



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UNB  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO-FE  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

***DEFICIÊNCIA COMO IATROGÊNESE***

***A medicina, a família e a escola como cúmplices no  
processo de adoecimento.***

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**INGRID LILIAN FUHR RAAD**

**Brasília – DF  
Maio de 2007**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB**

**FACULDADE DE EDUCAÇÃO – FE**

***DEFICIÊNCIA COMO IATROGÊNESE***

***A medicina, a família e a escola como cúmplices no  
processo de adoecimento.***

**INGRID LILIAN FUHR RAAD**

Dissertação apresentada à Faculdade de Educação da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação, na área de: Escola, Aprendizagem e Trabalho Pedagógico.

**Orientadora: Elizabeth Tunes**

**Maio de 2007**

***DEFICIÊNCIA COMO IATROGÊNESE***  
***A medicina, a família e a escola como cúmplices no***  
***processo de adoecimento.***

Dissertação defendida sob a avaliação da Comissão Examinadora

constituída por:

---

Profa. Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Tunes

Orientadora

---

Prof. Dr. Roberto dos Santos Bartholo Jr

Examinador

---

Profa. Dr<sup>a</sup>. Albertina Mitjáns Martinez

Examinadora

---

Profa. Dr<sup>a</sup> Maria Helena da Silva Carneiro

Suplente

“O botão desaparece no desabrochar da flor, e pode-se dizer que é refutado pela flor.

Igualmente, a flor se explica por meio do fruto como falso existir da planta e o fruto surge em lugar da flor como verdade da planta.

Essas formas não apenas se distinguem, mas se repelem como incompatíveis entre si.

Mas a sua natureza fluida as torna, ao mesmo tempo, momentos da unidade orgânica na qual não somente não entram em conflito, mas uma existe tão necessariamente quanto a outra; e é essa igual necessidade que unicamente constitui a vida do todo.”

**Hegel**

## AGRADECIMENTOS

Este estudo deve-se ao acontecimento do “encontro”, marco diferencial em minha vida, e à autenticidade das amizades dialógicas. Nada ficou no lugar... posto e arrumado ... organizado e finalizado... Para nada há garantias, nem certezas, talvez possibilidades... Na vivência do dia-a-dia, o eterno recomeçar... descobrir e aprender ... pensar e refletir... lutar e resistir... viver a cada instante como único.

Meus sinceros agradecimentos a todos que compartilharam comigo suas presenças.

À “tróica” Carmem Tacca, Elizabeth Tunes e Maria Helena Carneiro, por serem quem são: guerreiras, amigas, autênticas, despojadas, especiais por sua sabedoria e jovialidade. Sempre disponíveis ao diálogo e ao compartilhamento de conhecimentos. Momentos de convívio inesquecíveis...

Aos colegas do mestrado do Grupo de 5ª feira, pelas contribuições e ponderações...

A Jane Cristina, por sua camaradagem, e aos demais colegas da COGEAM, que muito me apoiaram nessa aventura...

Às parceiras de estudo que contribuíram com suas reflexões, Patrícia, Penélope, Elizângela, Carol, Yara, Tereza e Zóia...

Ao Grupo Dialogal, que me despertou novos olhares...

À amiga e irmã do coração, Lilia, com quem pude compartilhar momentos de vida plena. O meu eterno agradecimento por sua amizade sincera e verdadeira...

Às colegas de resistência da Associação Mães em Movimento/AMEM...

Aos amigos Maria José, Ricardo e Elisângela, por suas leituras críticas...

Aos meus pais, pelo amor e pela força que me deram nesse momento de minha vida...

À minha tia Doly, pelo apoio e carinho mesmo distante fisicamente...

À amiga Nora, que com carinho e abnegação compartilhou comigo suas leituras em espanhol...

À minha irmã e amiga Vivian, que dividiu comigo tantos momentos de aflição e que, apesar de todos os empecilhos, sempre esteve presente e disponível para me ajudar...

À minha amiga, mãe de coração, taita Mary, que compartilhou comigo cada momento desse aprendizado; suas leituras atentas e sugestões pertinentes fizeram-me rever meus textos...

Aos meus filhos Yasmin, William e Mikhael, que compreenderam minhas ausências, minhas irritações, e souberam abdicar de suas vontades...

A Nizar, meu amigo e amado, por toda paciência e compreensão pelos momentos de solidão...

A todos os amados amigos que já partiram, mesmo distantes e tão próximos de mim, o meu muito obrigada!

O meu eterno agradecimento à minha Orientadora Beth, por sua mestria. Acreditou e confiou em mim, acompanhando-me em minha trajetória. Com ela, pude vivenciar e compreender o sentido do “encontro” e também muito aprender.

## RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo analisar o modo como o rótulo da deficiência provoca o adoecimento do humano, em uma sociedade medicalizada, ao estigmatizar a pessoa, fazendo com que ela seja vista como objeto de conhecimento científico. Examina-se a vida medicalizada orientada pelo racionalismo científico e a conseqüente transformação dos problemas sociais em patologias. Examina-se ainda o uso do diagnóstico pela medicina, que desenvolve o poder de categorizar, de normalizar e de normatizar a vida e que, juntamente com suas parcerias institucionais - escola e família -, atua na fabricação de deficiências. Os efeitos provocados pela medicalização geram uma doença epidêmica, a iatrogênese, que implica a perda da autonomia e do controle da própria vida. A intenção foi examinar se o fenômeno da deficiência pode ser caracterizado como um efeito iatrogênico social e estrutural do conhecimento e da prática médica. Para tanto, a reflexão foi realizada com base em um cenário da narrativa de vida de duas jovens rotuladas como deficientes mentais. O estudo está estruturado em três capítulos intercalados com as histórias. O primeiro historiza a medicina clínica e discute as bases da medicalização da sociedade, com referência à expropriação da saúde e ao desenvolvimento da iatrogenia. O segundo aborda o poder do diagnóstico, o rótulo que tece mentes deficientes. O terceiro analisa o conceito de deficiência na perspectiva histórico-cultural e examina o efeito do princípio do embrutecimento em relação à ratificação da homogeneização e da mesmidade. Finalmente, este estudo propõe-se a contribuir para a reflexão sobre a presença das ciências médicas e psicológicas no cotidiano, as quais criam realidades ficcionais, uma vez que não estão vinculadas às necessidades da vida pautada na ética do humano.

## ABSTRACT

This study aimed an analysis as to deficiency in a medicalized society makes the human being become ill, while stigmatizing a person and making her to be seen as an object of scientific knowledge. It was also studied how a medicalized life guided by scientific rationalism changes social problems into pathology, as well as Medicine uses diagnosis in order to get a power enough to categorize, to normalize to normatize a life and, together with school and family institution, to act producing deficiencies. Effects caused by medicalization breed an epidemic disease-Iatrogenesis, because of which a person may lose her own life control and autonomy. The intention was to examine whether the phenomenon deficiency may be characterized as an iatrogenic effect. A reflection was made having as scenery the stories of two young girls named as mental deficient. The stories are in three chapters. The first, tells the story of Clinic Medicine and discusses the basis of medicalization in a society while expropriating and improving Iatrogenesis. The second speaks of diagnosis power and deficient minds. The third analyses deficiency concept in a historical-cultural view and examines how brutalization ratifies homogenization and sameness. Finally, this study proposes to contribute to a reflection on a daily medical and psychological sciences presence, which creates fictional realities for being attached to the necessities of a life regulated by human ethics.



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1 . ADOECIMENTO .....</b>	<b>6</b>
1.1 Sociedade medicalizada. ....	6
1.2 As origens históricas da medicalização. ....	9
1.3 É o caso das famílias de Luiza e Roberta nascidas em 1988... ..	23
<b>2 . ANIQUILAMENTO .....</b>	<b>28</b>
2.1 O poder aniquilador do rótulo. ....	28
2.2 Sombras rotuladas... ..	40
2.3 A deficiência como patologia da natureza. ....	46
2.4 A vida deficiente... ..	51
<b>3 . DESEMBRUTECIMENTO E EMANCIPAÇÃO .....</b>	<b>55</b>
3.1 Então, o que é a deficiência? .....	55
3.2 E nas vidas de Luiza e Roberta... ..	65
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>74</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>81</b>

## APRESENTAÇÃO

A crítica a respeito da sociedade medicalizada não é recente. No século passado, nas décadas de 20 e 30, VIGOTSKI já alertava para a supervalorização dos diagnósticos nos espaços escolares. A postura clínica adotada pelos profissionais de educação sobrepunha os tratamentos terapêuticos à vida cultural e social da pessoa com desenvolvimento atípico. O diagnóstico médico, aliado à crença de solução para os problemas da criança avaliada, era e continua sendo ferramenta para o planejamento pedagógico. Desde aquela época, os diagnósticos apontam com outras palavras o que é mencionado pelos pais. Por essa razão, não respondem dúvidas e interrogações quaisquer.

O conceito de deficiência, apoiado no determinismo biológico, na idéia de insuficiência e de incompletude, permeia os estudos médicos, psicológicos e educacionais. Ao profissional da área de saúde cabe orientar aos pais quanto aos procedimentos a serem observados para a cura ou a redução da anomalia, e, aos professores, quanto à aprendizagem da criança. O diagnóstico de deficiência mental cunha uma fatalidade na vida da pessoa, impondo-lhe uma realidade. Que poder é esse do Olhar clínico que instaura uma realidade e tece a trama de uma vida? Deficiências criadas? Desígnio realizável? É profecia ou previsão?

