Internacional de Higiene Mental”, depois da fundação da Sociedade de Higiene Mental de *Connecticut*, em 1908 e da fundação do Comitê Nacional de Higiene Mental nos Estados Unidos em 1909, as idéias de higiene mental começaram a se disseminar para diversos países do mundo, ocasionando o surgimento de várias Ligas. Entre algumas, podem ser citadas: o Comitê Canadense de Higiene Mental, 1918; A Liga Francesa de Higiene Mental e Profilaxia Mental, 1920, a primeira da Europa⁶⁶; a Liga Belga de Higiene Mental, 1922; o Conselho Nacional Britânico de Higiene Mental, 1922; a Liga Italiana de Higiene Mental, 1922;

⁶⁶ Composta por onze comissões de estudos: Comissão de doenças geraes e perturbações mentaes; Comissão de alcoolismo; Comissão da creança anormal; Comissão do trabalho profissional; Comissão dos anti-sociaes; Comissão de dispensarios e serviços abertos; Comissão de assistencia e legislação; Comissão do ensino psychiatrico; Comissão de organização e propaganda; Comissão de pesquisas scientificas; Comissão de producção litteraria e artistica. (CALDAS, 1930d, pp. 115-116)

a Liga Brasileira de Higiene Mental⁶⁷, 1923, a primeira da América do Sul; a Liga Alemã de Higiene Psíquica, 1925; e a Liga Espanhola de Higiene Mental, 1925.

Dentre as organizações de hygiene mental em países estrangeiros Lopes (1925b), afirma ter sido a francesa, a de maior importância, pois, destaca que o papel social da psicologia e da psiquiatria é ainda, anterior ao do movimento norte-americano.

Os médicos higienistas e outras pessoas que os acompanhavam, ao interpretarem a vida em sociedade a partir de uma perspectiva higienista, que se expôs como luta entre o corretamente desejável para os homens (o certo, o normal) e a degeneração humana (o errado, o anormal) incidiu num objetivo comum: a necessidade de produzir indivíduos socialmente higienizados e higienizadores.

Neste sentido, o debate ocorrido no final do ano de 1924, em Belo Horizonte, no 2º Congresso Brasileiro de Hygiene, sobre a higiene mental foi bastante profícuo. Tal debate defende que a higiene mental é uma parte importante da atividade mental, que deve ser levada em consideração fundamentalmente em decorrência do aumento de casos de deficiências e degenerações psíquicas da sociedade.

Os higienistas acreditavam que deveriam ir além da criação de novos asilos, colônias correccionais, casas de caridade e prisões para os psicopatas, criminosos, deficientes, delinqüentes, incapazes, indigentes e desempregados. Acreditavam na necessidade de um trabalho de defesa preventiva das mentalidades dos indivíduos, para isso, além das participações em congressos era necessário instituir a obra construtora do cuidar da educação infantil preparando a adaptação do futuro adulto.

Portanto, conforme aponta o professor Juliano Moreira (NOTICIARIO, 1925, p. 196),

[...] Ensinemos a ler à nossa gente. Começemos na escola de envolta com o ensino do alfabeto, a convencer a criança que é preciso dar combate aos factores deseugenisantes da espécie, sobretudo o álcool e outros tóxicos, a lues, a tuberculose a malária, a trypanosomyase americana, a aneylostomose e outras verminoses [...]. Continuemos nas officinas, nas escolas secundarias, na

⁶⁷ Outras instituições, na época, surgiram com papéis semelhantes ao da Liga Brasileira de Higiene Mental tais como: a Sociedade Eugênica de São Paulo com apenas dois anos de existência de 1918 a 1920, o Instituto de Higiene de São Paulo e a Liga Paulista de Higiene Mental, ambos criados em 1926, e, no Rio de Janeiro, a Sociedade Brasileira de Higiene Mental fundada em 1923, além da Liga Brasileira de Higiene Mental e a Comissão Central de Eugenia, que publicou entre 1929 a 1942, com apoio da Liga, o Boletim de Eugenia, e o Movimento Psiquiátrico de Recife liderado por Ulysses Pernambucano. (ANTUNES, 1991)

caserna, nas escolas superiores e em todas as colectividades, o trabalho de inculcar o espirito de nossa gente os preceitos de hygiene mental, [...]

Adaptando o pensamento de Foucault a realidade vivenciada pela *Liga* naquele período no país (2002a), pode-se dizer que essa foi a forma que os higienistas, na sua maioria médicos, encontraram para que as ações dos tratamentos médicos, a centralização das informações, a normalização do saber, que constituía uma campanha de aprendizado da higiene e de medicalização, obtivesse seu fim que era o de higiene pública.

A educação higienizadora era o ponto de conexão entre a ordenação urbana solicitada pela indústria no plano econômico e a ordenação do Estado republicano que o acompanhou no plano político. As práticas escolares (FOUCAULT, 2002a) foram tomadas como práticas a serviço da lógica urbano social. Não por acaso, os membros da *Liga Brasileira de Hygiene Mental* eram defensores da política vigente no Estado e, alguns deles, ligados a cargos políticos ou próximos do governo vigente.

Para que o projeto de higiene mental frutificasse coletivamente, os higienistas passaram a agir nos espaços da saúde e da educação. Na tentativa de ampliar ainda mais os espaços de ação dos higienistas, outras ações foram desenvolvidas pela *Liga Brasileira de Hygiene Mental*, como por exemplo, a inauguração por volta de 1927, em sua sede, de uma sala de leitura especializada em assuntos de higiene mental e de outras ciências correlatas. Considerada uma das melhores, se não a melhor do gênero, no Brasil e América do Sul; contendo publicações de autores brasileiros, portugueses, espanhóis, franceses, italianos, uruguaios, ingleses, alemães, argentinos, norte-americanos, etc.

Como ação educativa e de propaganda importante, além da 2ª semana Anti-Alcoolica, de caráter popular realizaram, também, no final do mês de abril de 1928, uma série de conferências sobre variados temas de higiene mental, das quais participaram como conferencistas os higienistas: Julio Porto Carrero, Juliano Moreira, Henrique Roxo, Adauto Botelho, Mirandolino Caldas, Martim Gomes, Carlos Penafiel, Faustino Esposel, Olinto de Oliveira, Oscar de Souza, Martim Bueno de Andrade.

Nesta perspectiva (CALDAS, 1930a), em maio de 1930, acontece em Washington, o primeiro Congresso Internacional de Hygiene Mental, sob a

presidência honorária do presidente Herbert Hoover e a presidência efetiva do grande psiquiatra norte-americano William A. White. Esse congresso era um desejo antigo dos neuro-psiquiatras do mundo inteiro e reuniu intelectuais de todos os países para troca de informações, experiências e para discussões sobre os problemas sociais e individuais decorrentes de doenças nervosas, mentais, deficiências e inaptações mentais e emocionais do indivíduo frente ao seu meio pessoal e social.

Uma das intenções da realização desse congresso era “[...] despertar maior interesse mundial pela hygiene mental e assegurar a aceitação da idéa de que as doenças mentaes podem, em sua grande maioria, ser evitadas; [...]” (CALDAS, 1930a, p.2). Os temas para apresentação de trabalhos foram em número de 45, dentre eles, nos chama a atenção, como destacado na citação a seguir, a quantidade de temas vinculados a educação especial:

[...] XIX – Estudos da deficiencia mental (intelligencia) e seus problemas; a debilidade mental; XX – Inadaptação social (emocional) nos intellectualmente normaes; XXI – A creança de intelligencia superior como um problema especial de adaptação social; [...] XXIX – Clinicas escolares; [...] XXXIV – Habilidades e inhabilidades intellectuaes especiaes (importância da ampla experimentação; [...] XXXVI – Os problemas de hygiene mental das creanças portadoras de defeitos sensorio-motores; [...] XLV – Estudos dos problemas especiaes do período pré-escolar. (CALDAS, 1930 a, pp. 4-5)

O Congresso, de acordo com apontamentos de Riedel (1930) reuniu cerca de dois mil e quinhentos representantes de instituições de eugenia, antropologia, criminologia, psicologia, psiquiatria, neurologia, obras sociais, educadores e delegações oficiais de 54 países.

Desta maneira, a hygiene mental incorporava em seus programas todos os fatores voltados para o campo da conduta humana, dominando a psiquiatria e tornando-se a base de toda a ética.

O Congresso Internacional marcou os trabalhos sobre os problemas da educação pública estudados no Canadá, na Alemanha, na França, na Inglaterra, na Suíça; as questões de hygiene mental na vida escolar, analisadas por Ferrari (mestre e psicólogo consagrado); a hygiene mental nas suas relações com a delinqüência; o álcool como problema da hygiene mental; a família como fator de hygiene mental; os

vícios sociais e os tóxicos; a organização moderna dos hospitais para psicopatas e a importância das visitadoras sociais.

A higiene mental passou a exercer influência sobre todas as coisas e interesses da humanidade dando o primeiro passo, para o controle da população mundial. “[...] Higienistas, eugenistas, educadores e psiquiatras preocupados com a obra da mentalidade dos continentes, irão realizar todos através das Ligas de Higiene mental, a mais bella obra de prophylaxia, procurando conservar ao homem suas qualidades superiores de espirito e de coração. [...]” (RIEDEL, 1930, p. 197)

Para garantir o sucesso da obra profilática no Brasil, os higienistas desenvolveram inúmeras atividades de alcance popular. Dentre elas, destaca-se, o uso de propagandas através de palestras, folhetos e a concretização de uma importante estratégia - os higienistas organizaram a revista intitulada: *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, com o intuito de divulgar amplamente, no país, os preceitos preconizados pela *Liga Brasileira de Higiene Mental* e promover um país livre da degenerescência. A relevância desse material constitui um porto seguro de informações sobre a base da organização das cidades brasileiras, no período de circulação da revista e principalmente, nos oferece informações preciosas sobre a influência dos higienistas, quanto aos encaminhamentos realizados aos anormais, e, por consequência, nos oferece informações valiosas sobre a concepção e a constituição da educação do deficiente em nosso país. Para tanto, na seqüência passaremos a apresentar os *Archivos*, com a intenção de realizar o “diagnóstico do acontecido”, nesse material, que se constitui como fonte primária e a base de nossa pesquisa.

2.3. Os Archivos Brasileiros de Higiene Mental (1925-1937)

Numa tentativa de educar para uma vida almejada nos moldes da família e da sociedade moderna, os membros da *Liga Brasileira de Higiene Mental* fizeram uso, também, de palestras e folhetos de propagandas nas comunidades e nas escolas. Além disso, fez-se uso da publicação da revista da *Liga Brasileira de Higiene Mental*, os chamados *Archivos Brasileiros de Higiene Mental* que se destinavam à

divulgação de suas idéias a diversos segmentos profissionais da sociedade, como médicos, pedagogos, advogados, entre outros.

O conteúdo temático desses arquivos é bastante variado. São apresentados no mesmo, técnicas terapêuticas, conceitos psiquiátricos, teorias, palestras científicas, atas de reuniões, discursos de inauguração de instituições psiquiátricas ou de aniversários, informações sobre o trabalho realizado com os alienados no Brasil e fora do país, etc.

No período selecionado para estudo, foram escritos 14 volumes dos *Arquivos Brasileiros de Hygiene Mental*. O recorte delimitado para a análise abrange, sobretudo, a influência de autores franceses e americanos num segmento do pensamento brasileiro. A partir de 1930, pode-se encontrar, nos *Arquivos Brasileiros de Hygiene Mental*, a influência acentuada de autores da Alemanha que apontaram para o biologismo, para o “saneamento racial”, com níveis extremos de sentido étnico, sem analisar outros fatores a não ser a constituição biológica dos indivíduos.

Como periódico oficial da *Liga Brasileira de Hygiene Mental*, os *Archivos*, em 1925, foram publicados como uma revista semestral - 2 números apenas - (CALDAS, 1930c). Os mesmos retornaram no mês de outubro de 1929 como revista mensal e se mantiveram contínuos até 1935, sendo novamente suspensos entre 1936 a 1937, voltando a circular nos anos entre 1938 a 1947. A pesquisa se limita ao primeiro período dessas publicações, que se estende entre 1925 a 1930. Os *Archivos* deixam de ser publicados em 1947, devido a fatores econômicos, uma vez que, a subvenção federal de 30:000\$00, (trinta contos de reis) que era concedida para a manutenção de campanhas, propagandas e outras atividades da *Liga Brasileira de Hygiene Mental*, passou a ser negada desde 1926; acarretando sérios problemas de manutenção de atividades existentes, organizadas e administradas pela *Liga*, inclusive, a publicação dos *Archivos*. (LOPES, 1929a)

Com a publicação dos *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental* (REDAÇÃO, 1925) a *Liga Brasileira de Hygiene Mental*, passa a cumprir o § 4º do art. 2º do estatuto que determina a publicação periódica dos trabalhos produzidos em revista mantida pela *Liga*. Vale salientar que todos os artigos publicados na primeira parte da revista são inéditos e escritos por associados das seções técnicas da *Liga*.

Os 'Archivos Brasileiros de Hygiene Mental' apparecerão duas vezes em 1925, sendo proposito da Directoria da Liga publical-os com mais frequencia nos annos subseqüentes. [...]

O criterio adoptado para a ordem de collocação dos varios artigos foi estrictamente o das datas de sua entrega.

Não será demais talvez accentuar neste momento aos leitores que as publicações da Liga, [...].

De qualquer modo, é intuitivo que a efficiencia da propaganda da Liga, em extensão, dependerá sempre do numero crescente dos que queiram trazer o seu concurso para a grande tarefa social emprehendida.

E como, possivelmente, no Brasil tão vasto, existiam ainda pessôas cultas não informadas das verdadeiras 'directrizes da prophlaxia mental entre nós' (Juliano Moreira) ou do esforço extraordinario das realizações de Gustavo Riedel, [...] Deixamos a palavra aos nossos collaboradores (REDAÇÃO, 1925, p.1)

Embora não constituísse na época, uma revista científica destinava-se, sobretudo, a orientar, a partir de seus saberes e de suas práticas, os que desejavam colaborar na campanha pela higiene mental e difundia as normas de higiene para a população. Por isso, a idéia era de que os "*Archivos*" não fossem apenas um depositário de publicações, mas um núcleo de atração de prosélitos no domínio amplo da Higiene Mental, que objetiva ser "*a moral universal de amanhã*".

Com o intuito de deixar claro os objetivos dos *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, um dos seus autores, Caldas, em 1929, explicou que se tratava de um órgão "de doutrina e de combate", propagador dos ideais de "higiene mental e eugenia" idealizados pelos "neuro-hygienistas":

Os 'Archivos', como órgão official da Liga Brasileira de Hygiene Mental, têm uma grande e nobre missão a realizar: órgão de doutrina e de combate, elles se propõem a abrir, em nosso meio, a senda por onde possam enveredar, crescer e fructificar os ideaes de hygiene mental e eugenia, que consubstanciam o programa d'aquella Instituição.

Apparecendo no dia 15 de cada mês, esta revista circulará intensamente na Capital da República e nos Estados, levando a todos os recantos do Brasil republicano a opinião, os appellos e conselhos dos nossos mais eminentes neuro-hygienistas (CALDAS, 1929a, p.1).

Os *Archivos* (CALDAS, 1929a) são compostos por artigos originais de real valor, são eles instrutivos e informativos e de muita utilidade prática para a época.

Vale ressaltar (LOPES, 1925a), que o primeiro número dos *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, com 234 páginas foi intitulado "A hygiene mental na

vida social” e foi composto por temáticas tais como: Higiene mental e organização do trabalho; Higiene mental no meio militar; Higiene mental na produção literária e artística e Higiene mental e delinquência.

A primeira parte dos *Archivos* destina-se a publicação dos Artigos originais, de responsabilidade de J.P. Fontenelle, que escreve sobre higiene mental e educação; W. Radecki, que publica sobre a higiene mental da criança baseada nas leis da psicologia; Murilo de Campos, que apresenta as Notas sobre higiene mental e exército; Esposel, que descreve as idéias gerais sobre a higiene mental; Juliano Moreira, responsável por escrever sobre a seleção dos imigrantes e o programa de higiene mental; Cunha Lopes, que demonstra a importância do trabalho de profilaxia social e delinquência e; Álvaro Cardoso, que escreve a respeito da legislação sobre a imigração.

A segunda parte é constituída por uma seção permanente sobre alcoolismo, na sequência a terceira parte dos *Archivos* é composta por resenhas e análises sobre trabalhos referentes à higiene mental; na quarta parte, denominada de Noticiário e demais informações gerais são publicadas notícias detalhadas sobre a contribuição da higiene mental; por fim são publicadas nos *Archivos* as atas das últimas sessões da *Liga*, inúmeros trabalhos recentes realizados, a definição definitiva do estatuto da *Liga* e uma lista com os nomes dos associados titulares de várias categorias.

Os intelectuais que se ocupavam da sessão de estudos sobre a deficiência mental apresentada nos *Archivos Brasileiros de Higiene Mental* em 1925 eram: Dr. Plínio Olinto (Alienista Chefe do Serviço de Prophylaxia Mental e do Hospital Colonia de Alienadas), Dr. Mario Pinheiro (Diretor do Instituto Anatomo-Pathologico do H. N. de Alienados), Dr. Olavo Rocha (Alienista chefe de serviço na Colonia de Alienados), Dr. Gustavo de Rezende (Assistente do Serviço de Prophylaxia Mental na Colônia de Alienadas), Dr. Manoel Bomfim (Professor Cathedratico de Psychologia na Escola Normal), Dr. Waldemar Schiller (Diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras), Dr. Xavier de Oliveira (Assistente da Assistencia a Alienados), Dr. Pedro Pernambuco Filho (Diretor do Sanatório Botafogo e Assistente na Faculdade de Medicina), Dr. Floriano de Azevedo (Assistente da Assistencia a Alienados)⁶⁸. (RELAÇÃO DOS MEMBROS TITULARES DA LIGA, 1925)

⁶⁸ Para melhor compreensão de como eram organizadas as sessões de estudo dos *Archivos* consultar anexo 3.

As publicações de 1929 do *Arquivo* revelam a preocupação com o surgimento de discursos voltados a questão da dispersão dos saberes sobre o anormal; foram acrescentadas duas novas sessões: uma de informações neuro-psiquiátricas e outra de publicações; respectivamente destinadas aos advogados, médicos, professores, jornalistas, interessados pelos assuntos da higiene mental e a segunda, destinada particularmente aos médicos. Outra sessão permanente, criada nos *Arquivos* após a inauguração em 1927 da sala de leitura especializada em higiene mental e ciências correlatas foi, a sessão permanente de informações bibliográficas, com o intuito de responder com regularidade a qualquer consulta realizada referente a obras sobre Higiene Mental e ciências próximas ao tema, como: neuro-psiquiatria, higiene mental, psicologia, psico-análise, psico-pedagogia, eugenia, puericultura, orientação profissional, educação e outros; saberes que passaram a fazer parte das práticas desenvolvidas através dos higienistas.

Quanto ao conteúdo desses *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, eles refletem as concepções dos higienistas da época sobre o corpo e o espírito do sujeito degenerado, “uma política das coerções [...] sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe.” (FOUCAULT, 2001, p.119)

Os *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental* foram publicados com um número variado de páginas, tendo o formato de 29x21cm e apresentam um editorial, com artigos sobre diversos assuntos especializados, transcrições de palestras e boletins de propaganda. Os *Arquivos* continham editoriais, artigos e anúncios que tratavam de assuntos referentes as doze “seções” de estudos da *Liga*; “a) Dispensarios e Assistencia Social; b) Assistencia Hospitalar aos pschopathas; c) Legislação Social; d) Medicina Legal e Prevenção da Delinquencia; e) Educação e Trabalho Profissional; f) Ensino e Vulgarisação da neuro-Psyhiatria; g) Higiene Militar; h) Propaganda e Publicidade; i) Puericultura e Higiene Infantil; j) Medicina em suas relações com o systema nervoso; l) Cirurgia em suas relações com o systema nervoso e m) Psychologia Aplicada a Pschanalyse.” (ARCHIVOS BRASILEIROS DE HYGIENE MENTAL, 1929a, p.39)

Os *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental* são documentos que tem uma formação discursiva refletida em seus saberes e práticas, por isso, sua relevância para a identificação da forma de conceber a anormalidade, mais especificamente a

deficiência, desde então, em nosso país. No momento em que optamos em trabalhar com dada fonte primária, temos clara a idéia de que não sairíamos do contexto histórico da época dando valor ao documento em si, pois, conforme Foucault nos ensina, ele na sua pesquisa, não sai do campo da história, mas é a história das idéias, do pensamento, ou melhor, das ciências dos homens que nos demonstram as concepções formuladas sobre o objeto em estudo. Por isso, não estamos em busca de uma verdade definida a priori que deva ser desvendada, mas sim, de trabalhar o documento no seu movimento em direção a compreensão dos discursos construídos a partir dos saberes e das práticas instituídos sobre a deficiência.

Analisar as regras de formação dos discursos dos membros da *Liga Brasileira de Hygiene Mental* é estabelecer um tipo de saber que os caracteriza, que pode nem ser científico, mas é um tipo de saber construído e institucionalizado através do poder disciplinar “[...] que não destrói o indivíduo; ao contrário, ele o fabrica. O indivíduo não é o outro do poder, realidade exterior, que é por ele anulado; é um de seus mais importantes efeitos [...]” (MACHADO, 1978, p.197)

Pensando no discurso oferecido pela *Liga Brasileira de Hygiene Mental* em seus *Archivos*, procuramos a seguir estudar os aspectos relacionados aos saberes e as práticas formalizados pela saúde e a educação, a partir de 1920 e 1930, como saberes essenciais à organização e ao controle da sociedade almejada pelos higienistas e que compuseram o cenário da cidade urbanizada, pautada nos preceitos da ordem e do progresso.

2.4 Saúde e educação: o que os Archivos de Hygiene Mental nos revelam

Pretende-se ao estudar aspectos referentes à saúde e educação nos *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental* (1925-1930), compreender os propósitos sociais da medicina psiquiátrica preventiva (educação), traduzida pela psiquiatria, gestada pela sociedade brasileira da época e que a *Liga Brasileira de Hygiene Mental* incorpora no processo de sua criação no país. Essa compreensão nos oportunizará entender melhor a concepção formulada desde então, sobre a loucura e, por conseqüência, sobre o anormal - deficiente, em nosso país.

A problematização sobre as relações existentes entre os discursos dos saberes médicos dos membros da *Liga* e a educação, nos permite perceber, conforme demonstra Stephanou (2009), uma história das atenções médicas ao educativo e a circulação dos saberes médicos no âmbito das práticas escolares. Existe, assim, a vontade de saber como a educação se inscreve no campo médico, e, como o discurso médico se fez presente no campo educativo.

O serviço de hospitalização (MACHADO, 1978), no período colonial era bem diferente do serviço em questão nos anos de 1920 e 1930, pois no período colonial, a atividade era fundamentalmente, uma atividade assistencial, destinada, sobretudo, aos doentes pobres; e a assistência material e espiritual era uma recomendação religiosa.

Na época colonial, inexistia um projeto de *medicina social*, um projeto que tinha como preocupação, a problemática da saúde, sua criação e melhoramento. Esse projeto vai ser notado e colocado em prática, a partir do final do século XIX e início do século XX, tornando-se preocupação dos higienistas. Conforme aponta Machado (1978, p. 155), o século XIX assinala para o Brasil o início de transformações econômicas e políticas, que atinge igualmente o âmbito da medicina. “[...] a penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médicas, e a situação da medicina como apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado.”

O médico torna-se cientista social, planejador urbano, analista de instituições.

“[...] transforma o hospital – antes órgão de assistência aos pobres – em ‘máquina de curar’; cria o hospício como enclausuramento disciplinar do louco tornado doente mental; inaugura o espaço da clínica, [...] oferece um modelo de transformação à prisão e de formação à escola. (MACHADO, 1978, p. 155)

Aprendemos com Foucault (2003), que a psiquiatria é considerada outra forma de análise, mais próxima dos padrões científicos, com propostas médicas mais abrangentes, diferente do que era encontrado no final do século XVIII e início do século XIX, por isso, a importância de realizar a análise da modernidade, na tentativa de demonstrar ao leitor as mudanças ocorridas ao longo do tempo, em diversas áreas do conhecimento.

Para tanto, parece ser relevante o presente estudo sobre a preocupação da prática psiquiátrica educativa que privilegia a figura do indivíduo higienizado, com o intuito, de realizar o diagnóstico sobre a concepção do deficiente a partir da leitura referente aos saberes e as práticas da *Liga Brasileira de Hygiene Mental*, e, assim, conseguir entender como esse movimento histórico brasileiro se articula com a construção dos documentos que atualmente regem o sistema de ensino quanto aos encaminhamentos referentes aos alunos com deficiências. Favorecendo assim, a compreensão necessária sobre as vertentes e os dispositivos defendidos nas Políticas Nacionais de educação para os deficientes. Esse diagnóstico acredita-se, nos auxiliará na percepção sobre as implicações das estratégias médicas-higiênicas, executadas pela *Liga*, para o conjunto da sociedade.

Neste sentido, torna-se essencial desvelar a compreensão existente sobre a vida social a partir da medicina preventiva [educação] e a compreensão existente em relação ao indivíduo deficiente, pois conforme afirma Machado (1978) era necessário transformar o desviante.

Vale lembrar que, na década de 1920, quando a *Liga Brasileira de Hygiene Mental* é fundada no país, o mesmo expressa um período conturbado na luta pela ordenação da sociedade urbanizada.

Pretende-se tratar, aqui, de um movimento histórico, no qual a educação, utilizada como instrumento para a implementação da saúde e da higiene mental – pode viabilizar a análise e a compreensão mais geral, explicativa dessa mesma educação.

Nesta perspectiva, de acordo com Fontenelle⁶⁹ (1925) a higiene pública tornou-se uma atividade social baseada na utilização das ciências físicas e biológicas, ampliando as responsabilidades frente o desenvolvimento do país. Por isso, a higiene mental considerava essencial à atividade psíquica juntamente com a capacidade física. Sendo assim, evidenciava duas faces apresentadas pela higiene mental: a primeira referente ao trabalho de defesa contra as causas da degeneração psíquica – denominada de profilaxia mental – e, a segunda destinada ao preparo do

⁶⁹ Docente effectivo de Hygiene da Escola Normal do Distrito Federal. Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Hygiene. Membro effectivo da Secção de Puericultura e Hygiene Infantil da Liga Brasileira de Hygiene Mental. Presidente da Secção de Hygiene da Associação Brasileira de Educação. Inspetor Sanitario do Departamento Nacional de Saúde Publica. (FONTENELLE, 1925a, p. 1)

equilíbrio para a adaptação entre a mentalidade individual e o meio físico e social – denominado de higiene mental.

A higiene mental tinha como preocupação, dois elementos que se relacionavam: a estrutura psíquica do indivíduo e a influência do meio físico e social, ou seja, para a adaptação do indivíduo ao modelo de uma sociedade urbano-industrial era necessário preservar não só aspectos relacionados com a hereditariedade, como também, o meio em que o indivíduo se relacionava. Segundo Stephanou (2009), os discursos médicos não se restringiam a defender a bandeira da educação e saúde como solução para os problemas nacionais; mas sim, qual saúde e qual educação. A preocupação não deveria ser apenas com a saúde física, mas moral, mental, sexual, intelectual.

Para tanto, havia um cuidado singular com a eugenia, no que diz respeito aos traços hereditários. De acordo com Kehl (CALDAS, 1930d), a prevenção hereditária, por meio de casamentos saudáveis precisava ser amplamente difundida, e, em seu artigo “Lições de Eugenia”, ele publica um vasto estudo demonstrando quais os casamentos eram indesejáveis e os que deveriam acontecer, para se ter uma sociedade eugenicamente bem formada.

A percepção sobre a loucura ganha outro enfoque. Enquanto durante todo o século XIX, a psiquiatria volta seu saber para a doença mental, agora no século XX ganha espaço a noção médica de

[...] doença como desvio da normalidade, compreendida como exceção biológica, [...] fazendo corresponder o desvio moral, ou seja, a anormalidade moral à anormalidade psicológica, considerando-o resultado de uma exceção, isto é, de um *déficit* na formação do psiquismo do indivíduo [...]. (PORTOCARRERO, 2002, p. 61)

Tem-se que, por ser compreendida da mesma maneira que a doença mental, a anormalidade a partir de então, passou a constituir-se objeto da psiquiatria, pois a noção de degenerescência justifica teoricamente a difusão do saber psiquiátrico por todo o campo da anormalidade, à qual a psiquiatria liga a doença mental. Sendo os anormais, denominados de deficientes mentais. “[...] Os anormais, os deficientes mentais [...] tornaram-se objeto do mesmo discurso científico e são todos incluídos, por Juliano Moreira, na categoria de ‘estados psicopáticos’”. (PORTOCARRERO, 2002, p. 62)

A anormalidade, conforme Portocarrero (2002), surge no Brasil, como conceito e categoria médica e objeto de saberes e práticas psiquiátricos a partir de Juliano Moreira, com estudos sobre o alcoolismo, a sífilis e a eplepsia como possíveis causas de futuros delírios que poderiam levar a loucura.

O saber psiquiátrico, nesse sentido, se transfigura em saber sobre a psicopatologia do indivíduo, seja ela a loucura, a deficiência mental, a delinqüência, os toxicômanos, os epléticos, os sífilicos ou os instáveis. Introduz-se, assim, a concepção de anormalidade como psicopatia, que justifica diversas medidas médicas de ordem prática que representam a formação do novo sistema de assistência psiquiátrica brasileiro.

Essa concepção estabelece uma descontinuidade na psiquiatria brasileira, tanto na sua teoria quanto em sua prática, evidenciada pelo surgimento da categoria das 'personalidades psicopáticas', que explicita a noção médica de 'anormais', a qual se incluem todos os degenerados [...]. (p. 63)

O saber psiquiátrico, desta forma, ampliou seu campo de atuação e, por isso, precisa de definições mais claras e de uma diferenciação conceitual referente às anormalidades. Somente a partir da utilização da prática psiquiátrica do diagnóstico legal⁷⁰ da doença mental, é que essa diferenciação passou a ser realizada e com ela a realização de laudos, úteis inclusive em julgamentos.

O enquadramento mental da criança como homem do futuro tornou-se, deste modo, uma das preocupações fundamentais dos higienistas, os quais difundiram amplamente o discurso normatizador de novas regras sociais, utilizando para isto, principalmente a instituição escolar e familiar. Entendia Machado (1978), que a escola seria a forma ideal para o controle positivo da criança, instituição perfeitamente medicalizável e capaz de possibilitar a organização de uma sociedade futura moral e fisicamente mais sadia.

No intuito de organizar um país a partir dos moldes urbano-industrial foram utilizados instrumentos variados⁷¹ de acesso a população em espaços estratégicos de divulgação em massa, como a educação e a saúde. Além disso, conforme nos

⁷⁰ Fruto da medicina legal. A partir de considerações sobre a medicina legal é que os psiquiatras tentarão definir com maior clareza as anormalidades mentais e delimitar melhor o campo da anormalidade. (PORTOCARRERO, 2002)

⁷¹ Como já apresentado, os higienistas fizeram uso dos *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, palestras e folhetos de propagandas nas comunidades e nas escolas.

aponta Riedel (1930), os higienistas criaram laboratórios de psicologia anexo nas escolas para avaliar a inteligência dos alunos, com o objetivo de formarem salas de aulas homogêneas.

A tentativa de adequar o indivíduo ao meio físico e social, principalmente ao que concerne ao trabalho fez com que a educação se ocupasse de preparar a adaptação perfeita do adulto do futuro, elegendo a escola e a família como principais agentes para assegurar a saúde do indivíduo.

Já no momento da matrícula escolar (MACHADO, 1978, p. 302), o médico deveria realizar uma inspeção moral e cívica, fazer um levantamento geral da saúde do aluno, verificar suas vacinas e etc. Além disso, o médico responsabilizava-se também, pela admissão dos funcionários e professores, para avaliar a idoneidade intelectual e moral das autoridades educacionais que atuavam com esses alunos. “[...] Nada pode escapar ao poderoso olhar que tudo conhece, que por todo lugar penetra. Olhar tanto mais poderoso por ser sábio.”

Surge, no Brasil, entre as décadas de 1920 e 1930 uma linha psiquiátrica bem definida, e, o discurso da medicina clínica, penetra no conhecimento existente até então, sobre a loucura. Constitui-se, assim, conforme Portocarrero (2002), uma teoria que pretende ser psicológica, a qual considera a evolução da doença sob a perspectiva da existência da relação entre as lesões físicas e as lesões psicológicas, diferentemente do que se fazia a partir da teoria de base moral.

Ressalta-se, neste sentido, a importância de conhecer a história do indivíduo, os antecedentes da moléstia na família e no indivíduo e a etiologia da lesão psicológica ganha espaço nas avaliações das doenças. Estabelece-se, a partir deste momento, no Brasil, uma descontinuidade (PORTOCARRERO, 2002, p. 66) “[...] entre o saber prioritariamente psicológico da psiquiatria do século XX e o saber moral do século XIX, em que a especificidade dos diversos tipos de doença mental era remetida à generalidade causal.” Neste sentido, quanto mais se estabiliza a ciência, mais numerosas se tornam as classificações. A classificação, conforme aponta Juliano Moreira no texto de Portocarrero, surge como uma possibilidade de democratização do saber humano.