O presente trabalho propõe-se a analisar como o rótulo da deficiência, em uma sociedade medicalizada, provoca o adoecimento humano, ao estigmatizar uma pessoa<sup>1</sup> e fazer com que ela não seja vista em sua inteireza, mas sim como objeto de conhecimento científico.

Atualmente a preocupação com a saúde normatiza e normaliza modelos de corpos saudáveis, produtivos e belos. Padrões esses que devem ser

---

<sup>1</sup> O termo *Pessoa*, adotado neste trabalho, refere-se à inteireza indefinível, que transcende qualquer categorização explicativa de sua funcionalidade e ultrapassa qualquer relação de pertencimento. Por sua individualidade autêntica difere-se de seus ascendentes e descendentes (Guardini, R. 1963 Em TUNES.G, 2005, p.114 e 115).

alcançados por todos, conforme as últimas pesquisas científicas. Os problemas da vida são patologizados. Qualquer desvio da curva de normalidade é encarado como doença e tratado como tal. A sociedade contemporânea, ao consentir e delegar à medicina a tarefa de legislar e vigiar a vida, estrutura as condições históricas para sua medicalização. Desde o advento do racionalismo científico, a medicina vem se enraizando em todos os espaços e momentos da vida humana, normatizando-a em parceria com a sociedade de mercado. Normalizam-se as emoções, os comportamentos, a aprendizagem e as questões sociais. A mídia, a serviço dessa ideologia, divulga novos tratamentos e medicações que podem oferecer ao consumidor correção de “defeitos” no corpo e aumento de sua capacidade cognitiva. Concebe-se a saúde como bem de consumo. As pessoas são vistas como corpos e as questões sociais e culturais transformam-se em problemas biológicos.

Os efeitos causados pela medicalização e pelos seus agentes patogênicos - procedimentos médicos, terapêuticos, medicamentos, serviços clínicos e hospitalares - provocam uma doença epidêmica: a iatrogênese. Essa doença, quando não leva à morte, faz com que a pessoa perca o controle de seu destino, abdicando, conseqüentemente, de sua autonomia. Nesse processo, ela desenvolve uma dependência psicológica e um comportamento passivo. Não seria o diagnóstico o desencadeador dessa anomalia? Uma espécie de iatrogênese do ato médico?

Tomando como foco as indagações apresentadas, este estudo pretende examinar se o fenômeno da deficiência pode ser tratado como um efeito iatrogênico social e estrutural do conhecimento e da prática médica. O cenário desta reflexão é construído pela história de vida de duas jovens rotuladas de deficientes mentais.

São três as razões que motivaram a realização deste estudo. A primeira é o fato de eu ser a mãe de uma das meninas diagnosticadas como deficiente: uma luta diária pelo reconhecimento de sua existência como uma pessoa capaz e digna de respeito em sua singularidade, durante os seus dezoito anos, e um acompanhamento constante e especial no tocante à recuperação daquilo que os diagnósticos e orientações médicas afirmavam estar em disfunção.

A segunda razão diz respeito à minha trajetória profissional, na qual desenvolvi projetos e trabalhos em diferentes esferas da educação. Foi então que observei que a escola, para se isentar de sua responsabilidade pedagógica, procura cada vez mais depositar a culpa do não aprendizado no aluno. Crianças são pretensamente conhecidas conforme o rótulo que lhes é dado e, muitas delas, apesar de não se encaixarem em uma síndrome específica, são desacreditadas pelos relatórios e laudos. Muitas crianças rotuladas são presenças simbólicas dentro da sala de aula. Tais inquietações levaram-me a conhecer e a participar do Projeto Ímpar<sup>2</sup> e a ingressar na Associação Mães em Movimento/AMEM<sup>3</sup>, em que tive a oportunidade de conhecer a outra menina cuja história é narrada neste trabalho.

A terceira razão consiste no meu interesse pelo estudo teórico das obras de VIGOTSKI sobre a deficiência e o desenvolvimento humano. Segundo a teoria histórico-cultural de VIGOTSKI, os princípios que regem o desenvolvimento da criança com defeito são os mesmos que regem as leis fundamentais de desenvolvimento da criança normal. Não é o defeito que decide o destino das pessoas e sim as conseqüências sociais que decorrem desse defeito, quando cunhado pelo diagnóstico. VIGOTSKI defende a tese de que a criança que apresenta desenvolvimento comprometido por um defeito não é uma criança menos desenvolvida que as demais consideradas normais porque é desenvolvida de outra maneira. O primeiro contato com essa visão teórica causou-me um forte impacto positivo, pois, de certo modo, harmonizava-se com as minhas intuições e meus sentimentos em relação à minha filha.

---

2 O Projeto Ímpar tem por objetivo identificar e analisar os obstáculos que se opõem ao processo de ensino-aprendizagem de crianças especiais, buscando, por meio da elaboração de projetos educativos específicos para cada criança, as formas de sua superação, abrangendo o âmbito familiar, social e um diversificado trabalho com os conteúdos escolares. Projeto Ímpar é um programa de ação e de pesquisa voltado para o exame e a superação de barreiras sociais para a inclusão de crianças especiais na escola, desenvolvido pela Associação Mães em Movimento – AMEM-DF (Tunes, 2004).

3 A história comum e o novo Olhar para a deficiência uniram um grupo de famílias decididas a lutar contra a resistência social a seus filhos. Objetivam combater o preconceito dirigido às pessoas nascidas com diferenças físicas, mentais e genéticas, tendo como principal estratégia buscar instituir uma nova maneira de Olhar a deficiência. Para obter mais informações, ver Tunes, E. Associação Mães em Movimento – porque é preciso vencer resistências. *Revista Virtual de Gestão de Iniciativas Sociais/GIS*, outubro de 2004, endereço: [www.ltids.ufrj.br/gis](http://www.ltids.ufrj.br/gis)

Conforme já foi dito, o exame das questões apresentadas será realizado no cenário da narrativa de vida<sup>4</sup> de duas jovens que tiveram seus destinos marcados pelo rótulo advindo do diagnóstico médico e suas trajetórias traçadas por prognósticos clínicos, psicológicos e fonoaudiológicos, cujo poder instaurou realidades. Luiza e Roberta, duas jovens de dezoito anos, na luta por suas existências, enfrentaram as diversas faces de um mesmo preconceito, procuraram e procuram ainda assumir o controle de suas vidas nas diversas atividades sociais que realizam, principalmente as escolares. Pretende-se, à luz de suas histórias, tecer uma reflexão sobre a passagem de simples corpos, com a perspectiva de objetos de especulação e de conhecimento científico, para o encontro na inteireza de suas pessoas.

Para atingir o objetivo deste trabalho, estruturou-se o estudo em três capítulos intercalados com as histórias. O primeiro historiza a medicina clínica, o Olhar médico que adquire o poder de tudo ver e observar, o desenvolvimento científico atrelado aos interesses econômicos, políticos e sociais, e o corpo saudável, belo e produtivo como força ideológica. Nele são discutidas as bases da medicalização da sociedade, na qual a medicina, enquanto monopólio radical, desenvolve a lógica de mercado da ciência, padronizando a vida e patologizando os problemas sociais. Enfim, a saúde é expropriada com o desenvolvimento da iatrogenia.

O segundo capítulo aborda o poder do diagnóstico que coisifica e aniquila a pessoa, normalizando e normatizando a vida. O rótulo, ao instaurar um padrão relacional, forja mentes deficientes. O Olhar clínico no espaço escolar sedimenta a medicalização da educação. O estudo apresenta as visões fatalistas da deficiência, a crença no determinismo biológico na formulação de instrumentos de medição da inteligência, e analisa também os meios alcançados pela razão científica na ratificação do preconceito racial.

O terceiro capítulo aborda o conceito de deficiência na perspectiva histórico-cultural, na qual VIGOTSKI defende a diversidade de formas de

---

4 A narrativa de vida possibilita interpretar os significados dos fatos, circunstâncias e contextos retratados na voz de quem relata sua história com suas singularidades. Os relatos estão embasados não somente no que as pessoas fazem, mas no que elas dizem que fazem e no que elas dizem que as fez fazer o que fizeram (BRUNER, 1997). As informações coletadas sobre a história de vida de Roberta foram por meio de conversas gravadas com Carla, relatórios do Projeto Ímpar, registros escolares, médicos e psicológicos. Já as informações sobre a vida de Luiza foram de minha memória e também por registros pessoais ao longo de seus dezoito anos.

desenvolvimento psíquico, entendendo a deficiência como uma produção social, que instaura uma profecia auto-realizadora. Reflete, também, sobre o princípio do embrutecimento, o qual enaltece a existência de inteligências inferiores que necessitam ser tuteladas pela explicação para compreenderem, ratificando a subordinação de uma inteligência a outra.

Finalmente, este estudo propõe-se a contribuir com a reflexão sobre a presença das ciências médicas e psicológicas no cotidiano, as quais criam realidades, por não estarem vinculadas às necessidades da vida pautada na ética do humano. O processo de adoecimento familiar e o aniquilamento do Outro decorre do saber científico orientado pela verdade científica como obra da certeza absoluta. Esse pensamento hegemônico promove a homogeneização humana.