Não havia nesse esforço de classificação dos homens, nenhuma tentativa de explicação histórica das possíveis diferenças que marcaram os processos de aprendizagem dos alunos. A psicologia Diferencial, que surge neste período, não só

buscava medir as capacidades intelectuais, mas entendia como inatas as diferenças entre os alunos anunciados pelos testes.

Buscava adaptar o indivíduo ao meio social, com o principal objetivo de inseri-lo em atividades profissionais adequadas as suas capacidades físicas, morais e intelectuais. Nesse exercício, a prática social não era explicada pela descontinuidade histórica que marca as relações na sociedade moderna, mas pela filosofia urbano-industrial que toma, dentre outros, o ideal de felicidade individual e ou da humanidade enquanto ponto de partida da reflexão social.

A felicidade, enquanto destino do homem que se quer na pátria, é enfatizada pelos membros da *Liga Brasileira de Hygiene Mental* como categoria fundamental da educação. A defesa da higiene mental traz, no discurso da *Liga Brasileira de Hygiene Mental*, este traçado.

É evidente a preocupação entre o individual e o social, proposto pela educação psicológica do ser social. Para Fontenelle (1925, p.2), essa formação psíquica, “encontra na educação a forma util de realizar-se”, podendo promover sucessos de ajustamento e “efficiencia e felicidade do individuo”.

Para o autor a “psycologia” não só é “a base scientifica da hygiene mental” e “fundamento da saude physica”, mas também a ciência que pode levar o indivíduo a criar valores corretos e bons hábitos dirigidos para “ideaes bem determinados” (1925, p.3).

Por isso, Fontenelle (1925) afirma que a experiência da criança começa ao nascer e que a formação de hábitos mentais começa a partir do momento que nasce. “[...] a hygiene mental começa quando a criança é posta ao seio para mammar, pois a mãe ignorante, que alimenta o filho cada vez que ele chora, ensina por essa forma a dominar a situação pela violencia. [...]” (CAMPBELL apud FONTENELLE, 1925, p. 3). Desta maneira, logo cedo é imposto à regularidade do hábito de sono e alimentação, para daí em diante, inculcar na criança outros hábitos, com a justificativa de que almejam a felicidade futura do indivíduo.

Para que não houvesse falhas na adaptação física, psicológica e social do indivíduo, a higiene mental precisava zelar pela inteligência e também pela conduta da criança, educando-a a partir dos pensamentos da generosidade, da harmonia e do companheirismo – bons hábitos e boa educação. Assim, se ensinava a criança a dominar e a reprimir seus próprios instintos. “[...] Educar com severidade e brandura, combinadas em dóse conveniente, eis o meio de preparar um justo equilibrio que

permita à criança não ter surpresas na vida futura, [...] (FONTENELLE, 1925, p. 5). Assim, não se corre o risco de criar uma atmosfera artificial demais para a criança, muito diversa do que o adulto irá encontrar futuramente.

Ressalta-se a importância de se considerar os primeiros anos de vida essenciais para a preparação individual de uma vida futura. Por isso, ampliou-se cada vez mais, no discurso da *Liga Brasileira de Higiene Mental*, a necessidade de cuidar da saúde e formação das crianças na escola, promovendo a educação higiênica e examinando o corpo e o espírito sistematicamente com o objetivo de corrigir os desvios e os defeitos.

Educar, desde a infância, segundo Stephanou (2009) significa dirigir⁷² os destinos dos indivíduos e, para tanto, à necessidade de ensinar bons modos, de saber ser e fazer, o caráter, a moral, a conduta.

Arnold Gessel,⁷³ demonstra em um de seus trabalhos sobre os serviços de higiene mental para crianças em fase pré-escolar, que os primeiros seis anos são fundamentais para o desenvolvimento infantil. Ele afirma que nesse período se constrói a personalidade e sugere que praticamente, todos os casos de deficiência mental se originam e são reconhecíveis nesta idade, assim

“[...] vão fazendo exames systematicos das crianças para descobrimento de defeitos, anomalias e doenças phisicas que devem ser sem demora corrigidos e curados, para beneficio futuro do individuo e mais eficiencia e economia no trabalho de educação e de instrução, [...] (FONTENELLE, 1925, p. 8)

Gesell, em seu artigo “*A organização das clinicas psicologicas infantis e da vigilancia no periodo evolutivo*”, publicado em outubro de 1929 (LOPES 1930d, p. 141) complementa que no período pré-escolar (do nascimento aos seis anos de idade), verificam-se “[...] 3 quartas partes de todos os casos de surdez e de defeitos da palavra, um terço dos aleijados, larga proporção dos cegos, e virtualmente todos os casos de deficiencia mental. [...]”

⁷² O termo dirigir foi tomado por Stephanou, na tentativa de explicitar o sentido de educar como idéia de governabilidade. “[...] atividade que conduz os indivíduos ao longo de sua vida, colocando-os sob a autoridade de um guia responsável daquilo que eles falam e daquilo que lhes acontece [...]” (MARSHALL, 1994, p. 13)

⁷³ Professor de Higiene da criança e diretor do dispensário psíquico da Universidade de Yale, de Boston. (FONTENELLE, 1925)

Delfino⁷⁴ (LOPES, 1930e), ao escrever sobre como o legislador argentino procura resolver os problemas fundamentais da eugenia e da higiene mental nas crianças de forma prática e eficiente, salienta ser necessário cuidar da criança submetendo-a a todo tipo de pesquisa, para desvendar informações a cerca de sua mente e de seu físico, para remediar os desvios e erros naturais, tais como anomalias, deficiências, atrasos ou desarmonia nas funções físicas ou psicológicas. Para isso, afirma ser fundamental que os dispensários sejam verdadeiros laboratórios infantis e, que no mesmo sejam realizados exames pedagógicos e psicológicos nas crianças. Além disso, indica a importância da criação de “sanatórios reformatórios” para o tratamento de crianças anormais e; seminários para professores e escolas especializadas para crianças anormais ou retardadas.

A necessidade das mães abandonarem seus filhos aos cuidados de amas e criadas exige uma determinada organização da sociedade brasileira na época, que impulsionou o desenvolvimento de escolas maternais e jardins de infâncias, em número e em qualidade – elemento importante de ação para o sistema de “Hygiene da Criança”, uma vez que, a educação dos sentidos, prepara e adapta as crianças para tornar mais fácil e econômico o futuro do trabalho escolar.

Organizar a hygiene infantil implicava, naquele momento, estabelecer as seguintes funções: “[...] 1, regulamentar e padronizar os methods obstétricos; 2, estabelecer o serviço prenatal; 3, reduzir a mortalidade infantil; 4, fiscalizar e melhorar as crianças pré-escolares; 5, fiscalizar e melhorar as crianças das escolas; 6, fiscalizar e melhorar as crianças no trabalho [...]”. (FONTENELLE, 1925, p. 8). Para cumprir todas essas funções a hygiene mental, precisava garantir adequada sistematização fiscal do desenvolvimento mental; multiplicação e aperfeiçoamento dos jardins de infância; orientação para os pais, quanto aos princípios educativos; visitação nos lares, realizadas por professoras e enfermeiras, para auxílio e conselho aos pais; orientação aos pais, quanto suas funções futuras; organização do descobrimento e educação dos deficientes mentais.

Serve, aqui, para explicar esta preocupação, a citação em ata de reunião da secção permanente – sobre a necessidade de produzir-se “apóstolos bem

⁷⁴ O Professor Víctor Delfino era acadêmico correspondente das “[...] Reaes Academias de Medicina de Madrid e Barcelona, da Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, Membro correspondente da Liga Brasileira de Hygiene Mental” (LOPES, 1930e, p. 199)

selecionados”, inclusive entre a própria classe médica ligada ao processo de higienização mental dos brasileiros

[...] A educação da criança, nesse sentido, no lar ou na escola, o tratamento, a sequestração, a reeducação [...] **em sanatórios especiaes**, as instituições de temperança, as conferencias publicas de propaganda contra o alcoolismo, todos esses e quaesquer outros processos não terão efeitos duráveis senão quando entregues a quem, não só se dedique de corpo e alma, mas ande certo no motivo e no querer de agir e de viver. (LOPES, 1925b, p.148) (Grifo nosso.)

Para que o programa de higiene mental infantil fosse garantido, a *Liga* se responsabilizou pela alta função de programar as grandes linhas desse trabalho educativo, sendo que um dos exemplos concretos dessas linhas foi o melhoramento da instrução técnica das professoras primárias, com ênfase na organização de bases lógicas e úteis para o ensino da Psicologia nas escolas normais. Estas medidas garantiram a educação, lugar de destaque para a fundamentação da higiene mental, no que diz respeito ao preparo e cultivo das mentalidades individuais para o correto ajustamento do indivíduo no futuro, considerado assim, como base para a saúde, para a felicidade e para o trabalho.

De acordo com Radecki⁷⁵ (1925), a higiene mental deve criar condições que promovam o desenvolvimento psicológico do indivíduo, para que o mesmo se adapte às exigências sociais e à felicidade pessoal.

Neste sentido, a psicologia da criança passou a constituir-se como requisito fundamental para a modificação e a adaptação das ações, conforme o desejado. A escola passou a ser um espaço de avaliação psicológica, fazendo uso dos testes psicométricos.

A reforma realizada por Fernando de Azevedo (LOPES e FIALHO, 1929), – a Cruzada Pedagógica pela Escola Nova⁷⁶ abalou os professores da época, que não

⁷⁵ Diretor do laboratório de psicologia na Colônia de Alienadas no Engenho de Dentro; psicólogo da Fundação Gaffrée-Guinie; psicólogo da Liga Brasileira de Higiene Mental; professor diretor do laboratório de psicologia e diretor da Faculdade de Psicologia, na Universidade Livre de Varsóvia; diretor do laboratório de psicologia na clínica psiquiátrica da Universidade Jagiellona, em Cracóvia; livre docente da Universidade de Genebra. (RADECKI, 1925)

⁷⁶ “[...] A concepção nova traduzir-se-á, [...] pelas reformas seguintes: substituição da obediência passiva pela atividade e iniciativa da criança – em vez de reprimir sistematicamente os instintos e os gostos naturais da criança, nêles se enxertará o ensino; na instrução, substituição dos métodos baseados na lógica do adulto, pelos métodos fundados na psicologia da criança; na educação, substituição dos trabalhos puramente individuais pelo trabalho coletivo, organização das escolas segundo o tipo de instituições democráticas, pondo em jôgo os instintos sociais: auto-educação,

se encontravam preparados para receber as mudanças propostas. Neste período, foi também, amplamente difundido o movimento em favor dos testes psicométricos e testes pedagógicos, destinados respectivamente à pesquisa dos processos relacionados com a vida psíquica e à avaliação da aprendizagem.

Os testes mais conhecidos e mais aplicados nas escolas foram os testes de Binet⁷⁷ e Simon⁷⁸; os mesmos foram transformados e adaptados por muitos psicólogos; utilizados, amplamente nas avaliações psicológicas dos alunos com problemas de aprendizagem. Além dos testes aplicados às crianças, a *Liga*, também passou a utilizar, no interior das escolas, questionários organizados para o uso dos professores no controle do desenvolvimento da criança. Esses questionários⁷⁹ aproximam-se da anamnese existente hoje, em nosso meio, instrumento muito utilizado nas escolas especiais, para traçar o histórico nosológico da doença. Esse instrumento, na época, além de levantar informações sobre o histórico da gestação, parto, nascimento, saúde do lactante - problemas respiratórios e outros; descreve também, na forma de questionamentos a serem respondidos, características do desenvolvimento do aluno.

O autor Wallace Georgel, figura eminente da Liga de Higiene Mental dos Estados Unidos em seu artigo – “Serão os deuses mentais criminosos?” publicado em 1929, nos lembra, que antes dos testes psicométricos adotava-se o critério de incapacidade social, para classificar os deficientes. Entretanto, com a aplicação do teste padronizado – Binet-Stanford, a classificação passou a ser realizada a partir do rebaixamento mental, “[...] todo indivíduo cujo Q.I. (Quociente de Inteligência) caia abaixo de 75, deve ser considerado débil mental. [...]” (LOPES, 1930a). Havendo desta forma a democratização do saber médico

substituição da doutrina exterior pela interior. [...], em vez de ser educada, a criança estará colocada em condições tais que se eduque, ela mesma, o mais possível. [...]” (CLAPARÈDE, 1951, p. 165)

⁷⁷ Alfred Binet (1857-1911) formulou seu primeiro teste psicológico em 1905, com o objetivo de identificar crianças que tinham dificuldades para aprender nas escolas de Paris, seu teste de inteligência indicava as crianças que necessitavam de maior estimulação do que outras. (BIZZO, 1995)

⁷⁸ Théodore Simon (1872 - 1961) foi um psicólogo e psicometrista francês, co-autor do teste Binet-Simon e da respectiva escala de inteligência. Em 1892, Theodore Simon, dentro da área de psiquiatria na colônia de Perray-Vaucluse, coloca Alfred Binet em contato com as crianças anormais, das quais ele é responsável. Assim inicia a colaboração entre eles. (BIZZO, 1995)

⁷⁹ Em anexo, será possível conhecer um modelo desse tipo de questionário organizado pela *Liga*. (Ver Anexo 4).

[...] A escola, a classe maternal, e todos os outros meios educativos, devem ser assistidos, não só por médicos escolares que cuidem do lado organico das creanças, como por psychologos escolares, para dirigir a observação systematica, classificar as creanças atrasadas e especialmente adiantadas, investigar o gráo de adaptabilidade da creança às profissões futuras, e junto com os pedagogos elaborar os methodos educativos e didacticos. (RADECKI, 1925, p. 20)

A intenção era observar o desenvolvimento da criança na escola, e assim, controlar a possibilidade de atingir os objetivos propostos, proporcionando ao aluno o máximo possível de felicidade pessoal. A higiene mental torna-se, desta forma, uma ação capaz de assegurar o desenvolvimento *normal*⁸⁰ da vida psíquica da criança.

De acordo com o professor Juliano Moreira (ROXO, 1925a, p. 5), um dos melhores meios de se fazer profilaxia mental era, agir sobre as crianças nas escolas, pois afirma que cada criança tem uma capacidade de aprendizagem diferenciada e não considera justo que aquelas com a aprendizagem menos avançada que a outra fique na mesma sala de aula “[...] repisando a professora o ensino de cousas que uma já sabe perfeitamente [...]”. Sugere, portanto que “[...] O ensino deve ser ministrado de accôrdo com a evolução psychica de cada um [...]” e as classes constituídas de forma homogênia. O autor afirma ainda, que processos pedagógicos inadequados à individualidade do aluno podem influenciar no surgimento de degeneração mental. Assim sendo, um trabalho pedagógico realizado de forma a atender as necessidades educacionais de cada um pode salvaguardar a criança do desequilíbrio psicológico.

Lopes e Fialho, (1929) complementam que não é possível ministrar os mesmos conhecimentos, submeter alunos com capacidade mental diferenciada ao mesmo plano de ensino, por isso, a formação de classes homogêneas, do ponto de vista intelectual era uma conclusão da pedagogia científica que deveria ser seguida. Assim como a substituição dos testes pedagógicos – processo comum de exames de promoção, pela aplicação de testes de conhecimento. As autoras indicam que infelizmente os testes pedagógicos não ganharam uma padronização adequada, podendo assim, a avaliação ser eivada de vícios.

⁸⁰ Segundo Radecki (1925) a “norma” é difícil de ser fixada, uma vez que ao falar sobre o domínio orgânico a palavra “normal”, não representa um termo fixo, exato e imutável. Certa ação que para um indivíduo pode ser considerada normal, para outro pode não ser, por isso, a “norma” fica sempre relativa e acaba, na psicologia, adquirindo o caráter de normalidade.

Seguindo a lógica do pensar higienista, o (a) professor (a) higiênico (a) deveria incluir na sua formação o conhecimento da fase de desenvolvimento da criança, para que pudesse interferir nas mudanças individuais do comportamento infantil, tendo-se “em vista o caracter psicologico da modificação funcional, qualitativa ou quantitativa” (RADECKI, 1925, p.20).

Os membros da *Liga Brasileira de Hygiene Mental* pretendiam que os professores utilizassem a higiene mental no domínio dos sentidos, da atenção, da imaginação, da memória, do pensamento, da vida afetiva e da vontade dos alunos, para a adequação dos parâmetros entendidos, na época, como normais, para a população. Assim, o professor seria o principal agente da ação pedagógica e, deveria como sintetiza Radecki (1925, p.44), atuar “sobre a seleção e sobre a quantidade dos conteúdos com os quaes procura crear na mentalidade do educando as associações conjunctivas no momento da fixação”. Afirma, ainda, esse membro da *Liga*:

Querendo fixar na memoria do educando um novo material, querendo influir em geral sobre o aperfeiçoamento dos mecanismos fixados, o educador tem de obter que os conteúdos fixados se liguem com os objectos que affectivamente interessam o educando. A tonalidade affetiva, pois, das representações associadas transfere o interesse affetivo sobre o mesmo conteúdo fixado, facilitando a reproducção espontanea posterior (RADECKI, 1925, p.44).

Para tanto, Antipoff⁸¹ (1930), a partir da inauguração da Escola de Aperfeiçoamento de Belo Horizonte, em 1929, criada pelo governo de Minas Gerais com o intuito de aperfeiçoar o preparo profissional das professoras primárias, demonstra a necessidade das próprias alunas da escola passar por avaliação física e psicológica, pois afirma que o grande esforço intelectual exigido delas não podia ser obtido se não fosse por pessoas em ótimas condições intelectuais e físicas. Além disso, o pedagogo especialista aprendia, no curso de formação, a partir da psicologia da criança, a observação direta de inquéritos e de testes variados, em coleções diversas de trabalhos, em desenhos, em jogos infantis, etc.

Radecki (1925) apresenta em seus escritos, cada uma das funções a ser observada e procura explicar as conseqüências de cada variante quando

⁸¹ Professora do “Instituto J. J. Rousseau de Genebra. Ex-assistente do Laboratorio de Psychologia da Universidade de Genebra.” (ANTIPOFF, 1930, p. 226)

prejudicada. As funções a serem observadas e avaliadas na criança, conforme aponta o autor são: a sensibilidade sensorial⁸², a atenção⁸³, a discriminação⁸⁴, a imaginação⁸⁵, a memória⁸⁶, o pensamento⁸⁷, a vida afetiva⁸⁸ e a vontade⁸⁹.

Fica evidente, que a partir do novo formato de funcionamento da psiquiatria, no Brasil, o campo de ação higiênica e educativa foi ampliado, quase que ilimitadamente. Os projetos desenvolvidos na perspectiva da saúde e da utilidade pública conferem, ao educador, poder para influir sobre as atividades infantis, devido à possibilidade de realizar os projetos pedagógicos desejados por ele, instituindo um saber especializado, também na educação. A educação (STEPHANOU, 2009) surge como tarefa afinada com a missão da medicina preventiva.

Era consenso entre os higienistas e eugenistas a necessidade de atuarem diretamente no espaço escolar, através dos serviços de inspeção médica e ensino da higiene, pois conforme aponta Stephanou (2009), apostavam na possibilidade da educação da infância para obter a purificação da raça.

O programa de medicina escolar era amplo e as atribuições do médico variavam: 1) *atenção à higiene geral da escola*, quanto à escolha do terreno,

⁸² “[...] representa a ponte que liga a vida intellectual da creança ao mundo ambiente [...]. Por meio dos sentidos, a creança conhece o ambiente, por meio delles adquire o material intellectual [...].” Assim a necessidade da educação dos sentidos. (RADECKI, 1925, p.22)

⁸³ O termo é empregado em dupla significação: 1) “[...] a estrutura de nossa consciencia, proveniente do facto de que a consciencia é morphologicamente *desegual*, isto é, a consciencia cheia e completa, em cada momento dado, só abrange um conteúdo psychico, ligando-se com uma adaptação organica ao mesmo conteúdo.” 2) “[...] chamamos também a direcção da evolução, no tempo, de nossa consciencia, isto é, a successão com que a consciencia se transfere de um conteúdo psychico para outro. [...]”. Atenção concentrada e atenção dispersada. A educação higiênica da atenção, adquire importância especial a lei estabelecida por Th Ribot, que estabelece a relação entre a sensibilidade afetiva do homem e a corrente espontânea da consciência. (RADECKI, 1925, p.26)

⁸⁴ “[...] A discriminação é uma função primaria, immediata que caracteriza certas quantidades do conteúdo psychico como diferentes de ‘todo o resto’. Ella ajuda, justamente, a selecção do que podemos introduzir no foco, [...] atribuindo ao discriminado o caracter da unidade psychica [...]”. (RADECKI, 1925, pp. 35-36)

⁸⁵ Em geral é chamado de imaginação o conjunto dos conteúdos representativos que preenchem o campo da consciência humana. É considerada como imaginação a representação definida como imagem psíquica do objeto. (RADECKI, 1925)

⁸⁶ Por muito tempo foi considerada faculdade sintética, representa um certo conjunto de processos associativos, considerada poder de reprodução representativa de um conteúdo vivido anteriormente. Representa um importante agente educativo. (RADECKI, 1925)

⁸⁷ Considerada uma função psicológica superior, depende do bom funcionamento dos mecanismos apresentados anteriormente nesta nota. “[...] O pensamento começa desde o momento em que o material psychico intellectual começa a ser utilizado pelo homem como meio de conhecer a realidade. (RADECKI, 1925, p.49)

⁸⁸ A afetividade representa o segundo grupo das funções psíquicas de relação do organismo com o meio ambiente. “[...] A vida affectiva, [...] representa mais ‘um agente de existência do que de conhecimento’, [...]”. Os higienistas e os pedagogos devem consagrar esforços especiais ao papel da vida afetiva para o desenvolvimento psíquico. (RADECKI, 1925, p.58)

⁸⁹ Representa o conjunto das diversas funções, que acompanham a ação consciente do indivíduo. (RADECKI, 1925)

localização para a construção do prédio escolar, inspeção sanitária, mobiliário escolar, etc.; 2) *profilaxia das doenças contagiosas*: medidas necessárias para o afastamento temporário ou definitivo de crianças que apresentavam enfermidades físicas ou mentais e que representavam perigo as demais; 3) *vigilância da saúde física das crianças*: promover a vigilância do corpo, das roupas, dos alimentos, higiene dentária e bucal; tratar preventivamente doenças, neuropatias; propor medidas especiais com relação aos débeis e doentes; 4) *vigilância da saúde intelectual*: intervir na organização dos horários para o trabalho cerebral; orientar aos professores como proceder com as crianças em condições restritas de esforço, devido à saúde; avaliar as capacidades individuais; estudar os anormais psíquicos e encaminha-los para instituições especiais; 5) *educação higiênica das crianças e professores*: orientar e preparar os professores para o ensino de higiene através de campanhas de prevenção sobre doenças transmissíveis, vícios e sólida educação moral; 6) *inspeção médica e escolar completa*: realizar exames médicos admissionais de professores e auxiliares e durante o exercício escolar, assim como exames clínicos dos alunos; 7) *preparação e orientação de educadoras sanitárias ou enfermeiras escolares*; 8) *educação sanitária das famílias*: realização de visitas às famílias; promoção de reuniões com os pais; envio de folhetos instrutivos, etc.; 9) *pesquisa da capacidade da criança*: observação da criança em diferentes situações escolares; aplicação de testes individuais de inteligência.

De acordo com Campos (1925a), os testes para a avaliação psicológica organizados por Simon e Binet, foram utilizados (a partir de uma modificação de escala), também no exército, com o objetivo de evidenciar degenerações neuro-psíquicas (álcool e sífilis); para designar soldados com aptidões e inclinações específicas e principalmente para recusar ou eliminar os deficientes mentais e nervosos, não somente durante a inspeção inicial, mas durante todo o tempo de incorporação, ou mesmo frente a algum delito. O resultado classificatório, a partir dos testes de aptidão garantia a entrada ou não, do soldado, em um batalhão de desenvolvimento e evitava assim, que soldados deficientes fossem recrutados e ficassem expostos a sanções disciplinares e judiciárias.

Para que a profilaxia dos soldados ocorresse de forma exitosa foram instalados hospitais especiais e centros neuro-psiquiátricos nos campos de batalha. Destarte, facilitaria a prevenção de degenerações, dentre elas: o alcoolismo, a sífilis,

a meningite cérebro-espinhal, a encefalite letárgica⁹⁰, as psicoses comuns, lesões circunscritas no cérebro devido ferimentos causados por projéteis, etc.

A educação foi requerida também, como projeto de aperfeiçoamento do quadro de psiquiatras militares, de médicos das unidades da psiquiatria de urgência e para a instrução psiquiátrica elementar dos oficiais, pois os soldados que compunham a fila de recrutamento, na sua maioria, no Brasil, eram incultos e analfabetos ou com uma instrução lenta e cheia de dificuldades, exigindo dos oficiais acentuadas qualidades pedagógicas para desenvolver, no soldado, a educação moral, fortificar a coragem, inculcar o uso da iniciativa e o sentimento da disciplina.

Cabia formar também (NOTICIÁRIO, 1929a), as enfermeiras que compunham o serviço de assistência social. No curso de “Hygiene Mental para Enfermeiras”, já diplomadas que ocorreu entre 20 de março a 28 de abril de 1929, o Dr. Ernani Lopes versou sobre tópicos específicos, dentre eles cabe destacar, noções de psicopatologia, higiene das funções psicológicas, em particular da memória e atenção, **a educação das crianças anormais**, etc.

A formação de costumes, com o objetivo de adaptar a população a uma forma almejada de vida está revelada na filosofia e na pedagogia que embasam os discursos e projetos descritos nos *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental* analisados. Pedagogicamente, a *Liga Brasileira de Hygiene Mental* não buscou uma educação reflexiva. Tratava-se de levar o indivíduo a acreditar naquilo que o educador ensinava e confirmado pela tradição, como medida social de formação de valores. Valores que deveriam ser assumidos como dever inquestionável pela população em geral. Como se segue, a autoridade da *Liga*, a autoridade do Estado e a autoridade do educador eram vistas como natural e necessária para atingir uma dada unidade higiênica no país, enfatizada no seu objetivo geral como possibilidade pessoal e coletiva de aumento de felicidade

As regras da moral religiosa, o código penal, as leis tradicionais, etc., não são outra coisa mais do que os extratos formulados dos conjuntos de valores, que cada pessoa é obrigada a observar na sua vida particular e coletiva além dos valores elaborados pela experiência individual.

⁹⁰ Uma das primeiras nomenclaturas utilizadas para denominar os distúrbios de aprendizagem, especificamente o transtorno por déficit de atenção/hiperatividade. (MANSANERA, 2002)

Onde quer que a coletividade social ou o governo opere com a força exercida sobre os subordinados, ele deve poder impor os valores negativos no caso de não obedecerem às suas ordens. O castigo representa neste caso o valor negativo que cada indivíduo tem que tomar em consideração na deliberação de suas ações.

Os valores introduzidos pelo educador na vida da criança além do castigo utilizam a autoridade do educador, isto é, a fé na crença de que os valores fornecidos pelo tutor vão aumentar sua felicidade, embora a criança pessoalmente não tenha experimentado tal argumento no passado.

Tudo o que foi estabelecido anteriormente relativamente à influência da educação sobre a criação das concepções acha a sua mais vasta aplicação prática na influência exercida pelo educador sobre a formulação na crença das concepções de valor (RADECKI, 1925, p. 75-76).

Nesse processo educativo, o pensamento médico higienista apontava para uma definição dos hábitos dos indivíduos centrada numa concepção “moderna de família”, com mente feliz e corpo saudável. Essa preocupação com o núcleo familiar feliz e saudável fisicamente dá direção filosófica e biológica para o projeto social de adaptação do indivíduo ao meio.

Para Esposel⁹¹ a conservação das melhores condições possíveis para assegurar a sanidade mental dos indivíduos era o grande interesse prático da *Liga*. Assim, fazer higiene é evitar as doenças mentais e as anormalidades, e, impedir as causas das mesmas, que podem ser hereditárias e provocar um enorme desequilíbrio na formação das famílias.

Numa campanha educativa em benefício do reconhecimento da utilidade da higiene mental, os higienistas recomendavam que os ensinamentos de puericultura deveriam ser difundidos, tanto nas escolas primárias, secundárias e de nível superior (nesse caso, as de medicina), quanto nas escolas normais, que deveriam ensinar como se processava a fase de desenvolvimento infantil para se poder intervir no momento certo de se evitarem doenças, para conduzir da melhor forma, o desenvolvimento das crianças. Assim como a *Liga* poderia se ocupar também, do combate ao analfabetismo, além de propiciar o melhor aproveitamento do aluno frente sua cultura mental nas escolas primárias e secundárias – distribuição das matérias de forma pedagógica, organização dos horários, dos programas a serem cumpridos, etc. – Uma das disciplinas pensadas nos cursos como o da Escola Normal do Rio de Janeiro foi a disciplina intitulada “educação cívica e moral”. Os

⁹¹ Professor Substituto de Clínica Neuro-psiquiátrica na Faculdade de Medicina. Docente de Higiene na Escola Normal. (ESPOSEL, 1925a, p. 101)

membros da *Liga* acreditavam no sistema de formação moral, como sistema profilático das psico-neuroses.

Para Esposel, (1925a) a *Liga* deveria ter um programa dividido em duas partes: a primeira voltada ao amparo, proteção e higiene psíquica, e a segunda parte para um programa que visasse evitar ou combater as intoxicações por álcool, cocaína, ether, morfina, etc.

De acordo com os higienistas, a estrutura psíquica dos indivíduos dependeria, na sua maioria, dos fatores hereditários, mas, muitas vezes, os fatores do meio social interferiam no psiquismo das pessoas, deixando-as imperfeitas. Na tentativa de evitar essas imperfeições, intervinham mediante uma prática efetiva no meio social, tentando estabelecer uma relação entre a educação e a perfeição humana.

Essa ação prática sobre o meio social seria denominada por eles de “profilaxia mental” e tinha como base a ciência da psicologia. Alguns membros da *Liga Brasileira de Higiene Mental*, dentre eles, Fontenelle e Esposel, totalmente comprometidos com a mesma, além de serem médicos, eram também professores de higiene da Escola Normal do Distrito Federal, o que demonstra a estreita relação existente, na época, entre a educação e a higiene mental.

A psicologia, sendo o fundamento da saúde psíquica, de acordo com Esposel (1925, p.103), poderia prevenir ou até corrigir as imperfeições, com base na formação de hábitos perfeitos nas crianças, para um “ajustamento do indivíduo ao meio physico e social, exibindo o que se póde chamar a saude mental”.

A profilaxia mental, conforme explica Carrilho (1925), visava suprimir as causas perturbadoras da harmonia social, corrigindo e orientando o indivíduo defeituoso, para que ele e seus descendentes se tornassem elemento de progresso social coletivo – “profilaxia salvadora”. Os higienistas entendiam que um indivíduo inteiramente “normal”, não se arriscava em participar de conflitos ou qualquer coisa que agredisse a harmonia coletiva. Afirmam que as reações anti-sociais refletem de algum modo, as deficiências e as perversões psíquicas dos indivíduos.

Por isso, o programa integral da higiene mental deveria ser desenvolvido; inicialmente era necessário interferir nos malefícios da hereditariedade patológica a partir das regras da eugenia, em seguida estendia-se pela puericultura pré e pós-natal, e posteriormente detinha-se, na educação, pois era fundamental a formação do espírito (caráter e personalidade íntegra), impedindo a aproximação do indivíduo de hábitos mentais nocivos. A compreensão era de que a higiene mental

encontrava, na infância, o máximo de utilidade prática, por isso, a importância de intensificar as ações educativas, principalmente na escola.

Para tanto, como adverte Penafiel (1925, p. 150), é preciso uma vontade profunda de ordem definitiva, que pode ser estabelecida nos indivíduos e nas instituições, em benefício da liberdade e da justiça. “[...] E’ preciso a Liga saber pregar ou apellar para a solidariedade de todas as classes sociaes, propôr uma civilização da qual todos participem, invocar um ideal.”

Para combater a doença moral e social os higienistas defendiam que o remédio, respectivamente estava na educação e na ordem. O efeito de verdade se manifesta na idéia de que o discurso médico não tem dúvidas sobre seu papel regenerador da sociedade e vai se valer dessa ordem auto-delegada para conduzir os processos educacionais.

Assim, era preciso contar, por exemplo, com os agrupamentos de operários mais inteligentes, para que eles mesmos segregassem os retardados, os inadaptáveis, os degenerados, o “resíduo” que a luta pelo progresso ia deixando à margem do caminho. A ordem deveria ser estabelecida entre os operários, na escola, nos templos, sem depender de decretos dos dirigentes, deveria acontecer de baixo para cima, de cima para baixo, das extremidades para o centro e vice versa. Conforme aponta Foucault (2003, p.203), “[...] O poder não está restrito às instituições políticas. O poder representa um “papel diretamente produtivo”, [...] “ele vem de baixo, é multidirecional, funcionando de cima para baixo e também de baixo para cima. [...]”; funciona como uma estrutura capilar.

A higiene mental (TOULOUSE, GENIL-PERRIN e TARGOWLA, 1925) e seus fins profiláticos foram objeto de uma organização completa, pois era necessário, uma vez que na cidade moderna tudo conspirava contra a saúde mental de seus habitantes. Para garantir a ordem e o controle da população, a higiene mental trabalhava em parceria com a higiene geral, mas dedicava-se com mais salvaguarda da saúde psíquica dos indivíduos.

A manutenção da ordem também dependia da ação do serviço social realizado pelas enfermeiras visitadoras, nas famílias, nas escolas, nas fábricas, etc., com a finalidade de encaminhar os desajustados, os retardados, os epiléticos, os alcoólatras e todos os considerados anormais, para consultas médicas. A higiene mental atuava desta maneira, na vida coletiva, a partir da educação profilática na

pedagogia, na produção literária e artística, na organização do trabalho, na vida militar, no domínio criminal e no ambiente colonial.

A educação profilática pretendida pela *Liga* deveria ser aplicada não só na escola, mas também sobre o meio familiar, para que sua ação fosse coletiva. Os higienistas visavam também à propaganda em larga escala para atingir sempre e cada vez mais, números maiores de pessoas. Convencendo que cada organismo social (escola, fábrica, unidade militar, etc.) cuidasse da saúde mental de seus componentes.

Para os autores europeus que influenciaram o pensamento formatado pela *Liga Brasileira de Hygiene Mental*, como Comte (1996), que, no terreno dos levantes sociais dos meados dos oitocentos, portanto num período de significativos conflitos sociais, não analisou a sociedade como luta de classes, a crise política da época instalada na França, não era somente social, mas, sobretudo, de perda moral, de degeneração dos costumes. Exatamente por isso, ele chegou a propor uma religião ou uma doutrina positivista traduzida, dentre outros escritos, na forma de um *Catecismo Positivista* por intermédio do qual o “sacerdote filósofo” busca elevar o espírito humano para o controle da população.

Esta idéia de devotamento como princípio de formação moral foi incorporado pela *Liga Brasileira de Hygiene Mental*. Em outras palavras: na gênese da Psiquiatria, a educação, como devotamento à idéia de controle do corpo social, de felicidade e de progresso, também se pautava no desenvolvimento dos sentimentos morais, proposto pelo culto positivista, e conduziu à defesa da higienização no Brasil.

Como bem lembrou Costa (1989), a *Liga Brasileira de Hygiene Mental*, ao privilegiar o sentimento sobre a razão, “o amor entre os pais e filhos tornava-se a energia moral responsável pela coesão familiar” (1989, p.87). A família passou a ser representada como possibilidade de construção de um espaço social organizado e feliz, e se revelou como um espaço ordenador do equilíbrio social que se pretendia presente na sociedade. Historicamente, o conteúdo dos *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, no que se refere à educação familiar e escolar, reflete, de modo geral, as concepções dos higienistas franceses e americanos da época.

Os médicos higienistas, em nome da “civilização urbana”, propunham aos membros da família exercícios disciplinares, tais como comportamentos, regras,

atitudes e valores morais que deveriam ser seguidos por todos os integrantes do Estado e perseguidos como ideais de vida.

A educação, neste sentido, era uma emulação moral contra os chamados desvios humanos. Um ideal voltado para a perfeição era incentivado como ponto de partida para a ordenação da sociedade alicerçada na forma de vida urbanizada e normalizada.

Como bem lembrou Costa (1989, p.15) mostrando a diferença existente entre o passado e o presente,

[...] a norma familiar produzida pela ordem médica solicita de forma constante a presença de intervenções disciplinares por parte dos agentes de normalização. De fato, muitos dos fenômenos apontados, hoje em dia, como causa da degradação familiar, nada mais são que conseqüências históricas da educação higiênica.

Como afirmavam, a infância é a idade de ouro para a higiene mental. A família e a escola passam a ser os campos de ação educativa, mais promissores para os higienistas que não se preocupavam mais somente com a saúde física, mas também, com a saúde mental.

A educação higienizadora era o ponto de conexão entre o controle da população solicitado pela indústria, no plano econômico e a ordenação do Estado republicano que o acompanhou no plano político.

Com o desenvolvimento da ciência médica psiquiátrica, nas primeiras décadas do século XX, os médicos higienistas começavam a dispor de subsídios para afirmar que a influência do meio familiar deixava características na personalidade do homem adulto a partir de suas experiências infantis. Recomendava-se um acompanhamento cuidadoso na fase da infância, por ser esse o momento da formação do psiquismo, o momento em que se estruturaria a personalidade do ser social. Defendiam, como efeito de verdade, ser esta fase do desenvolvimento humano, o período ideal para a estatização do homem, ou seja, para a sociedade instalar hábitos “sadios” no psiquismo da criança, evitando-se, assim, o que entendiam como surgimento de personalidades desequilibradas. Esposel foi ferrenho defensor da idéia de hábitos sadios e, sem nunca duvidar do que propunha, explicou, nos seus escritos, a qual higiene mental se referia. Costa sintetizou os interesses médicos-estatais traduzidos por Esposel:

O conjunto de interesses médico-estatais interpôs-se entre a família e a criança, transformando a natureza e a representação das características físicas, morais e sociais desta última. As sucessivas gerações formadas por essa pedagogia higienizada produziram o indivíduo urbano típico do nosso tempo. Indivíduo física e sexualmente obcecado pelo seu corpo; socialmente racista e sentimentalmente centrado em sua dor e seu prazer, socialmente racista [...] em suas crenças e condutas; finalmente, politicamente convicto de que da disciplina repressiva de sua vida depende a grandeza e o progresso do Estado brasileiro (COSTA,1989, p.214).

É desse modelo médico-psiquiátrico que surge o modelo educativo-higiênico, que a família brasileira, vai passar a ter pela educação as indicações das determinações comportamentais desejadas pela sociedade urbanizada. No dizer de Costa (1989), a unidade familiar deveria traduzir o casamento higiênico onde homens e mulheres se uniam num contrato social para cuidarem de seus filhos seguindo as regras higiênicas, que, além de atenderem aos interesses familiares, no cuidado com os filhos, atendiam, também, por meio da criança, aos interesses de uma tentativa de formação de uma raça brasileira para formar um Estado nacional forte e saudável diante do imperialismo emergente. Não há, nesse discurso, qualquer possibilidade para a compreensão da sociedade brasileira como sociedade de classes. Trocaram, dentre outros, classes sociais por indivíduo higienizado; propriedade privada por riqueza comum; interesses particulares de classe por nacionalismo e patriotismo.

Percebe-se que as regras sociais, estabelecidas pelos médicos higienistas como sendo as certas, as verdadeiras, forneciam formas disciplinares de comportamentos sociais tanto para a mulher como para o homem no estabelecimento do núcleo familiar urbano. A força moral ou do caráter de uma família deveria gerar e cuidar de uma criança para que tivesse não só uma boa saúde física como mental. Nesse caso, a mulher, como já havia afirmado Comte (1996, p.182), deveria ser eleita a educadora por excelência no espaço doméstico, pois

[...] a domesticidade há de ir sempre aumentando, purificando-se mais de toda servidão primitiva. Tornando-se plenamente voluntária, ela fornece a muitas famílias o melhor meio de servirem dignamente ao Grande Ser, prestando uma assistência indispensável aos

verdadeiros servidores dele, teóricos ou práticos. [...] Cumpre, pois, idealizar a domesticidade como o complemento dos laços de família e o início das relações cívicas.

A escola, também deveria traduzir essa tarefa de iniciar o desenvolvimento da criança voltado para a “civildade social”, solicitada na passagem do século XIX para o XX.

A parceria da higiene mental, da psiquiatria, da psicologia e da pedagogia (TOULOUSE, GENIL-PERRIN e TARGOWLA, 1925), foi fundamental para a realização da obra profilática, que inicia na escola com a seleção dos anormais, não só dos retardados, como dos bem dotados. Essa seleção garantia a homogeneidade dos grupos de alunos para serem ensinados a partir de métodos de ensino adequados a cada problema escolar encontrado (demonstra a estreita relação existente entre a medicina social com a educação, a partir da dispersão dos saberes). Aliás, a triagem dos anormais físicos e psíquicos, deveria ser realizada ainda no período pré-escolar.

Gessel, aponta (ROXO, 1925a) a necessidade de se fazer uma ficha médico-psicológica (anamnese), para estabelecimento de um recenseamento geral, psíquico e fisiológico de todas as crianças em idade escolar, para facilitar a discriminação dos alunos em classes adequadas à sua capacidade intelectual, como também, para aproveitamento daqueles não aptos ao estudo, em outras atividades.

Cabia aos professores, encaminhar ao “médico-inspetor escolar⁹²” as crianças que não progrediam no estudo ou crianças, que demonstravam comportamentos de deficiência mental, para que, cada uma recebesse “[...] as medidas especiais cabíveis (aulas de repetição para os retardados por insuficiência escolar, escolas ao ar livre para os atrasados por fraqueza física; escolas de aperfeiçoamento para os debeis intellectuales; escolas de reforma para os perversos).” (TOULOUSE, GENIL-PERRIN e TARGOWLA, 1925a, p. 173)

O papel da inspeção médica escolar especializada (LOPES, 1929b) era realizar a triagem dos atrasados, dos debeis e anormais, com o objetivo de encaminhá-los para as escolas especiais. Além disso, era necessário que os pedagogos tivessem conhecimentos suficientes para atuar com esses indivíduos,

⁹² Os higienistas estimulavam a existência de inspetores escolares especialistas em neuropsiquiatria infantil. (TOULOUSE, GENIL-PERRIN e TARGOWLA, 1925a)

por isso, nas Escolas Normais, o curso de Pedagogia deveria ser o mais completo possível.

Conforme comunicação realizada pelo Dr. Rubinovitch à Liga de Hygiene Mental Franceza no Instituto de surdo *Surdos-mudos de Asnières para anormaes psychicos*, as crianças, em sua pluralidade, eliminadas das escolas públicas, mas com condições de aprender um ofício deveriam permanecer na mesma escola, mas não para apenas armazenar conhecimentos, e sim, para forçar o “espírito”.

Mesmo objetivando o apoio dos educadores nas primeiras observações de um aluno-problema ou com dificuldades de aprendizagem, os higienistas entendiam que somente os profissionais da psicologia poderiam aplicar os testes psicológicos para validar cientificamente a não-aprendizagem do aluno. Médicos escolares e psicólogos escolares deveriam dar assistência à educação oferecida pela escola junto com os pedagogos:

A escola, a classe maternal, e todos os outros meios educativos, devem ser assistidos, não só por medicos escolares que cuidem do lado organico das creanças, como por psychologos escolares, para dirigir a observação systematica, classificar as creanças atrazadas e especialmente adiantadas, investigar o gráo de adapatabilidade da creança ás profissões futuras, e junto com os pedagogos elaborar os methodos educativos e didacticos (RADECKI, 1925, p.20).

Nas suas propostas para a criação de escolas que atendessem a educação de crianças com deficiências físicas e mentais, os higienistas assinalaram o objetivo de ter, nas escolas comuns, apenas crianças sem deficiência. Para as crianças com problemas, consideradas desvio da normalidade, sugeriam escolas especiais. A citação de um membro da Liga ajuda a entender esta defesa:

Hygiene mental e pedagogia: A obra prophylactica começa na escola por uma selecção não só dos retardados como dos bem dotados, de modo que, constituidos em grupos homogeneos, possam ser-lhes applicados os methodos adequados de ensino. Lembrando que a selecção dos retardados já se acha feita em numerosas escolas, insistem sobre as dos meninos de intelligencia precoce e ácima da média, dos quaes não se tem cuidado em França como fora desejavel. [...] A triagem dos anormaes psychicos deve, aliás, ser effectuada antes da propria escola, quer dizer no periodo pre-escolar, em as escolas maternas, onde André Collin desde 1922 vem insistindo em França estes exames são mais factiveis e mais fructuosos (collaboração paterna [...] graças ás recordações recentes

dos paes sobre a história pregressa; probabilidade de obter bons resultados [...]

Ao professor ou á professora, devidamente enfronhados da questão, cabe apontar ao medico-inspector escolar as crianças que, pela sua falta de progresso no estudo ou pela indisciplina, se afigurem deficientes mentaes. Confirmado o 'deficit', determinadas, mercê de 'tests' proprios, sua natureza e grau, bem como, mediante inquerito social minucioso, sua etiologia (alcoolismo, tuberculose, etc) será proposto o tratamento idoneo e designar-se-ão para cada criança as medidas especiaes cabiveis (aulas de repetição para os retardados por insuficiencia escolar, escolas ao ar livre para os atrasados por fraqueza physica; escolas de aperfeiçoamento para os debeis intellectuaes; escolas de reforma para os perversos) (TOULOSE; GENIL-PERRIN e TARGOWLA, 1925, p.172).

E, ainda:

Parece-nos que não se tem dado a devida importancia á necessidade urgente de fixar uma escala de nível mental para a seleção dos alumnos das diversas classes. Não nos alongaremos na exposição das vantagens que semelhante conquista traria. A formação de classes homogeneas, do ponto de vista intellectual, é, no entanto, uma conclusão de ha muito firmada pela pedagogia científica. Não é possível ministrar os conhecimentos, submeter ao mesmo plano de estudo, alumnos de capacidade mental diversa (LOPES e FIALHO, 1929, p.70).

Destarte a importância da organização de “dispensários escolares”, mais precisamente, capazes de demonstrar as anormalidades para serem melhoradas ou corrigidas, no mesmo estabelecimento de ensino ou em outro especializado – as escolas especiais. Deste modo (NOTICIÁRIO, 1925, p. 195), a recomendação de que as “[...] repartições de instrução publica [...] estudem e iniciem realização de um plano de educação das crianças anormaes.” Sob a centralização e coordenação de todos os esforços por parte da *Liga Brasileira de Hygiene Mental*, em relação inclusive, de agitar permanentemente o assunto por todo país. Essa ação confere a *Liga*, o trabalho magno da propaganda educativa, formadora de opinião sobre as verdades da época e com plena eficácia.

O Dr. Evaristo de Moraes, na sessão de Trabalhos recentes da *Liga Brasileira de Hygiene Mental*, apresentada nos *Archivos* complementa e insiste em três pontos de atuação da *Liga*, sendo que em um desses pontos, enfatiza a necessidade da “[...] educação especial dos retardados intellectuaes.” (1925a, p.219)

Outra ação que merece destaque, pela noção que nos oferece sobre o nível de dispersão dos saberes médicos que surgem a partir da classificação do anormal é a prática de cirurgia ortopédica e reparadora. Conforme demonstra Farani (1925), o campo é vastíssimo, de pés tortos congênitos, desvios de coluna (congênitos ou adquiridos), pseudo-artróses, má formação da face (narizes deformados, lábios leporinos, cicatrizes viciosas). As cirurgias de correção era uma tentativa de normalização do indivíduo, para melhor adaptação no trabalho ou social, pois conforme o autor o “[...] aleijado sente-se inútil, um inferior, e fatalmente distúrbios mentais poderão sobrevir, com prejuízo para si ou para os outros [...]” (p. 56)

As campanhas de prevenção pré-natal e pós-natal, também passaram a fazer parte das discussões higiênicas e eugênicas, para que, conforme aponta Kehl (1925, p. 70), houvesse a esterilização dos degenerados, estabelecesse o exame de sanidade pré-nupcial, “o impedimento da paternidade indigna, á procreação, em summa, de cacoplastas e desgraçados.”

Lopes (1925b) ao apresentar a resenha do artigo escrito por Vidoni G. intitulado “*A proposito das recentes disposições ministeriaes para a educação das crianças deficientes*”, frisa que algumas sessões da “Liga de Hygiene e Prophylaxia Mental” da Itália estavam promovendo a difusão da utilidade de uma boa assistência aos “anormais”. Ele cita o exemplo da Itália, para chamar a atenção em relação ao Brasil, onde, reina certa confusão entre as autoridades administrativas, os teóricos e práticos da Pedagogia, ou mesmo entre os médicos, quanto à assistência e a educação das crianças deficientes. Lopes apresenta ainda em sua resenha sobre o artigo de Vidone, uma circular do ministério de instrução pública encaminhada aos prefeitos, na qual, solicita um levantamento censitário referente ao número de deficientes passíveis de assistência ou educação, visando colocar em prática um dispositivo de lei de 1923, que prescreve a obrigação de assistência especial e de ensino diferencial aos vários tipos de anormais, ou o encaminhamento do menor deficiente para as instituições especializadas em orthophrenia⁹³. Neste caso, os anormais que merecem destaque segundo o autor

⁹³ Na Itália existia, para preparo de professores e assistentes de crianças anormais, a excelente escola magistral orthophrenica, no qual os cursos principais eram: a) psicologia geral e aplicação à avaliação da inteligência infantil; b) pedagogia e didática da infância neurathenia; c) antropologia e neuro-psicopatologia infantil.

[...] débeis e dos instaveis. [...] os anormaes dos sentidos e da palavra, como por exemplo, os duros de ouvido, os balbuciantes, os blêss-balbuciantes, os rhinalicos, os hypphasicos (crianças muito caladas), e ainda os adenoideus, os distrahidos, os débeis phisicos, e, por fim, os atrazados por motivos externos, isto é, sociaes. (LOPES, 1925b, p. 96)

Vidone (LOPES, 1925b), complementa ser necessária a organização de duas escolas diferenciadas, uma denominada de “escola diferencial”, que pode ser anexa às escolas comuns, e ter o mesmo programa e horário dessas, e a outra denominada de “escola autônoma”, completamente separada da escola comum, que devem ter os programas das aulas divididos em dois períodos, horário especial, férias reduzidas, “orthophonia”, etc. Para o primeiro modelo eram removidos todos os alunos que tinham defeitos físicos ou que eram considerados “estorvo social”, sob a justificativa de que os alunos colocados em escolas adequadas melhorariam o Quociente de Inteligência até o nível normal de sua idade. Quanto ao segundo modelo era destinado ao trabalho educativo com uma diretriz única – a permanente incapacidade de adaptação dos anormais. Todos os alunos das escolas diferencias que, ao final de dois anos, “[...] não revelem adiantamento capaz de permitir sua promoção a alumnos normaes.”; deveriam ser transferidos para as escolas autônomas. (LOPES, 1925b, p.96)

Sobre este assunto, Esteves (LOPES, 1930h) colabora quando apresenta dados de uma pesquisa realizada na província de Buenos Aires, no qual do total de 51.361 alunos de 222 escolas, 6.876 eram anormais. Afirma, portanto, que a escola deveria ser colocada a serviço da profilaxia mental e o professor neste contexto deveria ser preparado para essa nova função, devendo se formar especificamente para o atendimento desse aluno através de uma especialização didática. Salienta ainda que vê com simpatia

[...] o systema das “escolas differeciaes”, auxiliares, quer com semi-internato (asylos-escolas italianos), quer com internatos diurnos (Tageninternat dos alemães). E assignala ainda como dignos de atenção os systemas das ‘classes annexas de observação’, de França e Dinamarca e os das ‘aulas e horas auxiliares’ propiciadas pelo Congresso de Stuttgart [...]. (p. 255)

A preocupação com a profilaxia mental dos anormais estendeu, por assim dizer, à formação dos professores e médicos. Esteves (LOPES, 1930h) entendia ser

inadiável preparar os professores e médicos especialistas em psicologia da criança, em psicologia infantil e higiene mental infantil. Para este fim, era necessária a criação de uma disciplina para professores de anormais, que estudasse o crescimento físico e mental da criança; psiquiatria pedagógica; higiene individual e social da infância; antropometria pedagógica; estudos profundos de ortofrenia para os professores de anormais; criar as cátedras de psiquiatria e psicologia experimental em todas as faculdades de medicina. Entendendo que o problema deveria ser resolvido entre o médico e o professor. O campo da medicina psiquiátrica e psicológica transforma-se com o objetivo de classificar e atender as diferenças individuais. Com essas mudanças na forma de conceber a doença mental, o deficiente passa a ser entendido e assistido diferentemente do que se entendia e se assistia o louco.

No Brasil, os seis primeiros anos de vida das crianças – denominado de período pré-escolar foi eleito como fundamental para a formação de hábitos mentais saudáveis nas crianças. Nesse período, seja em casa ou nas escolas maternas, cabia aos especialistas rastrear possíveis anormalidades mentais, a *Liga Brasileira de Higiene Mental* deveria assim, orientar as professoras das casas maternas e jardins de infância, para possibilitar que as mesmas reconhecessem o mais precocemente possível, os anormais.

Os intelectuais brasileiros que se ocuparam da educação dos anormais, mas ainda não haviam se dedicado aos estudos no terreno prático foram: Fernandes Figueira, Basilio de Magalhães, Evaristo de Moraes, Carvalho Neto. Uma vasta variedade de deficiências foi descrita por Juliano Moreira (1929), na sessão de “Trabalhos Originaes” dos *Archivos*, dentre elas podemos salientar algumas como; criança de 5 anos de idade, com corpo desproporcional à idade, cabeça grande, bossas parietais muito desenvolvidas, pernas curvas, distrofias dentárias. Imbecil; criança micro-encefálica nasceu e faleceu com convulsões com 6 semanas; criança de 4 anos de idade, com má formações ósseas múltiplas, crânio disforme, fonte muito proeminente e estreita, distrofias dentárias, estigmas oculares; menino de 5 anos, muito pequeno, cabeça grande, fronte olímpica, pernas curvas, distrofias dentárias e auriculares, etc. Essa classificação cada vez mais precisa das anormalidades, permitiu o controle do corpo social através da adequação de instituições especializadas no atendimento terapêutico-educacional, para cada anormalidade.

Seguindo os ensinamentos do filósofo inglês, Fontenelle (1925, p.5) defendeu que a educação deveria buscar equilíbrio entre a “[...] moralidade individual e social com o conhecimento da realidade, visando muito mais as recompensas da saúde e da virtude do que os castigos das doenças e do vício”. Esse equilíbrio deve ser buscado na criança pelos pais antes mesmo de se iniciar a educação escolar

[...] ressalta a importância de considerar os primeiros anos, na preparação individual para a vida futura. Pouco a pouco, está caminhando, em nosso meio, a idéia de cuidar-se da saúde das crianças das escolas, de fazer-se-lhes a educação higienica, de examinar-se-lhes systematicamente o corpo e o espírito e de corrigirem-se-lhes os defeitos e desvios. Todavia, para certas questões da saúde physica e para quasi todas as da hygiene mental, é preciso cuidar da criança antes do período de escolaridade (FONTENELLE, 1925, p.7).

A busca da saúde perfeita, seja ela física ou moral, parece ser o artifício para justificar a própria função moralizadora da escola quando o Brasil lutava para fazer parte de uma sociedade urbano-industrial na sua forma mais acabada. Este objetivo aparece traduzido nos escritos dos higienistas como um exercício científico para levar o homem a bem viver. No dizer de Braga (1930, p.272), “[...] a função primacial da escola é tornar o alumno capaz de viver [...]”. Com outras palavras disse ainda “[...] a escola cumpre assim formar o homem, desenvolver a individualidade e integral-o na sua profissão universal de ser homem [...]” (op. cit, p.271).

A busca da “saúde perfeita” enfatiza a lógica de controle do corpo social, que perpassa a defesa da *Liga Brasileira de Hygiene Mental*. Para o autor acima citado, “claro está, que no programma escolar ao ensino da saúde compete o primeiro lugar. [...] formação de hábitos, correção de defeitos e a cultura de um ideal de capacidade physica para o bem viver” (BRAGA, 1930, p.272).

Na defesa da escola, as intenções dos higienistas iam além do domínio do ambiente doméstico quando diziam aos pais o que deveriam fazer para educar seus filhos. Eles também queriam ter o domínio do espaço escolar como um laboratório de experiências: “[...] a escola primaria, onde vão ter todos os typos de mentalidades, em suas primeiras phases evolutivas, representa para o objectivo da hygiene mental o campo em que as medidas preventivas pódem ser applicadas com maiores probabilidades de êxito [...]” (LOPES e CASTRO, 1929, p.111).

É fundamental salientar, que a higiene mental, além de se preocupar com os aspectos procurando evitar os defeitos hereditários, tem muito haver também com a especialização dos métodos educativos. Os higienistas entendiam que a educação poderia impedir a eclosão de psicoses nas pessoas normais ou naquelas pré-dispostas ao problema.

Destarte, o objetivo principal da educação moderna (BRAGA, 1930, p. 275) é formar para uma só profissão universal, que é a de ser homem – dentro dos padrões entedidos como normais para a época. Cumpre a escola formar o homem, desenvolver-lhe sua individualidade e devolvê-lo a sua profissão universal, ou seja, a escola deve ser responsável pela formação de hábitos, correção de defeitos, e desenvolvimento de uma cultura de ideal de capacidade física, capaz de tornar o aluno pronto para saber viver. “[...] A escola é o laboratório das reformas sociais [...]”

O que podemos observar com as transformações no campo médico psiquiátrico e psicológico é que, a partir da forma com que a loucura passa a ser compreendida, ou seja, agora como doença mental, a mesma precisa cada vez mais, ser mais bem classificada, quanto a sua etiologia nosográfica, com isso, o saber passa a ser especializado e democratizado, inclusive para que o meio educacional fosse capaz de utilizar os instrumentos classificatórios, ao ponto de auxiliar na profilaxia mental e moral da sociedade urbana em desenvolvimento.

Para Stephanou (2009), a presença dos higienistas na sociedade e em especial na educação, tornou-se por vezes conflitiva, por vezes colaborativa. Fundamentados nos exames clínicos e psicológicos dos estudantes, na inspeção médico-escolar, na educação sanitária, no ensino da higiene e preceitos de urbanidade instauraram um processo de produção de saberes e poderes, no qual consolidaram o discurso médico sobre a educação. Os médicos puderam formular um discurso com tal força de verdade que persiste e sustenta práticas pedagógicas ainda hoje reconhecidas como eficazes.

CAPÍTULO III

EXCLUSÃO/INCLUSÃO NO CONTEXTO DA MODERNIZAÇÃO SOCIAL: A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO ANORMAL-DEFICIENTE NO BRASIL

A partir da idéia desenvolvida no capítulo anterior sobre o processo de controle e de normalização do corpo social, com o apoio difundido pela *Liga Brasileira de Hygiene Mental* pretendeu-se, neste capítulo, analisar as condições que tornaram possível a constituição da escola especial, no Brasil, na intenção de desvelar, a partir das práticas especializadas, o discurso construído sobre o deficiente e entender quais implicações desse discurso para a base do atendimento especializado inventado para o deficiente na modernidade.

3.1 Medicalização, reabilitação e normalização: a institucionalização do indivíduo higienizado

Tendo em vista, que a concepção sobre o deficiente foi formulada a partir da compreensão sobre a loucura, que, posteriormente, na modernidade passou a ser concebida como doença mental, é que objetiva-se dar continuidade à discussão sobre o deficiente e, por conseqüência, sobre as condições que tornaram possível o surgimento da escola especial no Brasil. No capítulo anterior, tendo como base *Os Arquivos Brasileiros de Hygiene Mental*, periódico oficial publicado pela *Liga Brasileira de Hygiene Mental*, foram apresentadas discussões referentes à mudança no contexto urbano das cidades e as mudanças frente à forma de se conceber a loucura, pois essa se transforma em doença mental, que por sua vez, necessita ser cada vez mais individualizada a partir de suas características (se doente mental, se deficiente mental, se sífilico, se alienado, etc.), para então ser tratada. Por conseqüência, novos saberes são desenvolvidos, fomentando a possibilidade de um novo arquivo, de uma nova cultura.

Tendo a medicina social, ampliado e especializado os seus saberes, frente à loucura/ doença mental, a nova idéia a ser gestada e desenvolvida, neste contexto, é a da classificação cada vez mais específica dos degenerados ou anormais, essa concepção surge da medicina legal, a partir da psiquiatria e da psicologia e suscita a necessidade, inclusive, da intervenção do meio educacional para a efetivação de uma cultura diferenciada. Sendo assim, a concepção a cerca do deficiente ganha novos contornos.

A institucionalização do anormal com proposta de organização de hospital, laboratório, instituto de educação e o projeto de colônias para os epiléticos pode ser compreendida como uma proposta de esquadramento social, que divide as anormalidades em diversos tipos exigindo um tratamento diferenciado para cada especificidade, ampliando, nesta perspectiva, as formas asilares e as práticas psiquiátricas. A partir de tais mudanças no cenário asilar, aponta-se para a necessidade, também, de um tratamento diferenciado ao deficiente, que ao ser estudado em suas particularidades apresentam quadros nosográficos diversos e um tratamento integral, diferenciado por suas peculiaridades e espelhado nos moldes asilares já instituídos a partir do século XX. Instituições, nas quais, o indivíduo não era mais confinado, e sim, tinha a liberdade de transitar dentro ou fora, conforme sua anormalidade.

Pensar na constituição da escola especial, nesse contexto, implica recuperar alguns aspectos referentes à escola pública, que entendemos fundamentais para clarificar nossa compreensão sobre as condições que tornaram possíveis a invenção de espaços diferenciados para os deficientes - anormais e conseqüentemente, a influência na construção da atual política de educação especial.

O sentido dispensado à educação dos deficientes (JANNUZZI, 2004 p.2), na atualidade, é a de uma opção de métodos, técnicas e materiais didáticos a serem utilizados diferenciadamente dos utilizados no dia-a-dia escolar. Verifica-se, que essa concepção foi formulada, a partir da dispersão dos saberes sobre o anormal. Por isso, se torna relevante, tentar entender como foi possível o saber sobre o deficiente ser formulado.

Mazzotta (2005) marca claramente, que o atendimento à pessoa deficiente foi organizado com outros propósitos, que não o educacional. A partir de experiências realizadas nos Estados Unidos da América do Norte e principalmente na Europa, a partir do início do século XIX. Posto isto, verifica-se, alguns brasileiros

iniciando a organização de serviços para o atendimento aos deficientes mentais, os deficientes físicos, os cegos e os surdos.

A discussão sobre as condições da institucionalização dos deficientes não se afasta muito da institucionalização da escola pública, no final do século XVIII e início do século XIX, por isso, a opção de utilizar, na pesquisa, algumas discussões promovidas por Patto⁹⁴, sobre a escola pública.

Segundo Patto (1999), a escola pública tem início na Europa a partir do final do século XVIII e início do século XIX. Trata-se de um período em que a sociedade está marcada por mudanças sociais e econômicas e, também, de mudanças em relação aos saberes formulados naquela época.

Conforme a autora, a ideologia nacionalista mostra ter sido a principal estimuladora de uma política de implantação de redes públicas de ensino em partes da Europa e da América do Norte nas últimas décadas do século XIX. Assim, é somente a partir de 1848, que nos países comercialmente desenvolvidos, estáveis e prósperos, a instituição escolar adquire significado diferente para os diversos setores da sociedade.

Com a implantação do escolanovismo e a introdução da psicologia diferencial, que tinha por finalidade principal verificar a capacidade intelectual dos alunos e comprovar a sua determinação hereditária, Galton⁹⁵ (1822–1911), um dos mais conhecidos adeptos da teoria de Darwin (1809-1882)⁹⁶, foi o primeiro a fazer o transplante dos princípios evolucionistas de variação, seleção e adaptação para o estudo das capacidades humanas. “[...] Como precursor dos testes psicológicos, tentou medir os processos sensoriais (como a discriminação visual, auditiva e sinestésica) e motores (como a velocidade do tempo de reação), tendo em vista estimar o nível intelectual [...]” dos alunos (PATTO, 1999, p. 55). De acordo com a autora, os objetivos de Galton eram interferir nos destinos da humanidade através

⁹⁴ Trabalhamos com a discussão apresentada pela autora, por ela ser uma debatedora sobre o fracasso escolar, bastante respeitada em suas colocações e, por entender que mesmo ela apresentando uma discussão pautada no materialismo histórico, não compromete a composição de nosso texto, uma vez que a intenção é tratar as informações relevantes à discussão da pesquisa.

⁹⁵ Galton dedicou-se ao estudo da biologia e a investigações nas áreas da estatística (contribuindo significativamente para o desenvolvimento das noções de distribuição, significância estatística e correlação), da psicologia experimental através da pesquisa (em laboratório, das manifestações psíquicas) e dos testes psicológicos (criando vários testes e medidas de processos sensoriais). (PATTO, 1999, p. 54)

⁹⁶ [...] foi assimilada e transformada pelos intelectuais da burguesia na formulação do darwinismo social e colocada a serviço da justificação da reconstrução da hierarquia social que se opera no interior da nova ordem social. Darwin não formulou o evolucionismo biológico tendo em vista justificar o racismo ou as desigualdades sociais. (PATTO, 1999, p. 51)

da Eugenia⁹⁷. Porém, Galton não obteve tanto sucesso, como muitos de seus precursores, na busca da definição de uma política social que resultasse na preservação de uma raça, superior - livre de degenerescências.

A autora afirma, ainda, que embora Galton tenha sido o fundador da eugenia, de ter difundido amplamente a idéia da inteligência herdada e, de influenciar fortemente o movimento dos testes mentais no final do século XIX, o mesmo mostrava-se cauteloso na prescrição de medidas eugênicas, alegando o estado ainda precário do conhecimento sobre as leis da hereditariedade.

Na busca de explicação para os problemas relacionados à aprendizagem escolar, nas escolas públicas, surgem às primeiras pesquisas realizadas por especialistas que, a princípio, foram desenvolvidas por médicos, no final do século XVIII e início do século XIX, especialmente os do campo da psiquiatria, no lugar dos educadores. Assim, as crianças que não acompanhavam seus colegas no processo de aprendizagem escolar passaram a ser tratadas em “hospícios” (atuais hospitais psiquiátricos). As crianças que tinham algum distúrbio para aprender, não poderiam ser treinadas para o trabalho nas fábricas devido à disfunção cerebral que diziam os médicos possuir, sendo assim eram classificadas como “anormais escolares”, “duros de cabeça” ou “idiotas”, sendo as causas de seu fracasso atribuídas a alguma anormalidade orgânica. “[...] Datam desta época as rígidas classificações dos ‘anormais’ e os estudos de neurologia, neurofisiologia e neuropsiquiatria conduzidos em laboratórios anexos aos hospícios. [...]” (PATTO, 1999, p. 59)

Nesta época foram muitos os psicólogos que se empenharam na busca de instrumentos que pudessem investigar se por trás do rendimento bruto, um indivíduo era intelectualmente mais apto que outro, mensurando com objetividade e precisão, as consideradas verdadeiras aptidões dos indivíduos. Neste sentido, a organização de instrumentos⁹⁸ de avaliação das aptidões foi à principal contribuição do saber médico psiquiátrico para a explicação do rendimento escolar desigual.