A vida orientada pela ética do humano pressupõe a consciência de si em presença do Outro. Responder à palavra dirigida, ao apelo, em uma dimensão dialogal. O responder ao Outro está na condição de vulnerabilidade, de acolhimento sem a supressão da diferença, reconhecendo o limite dado pela alteridade (BUBER, 1982).

## ADOECIMENTO

*O olho que você vê não é olho porque você o  
vê;  
É olho porque ele o vê.  
Antonio Machado*

### **Sociedade medicalizada.**

As condições históricas para a medicalização da sociedade ocidental favorecem a medicina a adquirir o poder e a tarefa de legislar e vigiar a vida. Ao caracterizar-se como um monopólio radical, a medicina exerce um domínio sobre as pessoas por meio do consumo de produtos industrializados para o mercado, sob a ótica do controle social exclusivo e a satisfação de uma necessidade premente. De uma forma ou de outra, todos são levados a atender ao estabelecido, ao que é normatizado pelos padrões sociais vigentes. As pessoas são submetidas a princípios externos e estranhos à sua razão, frente ao processo de produção de novas formas de terapias e tratamentos.

Ao limitar a autonomia das pessoas, a medicina esboja-as de suas possibilidades de fazerem o que podem por si mesmas e pelos outros, como nos fala ILLICH (1973). Esse monopólio radical da medicina comanda e conduz a vida na sociedade ocidental, e tal fato está na base da expropriação da saúde. Tudo é feito de modo a convencer as pessoas a se sentirem incapazes de decidirem sobre suas vidas sem a aprovação do médico ou de outro profissional da saúde. Os padrões normatizados e valorizados sustentam práticas de manipulação ideológica que levam essas pessoas a acreditarem na sua incapacidade de comandar seus destinos.

Os problemas da vida são transformados em distúrbios e doenças, como algo que foge às normas e que não funciona bem. Corpos sadios e perfeitos são almejados, e isso sustenta o argumento de que qualquer irregularidade física ou psicológica requer a busca de terapias e de procedimentos médicos corretivos, tudo em nome da valorização social e da popularidade. A mercantilização dos

produtos, das técnicas, dos termos e expressões médicas promove o consumo de certos tratamentos e terapias legitimados por um racionalismo científico que inibe iniciativas pessoais alternativas.

O enraizamento da medicina em todos os espaços e momentos da vida humana é decorrente do advento da ciência moderna. Esta, ao normatizar a vida, coloca a medicina em condições de resolver os problemas que afligem a vida das pessoas, transformando-os em questões de ordem biológica.

Essa forma de exercício da medicina desenvolve a medicalização da vida, das emoções, dos comportamentos, da aprendizagem e das questões sociais. Estabelecem-se regras sobre a alimentação, a higiene, o sexo, os exercícios físicos, o vestuário, a habitação e, inclusive, sobre as relações sociais. O discurso genérico aplicado pela medicina a qualquer pessoa baseia-se na presunçosa idéia da existência de uma invariância biológica do homem bem como de uma invariância das relações sociais; discurso estabelecido e reproduzido para todo paciente. Semanalmente, é possível encontrar em revistas, jornais ou programas televisivos, reportagens jornalísticas a respeito de tratamentos de doenças recentemente criados cujo objetivo é a aquisição de boa saúde. Situação semelhante acontece com terapias que, em nome de um bem estar, estabelecem “fórmulas mágicas” e passam a idéia da felicidade eterna. Pacotes de “saúde” e de medicamentos são cada vez mais consumidos na busca de possibilidades que corrijam qualquer defeito no corpo com o intuito de potencializar a capacidade cognitiva.

O processo de medicalização da sociedade constitui-se como ferramenta de controle social por meio da medicina ocidental moderna que, no decorrer dos séculos, desenvolve não só o estudo das doenças, mas o estudo e a definição da normalidade, das relações do homem com a natureza e com outro homem, enfim, da vida. As pessoas são vistas como corpos, e as questões sociais e humanas, transformadas em biológicas. O fato de se considerar tudo o que foge à norma como patológico tem sua origem na medicina, com o advento da Clínica, que concebe a pessoa como um corpo, uma máquina com um padrão de funcionamento previamente estipulado e que precisa ser corrigido para se adequar ao esperado e valorizado socialmente.



A medicina torna-se um grande organismo vivo que, com uma forma empresarial de se autogerir, infiltra-se em todos os espaços sociais, prometendo a cura de todos os males, como detentora de um poder inigualável. O médico assume um perfil de gestor, organizador das necessidades e dos auxílios a serem prestados, julgando o que é prioritário. Como afirma FOUCAULT (2004a, p.44), “além do papel de técnico da medicina, ele [o médico] desempenha um papel econômico na repartição dos auxílios, um papel moral e quase judiciário em sua atribuição: ei-lo convertido no vigilante da moral e da saúde pública”.

A preocupação primordial com a saúde, com os padrões de homem e mulher saudáveis a serem alcançados por todos, conforme as últimas descobertas e pesquisas científicas, está muito presente no dia-a-dia das pessoas. Essa preocupação acaba por condicionar rotinas. O controle exercido pela sociedade moderna legislado pela medicina rege padrões de normalidade estatística em sintonia com as normas sociais convencionadas, transformando padrões estatísticos em critérios de saúde e doença.

Os problemas da vida são vistos como distúrbios, perturbações, disfunções e doenças. Assim, o que foge do comum, do conhecido e do valorizado, o “diferente”, provoca estranheza, desconfiança e medo. É como se as pessoas só reconhecessem e aceitassem o seu próprio reflexo.

É instigante o modo como se perpetuam os processos de patologização da vida e como o empreendimento médico expropria a saúde das pessoas: que poder é esse que tem a medicina de estabelecer prognósticos e de traçar-lhes destinos?

Não se pretende, neste texto, realizar o exame teórico dos conceitos de saúde-doença e de normal-patológico. Todavia, cabe esclarecer a posição aqui adotada. Admite-se que o homem sabe-se normal pela sua permanência num estado de privação de doenças, sentindo-se, pois, capaz de adoecer, mas experimentando a certeza de afastar esse acontecimento (CANGUILHEM, 2002). “Portanto, para que o homem normal possa se considerar como tal, e crer na sua normalidade, precisa, não do antegosto da doença, mas de sua sombra projetada” (p. 260). Adoecer significaria, assim, “uma falha na sua confiança biológica em si mesmo” (p. 261). A saúde seria, então, um “equilíbrio conquistado à custa de

rupturas incoativas” e a ameaça da doença, “um dos elementos constitutivos da saúde” (p. 261).

## **As origens históricas da medicalização**

As origens históricas do processo de medicalização da sociedade ocidental estão no período entre o século XVIII e início do XIX com o nascimento da Clínica – desenvolvimento da medicina européia. Logo, uma vez que a medicina brasileira, em suas origens, sofreu forte influência das escolas francesas e inglesas, buscou-se, neste trabalho, por meio das obras de FOUCAULT, analisar o poder penetrante da medicina sobre a vida das pessoas e sobre as formas de controle e organização social que ela estabelece.

Antes de toda “fê fantasiosa”, antes de todo sistema científico, a medicina ocupou lugar estratégico ao estabelecer relação entre o sofrimento e aquilo que o alivia, como ressalta FOUCAULT (2004a). A história da medicina é retratada em sua obra *O nascimento da Clínica*<sup>5</sup>, em que o autor explana sobre a construção do estatuto científico da medicina ocidental e seus fundamentos epistemológicos bem como sobre seus métodos e, principalmente, sobre o Olhar médico.

O surgimento da ciência clínica entre o final do século XVIII e o início do XIX estabeleceu um marco no tempo histórico da medicina ocidental, pelo domínio da experiência e da estruturação de sua racionalidade.

A moderna medicina científica nasceu em fins do século XVIII com a retomada da anatomia de Morgani por Bichat, quando a medicina clínica passou a explorar um novo espaço, o corpo, e a se reordenar pela anatomia patológica diante do estudo dos órgãos, dos fatos e das causas. Como objetivo, propôs-se a desenvolver os conhecimentos pertinentes às alterações visíveis que o estado da doença provoca nos órgãos do corpo humano. A medicina dos sintomas passou gradativamente a focar a busca das causas, com uma prática anatômica do espaço dos órgãos.

---

<sup>5</sup> Doravante, o termo Clínica será empregado ao longo do texto no sentido dado por Foucault.

O Olhar do médico assumiu então um poder capaz de detectar os acontecimentos singulares que aparecem no corpo assim como de descrevê-los em uma linguagem muito própria, transformando os sintomas em signos. Essa linguagem retrata a verdade observada para apenas poucos entenderem. Um Olhar que se silencia em torno do que vê, como afirma FOUCAULT (2004a).

Na experiência anatomoclínica, junção da anatomia e da clínica, saberes de ordens diferentes, um retratando o espaço geográfico do corpo e o outro, a sua história, unem-se sem romper com a experiência de agrupar sintomas e de ordenar doenças. O Olhar do médico, além de atingir as dimensões dos tecidos e dos sintomas, passa a penetrar nos espaços, volumes e profundidade do corpo a fim de detectar o mal manifestado. A medicina clínica cria o mito do Olhar, que visa descobrir os segredos do corpo, mas não busca desvendá-los para o alcance de todos. O olho que tudo vê e fala serve apenas à verdade do médico. A certeza médica sustenta-se na obtenção de observações, sintomas e informações combinatórias probabilísticas que se confundem com a análise dos sintomas ao serem comparados com o conjunto de fenômenos de doenças, tudo isso em busca de singularidades mórbidas.

A preocupação em identificar o foco original da patologia e a de relacioná-lo diretamente com a problemática causal levou Bichat a desenvolver seus estudos por meio da análise da doença no interior do corpo e na sua história, transcendendo a concepção da doença como fenômeno metafísico. A experiência clínica tornou-se um Olhar anatomoclínico quando Bichat incluiu a morte no universo técnico e conceitual, com características próprias e específicas, conferindo a esse Olhar um papel fundamental. O fenômeno mórbido compreendido dentro da temática da vida nada mais é do que uma desordem no funcionamento do corpo.

Bichat acredita que a morte dá significado positivo à vida e que, como tal, adquire características específicas e valor de experiência para o Olhar anatomoclínico - marco da medicina ocidental. O fenômeno patológico passa a ser compreendido com base na vida como referência e não mais como um ser fora dela. A doença, então, desempenha um papel entre a vida e a morte. Compreende-se que o homem pode morrer, por isso adoecer; não o contrário, como se

acreditava no passado. Como afirma FOUCAULT (2004a, p. 159): “a vida, a doença e a morte constituem uma trindade técnica e conceitual”.

Com o advento da anatomia patológica, o Olhar clínico amplia-se e passa a ser plurissensorial (visão-audição-tato) na intervenção médica. O Olhar torna-se absoluto!

Broussais, em seus estudos no início do século XIX e com base nas investigações e pesquisas de Bichat, avançou em relação à perspectiva de estruturar a localização da doença mediante um esquema causal. O local do corpo onde a doença se manifesta é também o espaço de sua causa - reação patológica. O fato de se considerar que a doença pertence ao espaço, e não apenas à visão e aos sintomas, abriu caminho para a investigação no corpo, devido ao esforço para definir a fisiologia do fenômeno mórbido. Broussais afirma, também, que os fenômenos da doença coincidem com os da saúde e diferenciam-se apenas pela intensidade, e que cada superfície orgânica tem sua forma de manifestar sua alteração. Esse princípio torna-se a base sistemática da patologia.

A doença, assim, é vista como um movimento dos tecidos cuja causa provoca irritação, não mais como um ser doença, imaterial e sim como uma reação orgânica. O Olhar do médico repousa, então, no espaço compreendido dos órgãos e percebe o mórbido chegar ao corpo. Essa concepção permanece durante os séculos XIX e XX, sem o rompimento de uma fase com a outra. A concepção da doença materializada no corpo sem existência independente dele está presente na atualidade. A medicina das doenças passa a ser também a medicina das reações patológicas.

Anteriormente à fase anatomoclínica, a Clínica não tinha o corpo mórbido como base de sua constituição e sim a interpretação daquilo que o olho do médico observava como doença. Nos hospitais, a Clínica passou a fazer parte da experiência médica, que se iniciava com o doente e com a etapa de observação, seguida do momento de análise do saber observado para, posteriormente, relacioná-lo em sua singularidade ao sistema de conhecimento registrado. FOUCAULT, ao examinar o documento *Essai sur l'esprit de la clinique médicale de Montpellier* (Girbal, 1858, apud FOUCAULT, 2004a), afirma que o médico adquire um domínio clínico que transcende qualquer perspectiva no tocante ao desvelamento do princípio e da causa da doença. O médico pode conhecer a

natureza da doença, distinguir suas características e diferenças, prever acontecimentos vantajosos e nocivos, aliviar as forças da vida e a atividade dos órgãos, decidir com segurança entre os métodos de tratamento, combinar todas as possibilidades e tornar-se o senhor dos doentes, aliviando suas dores e adivinhando suas necessidades, suportando seus caprichos, atuando sobre seu caráter e dirigindo sua vontade não como um tirano, mas como um pai que cuida de seus filhos.

Todo esse desenvolvimento dos estudos científicos não aconteceu de forma isolada, imparcial e independente de questões econômicas, sociais e políticas, como é ressaltado por FOUCAULT (2004b). A medicina ocidental desenvolveu-se em parceria com a evolução do capitalismo. Surgiram, no cenário, necessidades e interesses que borbulhavam na Europa do século XVIII e XIX. Entretanto, o reconhecimento da necessidade da saúde do corpo e da força de produtividade das pessoas só aconteceu em meados do século XIX. Até então, outras questões sociais mereceram a atenção da medicina.

Com o domínio do mercantilismo na ordem política e econômica, as nações européias, mais precisamente França e Inglaterra, preocuparam-se com a atividade produtora da população. Com isso, atentaram também para a saúde de seus corpos, pois quanto maior a produção, maior o fluxo comercial, maior a circulação da moeda corrente, e conseqüentemente o Estado se fortalecia. Essa é a perspectiva que marca o início da estatística da natalidade e da mortalidade bem como a verificação do índice de saúde da população.

Algumas iniciativas surgiram na Europa, como relata FOUCAULT (2004b). A Alemanha implantou polícias médicas para acompanhar a morbidade da população, os registros de natalidade e de mortandade, os fenômenos de epidemias e a organização administrativa da atividade dos médicos. O fato de o país ainda não estar unificado em um Estado era a razão da preocupação de se normatizar o ensino médico nas universidades e na corporação médica, por meio do controle dos programas de ensino e de sua titulação pelo Estado. Era esse o retrato de uma preocupação muito mais social do que científica.

Na França e na Inglaterra, por sua vez, os Estados únicos já estavam estabelecidos. A preocupação principal consistia em manter os corpos de seus soldados saudáveis, uma vez que grande parte deles morria ou abandonava o

exército antes mesmo de chegar ao local de combate. O Olhar do Estado voltava-se tanto para o desenvolvimento científico da medicina, em virtude do contexto militar que vivenciavam naquele momento, quanto para a preocupação com um melhor preparo de seus soldados no tocante ao uso das armas, em razão do avanço tecnológico da indústria militar. Nesse momento, por meio das Escolas Normais, na França, normatizaram-se o exército e os professores de acordo com um padrão de normalidade, isso garantia o mesmo tipo de formação a todos.

A necessidade de ordenar e de organizar o poder urbano surgiu por razões econômicas. As cidades tornaram-se lugares para relações comerciais e para produção em virtude das novas indústrias e por razões de ordem política decorrente de revoltas urbanas por subsistência. O amontoado da população em espaços físicos pequenos agravou o quadro social, e isso facilitou a ocorrência de epidemias, resultantes das condições dos esgotos, dos cemitérios e do uso muitas vezes indevido dos subsolos das casas, fato que comprometia a saúde de todos seus moradores.

As razões político-médicas que embasaram a medicalização da sociedade no século XVIII compreenderam medidas de saneamento, de vigilância e de hospitalização em prol do combate à lepra e à peste. A higienização das cidades envolveu também o controle da purificação da água e do ar no espaço urbano. Tudo isso por acreditar-se que a ausência de salubridade afetava a saúde, fato que tornou essencial o controle político sobre a higiene pública na época.

Ainda segundo FOUCAULT (2004b), o serviço de assistência à saúde tinha em si a idéia de controle das classes pobres e a da proteção das ricas. A população pobre não contava com a preocupação do Estado porque fazia parte da engrenagem da vida urbana, cuidando do lixo, da entrega de correspondências, da eliminação dos dejetos e do transporte de água. O pobre somente tornou-se um problema social quando surgiram revoltas populares por melhores condições de moradia e de trabalho com o advento de novas tecnologias. Nessa mesma época, separaram-se as castas e criaram-se os bairros dos pobres e dos ricos, tendo em vista a preservação da saúde de todos. Acreditava-se que a doença era propensa a se manifestar no seio dos pobres.

(...) a saúde de todos é vista como uma urgência para todos; o estado da saúde de uma população como objetivo geral (FOUCAULT, 2004b, p.108).

Em consequência do crescimento demográfico na Europa durante o século XVIII, foi exigida do Estado uma política de controle e de organização da população, tendo em vista o desenvolvimento da força de produção e de trabalho. A importância dada à medicina na época era resultado da intersecção da economia de assistência com a polícia de saúde.

FOUCAULT (2004b) esclarece que a população era vista como um corpo que apresentava variáveis não só quanto à riqueza e à casta social, mas também quanto à propensão à morbidade e à capacidade de aprendizagem, de validez (aleijados e deficientes) e de utilidade para o crescimento econômico. Os traços biológicos da população tornaram-se fatores determinantes para a gestão pública, surgiu assim a preocupação com as condições que assegurariam a saúde, o espaço purificado, arejado, límpido. De modo semelhante, houve atenção dirigida para a distribuição dos indivíduos de forma medicalizada e para os cuidados necessários ao cumprimento das leis morais. Surgiu então a família como agente dessa medicalização, não mais como uma instituição formada por laços afetivos e de parentescos, mas como um organismo com obrigações de ordem moral e física (alimentação, amamentação, higiene, exercícios e vestuário) a serem prestadas às crianças. Assumiu também a responsabilidade quanto aos cuidados com a saúde para tornar ou transformar as crianças em indivíduos adultos maduros e úteis.