Em 1895, além de Binet, um dos fundadores da psicologia diferencial⁹⁹ e autor da escala métrica da inteligência para crianças (CLAPARÈDE, 1951), destaca-

⁹⁷ Eugenia é a ciência (PATTO, 1999) que visava controlar e dirigir a evolução humana, aperfeiçoando a espécie através do cruzamento de indivíduos perfeitos escolhidos especialmente para se casarem.

⁹⁸ Esses instrumentos eram desenvolvidos nos laboratórios de psicologia, na sua maioria, anexos aos estabelecimentos de ensino. (PATTO, 1999)

⁹⁹ A Psicologia Diferencial (PATTO, 2000) pretendia investigar quantitativamente e objetivamente as diferenças existentes entre indivíduos e grupos.

se Edouard Claparède¹⁰⁰, que pretendia aprimorar instrumentos de medida que fossem capazes de rastrear as diferenças individuais, assim, propõe em 1920 a criação de escolas sob medida¹⁰¹ e em 1922 a orientação profissional, visando colocar o “homem certo no lugar certo”, pois para ele, este seria o caminho mais curto para o restabelecimento da justiça social almejada. Claparède defendia a necessidade de identificar o mais precocemente possível, quem eram os retardados e os bem dotados. Para tanto, procura aprimorar instrumentos de medida que rastreiem as diferenças individuais e aponta ser fundamental a criação de classes especiais para os retardados e escolas especiais para os bem dotados.

De acordo com Lunardi (2002, p. 4), entre os séculos XVIII e XIX, em meio aos processos de industrialização, começa a ser difundida a noção de normalidade, ao passo que o Estado, nesta época tinha como papel o controle da saúde da população, “a fim de recuperar o comportamento e a alma daqueles indivíduos que por algum motivo escapam da normatividade social”.

Nesse sentido, Lunardi (2002) destaca que a normalização pode se apresentar de distintas formas, como correção, reabilitação e práticas pedagógicas de caráter terapêutico, que objetivando a humanização desses indivíduos, isolaram-os em instituições para que através do saber médico-científico pudessem ser estudados, analisados, e posteriormente serem recuperados e tratados.

Para a autora, por trás do processo de medicalização e reabilitação existe o interesse em caracterizar a patologia, de maneira a criar “um campo de anormalidade” para que as estratégias de intervenção possam ser colocadas em prática. Dessa forma, os referidos processos, vistos como tecnologias fazem com que se concretize a normalização, sendo assim, a Medicina Social, através da Psiquiatria e da Educação Especial contribuíram na instituição da compreensão que se tem sobre o conceito de “anormal”. A esse respeito, Lunardi (2002, p. 5) ainda destaca que

¹⁰⁰ Edouard Claparède foi professor na Universidade de Genebra e contemporâneo de Piaget no Instituto J. J. Rousseau. Autor da primeira escala métrica de inteligência para crianças tornou-se referência no mundo, para pedagogos e psicólogos, quanto às diferenças individuais de rendimento escolar. (CLAPARÈDE, 1951)

¹⁰¹ Escolas sob medida eram clínicas psicológicas escolares ou paraescolares, onde as crianças que apresentavam problemas de aprendizagem e desajustamento escolar eram diagnosticadas e tratadas. (CLAPARÈDE, 1951),

é neste contexto, que a medicina aparece como ferramenta de controle social, ou seja, ela mantém, vigia e distribui esses indivíduos e os constitui como objeto de saber e de prática médica. Assim, o doente é individualizado, conhecido e curado e, portanto, cabe a Educação Especial como saber médico, relacionar o educar e o cuidar, com o corrigir, o tratar e o psicologizar.

Nesse contexto, importa destacar conforme Jannuzzi (2004), que a medicina influenciou a educação do indivíduo deficiente tanto pelo trabalho direto dos médicos, dos professores, quanto pela repercussão dos ensinamentos utilizados, a princípio na educação dos deficientes auditivos. Apesar da preocupação médico-pedagógico, os pavilhões, anexos aos hospitais psiquiátricos possibilitaram a institucionalização da segregação social. Dessa maneira, a autora ressalta que,

[...] as viabilizações possíveis, desde a formação dos hábitos de higiene, de alimentação, de tentar se vestir etc., necessárias ao convívio social, colocam de forma dramática o que se vai estabelecendo na educação do deficiente, ou seja, segregação *versus* integração na prática social mais ampla. (JANNUZZI, 2004, p. 38)

Segundo Mazzotta (2005), até aproximadamente o início do século XVIII as informações referentes às pessoas especiais, em geral, estavam ligadas ao misticismo e ocultismo, a sociedade tratava, principalmente, os deficientes mentais “como monstros ou como seres que detinham dons ou poderes para fazer revelações divinas” (AGUIAR apud BRASIL, 2003, p. 16). No entanto foi na Europa que os primeiros movimentos em prol ao atendimento educacional a estas pessoas foram efetivados; como já mencionado.

É somente a partir dos primeiros anos do século XX, especialmente, durante e após a primeira grande guerra (PATTO, 1999), que vários países engajaram-se numa nova epopéia: a identificação dos super e dos subdotados na população infantil, de modo a lhes oferecer um tratamento condizente. Assim, crianças que anteriormente eram tidas como “anormais escolares”, por apresentarem problemas de ajustamento ou de aprendizagem escolar passaram a receber uma nova nomenclatura no âmbito da psicologia educacional, a de “criança problema”. As causas do insucesso escolar, agora, vão desde as causas físicas até as emocionais e de personalidade, passando pelas intelectuais.

É neste contexto que surgem as clínicas de higiene mental escolar¹⁰², e de orientação infantil, de caráter preventivo que se propunham a estudar e corrigir os desajustamentos infantis. Estas clínicas serviam diretamente a rede escolar, diagnosticando precocemente e tratando os alunos com distúrbios de aprendizagem.

Hoje sabemos que desse expressivo movimento das décadas de vinte e trinta restou a prática de submeter a diagnósticos médico-psicológicos as crianças que não respondem às exigências das escolas. Nos anos quarenta, esta proposta já se transformara, em vários países, numa rotina quantificadora. Nos E.U.A., a assimilação à rede escolar de um grande número de psicólogos clínicos que atuaram na segunda grande guerra levou às últimas conseqüências a tendência à psicologização das dificuldades de aprendizagem, escolar que já vinha se esboçando. Embora tenham nascido com intenções mais amplas que abrangiam um trabalho permanente de orientação de pais e professores, estas clínicas ortofrênicas transformaram-se rapidamente em verdadeiras fábricas de rótulos. [...] (PATTO, 1999, p.63)

Nestas clínicas surgem as chamadas “classes fracas” que perduram durante anos, como forma de excluir os indivíduos deficientes ou inaptos.

No final do século XIX, começaram a ser realizados os primeiros relatos de distúrbios de aprendizagem, ou seja, de alunos que não conseguiam aprender a ler e escrever em decorrência de um comprometimento em nível de Sistema Nervoso Central. Em 1861 (TARNOPOL, 1980), foi realizado o primeiro relato médico de uma criança com dificuldade de aprendizagem associada a uma lesão cerebral.

Na década de 1930, o termo Lesão Cerebral Mínima (CRUICKSHANK, 1979) foi utilizado para designar genericamente as crianças com distúrbios de aprendizagem e, portanto, estavam incluídos nesse grupo, os alunos com dislexia do desenvolvimento¹⁰³, discalculia do desenvolvimento¹⁰⁴, disgrafia¹⁰⁵ e Transtorno por Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade¹⁰⁶.

¹⁰² As clínicas de higiene mental eram propostas Higiênica e Eugênica, que tinham como princípio, respectivamente, vigiar e controlar a boa constituição social. (PATTO, 1999)

¹⁰³ A dislexia do desenvolvimento (GARCIA, 1998) defini-se como um distúrbio que se manifesta por dificuldade na aprendizagem da leitura. Manifesta-se uma leitura oral lenta, com omissões, distorções e substituições de palavras.

¹⁰⁴ A discalculia do desenvolvimento (GARCIA, 1998) está associada às dificuldades de aprendizagem da matemática.

¹⁰⁵ A disgrafia (GARCIA, 1998) trata de dificuldades no desenvolvimento da escrita, pode ir desde erros na soletração das frases, ou na organização de parágrafos.

¹⁰⁶ Transtorno por Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (SUCUPIRA, 1986) refere-se a um dos distúrbios do comportamento, nível de atividade excessivo, falta de concentração e dificuldade para aprender.

Somente na década de 1970 (SUCUPIRA, 1986, p.30), os diversos tipos de distúrbios de aprendizagem começaram a ser estudados separadamente e não como uma condição única.

Tarnopol (1980), explica a origem dos estudos sobre distúrbios de aprendizagem como decorrentes do interesse clínico de médicos americanos e europeus pelas crianças com problemas escolares, conforme a necessidade já descrita, de separar os anormais da sociedade e de classificar cada tipo de anormalidade.

Quanto à inserção do indivíduo no mercado de trabalho, os referidos estudos demonstram que os industriais, com o processo de escolarização em massa passaram a obter (GUMPERZ, 1991) uma mão de obra mais ordeira, moral, obediente, conformados e disciplinados.

Nesse contexto tem-se que no século XIX (PATTO, 1999), o alicerce para o sistema nacional de ensino era de um lado a crença no poder da razão e da ciência e de outro a possibilidade da igualdade de oportunidades substituir as desigualdades materiais.

Por outro lado, constata-se que a ação que delineava as práticas escolares nesta época dava ênfase ao plano individual, com o objetivo, de maior controle do corpo social. Portanto, foi neste contexto, que a escola passou a ser responsável em garantir o poder nacional, tendo como propósito a escolarização pública, universal e obrigatória, estando em um mesmo ambiente, diferentes tipos de raças, diferentes origens etnológicas e, diferentes também, por sua condição orgânica. Desta forma, no momento em que a escola abre os portões para receber a população como um todo, passa a receber também diferenças culturais e individuais, que a própria escola começa a não dar conta de atender.

A partir do aumento, na demanda social das escolas nos países urbano-industriais desenvolvidos, aumentou por consequência, a necessidade de explicar as diferenças de rendimento escolar. Ainda, no final do século XIX, Galton (1822-1911), preocupado com as diferenças individuais e com a detecção científica dos normais e anormais, aptos e inaptos, procurando comprovar a capacidade psíquica do indivíduo, influenciou fortemente o movimento dos testes mentais que se desencadearam na última década do século XIX, nas escolas da Europa e América do Norte. Entre seus discípulos, Cattell que fora seu aluno foi um dos pioneiros na criação de testes psicológicos e também o seu introdutor nos E.U.A.

Foi neste contexto, que no final do século XIX, nos países urbano-industriais intensifica-se a busca de instrumentos de medida para as diferenças individuais. Durante os trinta primeiros anos do século XX, (GUMPERZ, 1991; PATTO, 1999) a avaliação médica sobre os "anormais escolares", tornou-se praticamente sinônimo de avaliação intelectual. Nesta época, os testes de QI junto com as escolas tornaram-se um meio de peneirar o destino de grande parte de crianças que, na Europa e na América do Norte, conseguiam ter acesso à escola.

É possível afirmar, que desde o século XIX, a escola vem se deparando com a dificuldade de cumprir sua finalidade principal, que é possibilitar que os alunos aprendam os conhecimentos produzidos pela humanidade, sendo que um dos motivos para que muitas crianças não se apropriassem de determinados conhecimentos eram os problemas de aprendizagem, considerados como desvios da normalidade.

Em 1930, tentou-se dar um enfoque na explicação de crianças que não aprendiam, pois mesmo estas não sendo "débeis mentais" acabavam levadas aos consultórios médicos por apresentarem dificuldades escolares; as crianças eram responsabilizadas pelo fracasso escolar. Sendo assim, através da escola (SUCUPIRA, 1986) buscaram-se razões e explicações para uma crise que é uma crise histórica da sociedade em desenvolvimento.

No Brasil, entre 1930 e 1960 acontecia à queda da República oligárquica (PATTO, 1999) e a sociedade agrária gradualmente transformou-se em sociedade urbano - industrial, sendo assim, o sistema escolar brasileiro passou a desenvolver-se em um contexto industrial, no sentido de favorecer o desenvolvimento nacional. O êxodo rural para as cidades fez com que a população procurasse escolarização na perspectiva de melhorar as condições de vida na cidade. Nesse período, o movimento pela escola nova intensificou-se na tentativa de reforma do ensino, atendendo as necessidades dos escolares das camadas da população menos favorecidas, mas, as medidas tomadas foram formuladas por autoridades políticas e educacionais que defendiam seus próprios interesses.

Apesar das mudanças educacionais na década de 1950, cerca de 50% da população, aos 10 anos de idade encontrava-se analfabeta e as estatísticas brasileiras marcavam um índice de 21,5% de evasão e repetência (RIBEIRO, 1991) nas primeiras séries escolares.

É nesse contexto, de alto índice de analfabetismo e de evasão escolar, que a medicina passou a fazer parte do meio educacional brasileiro, pois a saúde escolar (LIMA, 1985) pretendia favorecer o desenvolvimento normal da criança, mantendo o bom desempenho mental e social do escolar, preparando-os para ocupar um lugar na produção, pois as doenças, as anormalidades e a mortalidade ameaçavam paralisar o desenvolvimento da produção material, ameaçando a existência do progresso.

Nas escolas públicas brasileiras os problemas de aprendizagem, no ano de 1970 tornaram-se um rótulo para os comportamentos inadequados de crianças, na sua maioria, que não correspondiam com o modelo escolar desejado, o aluno comportado e inteligente. Assim, o sistema escolar acentuou a desigualdade entre os indivíduos, pois não estava concebido para tentar compensar as carências culturais e as anormalidades de algumas crianças.

Durante o século XIX desenvolveu-se, em conexão com noções sobre nacionalidade, raça, gênero, criminalidade, orientação sexual, um conjunto de práticas e discursos centrados ao redor da noção de norma e de normalidade. Essas noções estão configuradas no interesse pela saúde da população, que surge no final do século XVIII com as chamadas políticas do biopoder¹⁰⁷, o poder sobre a vida.

O Estado Moderno passou a ter como função, as questões relacionadas com a guerra, a economia, a justiça. Essas condições, já instituídas, apontam para nova possibilidade: a de controlar a saúde da população, pois, o corpo se torna força produtiva e, portanto, precisa ser um corpo, além de produtivo, forte e dócil. Por isso, os indivíduos, são por sua vez, catalogados e medidos, conforme uma norma, uma regra, que os individualiza e os constitui como anormais.

3.2 Degenerados na escola: a escolarização dos anormais-deficientes no Brasil

A partir das mudanças que aconteceram no contexto social urbano de nosso país, outras mudanças também surgiram (GONDRA, 2004), como a do processo de

¹⁰⁷ A chamada “biopolítica” da espécie humana é uma tecnologia de poder e é entendida por Foucault (2005, p.89) “[...] como a maneira pela qual se tentou, racionalizar os problemas propostos à prática governamental, pelos fenômenos próprios a um conjunto de seres vivos constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, raças”.

construção e de consolidação do campo médico, na área do direito, da política, do urbanismo, da moral e da educação. Portanto, tudo que tinha referência com o meio urbano passou a ser interesse da medicina: a água, o ar, os alimentos, a circulação das pessoas, os mortos, o homem, a mulher, a criança, as fábricas, a disciplina transformaram-se em objetos de intervenção dos médicos. Tudo que se relacionava ao ambiente urbano e ao bom funcionamento da ordem poderia ser estranho.

[...] Assim, o hospital, os cemitérios, a escola, o quartel, a prisão, o bordel, a fábrica e o hospício foram, no discurso do médico, descritos como carentes, insuficientes, atrasados e produtores de doença, o que, no limite, demandava uma intervenção baseada no saber médico. (GONDRA, 2004, p. 119).

O discurso da ciência (GONDRA, 2002), recobre um expressivo conjunto de objetos, constituindo campos disciplinares cada vez mais especializados.

No final do século XIX (PORTOCARRERO, 2002), no Brasil, a psiquiatria era ainda, bastante limitada, apesar da luta para a manutenção da ordem social e da criação do hospício em 1830, a situação dos loucos, embora inspirasse a necessidade de cuidados especiais, era ainda considerada ofensiva. A partir do início da República, com as mudanças econômico-sociais, vigentes, verificou-se a necessidade de reformulação do asilo, não apenas com o objetivo de cumprir com as funções terapêuticas, mas também para reforçar o papel médico no poder sobre os anormais. Contudo, a função dos psiquiatras, a partir do século XIX, passou a ser o movimento da medicalização do louco. A psiquiatria passou a demonstrar a ineficiência e a insuficiência do hospício, mostrando a necessidade da multiplicação de instituições amparadas por lei, que se responsabilizassem pela normalização do degenerado, ordenando, assim a sociedade.

O processo de 'psiquiatrização' do alienado corresponde ao objetivo da normalização do louco por meio de uma política de saúde mental. Sem dúvida, tal política articula um código teórico (as nosografias), uma tecnologia de intervenção (terapia), um dispositivo institucional (o asilo), um corpo de profissionais (médicos) [...]. (PORTOCARRERO, 2002, p. 98)

A partir do início do século XX, a psiquiatrização ganha força e o psiquiatra Juliano Moreira – higienista brasileiro -, trabalha para implantar um modelo de intervenção médica, capaz de esquadrihar a cidade urbanizada, incidindo sobre os indivíduos desordeiros, inúteis, loucos; todos os considerados resíduos da sociedade e que ameaçavam a ordem e a disciplina da mesma.

O saber classificatório da psiquiatria passa a ser entendido, como fundamental para uma classificação mais uniforme das doenças mentais. A classificação se transforma em importante instrumento médico-científico, voltado para um maior controle da população e da saúde para o Estado, assim, todo indivíduo desviante dos padrões de normalidade (que ameaçam a disciplina da sociedade) é definido como patológico. Surge, desde então, a partir de 1910 através da Repartição Geral de Estatística, um plano de classificação uniforme, pois os dados estatísticos configuravam uma modalidade de controle, como uma forma de fiscalização da própria psiquiatria.

A partir de 1920, a medicina mental, aliada à legal, impõe a necessidade de maior precisão sobre a natureza do alienado, assim, instiga o debate científico sobre o louco e os diversos tipos de degenerações a serem compreendidas como incapacidade mental.

A prática psiquiátrica do século XX, por conferir um caráter médico a várias instâncias da sociedade e possibilitando o surgimento dos anormais diferencia-se da prática psiquiátrica do século XIX que era restrita a psiquiatrização do hospício, pois a “[...] medicalização das outras instâncias sociais origina novos espaços terapêuticos e preventivos, criando um sistema de assistência totalmente novo.” (PORTOCARRERO, 2002, p. 102) E ainda,

Torna-se fundamental a psiquiatrização não somente do louco propriamente dito, mas do louco em potencial, representado por todo e qualquer indivíduo normal, na medida em que este pode, por um processo de degeneração, adquirir uma doença mental; e, principalmente, dos anormais, degenerados – alcoólatras, epléticos, sífilicos, etc. – mais vulneráveis e sujeitos, pela decadência moral e degenerescência física, à loucura. (op. cit., p. 103)

Desta forma, a psiquiatria passa a dedicar seu saber ao conhecimento dos desviantes – degenerados e criminosos, e da anormalidade. A anormalidade passa

a ser, assim como o desvio mental, medicalizada com o objetivo de corrigir, cuidar e reeducar, da mesma forma que aconteceu com a loucura no século XIX.

Neste caso, como apresentado nos *Archivos*, trata-se de intervir nos locais predispostos a loucura, tais como, a família, a escola, as forças armadas, na intenção de prevenção e profilaxia. Não se trata mais, desta forma, de medicalizar o asilo, mas sim a sociedade como um todo.

Conforme Castel (1976), esse novo cenário da psiquiatria brasileira aponta para o surgimento de projetos de institucionalização de estabelecimentos especiais, não só para o louco, mas para outros tipos de degenerados. O aumento do número de incuráveis, e o surgimento dos 'ineducáveis' promove o aparecimento de um campo indefinido de intervenções.

O que era hospital psiquiátrico tornou-se espaço destinado a outros objetivos, um dos objetivos bem demarcado por Portocarrero (2002, p. 108), e percebidos também, nos *Archivos*, foi a organização de unidade de reabilitação para deficientes muito graves. O que se tem no Brasil, a partir do final do século XIX é a transformação do saber e da prática psiquiátrica, permitindo perceber, desta forma, um novo sistema de assistência ao alienado, a ordem não é mais restringir a assistência ao asilo, mas estender às forças armadas, família, escola, diretamente relacionada ao problema da alienação mental. Neste sentido, a mudança do sistema assistencial estabelece relação não apenas com o doente mental, “[...] mas agora também com o Estado, a família, a justiça, a legislação, a escola e outros indivíduos – os anormais -, originando as instituições asilares que hoje conhecemos.”

A mudança no campo de ação da psiquiatria do século XIX, de uma modalidade asilar (hospício), para diversas formas asilares, promove a estruturação de instituições especiais adaptadas às necessidades da população: os desviantes, epiléticos, delinqüentes, alcoólatras, sífilicos, deficientes; todos considerados anormais. A psiquiatria propõe assim, para cada caso, um tipo especial de assistência, separando os degenerados dos doentes mentais, sugerindo um tratamento especial de reeducação para os degenerados e de medicalização e patologização para o doente mental.

Essa ampliação dos limites da psiquiatria, conforme demonstra Portocarrero (2002, p. 109), se explica a partir da concepção médica da anormalidade, que surge no final do século XIX para “[...] designar os indivíduos que como os loucos e ao

contrário dos normais, não são disciplináveis, mas não podem ser incluídos na categoria dos doentes mentais propriamente ditos.”

O saber e a prática psiquiátrica são largamente difundidos na construção da nova sociedade, porque se fundamentam na ciência, no conhecimento das causas da doença mental, que prejudicam o desenvolvimento social, econômico, político e a liberdade individual, compreendidos como fundamentais ao progresso da nação.

O novo formato da psiquiatria implica, no desenvolvimento de pesquisas, tecnologia, abertura de laboratórios, serviços cirúrgicos, normas medicalizadas de educação; auxilia a seleção de imigrantes, de soldados, questão discutida durante a apresentação dos *Archivos* no capítulo anterior.

A cura científica para a anormalidade ganha ênfase na assistência ao alienado no Brasil, assinalando a ruptura entre a prática psiquiátrica do século XIX e a do século XX.

Tem-se que a criação do hospício obedece, a partir do século XX, à exigência de não receber os idiotas, imbecis, epiléticos ou paralíticos dementes que eram considerados incuráveis, e que poderiam conviver com a família, o hospício deveria receber apenas os loucos e curáveis.

Inaugurou-se, na época, conforme aponta Portocarrero (2002), a chamada *fase dos cuidados curativos*, em que os psiquiatras preocupados com o respaldo científico às medidas assistenciais, tentam diferenciar as modalidades de assistência de acordo com as diversas formas de doenças do cérebro, organizando hospitais-colônias especiais para epiléticos, deficientes, imbecis, etc. Essas novas modalidades de assistência “[...] resultam da divisão dos indivíduos da sociedade entre normais e anormais e da subdivisão dos anormais em diferentes tipos, [...]”. Assim como o “[...] tratamento institucionalizado, especial para cada tipo de doente [...]”. (p. 113)

No que diz respeito à deficiência surgem as mais variadas classificações: deficiência física, deficiência visual, deficiência auditiva, deficiência mental, assim como, as diversas síndromes: síndrome de Asperger, síndrome de Dow, o autismo, os distúrbios de aprendizagem, a superdotação, etc.

A divisão entre normais e anormais é uma concepção que surge no Brasil, exatamente na época em que a força de trabalho, força produtiva não pode ser perdida, mas normalizada, assistida, devendo os degenerados ser tratados para se

tornarem úteis a sociedade diminuindo o risco de entrave para o desenvolvimento da nação.

A idéia desenvolvida anteriormente sobre a mudança na forma de conceber o louco, o doente mental, o anormal, nos permite compreender quais as condições que parecem ter contribuído para uma mudança na forma de conceber, também, o deficiente e que possibilitou o surgimento de instituições especializadas para o *anormal-deficiente*, no Brasil.

No Brasil (PATTO, 1999), a primeira República é o marco principal da década de 1920. Embora tenha sido um período carregado de resquícios do período anterior, - monarquia e escravocrata -, o mesmo acena para um cenário de idéias que se oficializaram a respeito da natureza humana. Pensando particularmente no Brasil, se constitui necessário refletir sobre a educação brasileira nesse período, no que diz respeito à escolarização e suas dificuldades, na tentativa de encaixar o discurso produzido sobre os anormais - deficientes.

A autora destaca que, o período de 1889 a 1930 corresponde a uma República oligárquica, eivada de arranjos internos e manipulação de votos, desembocando numa política autoritária e elitista muito semelhante com a praticada durante o Império. Apesar de a Primeira República estar instalada em 1930, a rede pública de ensino cresceu inexpressivamente e o país possuía, neste período, aproximadamente 75% de uma população adulta de analfabetos, comparados aos 90% do início da República. Haja vista que a educação escolar era privilégio de poucos.

O movimento educacional denominado de Escola Nova, iniciado no século anterior nos países europeus e norte-americanos influenciou fortemente as reformas educacionais que ocorreram entre as décadas de 1920 e 1930 no Brasil. A exemplo podemos citar

[...] a de Sampaio Dória, em São Paulo (1920), a de Lourenço Filho, no Ceará (1923), a de Anísio Teixeira, na Bahia (1925), a de Mario Casassanta, em Minas Gerais (1927), a de Fernando de Azevedo, no Distrito Federal (1928) e a de Carneiro Leão, em Pernambuco (1928) [...] (PATTO, 1999, p. 78)

As várias reformas educacionais ocorridas no cenário brasileiro refletiam o “entusiasmo pela educação” e o “otimismo pedagógico”, porém não configuraram em

mudanças imediatas e significativas para a organização escolar brasileira, somente nas décadas subseqüentes foi possível avaliar a importância destes anos para a educação brasileira e para a história de nosso país.

Nas décadas anunciadas, no Brasil existia com base no ideal de normalidade¹⁰⁸ a preocupação de explicar a anormalidade, as diferenças entre grupos e raças e, conseqüentemente, na escola, as diferenças de rendimento escolar. Neste sentido, salienta-se que a psicologia das diferenças individuais juntamente com os princípios defendidos pela Escola Nova, deslocou para os grandes centros urbanos brasileiros a preocupação em medir as diferenças individuais, e implantar uma escola que as levasse em consideração.

Era necessário organizar uma pedagogia que se harmonizasse com as potencialidades dos indivíduos, que apresentam capacidades e limitações diferenciadas para aprender.

Também no Brasil, entre 1920 e 1930, existiu o chamado *movimento dos testes*, impulsionado por várias Escolas Normais e Diretorias gerais da Instrução Pública. Os dois grupos de testes (LOPES e FIALHO, 1929, p.69), bastante distintos entre si, que se destacam nesse momento, são os testes psicológicos e os testes pedagógicos; o primeiro se destina “[...] à pesquisa dos processos relacionados com a vida psychica [...]”, podendo ser aplicados apenas por um profissional habilitado – o psicólogo, devido sua característica de mensuração, a partir de questões estalonadas, e o segundo - os testes pedagógicos, destinados à avaliação do conhecimento podendo ser aplicado pelo educador, uma vez que as questões construídas, não são estalonadas, embora aplicadas em grupo piloto e exigindo a necessidade de grupo controle.

A questão a destacar nesse período foi à organização científica da Psicologia, e o início da institucionalização dessa área como disciplina nas Escolas Normais. Ou seja, temos a Psicologia aplicada a Educação¹⁰⁹ de forma objetiva e prática. Há que

¹⁰⁸ “[...] uma norma só é a possibilidade de uma referência quando foi instituída ou escolhida como expressão de uma preferência e como instrumento de uma vontade de substituir um estado de coisas insatisfatório por um estado de coisas satisfatórias [...]” (CANGUILHEM, 2002, p. 212). Conforme afirma Canguilhem (2002), a norma é a referência de uma ordem possível, que permite e exige uma contestação (contra-norma) para se fazer norma.

¹⁰⁹ A psicologia passa a ser disciplina fundamental na formação dos educadores. Entretanto, os mesmos recebem noções sobre o desenvolvimento infantil a ser aplicado na construção das provas pedagógicas, pois a avaliação psicológica é um procedimento que visa avaliar, através de instrumentos previamente validados determinada função, os diversos processos psicológicos que compõe o indivíduo, sendo o psicólogo o único profissional habilitado para exercer esta função. (LOPES e FIALHO, 1929)

se destacar também, que esse movimento possibilitou a organização científica, não somente da Psicologia, mas também da área da Pedagogia, a curiosidade científica adentra as escolas na tentativa de explicar o fracasso escolar¹¹⁰ de alguns alunos. O movimento da utilização dos conhecimentos da Psicologia aplicada à educação foi expressivo no Brasil,

No [Rio de Janeiro], no ano de 1924 [...] Waclau Radecki e seus colaboradores, ministrou cursos de psicologia experimental e realizou trabalhos de terapia psicológica e psicopatologia, seleção de aviadores e testes de inteligência de adultos. [...]

Em Pernambuco, também cercado de colaboradores, o médico neurologista **Ulisses Pernambucano, diretor da Escola Normal de Recife e do recém-criado Instituto de Seleção e Orientação Profissional (1925), realizou várias pesquisas de testes psicológicos, além da criação da Escola Normal para deficientes mentais. [...]**

Em Minas Gerais, a partir de 1928-1929 a Universidade de Minas Gerais e, posteriormente o Laboratório de Psicologia da Escola Normal de Belo Horizonte, receberam psicologistas de renome: Leon Walter, Helena Antipoff e Eduard Claparede.

A partir de 1929, quando Helena Antipoff assumiu a chefia do laboratório da Escola de Aperfeiçoamento, foram realizados estudos de psicologia aplicada, desenvolvimento mental de crianças; organização das classes nos grupos escolares; trabalho e vocação; inteligência, meio social e escolaridade entre outros assuntos [...]

Na Bahia, a Diretoria-Geral da Instrução Pública promoveu o curso de medidas da inteligência e dos resultados escolares (testes) ministrado por Isaias Alves. (MONARCHA, 2001, p.15, grifo nosso)

Os testes ABC, elaborados por Lourenço Filho e seus colaboradores, tinham como objetivo analisar o rendimento humano. Para Monarcha (2001), uma Psicologia Diferencial que mensurava os alunos em fortes, médios e fracos¹¹¹, para adequar didaticamente um ensino também diferencial¹¹².

¹¹⁰ Ocorreu amplamente um processo denominado (COLLARES, 1996; PATTO, 1999) de medicalização do ensino. No qual tornaram-se necessários exames complementares, de caráter médico-orgânico e neuropsicológico, para identificar um possível defeito orgânico.

¹¹¹ “[...] Quando o número dos alunos e o orçamento do Estado o permitem, subdivide-se cada classe em uma classe forte, para os mais inteligentes e uma classe fraca para os que têm mais dificuldade em segui-la [...]. Numa das (classe A), seguem-se métodos mais abstratos; na classe B, métodos mais concretos [...]” (CLAPARÈDE, 1951, pp. 150-151). A divisão acontece a partir da capacidade de cada aluno.

¹¹² Claparede sobre essa questão afirma que era um vício comum “[...] agrupar em uma única e mesma sala quarenta e cinquenta alunos apresentando diferenças consideráveis no seu desenvolvimento intelectual, físico e moral. Assim é que os fortes e os fracos são sacrificados, pois o mestre é obrigado a trabalhar para a média. [...]” (CLAPARÈDE, 1951, p. 148)

O movimento dos testes, a presença ativa de psicologistas de renome, as experiências realizadas em laboratórios levam a psicologia objetiva ao encontro da opinião pública e das autoridades administrativas, tornando-se um dos principais temas do discurso oficial. (MONARCHA, 2001, p.25)

Tanto a psicologia científica, quanto a pedagogia nova, se organizaram e propuseram identificar os menos capazes e os mais capazes, para assim poder além de identificar, promover os mais capazes.

A Psicologia, ao tentar servir a todos os setores sociais, não somente na área da educação, acabava por atender os interesses existentes naquele período histórico (final do séc. XVIII e início do séc. XIX nos países do leste europeu; e final do século XIX e início do séc. XX no Brasil). Como já mencionado, o elevado índice de crianças com histórico de fracasso escolar, impulsionou o aparecimento da Psicologia Diferencial, que propunha, a partir da Psicometria, a mensuração do Quociente de Inteligência daqueles alunos ditos “fracassados”.