Paralelamente eram formuladas políticas que tratavam dos destinos dos órfãos, com a criação de instituições que se responsabilizavam pelos cuidados essenciais da criança até a adolescência. Famílias eram incentivadas a acolhê-los de forma que pudessem ser úteis a elas e que recebessem o apoio econômico para seu desenvolvimento. Constatou-se uma preocupação com a infância, tendo em vista a sobrevivência na idade adulta.

Locais privilegiados de proliferação de doenças (prisões, navios, hospitais gerais, depósitos de vagabundos, de mendigos e de moribundos e instalações portuárias) foram isolados em regiões de medicalização e recebiam intervenção médica intensiva. Os hospitais sofreram transformações, passaram de

asilos assistenciais, subsidiados pela caridade, a locais terapêuticos e pedagógicos, medicamente eficazes, que contribuíam para o ensino clínico e para o registro dos conhecimentos médicos, sob a responsabilidade do Estado, como ressalta FOUCAULT (2004b).

A medicina adquiriu, assim, posição política de destaque na população em razão de sua função higienista e de seu saber médico-administrativo, que serviram de base para a economia social. Os médicos tornaram-se os grandes sábios, hábeis na atividade de governar, com a função de orientar, de aconselhar sobre a saúde e de curar doenças. Como afirma FOUCAULT (2004b), tanto o indivíduo como a população eram objetos do saber e alvos da intervenção médica graças à clínica, que organizava o espaço hospitalar como local que permitia a cura e a formação/ transmissão de saber.

Da mesma maneira que o indivíduo era visto como um corpo que adquiria poder, a população também o era, como um corpo único, fato que se fortaleceu como um princípio no século XIX, conforme FOUCAULT (2004b). O Estado era tratado de forma semelhante a um corpo humano, que precisava ser cuidado e protegido de maneira médica e terapêutica. Buscavam-se métodos de assepsia para extirpar doenças, eliminar os doentes e excluir os delinqüentes para a manutenção da integridade do Estado. O médico recebia a incumbência de conscientizar a população quanto aos métodos adequados a serem usados para prevenção de doenças (assepsia, higienização, exercícios físicos, alimentação) e quanto aos princípios morais que deveriam reger as famílias, base reprodutora dos valores sociais, responsáveis pelo preparo de indivíduos com corpos fortes, saudáveis e úteis.

(...) do século XII ao início do século XX, acreditou-se que o investimento do corpo pelo poder devia ser denso, rígido, constante, metucioso. Daí esses terríveis regimes disciplinares que se encontram nas escolas, nos hospitais, nas casernas, nas oficinas, nas cidades, nos edifícios, nas famílias... (FOUCAULT, 2004b, p.83)

Diante do exposto, pode-se perceber como a medicina na atualidade traz em sua base práticas e crenças dos séculos XVIII e XIX. Ainda se faz



presente o conjunto de virtudes que caracteriza a pessoa do médico, socialmente reconhecida.

Como ressalta FOUCAULT (2004b, p.46),

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas se exerce no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica; a medicina é uma estratégia biopolítica.

A idéia vigente de corpos sadios e produtivos em uma sociedade capitalista adquire uma função social e política de seletividade e de categorização do que é normal e anormal, do que é sadio e do que é patológico, impondo a meta de normalização biológica da sociedade. Por meio da racionalidade científica são estabelecidas as categorias, reduzindo a vida, a saúde, a doença e a morte à sua biologia.

A doença, a dor e a morte tornam-se estímulos para a produção de tratamentos, drogas e mercadorias que passam a fazer parte da vida das pessoas. Os efeitos provocados por essa prática causam muitas vezes sofrimentos e também uma nova doença epidêmica, que não se encontra em prontuários médicos e nem nos autos hospitalares – a iatrogênese, como analisa ILLICH (1975). Essa nova forma epidêmica engloba a ação de outras formas de agentes patogênicos: os procedimentos médicos e clínicos assim como os medicamentos e os serviços hospitalares.

O fato de a medicina ter alcançado um alto grau de desenvolvimento tecnológico sem considerar o exercício da autonomia pessoal no cuidado com a saúde gera uma doença chamada iatrogênese. Ela é provocada por efeitos secundários dos agentes patogênicos da medicina - procedimento técnico do médico, medicamentos e hospitais - originando disfunções, invalidez e angústia. A habilidade artesã médica de Olhar e ouvir efetivamente o paciente deixa de existir diante da excessiva preocupação com técnica, laudos realizados por equipamentos sofisticados e categorização científica de doenças. Com a supremacia da tecnologia e da técnica pela técnica, dá-se a despersonalização do

diagnóstico e da terapêutica, e isso se reflete na desresponsabilização do ato médico (ILLICH,1975).

Segundo ILLICH (1975), em sua obra *A expropriação da saúde-Nêmesis da medicina*, a iatrogênese pode expressar-se sob três formas: a clínica, a social e a estrutural. A *clínica* é proveniente dos efeitos terapêuticos resultantes da intervenção técnica direta do médico. Ela se desenvolve mediante procedimentos terapêuticos, provocando efeitos secundários que acabam por somarem-se aos que a patologia em si promove. Esses efeitos variam bastante. Podem ser desde reações alérgicas colaterais e adversas ao procedimento terapêutico, reações de angústia ou outros danos psíquicos decorrentes do diagnóstico, até a chamada não-doença iatrogênica que, segundo ILLICH (1975), manifesta-se como “invalidez, exclusão da vida social, angústia e, bem freqüentemente, sintomas funcionais, tudo com origem no diagnóstico e tratamento prescrito” (p. 36)<sup>6</sup> Isso sem considerar reações agressivas por intervenções cirúrgicas desnecessárias. A desresponsabilização-despersonalização dos diagnósticos e dos procedimentos terapêuticos supervaloriza os procedimentos técnicos da profissão, considerando falhas do campo ético como se pertencessem meramente ao campo técnico. O médico, assim, atua apenas como um técnico que lê o que os exames lhe informam.

Essa forma de iatrogênese é considerada relevante por certos profissionais de saúde, que desenvolvem pesquisas sobre os efeitos provocados por procedimentos técnico-médicos e buscam formas de debelá-la. Todavia, essas medidas anti-iatrogênicas geram, paradoxalmente, mais danos, em um efeito que ILLICH (1975) denomina de iatrogênese de segundo grau.

Por outro lado, “a aventura médica” (expressão de ILLICH, 1975, p. 43) produz outros malefícios que se fazem sentir na ordem social: “a saúde do indivíduo sofre pelo fato de a medicalização produzir uma *sociedade mórbida*”

---

<sup>6</sup> É interessante, aqui, transcrever um comentário de Illich (1975) e a nota de rodapé que acrescenta a ele: “No Estado de Massachusetts (EUA), o número de crianças que se tornam inválidas em seguida a um falso diagnóstico de doença cardíaca excede o das que estão em tratamento efetivo de doença cardíaca” (p. 36). A nota de rodapé diz o seguinte: “Abraham B. Bergman, Stanley J. Stamm. ‘The morbidity of cardiac nondisease in school children’, em *The New England Journal of Medicine*, vol. 276, no. 18, 4 de maio de 1967, dão um exemplo particular dos ‘limites em que as pessoas percebem ou são percebidas pelas outras como acometidas por uma doença que não existe. Os efeitos mórbidos que acompanham certas não-doenças são por vezes acentuados como os que acompanham as doenças correspondentes. (...) Estima-se que o grau de invalidez resultante de não-doenças cardíacas entre as crianças é superior ao ocasionado pelas verdadeiras doenças cardíacas” (p. 36).

(p. 43, itálicos nossos). Trata-se da *iatrogênese social*, resultante principalmente dos efeitos não desejados e danosos do impacto social da medicina mais do que propriamente de sua ação técnica direta. Ela provoca uma desarmonia entre o indivíduo e o grupo social ao qual está vinculado, que se **organiza sem ele e contra ele**, o que resulta em perda de sua autonomia na ação e no controle do meio.

Essa forma iatrogênica promove a expropriação da saúde como responsabilidade pessoal. A pessoa sente-se em desarmonia e deslocada no convívio com seu grupo social, deixando de exercer autonomia sobre sua vida, assumindo um comportamento passivo e dependente diante do médico e das instituições. São diversas as situações que promovem esse tipo de iatrogênese, como a crença na incapacidade pessoal para enfrentar doenças e dificuldades da vida, atitude que diminui a capacidade orgânica e psicológica na tomada de decisões. Essa crença, por sua vez, está sustentada na mercantilização de procedimentos médicos, de técnicas terapêuticas, do consumo dos produtos médico-farmacêuticos e do volume de informações científicas disponíveis na mídia, que muitas vezes são confusas e superficiais e quase sempre comerciais. Cria-se a ilusão de que o consumo bruto dos cuidados com a saúde reflete-se na diminuição do risco da morbidade. Outra forma de promoção dessa iatrogênese é o consumo de medicamentos de toda espécie, independentemente de prescrição médica. Com o aumento do uso de produtos medicamentosos intensifica-se a convicção de que se estará inibindo qualquer distúrbio orgânico ou perturbação afetivo-emocional.

Do mesmo modo, o controle social do diagnóstico também induz à iatrogênese social, medicalizando as diferentes idades da vida humana. Para cada uma delas são estabelecidas orientações referentes ao cumprimento das normas sociais bem como às necessidades terapêuticas e à assistência médica. Os profissionais especializados categorizam as pessoas que apresentam alguma diferença ou disfunção em relação ao padrão estipulado. As rotuladas como anormais e estranhas são encaminhadas a tratamentos especiais e específicos para sua anomalia com vistas à adequação social. Essa clientela rotulada exerce um duplo papel na sociedade medicalizada, o de provocar a necessidade de formação

de novos profissionais especializados para seu atendimento e o de sustentar a lógica da ordem social imposta.

As pessoas são instruídas a buscarem orientação com profissionais especializados, pedagogos, psicólogos e médicos que estão legitimados a aconselhá-las e a informá-las cientificamente sobre questões que envolvem o acompanhamento da vida intra-uterina, da infância, da puberdade, da vida escolar, da atividade sexual adulta e, por fim, da velhice produtiva. A preocupação com a prevenção de doenças e de distúrbios psíquicos transforma as pessoas em eternos clientes, na busca incansável do diagnóstico como solução dos problemas. Gera-se um movimento social cíclico em que as pessoas consomem diagnósticos, medicamentos, tratamentos e terapias como formas de prevenir doenças, cuidar do corpo sadio, garantir a longevidade, mesmo que surjam outros males decorrentes desses consumos. Atualmente, verifica-se uma infinidade de serviços clínicos em que a saúde deixa de ser algo dado para se tornar um sonho a ser alcançado. A “figura mitológica” da cura prevalece fortemente no ideário social e o profissional da área de saúde assume o papel de seu Senhor.

Como garantia de mais anos de vida a medicina trava uma luta incansável contra a morte, cuidando de seus pacientes por meio de técnicas procedimentais inovadoras e do avanço tecnológico. Mantém-se, pretensamente, a morte sob seu controle. Ao portarem-se como espectadoras, as pessoas depositam a responsabilidade de suas vidas e de suas escolhas nas mãos dos profissionais de saúde e abrem mão de sua autonomia. Sentem-se impotentes e rendidas diante do monopólio da ideologia certificada pela ciência, transformando-se em mercadorias e, ao mesmo tempo, consumidoras dessa lógica instituída.

Enfim, a iatrogênese social desenvolve-se por meio de formas heteronômicas de produção dos cuidados médicos e terapêuticos, sustentada pelo monopólio radical exercido pela lógica da medicalização. ILLICH (1975) vale-se do argumento de que o problema está na predominância da forma de produção heteronômica, na qual a pessoa se submete a princípios e leis estranhos a sua própria razão.

Como ressalta ILLICH (1975),

A ciência médica aplicada pela medicina científica se limita a fornecer o tratamento adequado, pouco importando se o resultado é a cura, a morte ou nenhuma reação do paciente. Sua

legitimidade está inserida nos mapas estatísticos que predizem a probabilidade desses resultados com precisão matemática (p.112).

A partir do momento em que o indivíduo torna-se psicologicamente dependente dos procedimentos médicos, tratamentos, terapias e medicamentos, a iatrogênese é estrutural. Essa forma iatrogênica desenvolve um forte sentimento de vulnerabilidade, de incapacidade de cuidar de si, de resolver problemas que permeiam a vida, de conviver com a dor, com a enfermidade e com a morte, de tal maneira que a pessoa não toma qualquer decisão sem consultar um profissional especializado. Ao depositar a responsabilidade no médico ou no psicólogo ou no pedagogo, a pessoa deixa-se ser tutelada, seja por comodidade, por ser mais fácil culpar alguém por qualquer eventualidade, seja pela dependência psíquica adquirida por formas heteronômicas de produção capitalista. Em suma, a *iatrogênese estrutural* é resultante do impacto psicológico dos rituais da medicina em que a dor, a enfermidade e a morte são vistas como empecilhos para obtenção do bem-estar.

A instituição da lógica medicalizada sustenta a convicção cega na cura, nos tratamentos e medicamentos que proporcionam bem-estar, na garantia da realização da ambição do corpo perfeito, com a ausência de anomalias, de sofrimentos e de dores. A crença na cura reforça a idéia de que tudo pode ser consertado e restaurado, de modo a garantir que as pessoas não tenham defeitos, imperfeições, que sejam belas, inteligentes, produtivas e que conquistem o sucesso. Cada vez mais as pessoas almejam corresponder aos padrões valorizados socialmente de constituição corporal, de beleza, de inteligência, de algo que seja uma profissão bem sucedida, de status social, de educação, de poder aquisitivo, de família estruturada, de um casamento feliz e de filhos perfeitos. A norma social prega o equilíbrio emocional, a tranquilidade, a solicitude, a sociabilidade, a resignação diante das injustiças e a passividade diante dos horrores do mundo. As pessoas buscam todas as formas de tratamentos e terapias que lhes proporcionem a realização de seus sonhos e o seu bem-estar, afastando qualquer possibilidade de sofrimento e dor, sentimentos de tristeza, de melancolia e de ansiedade. Tudo é medido, quantificado e comparado a uma escala de valor, que varia do normal ao

patológico, consoante a terminologia científica e a orientação de especialistas. Mas isso também dependerá do poder aquisitivo, já que o consumo de tratamentos e terapias tem um custo elevado. As pessoas que não têm poder para tanto ambicionam um dia poder realizar seus sonhos de consumo medicalizado.

Na sua ambição excessiva e insolente, a medicina moderna ocidental promete a extinção da dor, negando-a como fato da condição humana. A dor torna-se, assim, apenas uma questão técnica e o “sofrimento uma expressão da procura do consumidor por uma maior produção médica. Tornando-se desnecessária, a dor tornou-se insuportável” (ILLICH, 1976, p. 31).

Para ILLICH , a saúde

... representa um processo de adaptação. Não resulta do instinto, mas de uma reacção viva e autônoma a uma experiência real. Representa a capacidade de adaptação a alterações do meio ambiente, ao desenvolvimento e ao envelhecimento, à cura das lesões, ao sofrimento e à tranqüila expectativa da morte. A saúde compreende também o futuro, e deste modo inclui a angústia e os recursos interiores para com ela viver ( 1976, p. 37).

A saúde supõe a faculdade de assumir responsabilidade pessoal diante da dor, da inferioridade, da angústia e da morte (1975, p.121)

A saúde pressupõe, portanto, a experiência e o enfrentamento autônomo da dor, da doença e da morte como acontecimentos integrantes da vida. Entretanto, na sua ambição incontida, a Nêmesis médica, num efeito estrutural iatrogênico, pretende, enfim, expropriar o direito pessoal de se presidir a própria morte.

Como ressalta ILLICH (1975), quanto mais as pessoas pensam que necessitam de serem cuidadas, mais se submetem às normas e à tutela de uma produção médica industrial. O médico assume o papel de representante do corpo social para que as normas sejam cumpridas.

A instituição médica, ao considerar a idéia de que o bem-estar exige a eliminação da dor e do sofrimento, a correção das anomalias, o desaparecimento das doenças e a luta contra a morte, transformando-os em obstáculos que ameaçam a vida e o bem-estar, instaura as condições para o consumo obsessivo de produtos da indústria médica. Dessa forma, restringe “a *autonomia vital* (itálicos

nossos) das pessoas, sabotando a sua capacidade de desenvolvimento, tratamento e envelhecimento” ou “anula o repto pessoal proposto pela sua dor, incapacidade ou angústia” (ILLICH, 1976, p. 35). Retira, por fim, da vida o seu significado íntimo e pessoal.

As pessoas movidas pelas normas sociais são incitadas a comportamentos, a ideais e a sonhos ao longo de sua vida. Com o nascimento de um filho, a família mobiliza-se a planejar e organizar detalhes de cada uma das fases dessa nova vida, na perspectiva de um futuro idealizado. Modos de ser mãe, de ser pai e de ser filho instituem-se socialmente e a preocupação em corresponder às expectativas condiciona a rotina das pessoas.