Vale ressaltar, nesta discussão, que o Brasil, em meados de 1920, estava em processo de desenvolvimento industrial em algumas cidades. Assim, era necessária uma instrução profissional, ou seja, uma organização científica do trabalho, para se ter um trabalhador com saúde física e mental que produzisse melhor *homem certo no lugar certo*. (CLAPARÈDE, 1951) Neste contexto, a Psicologia exerceu forte influência. Todavia, podemos entender por que a defesa do escolanovismo, pois esse movimento, “[...] fazia parte de um projeto de sociedade, com base na modernidade, para a qual se fazia necessário um ‘homem novo’, esculpido para suas necessidades, sendo que tal tarefa deveria ser tomada pela educação”. (ANTUNES, 1991, p.162) A psicologia, pretendendo ser científica passou a dar base e sustentação ao movimento escolanovista, que também pretendia constituir uma Pedagogia Científica.

Em que o principal substrato pedagógico foi o escolanovismo, e dentre as quais vale ressaltar a Reforma do Ensino no Ceará, empreendida por Lourenço Filho em 1922, e a Reforma do Ensino de Minas Gerais, realizada em 1929, por Francisco Campos. Junto a isso, e disso decorrente, surgiram os primeiros profissionais especialmente voltados para a Educação como Lourenço Filho, Fernando Azevedo e Anísio Teixeira, dentre outros. (ANTUNES, 1991, p.162-163)

Anísio Teixeira pode ser considerado um dos protagonistas da constituição da psicologia como ciência, ou para alguns autores, o que estabeleceu definitivamente a Psicologia Científica no Brasil. A partir do movimento do escolanovismo, a psicologia torna-se uma exigência principal para educação, “[...] não somente a Psicologia, mas outras ciências vieram também dar sustentação científica à Escola Nova, como a Sociologia, a Antropologia e a Biologia.” (ANTUNES, 1991, p.163) Mas foi a psicologia, que teve um destaque maior nesse contexto, especialmente com a produção de vários livros sobre essa área do conhecimento e também a presença de vários psicólogos estrangeiros no país ministrando cursos de formação em psicologia e organizando laboratórios de psicologia anexos as Escolas Normais.

Segundo Antunes

É possível afirmar que foi a Psicologia o pilar de sustentação científica para a nova concepção pedagógica. A Psicologia, muitas vezes aliada ao conhecimento médico (principalmente a Pediatria), era a ciência que cuidava do indivíduo e das diferenças individuais (representada pela Psicologia Diferencial e suas técnicas, particularmente a Psicometria), do processo de desenvolvimento psíquico, da aprendizagem, da dinâmica das relações interpessoais, da personalidade, das vocações e aptidões, das motivações etc. (1991, p.164)

Percebe-se no trecho anterior, um esforço da autora de demonstrar uma Psicologia que ainda não era percebida como ciência, essa idéia reforça a possibilidade da invenção do saber psicológico, a partir da idéia de loucura que se desenvolveu na idade Clássica e que é concebida nos textos de Foucault. Para tanto, começamos a perceber a utilização da Psicologia na escola como recurso para sanar algumas dificuldades que muitas vezes eram oriundas da sociedade em estruturação, mas que passaram a ser de responsabilidade do indivíduo. Nisto os higienistas com seus saberes médicos começaram a contribuir com a organização e normalização dos comportamentos desviantes da ordem estabelecida como sendo a padrão dos alunos e crianças.

Enquanto a instrução pública começa a ser organizada ainda no período imperial, as informações referentes aos deficientes na época do império (JANNUZZI, 1985, 2004) no Brasil, são quase que inexistentes. A educação dos deficientes surge em estreito relacionamento com o modo de organização da sociedade.

A concepção de anormalidade e normalidade que surgiu na época possibilitou a invenção de instituições especializadas para o tratamento específico de cada tipo de degeneração. Por isso, é possível dizer que institucionalmente, ainda que de forma tímida, a educação/tratamento dos deficientes, no Brasil, surgiu no final do século XIX e início do século XX.

Segundo Jannuzzi (1985, 2004), como já mencionado, no início do século XX, no Brasil, foi difundida a teoria da Escola Nova – que exerceu forte influência no contexto educacional geral, de modo que a mesma recebeu influência dos educadores que atuavam com crianças deficientes, como Montessori¹¹³ e Decroly¹¹⁴, especificamente por elucidar a relevância dos procedimentos metodológicos do ensino.

Enfim, os valores morais apregoados pela educação proposta pela *Liga Brasileira de Hygiene Mental* não rompiam com o passado, buscou aproximar o país de uma forma política *República*, e de uma forma de trabalho a indústria, já existente na Europa e nos EUA. Pela campanha de saneamento moral, concomitante, os higienistas pretendiam, sobretudo, criar um *homem civilizado* no Brasil, aquele homem já solicitado pela filosofia clássica e representado como um homem contido, *bem educado, disciplinado socialmente*, para isso, contou com o saber médico, responsável em segregar, medicalizar, reabilitar e normalizar.

Por meio do domínio da cidade, o Estado moderno assumia o controle do espaço social e, portanto, de formação do homem urbano, no país e, a *Liga Brasileira de Hygiene Mental* ajudou nesse processo, na medida em que redefinia o papel do indivíduo na sociedade.

Apesar da primeira Constituição do Brasil, datada de 1824 (JANNUZZI, 1985; 2004) garantir como direito político e civil do cidadão a “instrução primária e gratuita a todos”, somente em 15 de outubro de 1827 foi decretada a Lei Orgânica do Ensino Primário (1827-1946).

¹¹³ Maria Montessori (1870-1956), médica italiana desenvolveu um programa de treinamento para crianças com retardo mental nos internatos de Roma, enfatizando a ‘auto-educação’ pelo uso de materiais didáticos que incluíam dentre outros, blocos, encaixes, recortes, objetos coloridos e letras em relevo (MAZZOTTA, 2005).

¹¹⁴ Educador belga e também médico, Ovide Decroly (1871-1932), interessou-se especialmente, mas não apenas, pelas crianças com Necessidades Especiais, e com seu método dos centros de interesse, cujo programa apresentava o conhecimento adquirido pela criança associado as suas necessidades de alimentar-se, de defender-se contra perigos e acidentes diversos dentre outros, rompeu com a rigidez dos programas de ensino de seu tempo, logo estes centros tinham uma visão globalizadora. (MAZZOTTA, 2005)

A escola de primeiras letras da época, organizada também a partir da idéia de normalização, além de conter uma proposta de metodologia, na qual, submetia os alunos mais atrasados ao ensino dos mais adiantados¹¹⁵, era também considerada sofisticada demais para o período.

Assim como a educação fundamental desenvolveu-se de forma inexpressiva, a educação das crianças deficientes também encontrou pouca manifestação. A preocupação existente era no sentido de proteger juridicamente a sociedade do adulto deficiente físico ou moral.

[...] o atendimento escolar começou com este deficiente físico, em instituição especializada (MEC-CENESP: 1974-5), particular, em São Paulo, junto à irmandade da Santa Casa de Misericórdia, em 1600, portanto ainda no Brasil – Colônia. (JANNUZZI, 1985, p. 21)

Entretanto, somente por volta de 1835, foi apresentado um projeto pelo deputado Cornélio França, que propunha a criação do cargo de professor de primeiras letras para surdos-mudos. Essa proposta foi concretizada parcialmente apenas dezenove anos mais tarde. Outro dado relevante neste período é a criação em 1854 do Imperial Instituto dos Meninos Cegos¹¹⁶ e o Instituto dos Surdos-Mudos¹¹⁷, em 1856.

Respectivamente, em 1874, os institutos atendiam 35 alunos cegos e dezessete surdos. “[...] numa população que em 1872 era de 15.848 cegos e 11.595 surdos [...]”. (JANNUZZI, 1985, p. 22)

Conforme aponta Jannuzzi (1985; 2004) existe o registro por volta de 1874 (fim do Império), de uma instituição para deficientes mentais (de atendimento especializado), criada junto ao Hospital Juliano Moreira, em Salvador (essa instituição surgiu 33 anos após a criação do primeiro hospício no Brasil – o Hospício D. Pedro I); e outra, em 1887, no Rio de Janeiro, denominada de Escola México (de ensino regular, atendendo também deficientes físicos e visuais). As duas escolas de responsabilidade do Estado.

¹¹⁵ Este modelo de metodologia era denominado de Lancaster-Bell. (JANNUZZI, 1985)

¹¹⁶ Mais tarde o Instituto dos Meninos Cegos, durante a República foi denominado de Instituto Benjamim Constant. (JANNUZZI, 1985)

¹¹⁷ Posteriormente foi denominado de Instituto Nacional da Educação dos Surdos (INES). (JANNUZZI, 1985)

Duas outras instituições de atendimento aos deficientes visuais e auditivos foram organizadas, sendo uma em Recife e outra em Niterói. O número de instituições para deficientes físicos, auditivos e visuais, administrativamente vinculadas ao Estado era de seis, até o período da República. Durante a República Velha o predomínio de atendimento as deficiências mais visíveis vai desaparecendo, e a partir de 1920 a 1930 é a deficiência mental¹¹⁸ que ganha destaque.

A todas essas iniciativas, tem-se vinculada a lógica de separar os anormais da sociedade para serem, medicalizados, tratados, normalizados e posteriormente devolvidos ao meio em que vivem, e em que devem contribuir para o desenvolvimento.

A opção em fazer um esboço sobre o atendimento voltado ao deficiente no término do império ocorre no sentido de demonstrar e registrar o silêncio existente até então em relação aos mesmos.

[...] Este silêncio foi tão grande que nem se encontrou quem eram estes educandos abrigados nos estabelecimentos para **deficientes mentais**. Eram provavelmente os mais lesados; os que se **distinguiam**, se **distanciavam**, **os que incomodavam**, ou pelo aspecto global ou pelo comportamento altamente divergente. Os que não o eram assim a olho nu estariam incorporados às tarefas sociais simples, numa sociedade rural desescolarizada. (JANNUZZI, 1985, p. 28)

Com a proclamação da República em 1889, a gratuidade do ensino presente no texto constitucional de 1824 desapareceu e somente reapareceu em 1934, juntamente com a obrigatoriedade do ensino.

Conforme a necessidade da organização de diversas instituições especializadas para cada anormalidade, surgem, ainda que timidamente, a organização de escolas para deficiente mental a partir de 1918 passou a desenvolver-se em alguns Estados como Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo. Juntamente com as escolas para os deficientes surgem outros profissionais interessados na área, como professores, psicólogos, médicos, etc. Por volta de

¹¹⁸ “[...] a educação de deficientes, provavelmente surgiu pelo trabalho promovido por algumas pessoas sensibilizadas com o problema, que encontraram apoio governamental, num momento em que a elite intelectual estava preocupada em elevar o país ao nível do século. A França, [...] tivera a educação do deficiente mental iniciada desde Itard (o primeiro a acreditar na educabilidade do deficiente mental), em 1800, [...] Posteriormente, Edouard Séguin, a partir de 1840, com os deficientes mentais do Hospício dos Incuráveis de Bicêtre, (DEBESSE e MIALARET, 1977, p. 369)

1920, salienta Jannuzzi (1985; 2004), mesmo que de forma imprecisa surge um campo de saber e de prática, na tentativa de concretizar uma ação pedagógica própria voltada para os deficientes e familiares.

Entretanto, ainda são os surdos e os cegos os maiores contemplados com instituições especializadas. Inclusive ganharam como padrinho o ministro Benjamim Constant¹¹⁹.

Desde o Império, o Serviço de Higiene e Saúde Pública esteve ligado à área médica e com grande influência na educação, repercutindo na criação de classes especiais e na formação de pessoal para trabalhar com pessoas deficientes. Em São Paulo, por volta de 1911 originou desse serviço a inspeção médico escolar; no Rio de Janeiro, ainda em 1850, foi organizada a Junta Central de Higiene e Saúde Pública, com o intuito de combater a epidemia de febre amarela. Pouco mais de quarenta anos depois atuou na educação por meio da Inspeção Higiênica dos Estabelecimentos Públicos e Privados da Instrução e Educação. Posteriormente, em 1910 surge a Inspeção Sanitária Escolar, responsável fundamentalmente pela higiene das escolas e a inspeção geral de saúde. Em 1911, (mesmo ano de criação da Colônia Engenho de Dentro), no Rio de Janeiro foi aprovado o “[...] Decreto n. 838, da Reforma do Ensino Primário, Normal e Profissional, que propunha subclasses especiais para crianças híidas e retardadas nas escolas-modelo da capital. (CESAR apud JANNUZZI, 1985, p. 33)

O higienismo e a eugenia, com o ideal de disciplinarização, normalização e regeneração física e psíquica, influenciaram fortemente iniciativas voltadas ao isolamento dos deficientes, assim como a preocupação em relação às nossas taras e degenerescência, como as doenças venéreas, sífilis, tuberculose e deficiências.

A *Liga Brasileira de Higiene Mental* disseminou idéias sobre a deficiência mental em consonância com as discussões sobre problema da profilaxia, com o apoio de Juliano Moreira, que juntamente com o médico Fernando Figueira fundou em 1905, na cidade de Rio de Janeiro, o Pavilhão Bourneville, anexo ao Hospício da Praia Vermelha. O Pavilhão foi organizado com o objetivo de retirar as crianças com problemas patológicos diversos do convívio de adultos, com todo tipo de

¹¹⁹ Ministro do recém-criado Ministério da Instrução, Correios e Telégrafos. Foi homenageado com seu nome gravado no Imperial Instituto dos Meninos Cegos depois de tê-lo reformado. (JANNUZZI, 1985; 2004)

degenerescência, do Hospício Nacional e da Colônia da Ilha do Governador. Essas crianças passaram paralelo ao atendimento clínico, a terem orientação pedagógica.

O mesmo ocorreu em outros locais, como por exemplo, em 1920 em São Paulo, onde foi construído pelo Dr. Franco da Rocha, um pavilhão para o atendimento das crianças no Hospício do Juqueri, que posteriormente recebeu uma escola, - Pacheco e Silva -, com a orientação do professor Norberto Souza Pinto.

Ainda que o tratamento a essas crianças, não se resumisse mais, apenas ao tratamento médico, o que se percebia era a manutenção do segregacionismo desses deficientes, entretanto com a tentativa pedagógica de “[...] sistematizar conhecimentos que fizessem dessas crianças participantes de alguma forma na vida do grupo social de então. [...]” (JANNUZZI, 1985, p. 35). Nasce assim, o que denominamos atualmente - Atividades de Vida Diária, com o intuito de ao menos possibilitar para as crianças deficientes a formação de hábitos de alimentação e de higiene.

Na suposta novidade das escolas-hospitais (GONDRA, 2002) o que permanece é a proposta de construir uma organização em que a prática médica e a educativa se fundissem e possibilitassem a articulação entre ambas, com os princípios fundados na ordem médica.

Houve maior preocupação desde então, com a classificação da anormalidade. Separando assim, os anormais intelectuais, os pedagógicos e os morais¹²⁰. No entanto, até 1920 em todo Estado de São Paulo existiam apenas duas instituições voltadas ao atendimento médico e pedagógico de crianças deficientes.

A noção de anormalidade invade não só a área médica, mas também a educacional. A partir desse período, intensifica-se nas escolas, a separação dos anormais e dos normais, com a utilização de fichas contendo itens em relação a dados antropométricos, observações do físico dos alunos. Em 1929 foi organizada a primeira equipe multidisciplinar (pedagogo, psicólogo e psiquiatra), para trabalhar com as crianças anormais.

Em São Paulo, durante a década de 1920 foi organizado um Laboratório de Psicologia Experimental em Amparo. O mesmo ocupou-se, por determinado tempo em aplicar em escolas públicas da capital, a escala métrica de inteligência de

¹²⁰ Os anormais intelectuais seriam os tardios e também os precoces; os anormais pedagógicos eram os dotados de inteligência e com capacidade inferior a sua idade quanto à instrução; e, os morais eram subdivididos entre os que tinham tara moral. (JANNUZZI, 1985).

Binet/Simon, no qual mapeou uma grande quantidade de alunos com anomalias psíquicas. De acordo com Jannuzzi (1985), foram encontrados 2.884 alunos com anomalias psíquicas de um total referente a 21.883 alunos.

A idéia cultivada a partir desse momento foi a de exame do suposto anormal e a seleção específica para a organização de sessões ou classes de asilos-escolas e de escolas especiais.

O comportamento desajustado, também passa a ser um estigma entre os indivíduos em fase de escolarização, pois as características dessas crianças prejudicavam o desempenho das mesmas. Pode-se verificar a partir da descrição do comportamento irrequieto, a fala exagerada, a não permanência na carteira de estudo, a realização incompleta das atividades escolares, o não cumprimento de instruções, dentre outras. A verificação do comportamento motor diferenciado de tais alunos rendeu aos mesmos, a classificação injusta e incompatível de anormais, sendo que os mesmos apenas necessitavam de cuidados pedagógicos diferenciados.

A educação dos anormais passou assim, a ser defendida (JANNUZZI, 1985; 2004), com a justificativa de que a economia para os cofres públicos e particulares seria maior, uma vez que evitaria asilos, penitenciárias, manicômios, etc. A educação deveria preparar o anormal para a vida moderna.

Para isso, deveriam ser educadas em classes separadas, pois não aprendiam como as normais e era preciso corrigir as faculdades intelectual tais como, memória, atenção, percepção, vontade e juízo; o que não era considerado possível juntamente com os normais. Foi em nome da “ordem e do progresso” que a defesa dessa educação aconteceu, pois seria uma medida preventiva contra o surgimento e aumento de desajustados de toda espécie. Além disso, apostavam que uma educação específica para os anormais contribuiria para o desenvolvimento e o avanço da educação de todos, coisa que a convivência dos anormais com os normais atrapalhava.

Os médicos nessa época continuaram a desempenhar papel importante na educação dos anormais. A proposta de educação para as mesmas, como mencionada, era em classes anexas aos hospitais psiquiátricos, como por exemplo, a já citada Escola Pacheco e Silva (1929). Os médicos “[...] foram os convocados a integrar a Comissão de Higiene Mental e Educação dos Anormais [...]” (JANNUZZI, 1985, p. 61)

Foram eles, também, responsabilizados através do Serviço de Higiene Escolar e Educação Sanitária de organizar classes para débeis mentais em alguns Estados, como por exemplo, em São Paulo. Também foram encarregados pela seleção das crianças anormais e pela busca de soluções para as anormalidades.

Sob a orientação do psicólogo italiano Ugo Pizzoli¹²¹ foi elaborado a Carteira Biográfica Escolar para cada criança

[...] Esse documento constava de nove páginas com fotografias anuais das crianças, seguidas de mensurações diversas, observações antropológicas, físico-psicológicas, dados anamnésicos da família e das crianças, esses obtidos pelo médico [...] dava o caráter específico de cada criança, segundo o tipo normal e anormal e porque ajudava a traçar o método e a didática para o ensino. [...] (JANNUZZI, 2004, p. 54)

A organização dos médicos em relação à seleção e tratamento dos anormais é um capítulo de fundamental importância para a história da constituição das escolas especiais no Brasil.

A educação intelectual, moral e física dos anormais era considerada, nesse momento, o melhor sistema de prevenção contra possíveis atos delituosos futuros que pudessem ser cometidos pelos mesmos e asseguraria a ordem e o progresso para a sociedade. A anormalidade estava sempre sendo relacionada com a criminalidade. Somente por volta de 1935 foram propostos pela ortofrenia¹²², métodos especiais para a educação e tratamento dos anormais.

Helena Antipoff (1930), defendia a idéia de que o ensino especial não deveria ser diferente do ensino regular oferecido a partir da Escola Nova, por isso reforçava que a classe especial deveria fazer parte da formação de todos os professores, pois era indispensável à atitude psicológica por parte dos professores com os alunos em geral.

Neste sentido, reforçou a idéia de organização das classes homogêneas para as turmas de alfabetização: “[...] Classe A (n) – Q.I. mais elevado – total de 40

¹²¹ Psicólogo italiano, diretor da Escola Normal de Modema e catedrático da universidade da mesma cidade, convidado por Oscar Thompson (diretor da Escola Normal de São Paulo), para ministrar cursos de psicologia aplicada à educação para professores e diretores e reorganizar o Laboratório de Psicologia Experimental, no Gabinete de Psicologia e Antropologia Pedagógica, anexo a Escola Normal Secundária de São Paulo.

¹²² Ramo da psiquiatria que se ocupa da reeducação dos doentes mentais. O próprio termo ortofrenia tinha a conotação de “corrigir” ou “consertar o que estava torto” (ANTIPOFF, 1930)

crianças; - Classe B (n) – Q.I. médio – total de 35 crianças; - Classe C – Q.I. inferior – total de 30 crianças.” (JANNUZZI, 1985, p. 85)

Os alunos repetentes deveriam ser distribuídos em classe B e classe C, na primeira os repetentes já alfabetizados em número de 40 e na segunda os repetentes retardados e de inteligência tardia em número de 35. Além disso, existiam as Classes “D e E”. Na Classe “D” eram agrupadas as crianças retardadas e anormais do ponto de vista mental e motor, perfazendo o total de 20 alunos e na Classe “E”, as crianças com anomalias de caráter, sendo apenas 10 alunos na turma. Em 1932, Helena Antipoff criou a Sociedade Pestalozzi, com o objetivo de reunir as pessoas interessadas na pessoa com deficiência.

A deficiência, a partir de 1930, passou a se constituir em uma preocupação para a esfera governamental requerendo por parte da sociedade civil, melhor organização por meio de associações como escolas paralelas a hospitais e ao ensino regular; também foram fundadas várias entidades filantrópicas especializadas, e existe o registro do surgimento de diferentes formas de atendimento em institutos de psicopedagogia, clínicas e centros de reabilitação (em sua maioria, particulares).

A partir de 1930, o termo “ensino emendativo¹²³” começou a ser utilizado por muitos educadores que se interessavam pela educação dos deficientes, inclusive, na literatura voltada para área da deficiência, por exemplo, *A pedagogia emendativa do surdo-mudo: considerações gerais*, escrito por Armando Lacerda, diretor do Instituto dos surdos-mudos (1930-1947). Essa nomenclatura permaneceu até os fins de 1960 e início de 1970. A nomenclatura foi utilizada, inclusive pelos presidentes Getúlio Vargas, em 1937, e Juscelino Kubitschek em 1956-1957. A expressão foi utilizada também, em 1963 por João Goulart, que propôs a reorganização da rede nacional de estabelecimentos de ensino emendativo de nível primário e médio. Essa nomenclatura foi utilizada, ainda, pelo jornal - O Estado de Minas, em 1974.

¹²³ A expressão, advem do termo *emendare* (latim), que significa corrigir falta, tirar defeito, suprir falhas. Até início dos anos de 1970 o termo foi utilizado para designar escolas para alunos deficientes. Como por exemplo, o Instituto de Educação Emendativa da Fazenda do Rosário, instituição especializada em deficiência auditiva, deficiência mental e deficiências múltiplas, de caráter particular localizada na região rural da cidade de Ibareté, no Estado de Minas Gerais (1964); Escola Estadual de Ensino Emendativo, situada no perímetro urbano de Carangola, responsável pelo atendimento especializado de deficientes mentais, problemas de conduta, deficientes físicos e deficientes visuais (1967); escola de caráter municipal em Pará de Minas Gerais, a Escola de Educação Emendativa Doutor Lage, especializada em deficiência mental e deficiências múltiplas (1972). (JANNUZZI, 2004)

Em 20 de outubro de 1943 foi aprovado o decreto n. 5395 que “[...] dispunha sobre o aproveitamento de indivíduos com capacidade reduzida no mercado de trabalho, mas só em 1954 foi instalada uma comissão para sua regulamentação. [...]” (MEC/INEP apud JANNUZZI, 2004, p. 80). Ainda em 1943 abriu no Brasil, a primeira imprensa braile que imprimiu a *Revista Brasileira para Cegos*. Também em 1954 foi solicitado, por Getúlio Vargas, providências quanto ao direito a voto para os deficientes visuais.

Tem-se que, de 1960 a 1970 (JANNUZZI, 2004) houve maior incremento ao atendimento voltado para deficiências diversas, com destaque para a deficiência mental. Quanto à legislação, ainda o que existia a partir de 1934 era o artigo 149 da Constituição de 1934, que embora não trouxesse nada sobre o deficiente, garantia o direito à educação gratuita e obrigatória para todos.

É preciso levar em consideração que, desde 1920, apesar de existir maior preocupação com os deficientes, manifesta pelos Pioneiros da Educação Nova, em 1946 a situação geral da educação especial, ainda era precária. Em 1959 havia 191 instituições para deficientes mentais e 58 para outras deficiências; dez anos depois eram 821 para deficientes mentais e as demais deficiências perfaziam o total de 313 instituições.

A preocupação existente a partir de 1950 é a de manutenção das classes homogêneas, métodos de ensino com enfoque psicológico e, também, com a atuação de associações que começam a surgir em 1934, como por exemplo, a Sociedade Pestalozzi e as APAES – Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais, surgidas em 1954.

A atenção nessa época intensifica-se em relação à normalização dos anormais; forte característica da sociedade moderna. Tem-se, por exemplo, a utilização de “[...] informações baseadas no conhecimento terapêutico para desenvolver órgãos fonatórios: ritmo da respiração, ginástica respiratória, uso das cordas vocais, exercícios de sopro, etc. [...]” (Op. cit., 2004, p. 88). Com o objetivo de fomentar a prevenção, a medicalização e a prevenção do anormal, surgem campanhas de reabilitação de toda natureza. Para exemplo dessas podemos citar: a Campanha para a Educação do Surdo Brasileiro (1957); a Campanha Nacional de Educação e Reabilitação dos Deficientes Visuais, (1958) e a Campanha Nacional de Educação e Reabilitação dos Deficientes Mentais (1960). A primeira tinha a preocupação de promover as medidas necessárias para a educação e assistência

dos surdos, em todo o Brasil; a segunda campanha - visava de acordo com Jannuzzi (2004, p. 89), educar e reabilitar os deficientes da visão, “[...] manter e instalar Centros de Reabilitação e Oficinas Protegidas, Programa de Reabilitação Domiciliar, integração ao comércio, indústria, agricultura, atividades artísticas e educativas [...]” em instituições privadas e públicas, além de recenseamento, pesquisas médico social, médico-pedagógicas, formação de pessoal especializado, etc. A última campanha, voltada ao deficiente mental, tinha por finalidade - promover em todo território Nacional, a “[...] educação, treinamento, reabilitação e assistência educacional das crianças retardadas e outros deficientes mentais de qualquer idade ou sexo” (MAZZOTTA, 2005, p. 52).

É interessante perceber como os personagens que compõem a *Liga Brasileira de Higiene Mental* possuem estreitas relações com a educação do deficiente, a educação como um todo e, portanto, com o controle da população. Tanto que desde 1919 (JANNUZZI, 2004), a higiene repercutiu na formação dos professores, no qual passou a constar no curso normal a disciplina - higiene escolar. Valério Konder, Paschoal Leme, Anísio Teixeira e Pedro Ernesto, além de preocuparem-se com a higiene escolar, também se interessaram pela educação infantil. O doutor Arthur Moncorvo Filho, depois de um congresso em 1922 criou em 1940 o Departamento Nacional da Criança, dirigido pelo médico Olindo Oliveira. A “escola” foi destinada ao tratamento médico-pedagógico.

Em 1925, foi fundada, em Recife, por Ulysses Pernambucano, uma escola para anormais e foi organizada uma equipe interdisciplinar para atender essa problemática. Desta forma cumpre dizer que os médicos “[...] foram os profissionais convocados a integrar a Comissão de Higiene Mental e Educação dos Anormais, na recém fundada Sociedade de Educação em 1928, associação paulista [...]”. (JANNUZZI, 2004, p. 100)

Ressalta-se, na educação do deficiente, desde o início do século XX, a psicologia das diferenças individuais, como mencionado, oferecendo suporte para metodologias específicas e diferenciadas a cada problema e a dispersão dos saberes e das práticas voltadas aos deficientes.

Em função da necessidade de métodos especiais, de não prejudicar os educandos normais, e, em função também, da disciplina, da moralidade, da ordem no estabelecimento de ensino, Norberto Souza Pinto, em 1935, parte da idéia de

segregação¹²⁴ total dos deficientes, em escolas totalmente separadas, até a proposta de aceitá-los em classes especiais nos mesmos estabelecimentos de ensino do “normal”.

A partir do século XX, as pessoas com deficiências passam a serem vistas como pessoas com direitos e deveres de participação na sociedade, mas ainda sob uma visão assistencialista-terapêutica e filantrópica.

Por volta de 1940, foram criadas várias instituições que atendiam crianças deficientes, especialmente as com deficiência mental e os cegos, como o Lar Escola São Francisco, Fundação Para o Livro do Cego (Dorina Nowill), Sociedade Pestalozzi e Centro Israelita de Assistência ao Menor - Ciam. No ano de 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Artigo 26º proclama, no item 1, que "toda a pessoa tem direito à educação. A educação deve ser gratuita, correspondente ao ensino elementar fundamental. O ensino básico é obrigatório. O ensino técnico e profissional deve ser generalizado"; no item 2, estabelece que a "educação deve visar à plena expansão da personalidade humana e ao reforço dos direitos do homem e das liberdades fundamentais e devem favorecer a compreensão, a tolerância e a amizade entre todas as nações e todos os grupos raciais ou religiosos". No Artigo 27º, o item 1 proclama que "toda a pessoa tem o direito de tomar parte livremente na vida cultural da comunidade, de usufruir as artes e de participar no progresso científico e nos benefícios que deste resultam". A Declaração apresenta a importância da liberdade e da igualdade, pois ambas estão interligadas. Desta maneira, a importância da diversidade se impõe como condição para o alcance da universalidade e a indivisibilidade dos Direitos Humanos (BRASIL, 2004b, p.14).

Entende-se, nesse contexto, portanto, que a concepção sobre o anormal, medicalizado, reabilitado e normalizado, a partir de suas individualidades, cada qual, com suas especificidades, aponta para a necessidade da institucionalização das diversas degenerações, dentre elas, o deficiente, que a partir do século XX, não mais deveria ser visto como louco, incapaz, resíduo da sociedade, mas como

¹²⁴ Segregação, nesta dada época tem a conotação de: colocar o “diferente” junto com seu semelhante, diferente do princípio de Integração, que refere-se a abrir as portas para a participação de TODOS. Não existem adaptações da escola/sociedade, o aluno/cidadão adapta-se para, o conviver juntos. (BRASIL, 1994)

indivíduo diferente, que necessita acompanhamento terapêutico e educacional especializado.

Os saberes médicos, desenvolvidos na época em questão, trazem contribuições para mudanças sociais e culturais, advindas da medicina geral e também da medicina legal, possibilitando assim, o aparecimento da figura do anormal, como o deficiente, também nos saberes educacionais e jurídicos e por consequência, a criação de leis e documentos específicos em relação a esse indivíduo.

Isso tendo dito, verifica-se que em 1960, a educação especial no Brasil, aparece pela primeira vez na LDB nº 4.024/61. As políticas e propostas educacionais para as pessoas especiais são regulamentadas nessa lei, de forma a estabelecer, organizar e atribuir as funções entre os serviços públicos e privados. Ainda em 1960, surgem teorias defendendo a adequação dessas pessoas à sociedade para permitir sua integração, a partir do preceito da normalização.

Essa lei expressa, portanto, o início do atendimento das pessoas deficientes e dispõe que: “A educação de excepcionais deve, no que for possível, enquadrar-se no sistema geral de educação, a fim de integrá-los a comunidade” (BRASIL apud ALMEIDA, 1985, p.30).

O anormal-deficiente (BUENO, 1993) passa a ser concebido como o excepcional, pois, a excepcionalidade deixou de ser considerada uma doença e passou a ser considerada uma condição. A percepção sobre a anormalidade, ganha nova forma e, o deficiente, no contexto da anormalidade, passa a ser pensado como indivíduo, com direitos, a vida e a educação.

A idéia sobre o deficiente, desde então, era a de medicalização, reabilitação e normalização para a melhor adequação desse indivíduo na sociedade, ou seja, uma forma de devolver o indivíduo ao contexto de origem o mais possivelmente normalizado e, portanto, integrado.

Entender como o deficiente era concebido na Modernidade se torna relevante, na medida em que a concepção de anormal construída por uma dada época, e, não por outra, nos mostra que os saberes se dispersaram, possibilitando o aparecimento de uma nova cultura, um novo arquivo.

Conforme Foucault nos mostra, as mudanças, ocorridas na forma de conceber o louco, na Idade Média, na Renascença, no Classicismo e na maturidade da Modernidade (medicina social); tornou possível, pensar qual o lugar que o

deficiente ocupa na sociedade contemporânea, possibilitando o surgimento de outras concepções sobre o indivíduo deficiente, como, por exemplo, o de acesso e permanência nas escolas de ensino regular, a partir das Políticas Nacionais de Educação para o deficiente.

CAPÍTULO IV

A CONSTITUIÇÃO DA ESCOLA ESPECIAL: A POSSIBILIDADE DE UMA POLÍTICA NACIONAL DA EDUCAÇÃO ESPECIAL – PROJETO DE NORMALIZAÇÃO DO CORPO SOCIAL

Pensando sobre os saberes médicos que se desenvolvem, a partir do século XX, no Brasil, compreendemos que a educação especial se inscreve como uma prática do discurso médico, com força de verdade e que tem por finalidade exercer um poder de normalização sobre o indivíduo deficiente. Para tanto, entre os vários discursos da Educação Especial, o que envolve as políticas para a educação especial merece destaque, por nos permitir, a partir das práticas estabelecidas investigar qual o tipo de saber padronizado sobre o deficiente, para a população, como um todo.