### ***É o caso das famílias de Luiza e Roberta nascidas em 1988.....***

*Luiza nasce após horas de espera por uma decisão médica pela cesariana. Denise, sua mãe, sente-se serena em saber que tudo havia passado: as dores, o medo do parto e o de fracassar. Sua filha dorme ao seu lado.*

*Uma enfermeira avisa que o pediatra deseja lhe falar antes do final do turno. Perguntas e dúvidas sobre o assunto circulam rapidamente em sua mente, provocando ansiedade e insegurança. Acompanhado da chefe do berçário, o pediatra toma a iniciativa: - Senhora Denise, eu pedi esta reunião para conversarmos sobre sua filha. Como a Senhora sabe, houve complicações no parto, seu apgar foi baixo, apresentou hipotonia, cianose discreta e apnéia. Ela não é normal e por essa razão eu gostaria de pedir um exame específico, apenas para confirmar minha suspeita de síndrome de Down. Esse exame não é feito em Brasília e o resultado leva um mês para ficar pronto. Poderemos agendar o exame no laboratório após a alta.*

*A chefe do berçário pede-lhe que se mantenha tranqüila, porque se o exame confirmar a síndrome, o bebê precisará de atendimento especial.*

*As cenas passam rápidas na mente de Denise que sente seus sonhos se desfazendo com o medo do desconhecido. O tempo pára naquele quarto. Tudo se movimenta em câmera lenta. O Olhar do médico transmite convicção, pena e frieza ao mencionar sua suspeita. A chefe do berçário se compadece.*

*O que o faz ter tanta certeza? Denise não consegue concentrar seu pensamento em mais nada. Um vazio se faz em sua mente. Permanece calada e apenas balança a cabeça, concordando com tudo. A reunião foi rápida.*

*Naquele momento, o encanto se desfaz e a semente da medicalização é lançada. Luiza deixa de ser vista apenas como um*



*bebê engraçadinho para ser olhada como uma criança não normal, um corpo com problemas de saúde que precisa de cuidados.*

*A mãe de Denise demonstra desejar dizer muitas coisas, mas com receio e constrangimento, mantém-se quieta. Denise toma a iniciativa e afirma que Luiza não tem coisa alguma. O exame será feito para descartar uma possibilidade. O fato de não se parecer com os familiares maternos e de ter traços asiáticos não significa uma síndrome. Enquanto fala, um sentimento de frustração muito forte toma conta de seu ser: ela não havia sido capaz de fazer uma filha perfeita.*

*Denise compartilha sua preocupação com o restante da família. As opiniões se dividem. Cada um, de uma forma ou de outra, procura dados científicos para um possível diagnóstico bem como livros com informações sobre o desenvolvimento do bebê.*

*De acordo com a orientação médica, o exame é realizado em dois laboratórios diferentes. Passados os trinta dias, Denise recebe o resultado do exame: contagem cromossômica normal.*

*Mesmo assim, toda a atenção dos pais de Luiza se volta para os tratamentos a serem providenciados para ela. Tudo muda. A preocupação é sobre os procedimentos e as atividades de estimulação, segundo os parâmetros médicos. Denise sente-se dividida. De um lado, o seu conhecimento profissional de pedagoga e de outro, o intuitivo, a mãe com sua crença no humano. Mesmo assim, procura sempre provar que sua filha é capaz.*

*Em busca daquilo a ser corrigido e estimulado, Luiza passa a ser observada com um Olhar que busca o que falta, mede e compara. A preocupação dos pais aumenta ao comparar os seus registros com os dados publicados em revistas e livros de etapas de desenvolvimento de crianças tidas como normais.*

*Luiza desenvolve-se normalmente com pequenas diferenças de meses no primeiro ano de vida como firmar a cabeça, sentar-se com e sem apoio, rolar... Após alguns anos, a diferença aumenta bastante, o que preocupa a todos.*

*Os familiares sentem-se no direito de tomar decisões sobre sua vida. Tudo é justificado por “problemas” e deficiências apontados nas avaliações. O sentimento de “coitadinha” está sempre presente, de forma que tudo se faz para facilitar a vida de Luiza, para ela não ter trabalho e nem sofrer mal algum. Além disso, fazem tudo para corresponder às exigências dos profissionais que a atendem.*

*Roberta, filha de Carla e Alexandre, até os seus dois primeiros meses, desenvolveu-se normalmente, correspondendo às etapas e às fases que constam da bibliografia médica. Em uma das idas ao pediatra, é comunicada aos seus pais a existência da persistência do canal arterial, que deveria ter se fechado até os seus quinze dias de nascida. Faz-se necessária cirurgia. Desfazem-se todas as crenças e certezas de Carla. A partir daquele momento, tudo também muda na rotina dessa família.*

*Apesar das muitas consultas a médicos diversos, em busca da confirmação do diagnóstico, os pais de Roberta continuam muito angustiados, pois não se satisfazem com as orientações e os esclarecimentos recebidos. Eles têm de enfrentar o sentimento de impotência diante do problema de sua filha e do receio em pensar que ela corre risco de morte.*

*Após peregrinação a muitos consultórios, conhecem um cardiologista. A suspeita da disfunção - persistência do canal arterial - é confirmada. A cirurgia é necessária, mas não é urgente, podendo ser feita até os seus dois anos. Entretanto, Roberta não pode contrair infecção alguma, para não agravar o quadro. Carla fica mais nervosa e preocupada em organizar a rotina de sua filha. Ela não pode nem mesmo resfriar-se!*

*A preocupação e o medo fazem com que Carla deixe de trabalhar e cuide pessoalmente da filha. Dessa forma, pode acompanhar de perto seu desenvolvimento. Os cuidados diários com Roberta tornam-se uma fixação para Carla.*

*Roberta é uma criança que se desenvolve de acordo com o esperado. Mas mesmo assim é vista e tratada como alguém que*

*necessita de muitos cuidados. A família muda a sua forma de conviver com a menina. Ela passa a ser vista como um corpo doente, que precisa de cuidados. Todos se preocupam em protegê-la.*

*Passam-se os meses e Carla acompanha os progressos de sua filha. Realiza atividades de estimulação e exercícios de coordenação. Elabora periodicamente um programa de atividades para ser realizado por ela durante o dia e pelo pai, à noite. Por meio de leituras diversas, acompanha as etapas e as fases que Roberta deve cumprir. Tudo é feito em espaços físicos protegidos de umidade e de friagem, para evitar o contato com o chão. Mesmo assim, os cuidados excessivos não impediram que a menina contraísse uma pneumonia aos 11 meses. Carla tem muito medo de quedas, por acreditar que sua filha pode machucar-se com facilidade, pois é muito magra e pequena devido aos efeitos do remédio para o coração.*

*Todos amam, protegem e atendem aos desejos de Roberta. Sua mãe, ao adquirir mais confiança com o seu desenvolvimento, aceita dividir os afazeres com outra pessoa em casa e contrata uma babá.*

*Carla fica muito preocupada com o fato de a menina movimentar-se bem apenas com o andador, apesar de ela ainda não ter completado um ano. Ela fica de pé, mas anda segurando em um dedo da mãe. Para tentar fazê-la andar sozinha, em um dia, Carla pede à babá que fique no final do corredor para chamar sua filha. Como combinado, Rosa chama Roberta para andar até a sua direção, mas ela cai no meio do caminho. Carla se assusta e grita. A menina chora assustada. Daquele dia em diante, Roberta não anda mais sozinha. Somente após quatro meses de muitas tentativas passa a andar sem apoio novamente.*

*Dois meses após seu segundo aniversário, os pais de Roberta decidem operá-la. Constatam por meio dos exames preparatórios um aumento do tamanho do coração. A cirurgia é marcada e Roberta internada.*

*Carla, por estar muito abalada, pede que seu marido acompanhe a filha na internação, pois teme causar algum mal a ela com o seu nervosismo. Mesmo assim, a mãe telefona a cada hora.*

*A recuperação de Roberta do pós-operatório transcorre como esperado. O médico informa aos pais que ela poderá ficar com desvio de postura devido à cirurgia. Apesar de ter sido operada com sucesso, ela ainda é vista como uma criança que necessita de muitos cuidados para não adoecer. A preocupação e a superproteção perduram por muito tempo.*

*Mesmo com todos os cuidados, Roberta apresenta vários quadros de pneumonia em virtude de bronquite, com febre elevada. Em um dos episódios chegou a 42° C, manifestando quadro convulsivo, sem apresentar seqüelas.*

*Os anos se passam e Carla observa o desenrolar do desenvolvimento de sua filha, tendo sempre em mente a comparação entre o padrão esperado e o que faltava em Roberta. Procura profissionais da área de saúde para trabalharem com sua filha de forma a aproximá-la do padrão esperado como o das outras crianças.*

## ANIQUILAMENTO

*(...) nada há de tão perturbador como aquilo  
que a cada um lembra seus próprios defeitos,  
suas próprias limitações, suas próprias  
mortes(...)*

Nuria Pérez de Lara

### **O poder aniquilador do rótulo.**

Os caminhos e descaminhos que as pessoas rotuladas são levadas a percorrer para que se encaixem nos padrões de normalidade e a crença das famílias na recuperação e no conserto daquilo que foi diagnosticado como anomalia conduzem-nas à busca de tratamentos e terapias para o alcance de um padrão e a realização de um sentimento de pertença a um grupo social. Nesse sentido, o rótulo é tomado como índice de afastamento e de impossibilidade de realização do sentimento de pertencer. Há duas alternativas: lutar contra a prática de rotular ou contra aquilo que, supostamente, o rótulo indica. De um modo geral, a sociedade moderna optou pela segunda alternativa.

Como se pode verificar, o processo de medicalização traz em sua base traços da concepção naturalista da racionalidade científica moderna, que entende o psiquismo humano como biologicamente determinado, desconsiderando as condições históricas e sociais da vida humana. A medicalização como uma das formas sutis de seleção social, ao ditar padrões biológicos de normalização e normatização da vida, sustenta a ideologia do corpo perfeito, útil e produtivo. Os problemas sociais são entendidos sob a lógica da medicina e dessa forma são tratados. A valorização da normalidade penetra em todas as instâncias, e com ela o diagnóstico se firma como uma ferramenta de condução da vida das pessoas, deixando prevalecer a convicção de que ele é o caminho para a cura de qualquer mal (WERNER, 2006).