O exercício, neste capítulo, é de compreensão dos saberes instituídos nas políticas de educação especial, a partir do século XX, constituidores de um dispositivo¹²⁵ de saber, de poder e de normalização. A constituição da escola especial, relacionada com os objetivos da medicina moderna, concebida como medicina social, é compreendida, como uma tecnologia do corpo social. O sujeito é visto como individualidade, mas também como população, por isso, a partir do momento em que se destaca a *Liga*, no Brasil, a medicina (MACHADO, 1978) tem o objetivo de urbanizar, civilizar o homem, formar ou reformar física e moralmente o indivíduo.

Entender as Políticas voltadas à constituição da escola especial como um dispositivo de saber e de normalidade é entendê-las a partir de um conjunto de práticas discursivas e não discursivas, que circulam em dada época e, que estão implicadas em relações de poder, produzindo uma idéia de verdade.

¹²⁵ Como já evidenciado no primeiro capítulo a idéia de dispositivo trabalhada nesta pesquisa é a idéia, que se constrói a partir da rede de relações que podem ser estabelecidas entre os discursos formulados sobre o deficiente, as instituições organizadas para o atendimento do deficiente, a arquitetura das escolas disponível, as regras elaboradas para os mesmos, as **leis criadas** com o intuito de regular o atendimento desse indivíduo, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, enfim, o dispositivo estabelece a lógica da existência desses elementos para a interpretação do funcionamento da prática existente.

A suposição do poder (POPKEWITZ, 2001) molda as discussões sobre inclusão/exclusão nas pesquisas educacionais e em especial na política, ou seja, o que fazer para transformar as práticas - oferecidas ao atendimento pedagógico-terapêutico, dos deficientes – universais, a serem seguidas por todos?

O atendimento ao deficiente, tradicionalmente foi estruturado como atendimento educacional especializado substitutivo ao ensino comum, evidenciando diferentes compreensões, terminologias e modalidades que levaram à criação de instituições especializadas, escolas especiais, classes especiais e posteriormente, salas de apoio pedagógico especializado.

Essa constituição determina formas de atendimento educacional e terapêutico, embasadas na concepção de normalidade/anormalidade, fundamentada nos testes psicométricos, já mencionados, definindo, por meio de diagnósticos, as práticas escolares para os alunos com deficiência.

Por muito tempo perdurou (BRASIL, 2008) o entendimento de que a educação especial, organizada de forma paralela à educação comum, seria a forma mais apropriada para o atendimento de alunos que apresentavam deficiências, mantendo o princípio da integração e da normalização como base para o processo.

A concepção de deficiência, resultante das práticas que enfatizam os aspectos nosográficos, classificatórios, terapêutico, em contraposição à sua dimensão pedagógica exerceu impacto duradouro na história da educação especial, mantendo a concepção de dispersão/especialização dos saberes, com ênfase na normalização.

Embora, durante o século XX, o atendimento ao deficiente ainda acontecesse de maneira inadequada, no ensino regular, era possível verificar o apoio financeiro às instituições particulares apreciadas como competentes de acordo com as exigências dos Conselhos Estaduais de Educação (MAZZOTTA, 2005). Essas instituições eram organizadas a partir da idéia do diagnóstico, que classificava, cada deficiente com uma característica própria, por isso, tratados cada um, a partir de seu quadro nosográfico em uma instituição específica, enfatizando assim, a disciplina, o saber e o poder instituídos a partir das verdades produzidas, para a época, tendo em vista o dispositivo da normalização.

De modo geral, como sugere Popkewitz (2001), o conhecimento especializado modela o pensamento e a prática da população sobre o anormal, pois, a difusão do conhecimento público/pessoal que disciplina nossas escolhas e

possibilidades podem ser pensadas como poder. Em outras palavras, o conhecimento que se desenvolve sobre o deficiente, dentro e fora das instituições especializadas e que se torna público, organiza o ensino, a aprendizagem, o currículo, o manejo com a classe e imprime certa concepção sobre como a população, pensa, vê, sente e conversa sobre as pessoas deficientes.

Nos anos de 1970, nos Estados Unidos, acontecem avanços nas pesquisas científico-terapêuticas e nas teorias de inclusão, com o objetivo de promover uma qualidade de vida aos mutilados da Guerra do Vietnã. Verifica-se, neste contexto, uma idéia de inclusão, americana, desenvolvida em função do interesse da apropriação de uma tecnologia social de normalização, ou seja, o desenvolvimento de aparelhos ortopédicos, próteses, órteses, para o abastecimento de um mercado comercial e industrial em pleno desenvolvimento, uma vez, que o mutilado de guerra deveria ser devolvido a seu contexto familiar e social, o mais adequadamente normal possível.

Destarte, o sistema de raciocínio que historicamente circula nas escolas demonstra que as categorias, as distinções, as diferenciações, as classificações determinam, agendas para orientar as práticas alternativas, que muitas vezes devido ao conhecimento especializado imbuído de poder, qualificam ou desqualificam os alunos. O que se observa é que a educação especial exhibe, historicamente, sistemas de pensamento e regras de raciocínio particulares.

A organização de pensamento e as regras de raciocínio particulares, na educação especial, produzem uma maneira de dizer a verdade sobre o atendimento pedagógico-terapêutico do deficiente, verdades que incorporam a política de um corpo social saudável e a cidadania, os discursos médicos sobre o crescimento e a doença, o interesse comercial em aparelhos ortopédicos – técnicas de disciplinamento, os discursos científicos sobre o corpo saudável. Um sistema de raciocínio que produz o modo como pensamos, agimos, vemos e falamos sobre as ações relacionadas ao deficiente e que são práticas discursivas saudáveis e satisfatórias, que implicam na constituição do ensino especial.

É salutar compreender a constituição escolar da educação atualmente denominada de educação especial. As práticas foram concretizadas de formas variadas, por meio das classes especiais, classes comuns, instituições especializadas, oficinas, etc. Mas, somente a partir de 1971, a nomenclatura educação especial vai se afirmando em substituição ao *ensino emendativo*.

Neste sentido, conforme aponta Popkewitz (2001) a educação, vinculou os objetivos de bem-estar social do Estado com uma forma particular de especialização científica que organizou cada subjetividade. A dispersão dos saberes sobre as deficiências definiu, por assim dizer, a agenda de política nacional voltada ao deficiente. Desta maneira, algumas das iniciativas da década de 1970 ficaram conhecidas como marco na educação do deficiente, pois ocorreram alguns acontecimentos que a colocaram em evidência, como é o caso da criação do Centro Nacional de Educação Especial (CENESP).

Conforme apontam Jannuzzi (2004) e Mazzota (2005) as campanhas, para a Educação do Surdo Brasileiro; Nacional de Educação e Reabilitação dos Deficientes Visuais; e a Nacional de Educação e Reabilitação dos Deficientes Mentais, naquela época, chamaram a atenção da população para as pessoas deficientes e certamente contribuíram fortemente para a criação em 1973, do Centro Nacional de Educação Especial (CENESP).

O CENESP¹²⁶ foi criado (BRASIL, 1973, p.1) através do decreto n. 72.425 de 03 de julho de 1973 do presidente Emílio Garrastazu Médici como órgão autônomo ligado à Secretaria Geral do Ministério da Educação e Cultura, com “[...] a finalidade de promover em todo o território nacional, a expansão e melhoria do atendimento aos excepcionais [...]”.

Foram extintas, a partir da criação do CENESP (BRASIL, 1973), a Campanha Nacional de Educação dos Cegos e a Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes Mentais; o acervo patrimonial e financeiro referente a essas campanhas e também referente aos Institutos Nacional de Educação de Surdos e Benjamim Constant passou a ser de responsabilidade do CENESP.

O CENESP assumiu a competência do planejamento, da coordenação e do provimento do desenvolvimento da Educação Especial, no pré-escolar, nos ensinos de 1º e 2º graus, superior e supletivo. O público alvo a partir do CENESP eram os deficientes mentais, visuais, auditivos, físicos, os déficits múltiplos, os superdotados e os educandos com problemas de condutas.

De acordo com o regimento interno apresentado por Mazzotta (2005), compete ao CENESP: I) - planejar o desenvolvimento da Educação Especial; II) – controlar, avaliar e acompanhar a execução de projetos e programas de Educação

¹²⁶ Sua sede (BRASIL, 1973) era no Rio de Janeiro à Avenida Pasteur, nº 350-A. Para ser mais precisa, de acordo com Mazzotta (2005) ao lado do Instituto Benjamim Constant.

Especial, com assistência técnica ou financeira do Ministério da Educação e Cultura; III) - organizar ou realizar pesquisas e experimentação que visem à melhoria da educação dos deficientes; IV) - manter a atualização de informações, na área da Educação Especial; V) - estabelecer normas quanto aos procedimentos de identificação e diagnóstico de excepcionais, tipo de métodos, atendimento, currículos, programas, material pedagógico, equipamentos, instalações, procedimentos de acompanhamento e avaliação do desempenho do educando excepcional; VI) - prestar assistência técnica e financeira a órgãos públicos, e a entidades particulares, na área da Educação Especial; VII) – promover a formação, treinamento e aperfeiçoamento de profissionais, na área específica de Educação Especial; VIII) - organizar juntamente com os órgãos competentes, a produção de material de apoio técnico à Educação Especial; IX) - promover intercâmbio com instituições nacionais e estrangeiras com o objetivo de aperfeiçoamento no atendimento ao excepcional; X) - divulgar os trabalhos realizados que contribuam para o aprimoramento da Educação Especial; XI) – promover e executar programas de amparo legal, prevenção, formação ocupacional, orientação vocacional e assistência ao educando excepcional, assim como pais, professores e comunidade em geral, com o apoio de órgãos públicos e privados, articulando os campos da Saúde, Assistência Social, Trabalho e Justiça.

O CENESP foi criado com características de uma linha preventiva e corretiva, essa idéia é a que se destaca e permanece na legislação brasileira, como efeito de verdade e como meio de normalização da população. O atendimento especializado ao excepcional era realizado mediante diagnóstico expedido por serviços especializados ou serviços de natureza médico-psicossocial e educacional. Essa questão demarca bem as reflexões já apresentadas nessa pesquisa sobre a dispersão/especialização dos saberes, pois, o diagnóstico da excepcionalidade era fundamental para a classificação com fins de encaminhamento e colocação escolar adequada do deficiente. O modelo clínico ou terapêutico marca, neste sentido, a prestação de serviços aos excepcionais.

Retomando a idéia de classificação que surge a partir do normal e anormal, tem-se que ao separar cada tipo de anormalidade, o deficiente, também passa a ser classificado cada qual a partir de suas especificidades. Tendo em vista a prática diagnóstica e classificatória, o público alvo específico dos serviços educacionais providos pelo CENESP eram os deficientes mentais treináveis, deficientes mentais

educáveis, cegos, portadores de visão subnormal, deficientes físicos, portadores de deficiências múltiplas, surdos, parcialmente surdos, portadores de problemas de conduta, superdotados ou talentosos, que tenham ou não sido submetidos a tratamentos de reabilitação e que possam ser aceitos nos sistema de ensino, regular, supletivo ou especial.

Portanto a educação especial que surgiu no século XIX foi incorporada na década de 1970 pelo sistema escolar, junto às prioridades educacionais do país e o excepcional passou a ser atendido pelo sistema escolar, entretanto ainda a partir de uma perspectiva assistencialista que perpassava toda a política social do país.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei n. 5.692/71, em seu artigo 9º, estabelece que:

Os alunos que apresentam deficiências físicas ou mentais, os que se encontrem em atraso considerável quanto à idade regular de matrícula e os superdotados deverão receber tratamento Especial, de acordo com as normas fixadas pelos competentes Conselhos de Educação. (BRASIL, 1971)

Desta maneira, a educação do deficiente tem seu começo evidenciado no país, por meio da Lei 5.692/71, que constitui a mudança nos currículos e a criação de uma organização de informação entre escolas, bibliotecas, hospitais e clínicas.

Quanto aos Planos Nacionais de Educação (MAZZOTTA, 2005; JANNUZZI, 2004 e BUENO, 1993), o que se evidencia em relação aos deficientes é o Plano Setorial de Educação e Cultura - I PND (1972/74), pois, anterior a esse momento, o primeiro Plano Nacional de Educação, elaborado em 1962 não previa nenhum parâmetro de atendimento ao deficiente, devido à preocupação, durante todo o período dos governos militares, de 1964 a 1985 ser com o crescimento econômico, visando o desenvolvimento global e não com as questões sociais.

A concepção de deficiente (BRASIL, 1976a), definida no Plano Setorial de Educação e Cultura - I PND (1972/74), demarca a fundamentação a partir da medicina social, frente à dispersão dos saberes e das práticas sobre os anormais; pois, tem-se que a idéia formulada é a de que os mentalmente deficientes são aquelas pessoas “[...] fisicamente prejudicadas, os emocionalmente desajustados, bem como os superdotados, enfim, todos os que requerem consideração especial no lar, na escola e a sociedade [...]”.

O Plano (MAZZOTTA, 2005) apresenta também, como diretrizes para a educação especial a integração e a racionalização e fica evidenciado que a maior parte do atendimento aos deficientes é de responsabilidade da iniciativa particular. Somente após a criação do CENESP, em 1973 se observa a preocupação com a assistência técnica e/ou financeira.

Em 1977, o Ministério da Educação e Cultura organiza o II Plano Setorial de Educação e Cultura 1975/1979 (BRASIL, 1976b). No item referente à Avaliação Geral, verifica-se que a população de 7 a 14 anos, estimada para 1974 pelo IBGE, era de 21,9 milhões e que a matrícula de crianças dessa faixa etária em escolas regulares de 1º grau, estimada pela Secretaria de Estado de Educação e Cultura – (SEEC) para o mesmo ano, era de 17,5 milhões de alunos. Quanto ao atendimento oferecido ao deficiente, torna-se relevante destacar que ele era realizado na sua maioria por instituições particulares.

Após a criação do CENESP (MAZZOTTA, 2005; JANNUZZI, 2004, OMOTE, 2004) em 1977 foi elaborado pelo Ministério da Educação e Cultura o I Plano Nacional de Educação Especial que vigorou no triênio 77/79. Durante esse período, foram disponibilizados recursos do Tesouro Nacional, para a capacitação de pessoal a atuar na educação especial.

Em 1978, no Brasil, é vista pela primeira vez uma emenda à Constituição Brasileira em que são tratados os direitos das pessoas especiais, nessa emenda, é assegurada aos deficientes, mediante educação especial e gratuita, a melhoria de sua condição social e econômica.

Outro plano nacional (BRASIL, 1981) a ser lembrado é o Plano de Ação da Comissão do Ano Internacional das Pessoas Deficientes (AIPD), instituído no Ministério da Educação e Cultura, em 16 de agosto 1980, pelo Presidente da República, João Figueiredo, através do Decreto n. 84.914. Este plano evidencia o dispositivo de saber e de normalização ao se fundamentar nas tendências de integração e normalização e objetiva: educação especial, conscientização, prevenção, reabilitação, capacitação profissional, remoção de barreiras arquitetônicas, capacitação profissional, acesso ao trabalho e legislação específica.

A partir dos anos de 1980, surgem também, declarações e tratados em todo o mundo, que passam a defender que a escola se estenda a todos. Em 1985, a Assembléia Geral das Nações Unidas lança o Programa de Ação Mundial para as pessoas deficientes. Esse programa recomenda que, "[...] Quando for

pedagogicamente factível, o ensino de pessoas deficientes deve acontecer dentro do sistema escolar normal [...]". Verifica-se, o discurso do ensino regulamentado nos diversos documentos oficiais, como uma prática de normalização. A grade de idéias (POPKEWITZ, 2001) referente à aprendizagem, à infância, ao ensino e ao currículo funciona objetivamente para separar e classificar os indivíduos, possibilitando diferenciações cada vez mais apuradas do comportamento do dia-a-dia.

O que se tem é a padronização dos saberes, por meio das regras e das normas consolidadas através das leis inventadas sobre o deficiente e que passam a se constituir como um efeito de verdade instituído pela disciplina, pelo saber e pelo poder e que precisa ser seguida, para que a normalização aconteça nas instituições especializadas e na população como um todo. A idéia é de esquadramento do corpo social.

Tendo como base o dispositivo de normalização e a dispersão dos saberes, a Nova República – 1985, o CENESP - MEC elabora um plano intitulado *Educação Especial-Nova Proposta*, no qual indica a redefinição urgente e necessária, da política para a educação especial no Brasil, com o intuito de alcance da meta primordial da educação especial – a universalização. Salienta-se, que este plano configura-se como um documento oficial que traz diretrizes básicas e reflete um encaminhamento político da educação especial, apontando como princípios norteadores: a partir da democratização do ensino, através dos princípios da 1) integração - corresponde ao esforço de todos para integrar na sociedade o educando com necessidades especiais; 2) participação - supõe o envolvimento de todos os setores da sociedade; 3) interiorização - corresponde à expansão do atendimento para o interior e valorização das iniciativas comunitárias relevantes; 4) simplificação - decorrente da opção por alternativas simples sem prejuízo dos padrões de qualidade e a 5) **normalização**, princípio responsável por possibilitar uma vida ao deficiente tão normal quanto possível. (MAZZOTTA, 2005)

Em 1986, o Presidente José Sarney, institui a Coordenadoria para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – (CORDE), concretizando assim, a principal proposta, expressa, no Decreto n. 91.872 publicado em 04 de novembro de 1985, “[...] para traçar uma política de ação conjunta, destinada a aprimorar a educação especial e a integrar, na sociedade, as pessoas portadoras de deficiência, problemas de conduta e superdotadas [...]”. (MAZZOTTA, 2005, p. 105)

No mesmo ano (BRASIL, 1986), o CENESP foi transformado através do Decreto nº 93.613 de 21 de novembro de 1986 em Secretaria de Educação Especial – (SESPE). De acordo com Mazzotta (2005); Jannuzzi (2004) e Bueno (1993), com a criação da SESPE, a Educação Especial, teve sua coordenação geral, transferida para Brasília. Em 15 de novembro de 1990 a SESPE foi extinta, devido uma reestruturação ocorrida no Ministério da Educação, destarte as atribuições referentes à Educação Especial ficaram sob a responsabilidade da Secretaria Nacional de Educação Básica – SENEb, no qual a Educação Especial foi colocada sob os cuidados do Departamento de Educação Supletiva e Especial – DESE; o Instituto Nacional de Educação de Surdos e o Instituto Benjamin Constant mantiveram-se vinculados à SENEb, como órgãos autônomos. O que se verifica é a educação especial surgindo como possibilidade de ser concebida juntamente com a Educação Básica.

Formatar, no Estado Nacional, um corpo social saudável, livre de degenerações/anormalidades foi o desejo introduzido através da medicina social, no país, pela *Liga Brasileira de Hygiene Mental*. Idéia que permaneceu e se desenvolveu na sociedade, por meio dos saberes e das práticas organizadas nas instituições especializadas e que expandiram para os documentos e leis nacionais, formalizando os saberes desenvolvidos pela medicina moderna e difundindo os mesmos para toda a forma de escolarização, não apenas a especial.

Fortalecendo a idéia de esquadramento social e de normalização do corpo social, na perspectiva do almejado controle social, num exercício de poder, saber, disciplina e verdade, tem-se que em 1988, anterior a extinção da SESPE, em nosso país, foi promulgada a atual constituição, no capítulo III da Educação, da Cultura e do Desporto, Seção I da educação em seu Art. 205. No qual a educação (BRASIL, 1988) passou a ser direito de todos e dever do Estado e da família, e passou a ser promovida e incentivada, com a colaboração da sociedade, visando pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

A sociedade passou a exercer juntamente com o Estado, o exercício de “policia médica”, no controle do funcionamento adequado da sociedade, para que a mesma, não fugisse aos padrões de normalidade, de disciplina e de progresso. A população se tornou o grande olho “[...] que tudo enxerga e tudo vê [...]”. Como diz Foucault (2001) ao se referir ao efeito do panoptismo, no seu livro Vigiar e punir.

Com a especialização, cada vez mais acentuada da definição das nosografias, das classificações das deficiências, dos distúrbios de comportamento, dos distúrbios de aprendizagem, das doenças mentais e fazendo valer os dispositivos de saber, disciplina e de poder. Tem-se em 1989, com o surgimento da lei Federal 7.853, no item da Educação (BRASIL, 1989), a oferta obrigatória e gratuita da Educação Especial, em instituições escolares públicas de ensino e prevê punição com reclusão de um a quatro anos e multa para os dirigentes de ensino público ou particular que recusarem e suspenderem, sem justa causa, a matrícula de um aluno deficiente. Verifica-se, o poder instituído e explicitado na política nacional e na educacional.

Contudo, percebe-se que a dispersão dos saberes e das práticas, impõe novo movimento, em nível mundial, sobre os anormais e se organizam movimentos das mais variadas ordens para atender a necessidade imposta de desenvolvimento social urbano, frente à constituição de uma sociedade moderna. No ano 1990, a Conferência Mundial sobre Educação para Todos, realizada em março na cidade de Jomtien, na Tailândia, prevê que as ações educacionais básicas sejam oferecidas para todos (mulheres, camponeses, refugiados, negros, índios, presos e deficientes) pela universalização do acesso, promoção da igualdade, ampliação dos meios e conteúdos da Educação Básica e melhoria do ambiente de estudo. O Brasil, ao assinar a Declaração de Jomtien, assume, em presença da comunidade internacional, o compromisso de erradicar o analfabetismo e universalizar o Ensino Fundamental no país. (BRASIL, 2004b, p.15).

No Brasil, em 1990 foi elaborado, pela Coordenação de Educação Especial e pelo Departamento de Educação Supletiva e Especial da SENEb/MEC, um documento intitulado “[...] Proposta do Grupo de Trabalho Instituído pela Portaria n. 06 de 22/08/90 da SENEb, que foi distribuído às Unidades Federadas [...]”, tinha como objetivo “[...] ‘coordenar e promover a operacionalização das diretrizes básicas que norteiam o atendimento educacional dos educandos que apresentam necessidade educativa especial’”. (MAZZOTTA, 2005, p.108)

Aos poucos, tem-se uma educação que vai se adaptando aos moldes de uma sociedade moderna, que visa à colocação de cada qual em seu lugar, a partir de suas peculiaridades. Entretanto, estas especificidades, passarão, com o tempo, a serem vistas como uma possibilidade de diversidade que cabe a cada um e a todos, ou seja, o discurso sobre o deficiente, mais uma vez se altera no que tange a sua

singularidade. É preciso perceber, a partir de então, que existem diferenças, que estas necessitam de atendimento especializado, no entanto, o diferente deve ser percebido a partir de sua singularidade frente a todas as possíveis diversidades, tendo consciência de que todos os indivíduos são diferentes e por isso, devem ser educados em mesmo ambiente.

No ano de 1992, a CORDE define a *Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência*, amparada, também, nos princípios de integração, normalização, individualização, interiorização e simplificação já apresentados. Neste documento, a forma de nomear os deficientes apresenta mudanças; a nomenclatura: *portadores de deficiência* é substituída por *portadores de necessidades especiais – pessoas portadoras de deficiência e/ou necessidades especiais*. Essa mudança de nomenclatura demonstra um esforço por parte da sociedade moderna, na elaboração de uma concepção frente ao deficiente com menor valor pejorativo, entretanto os princípios que regem tal mudança se fundamentam na idéia da normalização e integração social. Desta forma, apesar das tentativas de mudança, a experiência da modernidade referente ao deficiente permanece ancorada no princípio do dispositivo da normalização, para a melhor integração social possível.

No final de 1992 ocorreu nova reestruturação dos Ministérios e reapareceu a Secretaria de Educação Especial – SEESP, como órgão específico do Ministério da Educação e do Desporto.

O Plano Decenal de Educação para todos, elaborado em 1993, pelo Ministério da Educação e do Desporto, também, configura-se num importante instrumento de normas para a população, objetivando a erradicação do analfabetismo e maior atenção aos deficientes.

A escola especial surge como um espaço de regulação, como maquinaria de controle social frente à periculosidade do deficiente, por isso, a estreita vinculação realizada nesta pesquisa, da educação especial com a medicina social, pois tanto uma, como a outra significam ferramentas de controle social. De certa maneira, colocar a criança deficiente em instituições especializadas significa que determinadas populações sejam administradas e resgatadas.

Conforme Popkewitz (2001, p. 32), a “[...] reflexão substitui a revelação na descoberta do progresso humano. Institucionalmente, a psicologia substitui a filosofia moral [...]”, que proporciona uma abordagem científica em relação à

salvação da alma. Os discursos de salvação tornam o deficiente, um indivíduo que não é capaz, justo e competente, mas que, com cuidados adequados e atenção, pode ser salvo.

Desta forma, a escola especial torna-se uma tecnologia que vincula a reflexão, a revelação e o progresso à alma do indivíduo deficiente, pois as práticas pedagógicas especializadas promovem através das teorias e das tecnologias construídas com o apoio da psicologia e da medicina a normalização e o resgate da alma do deficiente.

A idéia de excepcionalidade ou da deficiência (BUENO, 1993) é, reiteradas vezes, utilizada a partir de uma concepção, na qual, a sociedade é vista como harmônica e as dificuldades de integração são características de cada tipo de deficiência.

Verifica-se, neste sentido, uma mudança na concepção sobre o deficiente. Este passa a ter garantido em Lei, seu atendimento educacional em instituição especial, mas agora com a possibilidade de integração em escolas de ensino regular. Além disso, observa-se também, a partir de 1986, mudança na nomenclatura, na qual, deixa de ser utilizado o termo excepcional ou deficiente e passa a ser utilizado, com maior freqüência, o termo educando com necessidades especiais¹²⁷, mas ainda permanece o registro em vários documentos do termo, portador de deficiência.

Em junho de 1994, 88 países e 25 organizações internacionais se reúnem na Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade, realizada pela UNESCO, em Salamanca (Espanha), onde são firmados compromissos de garantia de direitos educacionais. O caminho considerado mais eficiente para o combate a discriminação, são as escolas regulares inclusivas¹²⁸.

¹²⁷ Tem-se, a partir das mudanças na concepção sobre o deficiente, a tentativa de melhor nomear o indivíduo entedido, anteriormente como anormal. O que se verifica, desde então é uma confusão de termos, podemos destacar: o anormal, o deficiente, o excepcional, o portador de deficiência, o indivíduo com necessidades educativas especiais, o aluno com necessidades educacionais especiais e, na contemporaneidade, expresso na nova Política Nacional à utilização do termo, pessoas com deficiências. Cada nomenclatura foi utilizada expressando a verdade de um dado momento de nossa sociedade, e, os especialistas por entenderem que ora beneficiava, ora discriminava o deficiente optaram pela suas diversas mudanças. O termo utilizado hoje é uma invenção que surge, a partir do consenso entre especialistas e os próprios deficientes que se sentem melhor assistidos, a partir do mesmo.

¹²⁸ A educação inclusiva constitui um paradigma educacional fundamentado na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, e que avança em relação à idéia de equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão dentro e fora da escola.

Fica expresso que, as escolas regulares devem acolher a todos os indivíduos independentes de suas condições intelectuais, físicas, emocionais, lingüísticas ou sociais. O Brasil juntamente com os demais países que participaram da conferência, afirmou a Declaração de Salamanca:

1) - todas as crianças têm direito fundamental à educação e a elas deve ser proporcionado condições de manter um nível adequado de conhecimentos;

2) - cada criança tem interesses, capacidades, características, e necessidades de aprendizagem individuais;

3) - os sistemas educativos devem ser projetados e os programas educacionais aplicados tendo em vistas as características e necessidades específicas de aprendizagem;

4) - as pessoas com deficiência devem ter acesso às escolas regulares, com propostas pedagógicas adequadas, capazes de atender cada necessidade;

5) – a orientação integradora, praticada nas escolas comuns, favorece o combate as atitudes discriminatórias, promovendo a organização de comunidades acolhedoras, com a função de construir uma sociedade integradora e capaz de dar educação para todos;

6) - assegurar que os programas de formação para professores, tanto inicial como contínua, estejam voltados para atender às necessidades educacionais especiais, nas escolas integradoras. (UNESCO, 1994)

Verifica-se, a partir do exposto, que a dispersão dos saberes se intensifica, não somente na área da saúde, mas também, em outros setores da sociedade, como é o caso da educação. O deficiente, considerado “anormal” no início do século XX, precisa ser medicalizado, reabilitado, educado e resgatado, conforme suas necessidades, limitações e capacidades, por isso, a adequação de práticas terapêuticas condizentes com cada tipo de deficiência e também, práticas didático-pedagógicas específicas a cada singularidade.

Ao reconhecer que as dificuldades enfrentadas nos sistemas de ensino evidenciam a necessidade de confrontar as práticas discriminatórias e criar alternativas para superá-las, a educação inclusiva assume espaço central no debate acerca da sociedade contemporânea e do papel da escola na superação da lógica da exclusão.

Em 1994, a Declaração de Salamanca proclama em relação às escolas regulares com orientação inclusiva “[...] que alunos com necessidades educacionais especiais devem ter acesso à escola regular, tendo como princípio orientador que “as escolas deveriam acomodar todas as crianças independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, lingüísticas ou outras” (BRASIL, 2006, p.330).

A Secretaria de Educação Especial elaborou ainda em 1994 e publicou, em 20 de dezembro de 1996, um dos mais importantes documentos oficiais: a Lei nº 9.394/96, a Política Nacional de Educação Especial (PNEE) que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional e disciplina a educação escolar. Essa política visa garantir a educação do aluno portador de necessidades especiais. O público alvo da Política são as pessoas portadoras de deficiências (mental, auditiva, física, múltipla e visual), condutas típicas (problemas de conduta) e de altas habilidades (superdotadas), este público alvo tem garantido a partir da Política, recursos pedagógicos e metodológicos educacionais específicos. A PNEE apresenta uma inovação na sua composição referente ao público alvo, pois este não se restringe mais ao alunado que apresenta necessidades educacionais especiais, mas sim ao portador de necessidades especiais de modo geral. Reitera-se, portanto, que o público alvo da educação especial é aquele que requer cuidados especiais no lar, na escola e na sociedade.

No Capítulo V; da Educação Especial, Art. 58. Entende-se por educação especial, “[...] a modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais. A oferta da educação especial deve iniciar na educação infantil[...]”. Institui-se que: “§1º Haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender as peculiaridades da clientela de educação especial.” E ainda que: “§2º O atendimento educacional será feito em classes, escolas ou serviços especializados sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns do ensino regular”.

A Lei nº. 9.394/96 no Art. 59 assegura aos educandos com necessidades especiais o direito a currículos, métodos, recursos educativos, técnicas específicos, para atender às suas necessidades. Garante para aqueles, que devido suas deficiências não puderem atingir o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental, a possibilidade de término específico, e aos superdotados a possibilidade de aceleração para concluir em menor tempo o programa escolar. Além disso, garante também a qualificação dos professores para a atuação junto aos mesmos e situa a educação especial como modalidade de educação escolar.

Percebe-se, que os efeitos de conhecimento (POPKEWITZ, 2001) são exibidos na organização do atendimento pedagógico-terapêutico garantido na lei ao deficiente, pois, o currículo, os métodos, os recursos educativos, as técnicas

específicas, para atender as necessidades do grupo fazem as regras que definem e resolvem os problemas de cada um.

Pensar nas pessoas como pertencentes a uma população é tão comum que, frequentemente, não se tem consciência de que nossas concepções sobre as pessoas deficientes pertencentes ao corpo social são uma invenção histórica e revelam um efeito de poder que surge a partir das táticas de reforma do Estado preocupadas com o bem-estar-social.

A mudança ocorrida, desde então, no atendimento terapêutico-pedagógico oferecido ao deficiente, reflete as condições criadas pela sociedade moderna, a partir das concepções construídas sobre o indivíduo entendido anteriormente, como “anormal”. As definições postuladas como regra, como norma para o atendimento do deficiente nesta Lei, inserem a educação especial no contexto geral da educação escolar.

A cada novo documento, nova regra, nova norma, verifica-se a manutenção da classificação dos tipos de deficiências, como em uma tentativa incansável de dispersar o saber e apontar aqueles que fogem da média da normalidade e que precisam de atendimento especializado, para então, serem resgatados.

A democratização dos saberes sobre os tipos de deficiências, e, as práticas médicas-educacionais desenvolvidas para os deficientes permanece com o intuito de garantir e de dirimir a desorganização social; na qual, a educação, com seus projetos e normas, se transforma num relevante instrumento para tal intento. Neste sentido, o que se vê em pleno século XXI, apesar da tentativa de mudança é a manutenção da idéia, já introduzida, na sociedade, qual seja, a normalização do deficiente, para que o mesmo possa alcançar o mais adequadamente possível, uma vida normal. A pretensão o século XXI não é mais a educação especial, com o princípio de segregação, do diferente junto com o seu semelhante, mas sim, a inserção do diferente junto aos seus diferentes, pois a concepção de inclusão permitiu construir a idéia de que todos são diferentes, portanto, todos têm direito a educação no mesmo espaço, ou seja, no ensino regular e não mais recluso em espaços especiais.

Os espaços discursivos funcionam para confinar o deficiente dentro das normalizações aplicadas. Além disso, à medida que exploramos os espaços construídos para o deficiente, encontramos uma política espacial que funciona como um sistema que qualifica e desqualifica os indivíduos com deficiência.

Apoiada nas discussões apresentadas por Popkewitz (2001) sobre a política espacial para crianças de espaços urbanos e rurais refletiu-se sobre a deficiência, e, sobre os discursos pedagógicos como construtores de espaços sociais diferenciados para os deficientes.

A importância da política do espaço da educação especial relaciona-se ao problema produtivo do poder, assim o poder de espacialização das identidades como constitutivas de inclusão/exclusão.

Em 1996, acontece a reunião dos ministros da educação da América Latina e do Caribe (Kingston). Nesta reunião houve o acordo sobre o fortalecimento de condições e estratégias para que as escolas possam atender crianças especiais, crianças com dificuldades de aprendizagem em conseqüências de vários motivos, ou seja, crianças decorrentes de ambientes sociais marginais, crianças com deficiências, ensino ou escolaridade inadequada. Em 2000, ocorre a Reunião Regional das Américas, preparatória do Foro Mundial de Educação para Todos (São Domingos). O mesmo estabelece (BRASIL, 2007) o compromisso de formulação de políticas de educação inclusiva, dando prioridade, em cada país, aos grupos mais excluídos, estabelece marcos legais e institucionais para tornar obrigatória a inclusão como responsabilidade coletiva.

A idéia de deficiência, neste sentido, passou a ser concebida como a possibilidade de ser diferente. O deficiente é o indivíduo com diferenças a serem respeitadas.

O que se verifica, no Brasil, até a década de 1990 é que existia um esforço dos órgãos ligados a educação, para que o indivíduo deficiente fosse percebido como indivíduo, com uma limitação específica, mas também com habilidades possíveis de serem desenvolvidas. Essa mudança acontecida na concepção do deficiente trouxe consigo, mudança na composição educacional, neste sentido, desenvolve-se, a idéia da inclusão que determina ao deficiente uma nova identidade e um novo espaço de pertencimento.

Pensando no processo de inclusão que se anuncia, podemos adaptar o pensamento de Popkewitz (2001) sobre o ensino, no qual afirma que as diferentes práticas discursivas sobre o ensino e as crianças na escola, são práticas sociais relevantes porque normalizam as crianças percebidas como diferentes, distinguindo-as e diferenciando-as, para assim dividi-las em espaços especializados.

Foi no início do século XXI, mais especificamente em 2001 que realizou-se em Montreal, Quebec, Canadá o Congresso Internacional "Sociedade Inclusiva", no qual foi organizada a Declaração Internacional de Montreal sobre a Inclusão. Este Congresso Internacional convocado pelo Conselho Canadense de Reabilitação e Trabalho apela aos governos, empregadores e trabalhadores bem como à sociedade civil para que se comprometam e desenvolvam o desenho inclusivo em todos os ambientes, produtos e serviços. (BRASIL, 2001)

No mesmo ano, acontece em Cochabamba, a VII Reunião regional de Ministros da Educação. Nessa reunião são reafirmadas as necessidades da valorização, a diversidade e a interculturalidade humana como forma de desenvolvimento da aprendizagem, sugerindo que o atendimento pedagógico considere as diferenças culturais, sociais, de gênero, de capacidade e de interesses, visando melhor aprendizagem, convivência e compreensão mútua. (BRASIL, 2007)

A forma de conceber o deficiente, no final do século XX e início do século XXI, traz implicações relevantes para o contexto educacional, pois, com a idéia de inclusão, adentrando no espaço escolar, trouxe a necessidade de "tratar" o deficiente como igual em seus direitos, mas sem desconsiderar a sua diferença individual. Essa idéia, na maioria das escolas promoveu a ampliação do número de deficientes a serem recebidos e educados, no ensino regular, garantindo o direito de um atendimento igualitário, mas, ao mesmo tempo, considerando as diferenças individuais.

A mudança na forma de pensar o deficiente promoveu, também, a necessidade de formar os professores no ensino superior, para que sejam capazes de atuar com o deficiente no contexto de suas salas de aula. Na perspectiva da educação inclusiva, a Resolução CNE/CP nº 1/2002, estabeleceu as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, e definiu que as instituições de ensino superior deviam prever, em sua organização curricular, formação docente voltada para a atenção à diversidade e que contemplasse conhecimentos sobre as especificidades dos alunos especiais. Entretanto, o que se percebe é a manutenção da idéia de incluir o diferente na sala de aula, mas sem deixar de salientar suas especificidades, oferecendo atendimento especializado, concomitante ao ensino regular.

Essa mudança no currículo dos cursos superiores das licenciaturas enfatiza a concepção sobre o normal e o anormal e a ampliação da prática de classificação

das anormalidades, na qual a deficiência, a partir da visão médica se enquadra. Por isso, a necessidade de um saber nos cursos de formação que seja capaz de subsidiar os profissionais que irão trabalhar com esses indivíduos, na perspectiva de melhor adequar as práticas existentes e as necessárias.

Nota-se, que a idéia de dispersão do saber e da prática frente às singularidades do deficiente foi democratizada e que permanecem, no contexto da sociedade atual, como princípio de organização de estabelecimentos de ensino, de leis e de concepções a serem utilizadas referentes ao deficiente.

Sabe-se que iniciou em 2003, no Brasil, com o desenvolvimento do Referencial Curricular Nacional para as escolas, organizado a partir das discussões sobre as políticas afirmativas, a proposta de educação Inclusiva que ganhou sua manutenção em nosso meio educacional. Em concordância com os pressupostos legais e conceituais de uma educação para todos a SEESP/MEC lança o Programa - Educação inclusiva: direito à diversidade com o objetivo de difundir a política de educação inclusiva nos municípios brasileiros e apoiar a formação de gestores e educadores para concretizar a mudança dos sistemas educacionais em sistemas educacionais inclusivos, seguindo como princípio a garantia do direito dos alunos deficientes de acesso e permanência, com qualidade e condições adequadas, às escolas da rede regular de ensino. (BRASIL, 2003)

É por meio desse programa, que o Ministério da Educação e a Secretaria de Educação Especial (BRASIL, 2006a) assumiu a política de construção de sistemas educacionais inclusivos sustentando o processo de implementação nos municípios brasileiros, agrupando recursos da comunidade e consolidando convênios e parcerias para abonar o atendimento das necessidades educacionais dos alunos deficientes.

O que começou como responsabilidade cívica foi transformado em um poder pastoral¹²⁹ para resgatar o deficiente. A responsabilidade moral do ensino (POPKEWITZ, 2001) é orientar a alma – crenças, sentimentos e sensibilidades que

¹²⁹ De acordo com Foucault (1995) o poder pastoral, lança suas raízes na Antiguidade grega e judaico-cristã. Corresponde à oposição entre o pastor e o político. O pastor exerce seu poder sobre um rebanho: reúne indivíduos dispersos; sem o pastor, o rebanho se dispersa; o poder pastoral é, em definitiva, uma técnica de individualização. O político dos gregos exerce poder sobre um território, estabelece leis que devem perdurar após o seu desaparecimento. Para Foucault as formas de racionalidade do poder, no Estado moderno, são uma apropriação-transformação das práticas do poder pastoral. Implica em integrar em uma forma jurídica, novas técnicas individualizantes do poder pastoral. Para maior aprofundamento em relação à idéia de poder pastoral, consultar os livros: *Ditos e escritos* e *Michel Foucault: uma trajetória filosófica*.

geram as ações. O que muda, não é tanto a responsabilidade, mas a maneira de como se encara a responsabilidade, porque passou a ser obrigado por lei.

Em 2004, o Ministério Público Federal publica o documento – “O Acesso de Alunos com Deficiência às Escolas e Classes Comuns da Rede Regular”, com o objetivo de disseminar os conceitos e diretrizes mundiais para a inclusão, reafirmando o direito e os benefícios da escolarização de alunos com e sem deficiência nas turmas comuns do ensino regular.

Em relação ao ensino superior, em 2005, foi instituído o Programa de Acessibilidade na Educação Superior (Incluir). Este programa propõe ações que garantem o acesso pleno de pessoas com deficiência às Instituições Federais de ensino superior (Ifes). O principal objetivo do Incluir é o fomento à criação e a consolidação de núcleos de acessibilidade nas Ifes, os quais respondem pela organização de ações institucionais que visam garantir a integração de pessoas com deficiência à vida acadêmica, eliminando barreiras comportamentais, pedagógicas, arquitetônicas e de comunicação.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela ONU em 2006 (hoje Decreto n. 6.949 de 25 de agosto de 2009) e da qual o Brasil é signatário, estabelece, que os Estados-Partes devem assegurar um sistema de educação inclusiva em todos os níveis de ensino, em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social compatível com a meta da plena participação e inclusão, adotando medidas para garantir que: a) As pessoas com deficiência não sejam excluídas do sistema educacional geral sob alegação de deficiência e que as crianças com deficiência não sejam excluídas do ensino fundamental gratuito e compulsório, sob alegação de deficiência; b) As pessoas com deficiência possam ter acesso ao ensino fundamental inclusivo, de qualidade e gratuito, em igualdade de condições com as demais pessoas na comunidade em que vivem (Art.24).

Em 2007, é lançado o Plano de Desenvolvimento da Educação – PDE, reafirmado pela Agenda Social, tendo como eixos a formação de professores para a educação especial, a implantação de salas de recursos multifuncionais, a acessibilidade arquitetônica dos prédios escolares, acesso e a permanência das pessoas com deficiência na educação superior e o monitoramento do acesso à escola dos favorecidos pelo Benefício de Prestação Continuada – BPC.

Nota-se, que a dispersão dos saberes que ocorreu a partir do século XIX e XX, ajudou a padronizar a partir das práticas, os discursos existentes em diferentes

áreas do saber, voltada à compreensão e ao atendimento terapêutico-educacional do deficiente, ou seja, promoveram a manutenção da especialização necessária, na medicina, na engenharia, na arquitetura, na educação e também, na área jurídica. Essa dispersão de saberes continua a ser utilizada para justificar o atendimento especializado a ser dispensado ao deficiente no ensino regular, assim como a organização de adaptações necessárias para a manutenção do deficiente no seu espaço de convívio familiar, escolar e social.

Entende-se assim, que, apesar da ideologia construída a partir do discurso da inclusão¹³⁰, mantém, na sociedade contemporânea, a idéia de um corpo social, medicalizado, reabilitado e normalizado, para a efetivação do controle social almejado, ainda no final do século XIX e início do século XX, pela medicina social e conseqüentemente, pelas Ligas. Entretanto, a cultura se altera, criando a possibilidade de um novo arquivo, a possibilidade de uma educabilidade para o deficiente juntamente com os indivíduos sem deficiência ou problemas de aprendizagem, mas agora, com a garantia de seu atendimento especializado em período oposto ao de sala de aula, no mesmo espaço escolar e não mais em escolas especiais. A realização do ensino especial na perspectiva da inclusão passou a ser a nova orientação moral da identidade do deficiente. A política do espaço de inclusão para o deficiente nas escolas de ensino regular é a nova invenção do homem para normalizar o anormal.

Após 14 anos de vigência, aos 07 de janeiro de 2008, ainda sob a coordenação da Secretaria de Educação Especial, a Política Nacional para a Educação Especial (1994) foi substituída por outra intitulada “Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva” (PNEEPI) subsidiada por diversas leis e recomendações entre as quais a Declaração de Salamanca (1994), a Convenção de Guatemala (1999) e a Convenção e Protocolo sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006).

Essa Política (BRASIL, 2008) tem como objetivo: o acesso, a participação e a aprendizagem dos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento

¹³⁰ Para Mittler (2001), a educação inclusiva só começa com uma radical reforma da escola, com a mudança do sistema existente e repensando-se inteiramente o currículo para se alcançar as necessidades de todas as crianças. Para esse autor a inclusão não significa transferir o aluno da escola especial para a escola regular, pois, ela representa uma mudança na mente e nos valores para as escolas e para a sociedade em geral, porque subjacente à sua filosofia está à celebração da diversidade.

e altas habilidades/superdotação nas escolas regulares, orientando os sistemas de ensino para promover respostas às necessidades educacionais especiais, garantindo: 1) transversalidade da educação especial desde a educação infantil até a educação superior; 2) atendimento educacional especializado; 3) continuidade da escolarização nos níveis mais elevados do ensino; 4) formação de professores para o atendimento educacional especializado e demais profissionais da educação para a inclusão escolar; 5) participação da família e da comunidade; 6) acessibilidade urbanística, arquitetônica, nos mobiliários e equipamentos, nos transportes, na comunicação e informação; e 7) articulação intersetorial na implementação das políticas públicas.

Cabe aos sistemas de ensino, ao organizar a educação especial¹³¹ na perspectiva da educação inclusiva, disponibilizar as funções de instrutor, tradutor/intérprete de Libras e guia-intérprete, bem como de monitor ou cuidador dos alunos com necessidades de apoio nas atividades de higiene, alimentação, locomoção, entre outras, que exijam auxílio constante no cotidiano escolar.

Com o objetivo de regulamentar e implementar o atendimento especializado expresso no documento da Política Nacional da Educação Especial com vistas à inclusão foi instituído o Decreto, n. 6.571, publicado em 17 de setembro de 2008 e implementado através da Resolução CNE/CEB n. 4, de 2 de outubro de 2009 as diretrizes operacionais para o atendimento educacional especializado na educação básica, modalidade da educação especial, no qual, adverte que os sistemas de ensino devem

[...] matricular os alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação nas classes comuns do ensino regular e no Atendimento Educacional Especializado (AEE), ofertado em salas de recursos multifuncionais ou em centros de Atendimento Educacional Especializado da rede pública ou de instituições comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos. (BRASIL, 2009, p. 1)

¹³¹ A educação especial no documento - Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva é concebida como uma modalidade de ensino que perpassa todos os níveis, etapas e modalidades, realiza o atendimento educacional especializado, disponibiliza os recursos e serviços e orienta quanto a sua utilização no processo de ensino e aprendizagem nas turmas comuns do ensino regular. (BRASIL, 2008)

Fica estabelecido, portanto, a necessidade de se oferecer atendimento educacional especializado com a função de identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade que eliminem as barreiras para a plena participação dos alunos, considerando suas necessidades específicas, adequando o currículo, o mobiliário, os equipamentos, os espaços, os sistemas de informação, de comunicação, os transportes e tudo o que for necessário.

A adequação do currículo merece destaque (POPKEWITZ, (2001), pois, torna-se, a partir desse ponto de vista, parte de um espaço discursivo no qual os sujeitos deficientes são diferencialmente construídos como indivíduos para se auto-regularem e refletirem sobre si mesmos como membros de uma comunidade/sociedade.

O currículo é o pano de fundo da ordem moral que define os alunos. Destarte, as diferenças (POPKEWITZ, 2001) produzidas como normas universalizadas sobre o que deve ser o mesmo para todos, também se expressa no currículo pensado para a adequação da aprendizagem do deficiente, pois apesar da universalização dos conhecimentos a serem trabalhados, os mesmos precisam diferir quanto a sua aplicação e avaliação. Portanto, os conhecimentos precisam ser adequados as necessidades dos alunos deficientes. A organização do currículo é reimaginada como relacionada ao sucesso e à competência subjetivos e pessoais dos alunos deficientes. As informações e habilidades devem ser ensinadas sem serem reduzidas, pois o conhecimento oficial ensinado a partir do currículo, organizam, diferenciam, e, normalizam as ações do ensino da pessoa deficiente.

Observa-se que o estudo das idéias e práticas desenvolvidas sobre e para o deficiente, regulamentadas e expressas por lei produzem a criança normalizada que necessita ser, medicalizada, reabilitada e resgatada.

Conforme apresentado na Política Nacional e reforçado na Resolução nº 4/2009, no Art. 4º, considera-se público-alvo do Atendimento Educacional Especializado:

- I – Alunos com deficiência: aqueles que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual, mental ou sensorial.
- II – Alunos com transtornos globais do desenvolvimento: aqueles que apresentam um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento nas relações sociais, na comunicação ou estereotípias motoras. Incluem-se nessa definição alunos com autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de

Rett, transtorno desintegrativo da infância (psicoses) e transtornos invasivos sem outra especificação.

III – Alunos com altas habilidades/superdotação: aqueles que apresentam um potencial elevado e grande envolvimento com as áreas do conhecimento humano, isoladas ou combinadas: intelectual, liderança, psicomotora, artes e criatividade. (BRASIL, 2009, p. 2)

A especificação apresentada acima, acerca de quais os indivíduos que estão sendo concebidos como pertencentes ao saber médico da educação especial, se torna um importante referencial para compreendermos como a dispersão dos saberes se concretiza e se materializa através nos discursos reguladores das práticas educacionais ofertadas ao deficiente e quais indivíduos necessitam ser resgatados no contexto da educação inclusiva.

É importante dizer que na sala de atendimento educacional especializado¹³² o aluno deficiente deve realizar atividades diferenciadas, daquelas realizadas na sala de aula comum, pois esse atendimento não substitui a escolarização comum e sim complementa e/ou suplementa a formação dos alunos com vistas à autonomia e independência na escola e fora dela.

Verifica-se (POPKEWITZ, 2001) que o atendimento especializado é organizado para trazer a tona algo não reconhecido, uma capacidade ou um potencial que se presume estar dentro do indivíduo, mas ainda não está visível. Os métodos de ensino destinam-se ostensivamente a ajudar as crianças a desenvolver a inteligência, para seu futuro resgate.

Desse modo, a educação especial com vistas à inclusão, impõe à população a organização de novos espaços para o atendimento do deficiente e impõe também, a partir do dispositivo de disciplina e de poder a exigência de que todos passem a perceber o deficiente frente a sua potencialidade e capacidade de aprendizagem e não mais, por suas limitações.

¹³² O atendimento educacional especializado tem como função identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade que eliminem as barreiras para a plena participação dos alunos, considerando suas necessidades específicas. [...] Dentre as atividades de atendimento educacional especializado são disponibilizados programas de enriquecimento curricular, o ensino de linguagens e códigos específicos de comunicação e sinalização e tecnologia assistiva. Ao longo de todo o processo de escolarização esse atendimento deve estar articulado com a proposta pedagógica do ensino comum. O atendimento educacional especializado é acompanhado por meio de instrumentos que possibilitem monitoramento e avaliação da oferta realizada nas escolas da rede pública e nos centros de atendimento educacional especializados, públicos ou conveniados. (BRASIL, 2008, p.11)

Para tanto, a mudança de concepção sobre o deficiente, faz com que o mesmo receba atenção, desde a educação infantil, na qual se desenvolvem “[...] as bases necessárias para a construção do conhecimento e desenvolvimento global do aluno. O atendimento especializado ocorre através de estimulação precoce, “[...] que objetivam otimizar o processo de desenvolvimento e aprendizagem em interface com os serviços de saúde e assistência social”. (BRASIL, 2008, p.12)

Fica expresso, mais uma vez, mas de forma diferenciada, a preocupação com a normalização do corpo social, que deve acontecer, não mais em instituições especializadas, mas de forma transversal, desde o momento em que a criança deficiente nasce e é incluída na educação infantil até o seu ingresso no nível superior.

Em relação ao atendimento especializado a ser ofertado ao deficiente, o mesmo deve ser estruturado para atender em todas as etapas e modalidades da educação básica e deve ser oferta obrigatória dos sistemas de ensino.

A partir das idéias de Popkewitz (2001) pode-se perceber que o atendimento especializado organizado para ensinar o conteúdo curricular de forma adequada, surge como um efeito de verdade da educação inclusiva, que implica em um local de trabalho para as tecnologias de supervisão, observação e avaliação do aluno deficiente, que é normalizado como desprovido de tais aprendizagens.

É possível ao interpretar a idéia da Política Nacional de Educação Especial com vistas a Inclusão perceber como a mesma está repleta de um discurso com base no dispositivo de saber, de verdade, de poder e em especial de normalização, camuflado no princípio da equidade – reconhecer igualmente o direito de cada um, tornando o direito mais próximo possível do justo -, pois, o alcance pretendido pelo documento, que expressa os saberes especializados em sua forma padronizada, implica em um atendimento que viabilize, não só a educação da criança, mas também a dos jovens e adultos, no que tange a educação profissional, no sentido de que as práticas de educação especial possibilitem a ampliação de oportunidades de escolarização, formação para ingresso no mundo do trabalho e efetiva participação social. Assim como também, se estendem à educação indígena, a do campo, a quilombola e ao ensino superior, para que, na tentativa de assegurar os recursos, os serviços e o atendimento educacional especializado presentes nos projetos pedagógicos, se concretizem, nas práticas, no alcance dos dispositivos

disciplinar e de poder, sobre o esquadramento da população, através da saúde e educação do seu corpo social deficiente.

Os dispositivos de poder, de disciplina, de saber expressos no dispositivo de normalização são percebidos na invenção da lei em questão que exige dos sistemas de ensino, a organização das condições de acesso aos espaços, aos recursos pedagógicos e à comunicação que favoreçam a promoção da aprendizagem e a valorização das diferenças, para atender as necessidades educacionais de todos os alunos promovendo a “[...] eliminação de barreiras arquitetônicas, urbanísticas, na edificação – incluindo instalações, equipamentos e mobiliários – e nos transportes escolares, bem como as barreiras nas comunicações e informações”. (BRASIL, 2008, p.12) Assim, a idéia de inclusão inventada pela contemporaneidade, ainda que proponha uma nova identidade para a compreensão da pessoa deficiente continua a expressar nas entrelinhas, a idéia de normalização e de controle do corpo social.

Portanto, a construção da diversidade a partir de normas de padronização não diz respeito apenas ao estabelecimento de espaços nos quais as crianças deficientes são administradas. As normas responsáveis pelas diferenças são também reimaginadas como qualidades da criança deficiente que é resgatada das condições de anormalidade, por isso, a inclusão se transforma no novo discurso, no qual, as qualidades, as capacidades, a inteligência são transformadas em princípios de um ensino importante e bem sucedido. Os deficientes, que anteriormente não eram bem sucedidos na aprendizagem escolar podem agora ser colocados sob a luz da positividade, mantendo, a partir dos programas, leis, etc., o compromisso social com a igualdade.

O ensino especial com vista à inclusão vincula-se ao compromisso de salvar a alma ao problema de construção da nova pessoa, o objetivo é o resgate psicológico do deficiente através da reconstrução de suas capacidades e disposições internas, transformando e normalizando o deficiente como indivíduo autocontrolado. A escola inclusiva passa a ser normalizada e se torna um ambiente saudável, confiável, seguro e que proporciona apoio psicológico, pedagógico e terapêutico aos deficientes.

Enfim, as políticas educacionais (POPKEWITZ, 2001) têm como alvo os grupos populacionais que têm sido excluídos e buscam estratégias para proporcionar uma distribuição de participação mais eqüitativa. Entretanto, apesar

das melhores intenções com o princípio de inclusão, nenhum princípio é jamais totalmente inclusivo, e sim baseado em princípios de separação e diferenciação sobre quem e o que pertence, pois, as normas que diferenciam as crianças deficientes de outras, não são expressas, mas estão presentes no discurso e nas práticas educativas através das separações realizadas à medida que os territórios da educação especial/inclusiva, da aprendizagem e do desenvolvimento são construídos para definir e separar as realizações bem-sucedidas das malsucedidas nas escolas.

O significado social/político dos sistemas de inclusão/exclusão transforma conjuntos específicos de normas locais em normas globais e universais que estabelece à média, o normal, que deve proporcionar progresso e avanço pessoal. Resumindo, a política de espaço da educação inclusiva é a produção de uma ordem moral que inclui e exclui.

PARA NÃO CONCLUIR...

Início essa “sessão”¹³³, a partir da clarificação do título, pois entendo que este expressa bem o sentimento que fica após a tentativa de término desta pesquisa, ou seja, a sensação de que a mesma não terminou e de que ainda há muito mais a ser pesquisado e muito mais a ser dito. Considero, humildemente, que este trabalho ao chegar ao seu fim, ainda que não seja finito, deixa claro, por onde se pode prosseguir. Sugerindo sua continuidade, enquanto pesquisas que ainda virão em complemento a uma série de questionamentos que foram surgindo durante a escrita, e, que no momento, devido aos prazos estabelecidos pela academia e, também por nossas vidas, não foi possível desenvolver.

Preocupou-se neste estudo, em demonstrar a estrutura das idéias formuladas sobre a loucura que possibilitou a definição de saberes, concepções e práticas discursivas e não discursivas voltadas para o atendimento médico-escolar da pessoa deficiente e que na política educacional é expressa por um currículo especial/inclusivo. Em outras palavras, preocupou-se em compreender, a partir da história da loucura contada por Foucault, a concepção de deficiência construída/inventada na Idade Moderna e quais suas implicações para a constituição da escola especial e para o legislar sobre o deficiente no Brasil.

Em específico, pretendeu-se primeiramente demonstrar a relevância dessa história em relação às mudanças existentes frente à forma de conceber a loucura na Idade Clássica e Moderna, com vistas à compreensão da concepção da normalidade/anormalidade e principalmente do deficiente/diferente. Objetivou-se também, a partir dos saberes formulados sobre a loucura, a anormalidade e a deficiência entender como ocorreu a invenção da escola especial, no Brasil, tendo como base os *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, fontes primárias que compõem a publicação de base científica da *Liga Brasileira de Hygiene Mental*. Por fim, mas não menos importante, ocupou-se de compreender, a partir da nova forma

¹³³ Utilizo o termo sessão aqui, não apenas para indicar um novo item a ser explorado discursivamente, mas também no sentido figurado de “sessão psicoterápica”, pois visualizo neste momento, o texto final, intitulado – “**Para não concluir...**”, composto por um tom de certa catarse, uma tentativa de dizer a mim mesma e ao leitor, que: Pôxa vida, acabou o prazo! Mas, não as informações que precisavam ser ainda apresentadas... Vislumbro tanta coisa pela frente que não foi possível ser dita! Mas, que, com certeza farão parte de outras discussões que serão suscitadas a partir desses alfarrábios.

de conceber a loucura, verificar as implicações dos saberes formulados para o educar e o legislar sobre o deficiente no Brasil.

Por isso, no contexto da mudança de concepção sobre a loucura, a necessidade de investigar as fronteiras entre o binômio normalidade/anormalidade como questão relevante nos debates sobre a invenção da escola especial no Brasil. À medida que as práticas discursivas que circulam no circuito cultural, e, com maior predominância, na *Liga Brasileira de Hygiene Mental* são aquelas que classificam os indivíduos entre normais e anormais, inventando e nomeando suas existências e marcando sua inclusão/exclusão. Neste sentido, a modernidade assume um maior controle sobre as mentes e os corpos desajustados, degenerados através das práticas discursivas e não discursivas.

A relevância da investigação sobre a mudança na concepção referente ao louco, anormal e o deficiente, nos possibilita a compreensão sobre a normalidade como uma invenção que tem como propósito delimitar os limites da existência, a partir dos quais se estabelece quem são os corpos danificados e deficientes - os anormais, para os quais as práticas de normalização devem se voltar. Portanto a *norma*, marca a existência de algo compreendido como o ideal e que serve para demonstrar aqueles que devem ser corrigidos e ajustados, pois desviam da média da normalidade.

A história da anormalidade desenvolvida por Foucault (2002b) corresponde à idéia do *indivíduo a corrigir*, a anormalidade na perspectiva de normalizar as diferenças, um elemento bastante específico do século XVIII e do século XIX na Idade Clássica, o *indivíduo a corrigir* é um elemento que aparece com bem mais frequência, sendo por isso mais difícil de ser determinado.

Na pesquisa apresentada, a história da anormalidade é desenvolvida, à medida que ocorre uma ampliação do campo de investigação para incluir de maneira mais precisa o estudo das práticas não discursivas e, sobretudo, a relação não discursividade/discursividade, ou seja, para analisar o saber em termos de estratégia e táticas de poder. Trata-se, de situar o saber no âmbito das lutas.

Nessa perspectiva, se poderia falar de história dos saberes no âmbito do que Foucault (1995) denomina de governamentalidade. O autor utiliza o referido termo para referir-se ao objeto de estudo das maneiras de governar. Apesar de Foucault apresentar extensamente suas idéias sobre a definição de governamentalidade, nos

chama a atenção especialmente, neste momento específico, à definição frente o conjunto constituído pelas instituições, análises, procedimentos e reflexões, táticas e cálculos que possibilitam o exercício do poder, a partir de um objetivo principal, a população; no que diz respeito a economia política, os dispositivos de segurança, a disciplina, o desenvolvimento dos saberes, as práticas de normalização, etc.

A governamentalidade tem um sentido amplo, e, nos interessa por hora a idéia desenvolvida sobre o governo dos outros (as formas políticas da governamentalidade) e as relações entre o governo de si e o governo dos outros. No qual se encontram incluídos: o cuidado de si, o poder pastoral, as disciplinas, a política, a biopolítica, a razão de Estado moderno, governamentalizado; o Estado governamental que tem por objetivo o controle do corpo social por meio de dispositivos de segurança.

A história do anormal foi constituída a partir de três figuras denominadas por Foucault (2002b) de: o *monstro* humano (o jogo da natureza, de todas as irregularidades possíveis, o princípio da inteligibilidade de toda anomalia); o *anormal* (o monstro cotidiano, o indivíduo a corrigir) e o onanista (o masturbador). O segundo elemento que nos interessou em especial, pois essa figura será aquele indivíduo que precisa ser corrigido, seja pela família, seja por alguma instituição vinculada a ela (a escola, a paróquia, o bairro). O anormal será um incorrigível que terá que ser colocado em um meio de correção apropriado, como é o caso das escolas especiais.

O indivíduo anormal desde o século XIX passou a ser marcado: na prática judicial, na prática médica, no saber e nas instituições que o rodeiam devido sua singularidade e sua etiologia geral e universal.

Neste sentido, cada uma das três figuras se inscreverá em um sistema autônomo de referência científica. No caso do anormal, o incorrigível, em uma psicopatologia das sensações, da motricidade e das aptidões que fortalecerá a construção de uma teoria geral da degeneração. A Teoria da degenerescência a partir de Morel, conforme aponta Castel (1976), servirá por mais de meio século como marco teórico e como justificação social e moral, para o desenvolvimento de técnicas de classificação e de intervenção sobre os anormais, assim como a organização de uma complexa rede institucional baseada nos confinamentos da medicina e da justiça, com o objetivo de servir como estrutura de recepção dos

anormais, mas principalmente, para servir como instrumento de defesa da sociedade.

Destarte, surgem instituições com o objetivo de corrigir e de normalizar os indivíduos compreendidos como anormais. Essas instituições serviram para isolar a sociedade dos indesejáveis e como modelo para diversas práticas posteriores.

Nas instituições específicas para anormais, desenvolvidas no século XIX, como por exemplo, as voltadas para os deficientes, inúmeras técnicas de reparação foram utilizadas com o intuito de corrigir o desviante. A partir das práticas desenvolvidas nestas instituições, se inscreve, por assim dizer, um discurso voltado para as pessoas deficientes e se elaboram concepções voltadas ao atendimento terapêutico-educacional ou dito de outra forma, médico-escolar dos mesmos.

O que se verifica é uma constante interveção na concepção voltada à pessoa deficiente, o qual promove a elaboração de uma política de espaços de reclusão ou de inclusão investidos de esforços de medicalização, correção, normalização, que se alteram conforme as possibilidades criadas a cada época.

Para tanto, embora os corpos hoje denominados de deficientes, sempre existam na história da humanidade, nem sempre foram classificados como anormais. Foi através de um conjunto de práticas, de discursos e de representações – que pretendiam dar as noções de degenerescência humana, de anormalidade – que a idéia sobre o deficiente foi inventada.

Desta forma, vale lembrar que no passado, conforme apresentado no primeiro capítulo da tese, a concepção de deficiência encontrava-se misturada à idéia narrada e construída sobre o louco. Na Idade Média todas as pessoas loucas eram enviadas para fora dos muros das cidades, de forma que as mesmas fossem reclusas à idéia de salvação moral, por isso, não poderiam perambular pela cidade antes de serem misticamente salvas de sua condição. Na Renascença os loucos, não mais eram expulsos para fora das cidades, mas sim, entregues aos barqueiros para partirem na “grande viagem”, que levava tipos sociais para o incomunicável mundo das águas, a idéia era a de mandar para longe aqueles que podiam perturbar, isolando a loucura nas ondas dos mares.

Na Idade Clássica, por sua vez, o isolamento do louco em relação à população, não ocorre mais, nem através do envio dos mesmos para fora da cidade, como uma peste que pode ser propalada, nem mesmo através das viagens em embarcações/Naus, mas sim, através do internamento, que garante ao louco, a

reclusão, e, a população, a possibilidade de segurança frente ao desajustamento que aquelas pessoas passaram a representar. Na Idade Moderna tem-se o nascimento do asilo, do hospital, da prisão, da casa de recuperação, enfim, das mais variadas intuições voltadas ao atendimento do anormal. A idéia de anormalidade é inscrita e desenvolvida a partir da dispersão dos saberes que ocorre devido à invenção da medicina social, ou seja, medicina moderna.

No Brasil, durante o século XIX, também surgem diversas instituições que se dedicam ao processo de normalização das anormalidades e que buscam formatar uma população livre das degenerescências. Em especial trabalhou-se nesta pesquisa com a *Liga Brasileira de Hygiene Mental*, que se ocupou em esquadrihar um corpo social nacional, saudável e normalizado. Neste sentido, utilizou recursos variados como as propagandas através de folhetos e a conscientização sobre a prevenção das degenerações através dos *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*. O principal projeto veiculado nos *Archivos*, importante documento da *Liga* era o projeto educativo de prevenção psiquiátrica da loucura/doença mental, que foi pensado pelos higienistas com o intuito de avaliar, classificar, medicalizar, reabilitar e corrigir o desviante, o indesejável, o ineducável. O projeto de profilaxia pretendido pela *Liga* estendeu-se, também, na educação e influenciou a constituição de um campo de saber específico para o deficiente, no qual promoveu o aparecimento de instituições específicas de tratamento terapêutico-educacional.

A partir da idéia de classificação dos anormais escolares, os higienistas passaram a utilizar os testes psicométricos como instrumento de separação entre o normal e o anormal. Aquelas crianças classificadas de anormais escolares foram encaminhadas para laboratórios anexos às escolas normais ou manicômios, para serem medicalizadas, reabilitadas, normalizadas e posteriormente devolvidas ao convívio familiar, escolar e social.

As primeiras instituições voltadas ao atendimento do deficiente criadas no Brasil foram o Instituto Benjamin Constant em 1854, para o atendimento de crianças cegas e o Instituto Nacional para Surdos em 1857, destinado aos surdos. Estas instituições, assim como outras, das quais deram origem, se mantiveram com o firme propósito de normalizar as diferenças.

No campo da identidade e da diferença, a normalização é um processo sutil de manifestação do poder sobre os corpos anormais. No campo da Educação Especial, se mantém a concepção da classificação e divisão dos sujeitos em

normais ou anormais. A partir dessa concepção, se desenvolve as conversas, as práticas, os discursos sobre o deficiente, assim como as formas de atendimento médico-pedagógico oferecidas a eles.

Para cada tipo de deficiência, um tipo de atendimento específico inventado a partir da dispersão/especialização dos saberes. Cada deficiência, cada síndrome compõe parte de grupos homogêneos sobre os quais se pensa a partir de seus traços faltantes. Desta forma, investe-se cada vez mais em práticas de normalização aliadas às promessas de resgate definitivo da alma comprometida em função da deficiência.

Atualmente, no século XXI, o desenvolvimento de estudos no campo da educação e dos direitos humanos vem modificando as concepções, as legislações, as práticas educacionais e de gestão, indicando a necessidade de se promover uma reestruturação da educação especial e das escolas do ensino regular.

Na atualidade, o discurso da inclusão social e educacional dos deficientes aparece com força total, mas é preciso que o analise, pois assim como o falso discurso de libertação dos loucos realizado por Pinel e Tuke em Bicêtre, a inclusão parece, também, soar como uma falsa liberdade do deficiente no espaço inclusivo, o que sugere um suposto respeito à diversidade e pauta-se na idéia da tolerância ao diferente.

Por entender a necessidade de investigar as práticas discursivas que continuam sendo produzidas sobre o deficiente ocupou-se também, nesta pesquisa em entender como os saberes, as práticas discursivas e não discursivas são expressas como regras nos documentos elaborados como legislação brasileira educacional. Neste sentido, no contexto da inclusão abordou-se o discurso das adaptações curriculares, modalidades de ensino, atendimento especializado expressos nos documentos legais do SEESP/MEC, como mais uma estratégia de normalização, pois o que está selecionado como currículo está relacionado ao sucesso e a competência do deficiente que são estabelecidas por padrões de referência comum. Portanto há uma norma padrão a ser seguida e alcançada, desta forma, existe a captura de saberes escolares alternativos que sejam capazes de ser desenvolvidos com o objetivo de salvar o desajustado que foge à norma média, o anormal, o deficiente.

De acordo com Lunardi (2003) os discursos a favor da diversidade, da inclusão instituem uma norma a qual os sujeitos são narrados, uma norma que cria a

noção de diferença a partir de valores universais, supostamente os mesmos para todos.

O que desenvolveu-se foi à lógica da estrutura das idéias sobre o deficiente, que embora seja *o outro o diferente*, foi capturado pelo saber da norma, portanto tornou-se conhecido, familiarizado, classificável, adaptável. Assim, não nos incomoda, não nos provoca com a perturbação do desconhecido.

Desta maneira, no discurso atual-contemporâneo, como mencionado, as pessoas deficientes são almas que inspiram cuidados e necessitam ser 'resgatadas' através de sua transformação em pessoas autônomas e auto-suficientes.

De modo geral, o conhecimento especializado modela o pensamento e a prática da população sobre o deficiente, pois, a difusão do conhecimento desenvolvido sobre o deficiente, dentro e fora das instituições especializadas e que se torna público, homogeneizado serve para organizar o ensino, a aprendizagem, o currículo, o manejo com a classe e imprimir as idéias formuladas pela população sobre as pessoas deficientes. O conhecimento especializado, dentre outras coisas, serve também, para instituir normas, que devem ser cumpridas como regras capazes de determinar a capacidade de reformar o desajustado.

A especialização dos saberes sobre as deficiências definiu, por assim dizer, a agenda de política nacional voltada ao deficiente. O que se tem é a padronização dos saberes, por meio das regras e das normas consolidadas, por meio das leis inventadas sobre o deficiente e que passam a se constituir como um efeito de verdade instituído pela disciplina, pelo saber e pelo poder e que precisa ser seguida, para que a normalização aconteça nas instituições especializadas, nas escolas regulares de ensino/inclusivas e na população como um todo. A idéia que permanece é a de esquadramento do corpo social.

Contudo, percebe-se que a dispersão dos saberes e das práticas, impõe novo movimento, em nível mundial, sobre os deficientes e se organizam movimentos das mais variadas ordens para atender a necessidade imposta de desenvolvimento social urbano, frente à constituição de uma sociedade moderna.

Neste sentido, as deficiências, com o tempo, passaram a serem vistas como uma possibilidade de diversidade, de diferença que cabe a cada um e a todos, ou seja, o discurso sobre o deficiente, mais uma vez altera-se no que tange à sua singularidade. O diferente deve ser percebido a partir de sua singularidade frente a todas as possíveis diversidades, tendo consciência de que todos os indivíduos são

diferentes e por isso, devem ser educados em um mesmo ambiente, a partir da perspectiva da inclusão.

A concepção desenvolvida, a partir de então é a de que a criança deficiente deve ser educada em instituições regulares de ensino, mas com direito ao atendimento especializado para garantir que suas almas sejam administradas e resgatadas. Portanto, nesta perspectiva, o deficiente, mesmo não sendo um indivíduo capaz e competente, pode como mencionado, com atenção e cuidados adequados ser salvo. As práticas pedagógicas especializadas promovem por meio das teorias e das tecnologias construídas com o apoio da psicologia e da medicina, a normalização e o resgate da alma do deficiente.

Verifica-se que a democratização dos saberes sobre a classificação das deficiências, e, as práticas médicas-educacionais desenvolvidas para os deficientes, permanecem a cada novo documento, nova regra, nova norma e, continuam a apontar àqueles que fogem da média da normalidade e que precisam de atendimento especializado, para então, serem salvos. Para tanto, não mais a educação especial, seria a prática necessária, mas sim, a educação especial com vistas à inclusão do diferente junto aos seus diferentes, pois a concepção de inclusão permitiu construir a idéia de que todos são diferentes, portanto, todos têm direito a educação no mesmo espaço.

Sobre a política espacial para crianças deficientes, concluiu-se que os discursos pedagógicos sobre o diferente promovem espaços sociais diferenciados para os deficientes, na tentativa de confinar o deficiente dentro das normalizações aplicadas, mesmo estando ele em escolas regulares, pois o espaço construído para o deficiente no processo de inclusão ao mesmo tempo qualifica e desqualifica a pessoa com deficiência, validando o processo inclusão/exclusão.

Nesta percepção, a realização do ensino especial na perspectiva da inclusão passou a ser a nova orientação moral da identidade do deficiente. A política do espaço de inclusão para o deficiente nas escolas de ensino regular é a nova invenção do homem para normalizar o anormal. Fundamentada na concepção de um currículo que serve de pano de fundo para nova ordem moral que define os alunos deficientes. Neste sentido, a identidade do deficiente se altera para aquele que é o *outro*, o *diferente*; como todos somos diferentes, as normas devem ser adaptadas e produzidas como normas universalizadas sobre o que deve ser o mesmo para todos, mas com práticas pedagógicas adequadas, especializadas às

necessidades dos alunos deficientes, pois o conhecimento oficial ensinado a partir do currículo, organiza, diferencia, e, normaliza as ações do ensino da pessoa deficiente.

Observa-se que o estudo das idéias e práticas desenvolvidas sobre e para o deficiente, regulamentadas e expressas por lei continuam a produzir o indivíduo normalizado, ou seja, aquele indivíduo deficiente/diferente que necessita ser, no contexto da educação inclusiva, resgatado de suas condições de desvio de desajuste, permitindo que o mesmo seja familiarizado, desestranhado, reformado.

É possível concluir que a educação especial com vistas à Inclusão está repleta de um discurso com base no dispositivo de saber, de verdade, de poder e em especial de normalização, camuflado no discurso da suposta igualdade, do direito à diversidade, da educação para todos, da equidade.

Portanto, as normas responsáveis pelas diferenças são também reimaginadas como qualidades do indivíduo deficiente que é resgatado das condições de anormalidade, por isso, a inclusão se transforma no novo discurso, no qual, as qualidades, as capacidades, a inteligência são transformados em princípios de um ensino bem sucedido. Os deficientes podem, desta forma, manter a partir dos programas sociais e educacionais, leis, etc., o compromisso social com a igualdade.

Como mencionado, o ensino especial com vistas à inclusão vincula-se ao compromisso de salvar a alma ao problema de construção da nova pessoa, o objetivo é o resgate psicológico do deficiente através da reconstrução de suas capacidades e disposições internas, transformando e normalizando-o como indivíduo autocontrolado. Nesta perspectiva, a escola inclusiva passa a ser o espaço a ser normalizado, para então, se tornar um ambiente saudável, confiável, seguro e que proporciona apoio psicológico, pedagógico e terapêutico aos deficientes.

O significado social/político dos sistemas de inclusão/exclusão transforma conjuntos específicos de normas locais (escola especial) em normas globais e universais (escola e sociedade inclusiva) que estabelece à média, o normal, que deve proporcionar progresso e avanço pessoal. Resumindo, a política de espaço da educação inclusiva é a produção de uma nova ordem moral, que inclui e exclui.

Enfim, o novo arquivo que se apresenta corresponde aos novos discursos formulados sobre o deficiente, ou seja, o deficiente passa a ser o *outro o diferente* e a prática discursiva a ser desenvolvida desde então, diz respeito à captura da

diferença pelo discurso da igualdade, do direito à diversidade, da educação para todos.

Seguindo o raciocínio de Lunardi (2003) o discurso do direito à diversidade, parece criar uma estrutura normativa fundada sobre a base de um falso consenso, uma falsa possibilidade de convivência, na tentativa de enfatizar a importância de uma sociedade democrática, pluralista e igualitária. Por isso, a escola, na perspectiva inclusiva, converte a diferença em qualidades diferenciais ou em atributos diferenciais, portanto ser diferente pode significar para a escola, a partir das políticas educacionais possuir um conjunto de traços psicológicos e de determinações sociais que o professor deve levar em conta para adequar sua prática escolar.

Nesta perspectiva, a captura da diferença pelos discursos da igualdade e o direito à diversidade traduz a impossibilidade de identificar, de representar o diferente. No entanto, essa impossibilidade de identidade se transforma em incômodo e o diferente precisa ter as suas diferenças homogeneizadas e normalizadas, assim como ocorreu com o deficiente.

A partir da lógica desenvolvida sobre o direito à diversidade tem-se instituído o poder disciplinar e o biopoder. No primeiro caso, a diversidade produz mecanismos que permitem perceber os que estão dentro da norma e os que estão fora da norma, para assim serem normalizados tornando possível a convivência com o diferente. No segundo caso – o biopoder – é uma tecnologia que opera mecanismos de eliminação das diferenças. No espaço do biopoder, tudo que perturba a ordem social deve ser eliminado, desta maneira, a diferença incomoda e por isso, precisa ser eliminada.

Nesse contexto, o deficiente constitui-se num estranho, que promove incertezas que perturba a ordem, mas como ele é capturado pelo saber de uma norma é possível tirá-lo da estranheza, disciplinando-o, enquadrando-o em uma normativa capaz de fazer diluir suas diferenças. O diferente passa a ser aquele que precisa ser familiarizado, normalizado para fazer parte do território da norma, onde cada um ocupa seu justo lugar. Nesta sociedade de normas, a constante necessidade de ordenar e normalizar gera sempre novos alvos, promove sempre novas anormalidades, novas possibilidades de percepção sobre o anormal.

O que entra em cena, para um novo arquivo é o discurso da alteridade deficiente, pois na prática da alteridade o diferente é a soma nas relações

interpessoais entre os seres humanos revestidos de cidadania. Em outras palavras, através da relação alteritária é possível exercer a cidadania e estabelecer uma relação pacífica e construtiva com os diferentes, na medida em que se identifique, entenda e aprenda a aprender com o outro, com o contrário, com o diferente.

No entanto, a lógica dessa pesquisa não visa argumentar, criticar ou apontar uma solução para um currículo especial/inclusivo, mas sim, demonstrar a estrutura das idéias formuladas a respeito e que definem concepções e práticas discursivas. Assim, no discurso atual, as crianças (deficientes) são “[...] ‘almas carentes’ que requerem ‘cuidado’ e precisam ser ‘resgatadas’ através de sua transformação em pessoas autônomas e auto-suficientes. [...]” (POPKEWITZ, 2001, p. 136). Nesta linha de raciocínio é possível dizer que a normalização e a disciplina nunca são plenamente realizadas e que a educação desde seu início jamais produziu cidadãos plenamente normais.

Portanto, a apropriação dos conhecimentos construídos, referentes ao processo de escolarização das pessoas deficientes permite perceber como a idéia do ser deficiente ou do ser diferente foi formulada histórica, social e culturalmente em dadas épocas. Assim, a proposta da educação inclusiva, em pleno século XXI, é constituída de múltiplas determinações históricas e de múltiplos discursos de uma sociedade em transformação, por isso, a intenção, neste estudo, não foi de constatar as práticas escolares desenvolvidas em relação ao deficiente, no Brasil, mas sim, de concentrar o raciocínio na estrutura de idéias que possibilitaram e produziram uma concepção de educação para o deficiente, capazes de constituir a escola especial brasileira. Desta maneira, justifica a análise construída a partir da *Liga Brasileira de Hygiene Mental* e, sobretudo, a partir do referencial foucaultiano.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Dulce Barros. **Fundamentos Legais da Educação Especial**: revisão bibliográfica. Goiânia: Universidade Católica de Goiás, 1985. (Especialização em educação. Área: Ensino Especial)

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. 3. ed Rio de Janeiro: Petrobras, 2011, 11p.

ANTUNES, Ricardo. Reestruturação produtiva e mudanças no mundo do trabalho numa ordem neoliberal. In: DOURADO, Luiz F., PARO, Vitor Henrique (Orgs.). **Políticas públicas e educação básica**. São Paulo: Xamã, 1991.

BRASIL. Congresso Nacional. "**Lei nº 5.692/71**". Brasília: Ministério da Educação e Cultura. Diário Oficial, 12 de agosto de 1971.

_____. Senado Federal. **Decreto nº. 72.425, de 3 de julho de 1973**. Cria o Centro Nacional de Educação Especial (CENESP). Brasília, DF: Imprensa Nacional, 1973. Disponível em: < <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextolntegral.action?id=186315>>. Acesso em: 13 de jul. de 2011.

_____. **Plano Setorial de Educação e Cultura (1972/74)**. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria Geral. Brasília: Departamento de documentação e divulgação, 1976a. Disponível em: < <http://www.google.com.br/search?q=Plano+Setorial+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+e+Cultura+-+I+PND+%281972%2F74%29&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:pt-BR:official&client=firefox-a>>. Acesso em: 10 de jul. de 2011.

_____. **II Plano Setorial de Educação e Cultura (1975/1979)**. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria Geral. Brasília: Departamento de documentação e divulgação, 1976b. Disponível em: < <http://www.google.com.br/search?q=Plano+Setorial+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+e+Cultura+-+I+PND+%281972%2F74%29&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:pt-BR:official&client=firefox-a>>. Acesso em: 10 de jul. de 2011.

_____. **Comissão do Ano Internacional das Pessoas Deficientes**: Relatório de atividades Brasil. Brasília: Imprensa Nacional, 1981. Acesso em: < <http://www.dominiopublico.gov.br/>>. Acesso em: 10 de jul. de 2011.

_____. Senado Federal. **Constituições do Brasil de 1824, 1891, 1946 e 1967 e suas alterações**. Brasília: Subsecretaria de Edições Técnicas, p.174-175, 1986a.

BRASIL. Senado Federal. **Decreto nº. 93.613, de 21 de novembro de 1986**. In: Legislação Federal. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 1986b. Disponível em: < <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-93613-21-novembro-1986-444224-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 13 de jul. de 2011.

_____. **Constituição Brasileira.** Brasília, D.F.: Imprensa Nacional, 1988.

_____. Senado Federal. **LEI N.º 7.853 de 24 de outubro de 1989.** In: Legislação Federal. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 1989. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12907:legislacoes&catid=70:legislacoes>. Acesso em: 13 de jul. de 2011.

_____. **Lei de Diretrizes Bases da Educação:** LEI N° 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Brasília: Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação, Cultura e desporto, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm>. Acesso em: 05 de jun. de 2011.

_____. Ministério da Educação. **Avaliação para a identificação das necessidades educacionais especiais.** Brasília: Secretaria de Educação Especial. MEC; SEESP, 2001.

_____. **Educar na Diversidade.** Módulo 2: o enfoque da educação inclusiva. Brasília: Ministério de Educação. Secretaria a Educação Especial, 2003.

_____. **Programa de Educação Inclusiva:** direito a diversidade. Brasília: Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial, 2004, 28p.

_____. **Ensaio pedagógicos:** construindo escolas inclusivas. 1 ed. Brasília: Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. MEC, SEESP, 2005a.

_____. **Educação Inclusiva.** Documento subsidiário á política de inclusão. Brasília: Ministério da Educação. Secretaria da Educação Especial, 2005b.

_____. Ministério da Educação. **Programa Educação Inclusiva:** Direito a diversidade – Documento orientador Brasília: Ministério da Educação. Secretaria da Educação Especial, 2006a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/index.php?option=content&task=view&id=67&Itemid=196>>. Acesso em: 29 de set. de 2006.

_____. **INEP.** Brasília, DF: Ministério da Educação e Cultura, 2006b. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/imprensa/noticias/enem/new07_02.htm>. Acesso em 15 de fev. de 2007.

_____. **A construção de práticas educacionais para alunos com altas habilidades/superdotação.** Brasília: Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial, 2007. 80p.

_____. **Política Nacional da Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva.** Documento subsidiário á política de inclusão. Brasília: Ministério da Educação. Secretaria da Educação Especial, 2008.

_____. **Resolução CNE/CEB 4/2009.** Ministério da Educação. Secretaria da Educação Especial. Brasília: Diário Oficial da União, 5 de outubro de 2009, pp. 1-

17. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/index.php>>. Acesso em, 20 de junho de 2011.

BIZZO, Nelio Marco Vicenzo. Eugenia: quando a biologia faz falta ao cidadão. In: **Caderno de Pesquisa – Faculdade de Educação da USP**. São Paulo, n.92, pp.38-52, fev. 1995.

BUENO, José Geraldo Silveira. **Educação Especial Brasileira: Integração/ segregação do aluno diferente**. São Paulo: EDUC, 1993.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6.ed. rev. Tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1976.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Vozes, 2008.

CLAPARÈDE, Édouard. **A escola sob medida: e estudos complementares sobre Claparède e sua doutrina**, por Jean Piaget – Louis Meylan – Pierre Bovet. tradução de Maria Lúcia do Eirado Silva. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura, 1951.

COLLARES, Cecília A. L.; MOYSÉS M. Aparecido A. **Pre-conceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização**. São Paulo: Cortez, 1996.

COMBE, Sonia. Resistir à razão de Estado. In: SALOMON, Marlon (Org.). **Saber dos arquivos**. Goiânia, GO.: Ed. Ricochete, 2011, p. 19-27.

COMTE, A. **O catecismo positivista**. Tradução de José Giannot e Miguel Lemos. São Paulo: Abril Cultural, 1996. (Os Pensadores).

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

CRUICKSHANK, W.N.; JOHNSON, J.O. **A educação da criança e do jovem excepcional**. Porto Alegre, v.1, Globo, 1979.

CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DEBESSE, Maurice e MIALARET, Gaston (Orgs.) **Tratado das ciências pedagógicas: história da pedagogia**. São Paulo: Ed. Nacional: Ed. Da USP, 1977. (atualidades pedagógicas)

DREYFUS, H.L.; RABINOW, P. **Michel Foucault – Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Tradução Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, Michel. Poder e verdade. In: DREYFUS, H.L.; RABINOW, P. **Michel Foucault – Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da**

hermenêutica. Tradução Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 202-227.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Tradução de Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão.** Trad. Raquel Ramallete. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

_____. **Os anormais: Curso no Collège de France (1974-1975).** Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2002a.

_____. Aula de 17 de março de 1976. In: **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976).** Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2002b, p.285-315.

_____. **Microfísica do poder.** Organização e Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003.

_____. Poder e Saber. In: MOTTA, M.B. (Organização e seleção de textos). **Estratégia, poder-saber.** Tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003, p. 223-240. (Ditos e Escritos, 4)

_____. **História da loucura: na Idade clássica.** Tradução de José Teixeira Coelho Neto, 8.ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

_____. **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974).** Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

_____. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970.** 14. Ed. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo, S.P.: Edições Loyola, 2006b.

_____. **Arqueologia do saber.** Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

GARCIA, J.N. **Manual de dificuldades de aprendizagem: linguagem, leitura, escrita e matemática.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1998.

GONDRA, José G. “Modificar com bradura e previnir com cautela”: racionalidade médica e higienização da infância. In: FREITAS, Marcos Cezar; KUHLMANN JR. Moysés. (Orgs.) **Os intelectuais na história da infância.** São Paulo: Cortez, 2002, pp. 289-318.

_____. **Artes de civilizar: medicina, higiene e educação escolar na corte imperial.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 2004.

GUMPERZ, J.C. Alfabetização e escolarização: uma equação imutável. In: **A construção social da alfabetização**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991. p.27-57.

HERGENHAHN B. R. **An Introduction to the History of Psychology**. 4 ed. United State of American: Wadsworth Publishing, 2000.

JANNUZZI, Gilberta de Martino. **A luta pela educação do deficiente mental no Brasil**. 2. ed. Campinas, S.P.: Autores Associados, 1985.

JANNUZZI, Gilberta de Martino. **A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI**. Campinas, S.P.: Autores Associados, 2004.

JULIEN, Philippe. **O estranho gozo do próximo: ética e psicanálise**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

LIMA, G.Z. **Saúde Escolar e Educação**. São Paulo, Cortez, 1985.

LIMA, T.C.S. de.; MIOTO, R.C.T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. In: **Revista Katalysis - UFSC**: Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007.

LYRA, A.; SILVA, D. B. T. da; PINCHERLE, L. T. **Psicoterapias e estados de transe**. São Paulo: Summus Editorial LTDA, 1985. Disponível em: <http://books.google.com.br>. Acesso em: 01 de fev. de 2011.

LUNARDI, Márcia Lise. **Medicalização, reabilitação, normalização: uma política de educação especial**. (GT 15). 2002 Disponível em: <http://www.anped.org.br/25/marcialiselunardit15.rtf>>. Acesso em: 27 maio 2006.

LUNARDI, Márcia Lise. **A produção da anormalidade surda nos discursos da educação especial**. Porto Alegre, R.S.: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2003. pp. 200. (Tese de Doutorado)

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia (Orgs.) **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARQUES, Carlos Alberto. A estetização do espaço: perspectivas inserção ou de exclusão da pessoa portadora de deficiência. In: **Temas sobre Desenvolvimento**, v. 8, n. 47, p. 10-16, 1999.

MARSHALL, James. Governamentalidade e Educação Liberal. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (ORG). **O sujeito da Educação: estudos Foucaultianos**. Petrópolis, R.J.: Vozes, 1994, p. 21-34.

MANSANERA, Cristiane de Quadros. **Transtorno por déficit de atenção/hiperatividade e problemas de aprendizagem**. Maringá, 2002, 115p. Dissertação (mestrado). DTP/DFE-UEM.

- MAZZOTTA, Marcos J.S. **Educação especial no Brasil: história e políticas públicas**, 5 ed. São Paulo: Coretz, 2005.
- MEDEIROS, J.B. **Redação científica: a prática de fichamentos, resumos, resenhas**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2000.
- MINAYO, M.C. Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M.C. (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.
- MITTLER, Peter. **Educação de necessidades especiais: uma perspectiva internacional (sumário)**. SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOCIEDADE INCLUSIVA, 2001, Belo Horizonte, *Anais...* Belo Horizonte: PUC MINAS, 2001. p. 34-41.
- MONARCHA, Carlos. **Lourenço Filho e a organização da psicologia aplicada à educação: São Paulo, 1922-1933**. Monografia ganhadora do “Prêmio Loourenço Filho”, 1998, conferido pela Academia Brasileira de Educação. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais, 2001. v.3
- PATTO, Maria H. Sousa. **A Produção do Fracasso Escolar: história de submissão e rebeldia**. São Paulo: casa do Psicólogo, 1999.
- PATTO, Maria H. Sousa. **Mutações do cativoiro: escritas de psicologia e política**. São Paulo: Hacker Editores/Edusp, 2000.
- PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34 Ltda., 1996. Disponível em: <http://books.google.com.br>. Acesso em: 01 de fev. de 2011.
- PESSOTTI, Isaias. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Editora 34 Ltda., 1999. Disponível em: <http://books.google.com.br>. Acesso em: 01 de fev. de 2011.
- POMERANTZ, Andrew M. **Clinical psychology: science, practice, and culture**. United State of American: Sage Publications Ltda., 2008. Disponível em: <http://books.google.com.br>. Acesso em: 01 de fev. de 2011.
- POPKEWITZ, Thomas S. **Lutando em defesa da alma: a política do ensino e a construção do professor**. Tradução de Magda França Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- PORTOCARRERO, V. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da Psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. (Coleção Loucura & Civilização, v.4)
- RIBEIRO, S.C. **A pedagogia da repetência: estudos avançados**, 1991. (mimeo)
- RUSCHE, Georg; KIRCHHEIMER, Otto. **Punishment and social structure**. 50 ed. New York: Columbia University Press, 2003. Disponível em: <http://books.google.com.br>. Acesso em: 01 de fev. de 2011.

SALOMON, Marlon. **Arquivologia das correspondências**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

_____. Saber dos arquivos. In: SALOMON, Marlon. (Org.) **Saber dos arquivos**. Goiânia, GO.: Ed. Ricochete, 2011a, p. 5-17.

_____. A danação do arquivo: ensaio sobre a história e a arte das políticas culturais. In: SALOMON, Marlon. (Org.) **Saber dos arquivos**. Goiânia, GO.: Ed. Ricochete, 2011b, p. 29-41.

SALOMONI, Antonella. Um saber histórico de Estado: os arquivos soviéticos. In: SALOMON, Marlon. (Org.) **Saber dos arquivos**. Goiânia, GO.: Ed. Ricochete, 2011, p. 43-72.

SCHAIN, R.J. A síndrome comportamental de lesão cerebral. In: **Distúrbios de aprendizagem na criança**. São Paulo, Manole, 1978. p.31-38.

STEPHANOU, Maria. Discursos médicos e educação sanitária na escola brasileira. In: STEPHANOU, Maria; BASTOS, Maria Helena Camara. **História e memórias da educação no Brasil**. v. III, séc. XX. Petrópolis, R.J.: Vozes, 2009, pp. 142-164.

SUCUPIRA, A.C.S.L. Hiperatividade: doença ou rótulo? **Cadernos Cedes - Fracasso Escolar - uma questão médica?** n.º 15, São Paulo, Cortez, 1986. p.30-43.

TARNOPOL, L. Introdução a distúrbios neurológicos de aprendizagem. In: **Crianças com distúrbios de aprendizagem: diagnóstico, medicação, educação**. São Paulo, EDART, 1980. p.15-31.

UNESCO. **Declaração de Salamanca**. Brasília: SEESP/MEC, 1994.

FONTES

ANTIPOFF, H. Trabalhos originaes: a psychologia na escola de aperfeiçoamento de Bello Horizonte. In: **Os arquivos Brasileiros de Hygiene Mental**. Rio de Janeiro, v. III, n. 6, p.226-234, 1930.

ARCHIVOS BRASILEIROS DE HYGIENE MENTAL. In: **Os arquivos Brasileiros de Hygiene Mental**. Rio de Janeiro, v. II, n. 1, p.1-2, 1929a.

BRAGA, E. A escola na cruzada anti-alcoolica. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. III, n. 8, p.271-276, 1930.

CALDAS, M. Primeiro Congresso Internacional de hygiene Mental. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. III, n. 1, p. 1-5, 1930a.

CALDAS, M. O Congresso de hygiene Mental e a Eugenia. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. III, n. 2, p. 35-36, 1930b.

CALDAS, M. A hygiene Mental no Brasil. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. III, n. 3, p. 69-77, 1930c.

CALDAS, M. O momento Internacional de Hygiene Mental. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. III, n. 4, p. 113-120, 1930d.

CAMPOS, Murilo de. Notas sobre a hygiene mental no Exercito. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v.I, n. 1, p. 91-100, 1925.

CARDOSO, A. Subsídios á legislação sobre imigração: meios de impedir o ingresso dos deficientes moraes. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v.I, n. 1, p. 142-146, 1925.

CARRILHO, H. Considerações sobre prophylaxia mental e delinquencia. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v.I, n. 1, p. 131-139, 1925.

ESPOSEL. F. Idéas geraes... In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. I, n. 1, p.101-107, 1925.

ESTATUTO DA LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE MENTAL. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**. Rio de Janeiro, v. II, n. 1, p.39-56,1929.

FARANI, A. Cirurgia e hygiene mental. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. I, n. 2, p.3766, 1925.

FONTENELLE, J. P. Hygiene mental e educação. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. I, n. 1, p.1-10, 1925.

KEHL, R. A esterilização dos grandes degenerados e criminosos. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. I, n. 2, 1925.

LIGA BRASILEIRA DE HYGIENE MENTAL. **Editorial** .Rio de Janeiro, anno I, n. 1, 1925.

LIGA BRASILEIRA DE HYGIENE MENTAL. **Editorial**. Rio de Janeiro, anno II, n. 2, nov., 1929.

LOPES, E. Secção permanente da Liga Brasileira de Hygiene Mental. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. I, n. 1 , p.147-152, 1925.

LOPES, E. Actas e trabalhos da Liga Brasileira de Hygiene Mental. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. II, n. 1 , p.27-38, 1929.

LOPES, E. Trabalhos originais: das psychoses infantis sob o aspecto clinico-social. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. III, n. 4 , p.190-192, 1930d.

LOPES, E. Actas e trabalhos da Liga Brasileira de Hygiene Mental. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. III, n. 5 , p.190-192, 1930e.

LOPES, E. Menores incorrigiveis. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. III, n. 7 , p.223-225, 1930g.

LOPES, E. Resenhas e analyses. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. III, n. 7, p.254-255, 1930h.

LOPES, E.; CASTRO, A. de. Trabalhos de anti-acooolismo. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. II, n. 3, p.139-141, 1929.

LOPES, M. B.; FIALHO, I. de A. Sugestões para o emprego dos testes. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. II, n. 2, p.68-77, 1929.

MOREIRA, J. Trabalhos originaes: a lues como factor dystrophiante. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. II, n. 1, p.3-7, 1929.

NOTICIARIO. A contribuição de hygiene mental no 2º Congresso Brasileiro de Hygiene. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. I, n. 1, p. 193-204, 1925.

NOTICIARIO. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. II, n. 1, p. 22-26, 1929.

PENAFIEL, Carlos. Contra o alcoolismo: em favor da hygidez mental. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v.I, n. 1, p. 147-152, 1925.

PORTO-CARRERO, J. P. Sexo e cultura. In: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. III, n. 5, p.155-166, 1930.

RADECKI, W. Higiene mental da criança: baseada sobre as leis de psychologia. In: **Archivos Brasileiros de Higiene Mental**, Rio de Janeiro, v. I, n. 1, p.11-89, 1925.

REDAÇÃO. In: **Archivos Brasileiros de Higiene Mental**, Rio de Janeiro, v. I, n. 1, p.1, 1925.

RELAÇÃO DOS MEMBROS TITULARES DA LIGA. In: **Archivos Brasileiros de Higiene Mental**, Rio de Janeiro, v. I, n. 1, 1925.

REZENDE, G. Patronato dos egressos dos manicômios. In: **Archivos Brasileiros de Higiene Mental**, Rio de Janeiro, v. II, n. 2, p.64-67, 1929.

RIEDEL, G. Trabalhos originaes: impressões do 1º Congresso Iternacional de Higiene Mental. In: **Archivos Brasileiros de Higiene Mental**, Rio de Janeiro, v. III, n. 6, p.195-198, 1930.

ROXO, H. Higiene mental. In: **Archivos Brasileiros de Higiene Mental**, Rio de Janeiro, v. I, n. 2, p.1-9, 1925a.

ROXO, H. Higiene mental. In: **Archivos Brasileiros de Higiene Mental**, Rio de Janeiro, v. I, n. 2, p.17-20, 1925b.

TOULOUSE, G.; GENIL-PERRIN, T. G.; TARGOWLA R. Prophylaxia mental. Paris 1925 - Tradução de Ernani Lopes. In: **Archivos Brasileiros de Higiene Mental**, Rio de Janeiro, v. I, n. 1, p.167-181, 1925.

TRABALHOS RECENTES DA LIGA BRASILEIRA DE HYGIENE MENTAL. In: **Archivos Brasileiros de Higiene Mental**, Rio de Janeiro, v.I, n. 1, p. 219-228, 1925.