A prática de rotular é legitimada pela psicologia que, em meados do século XIX, embasada pelos trabalhos realizados por fisiólogos naturalistas no estudo dos órgãos dos sentidos e dos fenômenos de ordem psíquica, lança-se como científica. Os fundamentos filosóficos dessa nova psicologia influenciada pelo pensamento europeu da época estabelecem novos métodos e idéias sustentadas pelo positivismo, empirismo e naturalismo. A sistematização do conhecimento se dá por meio de fatos observáveis, quantificáveis e mensuráveis, que atestam sua veracidade e validade. O desenvolvimento humano é visto sob a ótica de sua determinação biológica, definido em etapas hierarquizadas seqüencialmente, visando a uma meta uniforme. Por meio de práticas médicas, terapêuticas e pedagógicas, procedimentos considerados científicos são estruturados de modo a determinar as diferenças individuais, categorizando as pessoas em relação a um padrão esperado. As pesquisas e técnicas adotadas pela psicologia moderna ganham um caráter científico pela utilização dos métodos aplicados pelas ciências naturais, como a observação e a experimentação, controlados racionalmente para o estudo da natureza humana (BRITO, 2005).

A ciência moderna, compreendida não só como forma de desvendar a realidade, mas também como ordenadora do mundo, implanta procedimentos metodológicos a serem trilhados para a produção de verdades cujo reconhecimento científico exige o cumprimento das regras do método. Somente assim podem ser proclamadas como tais. A “teologização” progressiva da ciência como forma de produção de verdades é decorrente de uma determinada perspectiva sociológica do conhecimento. A racionalidade científica voltada para a normalização das pessoas, a constituição e a reprodução de relações sociais estabelece um padrão desejado a ser perseguido. Ela equaciona os conceitos de normalidade e patologia, equilíbrio e desvio, harmonia e perturbação. Sua estrutura epistêmica, suas características teóricas básicas e sua forma de ajustar o mundo e de modelá-lo ao padrão estipulado instituem a razão médica. O experimentalismo, método moderno da produção científica, caracteriza-se por ser: utilitário, porque valoriza a experiência e as soluções dos problemas imediatos impostos pela vida; exploratório, pois busca novas explicações para eventos esclarecidos por outra ordem do saber; interventor, uma vez que cria instrumentos para investigação, e desbravador, visto que procura desvendar o que está oculto na

natureza. Cumpre seu papel de instrumento de ratificação e de retificação da vida, conforme os padrões almejados. Dois modelos sustentam a razão científica, que se unem para conferir-lhe a exatidão, a medida e a ordem: o modelo mecanicista, que concebe o mundo e a natureza como uma máquina composta de elementos e matéria em uma realidade física, e o organicista, que tem em sua base as leis da biologia, compreendendo a natureza como um sistema vivo organizado, e a sociedade como seu reflexo. Ambos valorizam a razão ordenadora, analítica e matemática, mensurando e quantificando a produção de conhecimento (LUZ, 2004).

As condutas são determinadas por exigência de instâncias sociais como forma de garantir a harmonia social e a normalidade. Como uma das formas de controle social, em nome de uma meta normalizadora de um corpo perfeito, pessoas são coisificadas e discriminadas por meio de classificações e de categorias, fruto de práticas avaliativas centradas na idéia de um continuum de variação do normal ao patológico (do patológico seria subtraído certo tanto de normalidade).

Como afirma CANGUILHEM (2002), em medicina, o estado normal é aquele desejado pelo corpo para o restabelecimento de seu equilíbrio. E o patológico, todo comportamento apreendido como valor negativo à dinâmica da vida, ou seja, todo fenômeno que provoca distúrbio à manutenção e desenvolvimento do que é tomado como estado normal. Com a categorização do que é normal e do que é patológico, práticas avaliativas cumprem a norma imposta, classificando as pessoas por meio de diagnósticos em consonância com a racionalidade científica.

Desde o século XIX, os instrumentos de medida estão presentes na sociedade ocidental e constituem a principal ferramenta de avaliação médica e psicológica. O uso de testes padronizados que adotam uma única forma de expressão e de linguagem atesta a crença na possibilidade de avaliação do potencial intelectual de uma pessoa. Para isso, ela deve demonstrar que sabe e que é capaz expressando o seu pensamento, e deve responder conforme o pré-determinado e esperado. Ao acreditar que o desenvolvimento acontece da mesma maneira para todos, negando-se a diversidade de formas, são criadas variadas anomalias, patologias e deficiências (MOYSÉS, 2001).

É interessante observar o modo como o diagnóstico foi apreendido por outros profissionais, psicólogos, psicopedagogos e terapeutas, que o utilizam como ferramenta de intervenção para a suposta cura - crença no poder delegado à eficácia do Ato Médico. O diagnóstico é elaborado na perspectiva do que falta, ou seja, de algo que o profissional pensa enxergar para além de sua visão. A avaliação é realizada em consonância com um padrão de comportamento esperado para cada etapa da vida, assim organizada. Na avaliação diagnóstica, é salientado aquilo que a pessoa não expressa ou não responde durante as atividades propostas. Muitas vezes o avaliador desconsidera as possibilidades de diferentes interpretações das informações coletadas, desprivilegiando as razões e os porquês do não respondido ou do não realizado, desacreditando no devir do desenvolvimento da pessoa.

O conceito de inteligência materializado em avaliações psicológicas torna-se razão e justificativa para a categorização das pessoas, tendo em vista a adaptação social. Essa prática, muito comum em uma sociedade capitalista, acredita nas diferenças individuais relacionadas à noção de aptidão e justificadas pelo determinismo biológico. As diferenças são concebidas como decorrentes de características hereditárias e as desigualdades sociais, explicadas cientificamente, são legitimadas por uma ideologia igualitária (GURGEL, 2002).

O tratamento biologista das questões sociais estabelece denominações estigmatizadoras, uma vez que transforma as pessoas em vítimas e as induz a se tornarem a sede de seu próprio suposto mal. O conceito de normalidade está alicerçado nos valores estatísticos e probabilísticos de presença de traços biológicos e psicológicos. Exames como eletroencefalograma, tomografia e radiografia do crânio, desenvolvidos como meios auxiliares para o diagnóstico de distúrbios estritamente orgânicos passam a ser requeridos também com o propósito de confirmarem um diagnóstico psicológico ou psiquiátrico. Ao se desconsiderar que alguns traços eletroencefalográficos alterados são transitórios, por não denotarem qualquer patologia, banalizam-se procedimentos médicos, promovendo-se diagnósticos equivocados, como afirma MOYSÉS (2001). Por meio desses diagnósticos feitos com base em exames psico-neurológicos e outros tantos, as informações são processadas para a classificação e categorização de



uma suposta patologia. A estigmatização pelo rótulo se dá pelo fato de que tudo o que foge ao padrão esperado é considerado patológico.

Na sociedade contemporânea ocidental, ritos sociais são estabelecidos e impõem o cumprimento de convenções cunhadas. No caso de pessoas com desenvolvimento atípico, isso acontece com bastante clareza no início da escolarização. Decorridos poucos meses da matrícula de um filho em uma escola, a família da sociedade normalizada e normatizada, de qualquer casta social, vivencia um momento marcante. Ela é chamada a escola para lhe ser apresentado o relatório que trata do comportamento e da aprendizagem de seu filho. Em decorrência desse relatório, é solicitada avaliação psicológica e, em muitos casos, a neurológica. Nesse instante, muitas famílias constataam que, antes da escola, nada daquilo era de seu conhecimento.

A relação entre profissionais da saúde e da educação é tão intensa que em suas falas percebe-se uma intersecção dos discursos médico e pedagógico. O Olhar Clínico sobre a criança diante dos problemas apontados pelos profissionais da escola estrutura-se na ciência médica, que tem como objetos a doença e a criança. O racionalismo científico moderno legitima os critérios de normalidade/anormalidade e empresta um caráter científico a questões ideológicas. Para MOYSÉS E COLLARES (1995), é um erro grosseiro imaginar que se entenderá o que é saúde estudando a doença. Levantam a hipótese de que talvez um dos problemas fundamentais da educação esteja relacionado ao fato de acreditar-se que, estudando o erro e o distúrbio de aprendizagem, entender-se-á o processo de ensino-aprendizagem.

A partir do momento em que a escola encaminha a criança para a avaliação, ela começa a ser vista como alguém que tem problemas e que precisa de atendimento especializado. A família busca nos profissionais de saúde a indicação de caminhos a serem percorridos para alcançar a cura. Os pais procuram médicos e psicólogos com a esperança de que seus problemas estejam resolvidos mediante os pareceres diagnósticos. Trava-se assim uma busca incansável para reverter o quadro que se faz presente em suas vidas. Conseqüentemente, mais e mais laudos e pareceres diagnósticos são realizados com o objetivo de responder as dúvidas dos pais, de orientá-los e de esclarecer sobre o mal de seu filho e sobre o seu prognóstico. Esse é um dos exemplos que ilustra, concretamente, o modo

como se confere ao conhecimento o poder de ordenar o mundo social. A necessidade de planejar e organizar a vida se apóia no diagnóstico como fonte de segurança e de garantia resolução do problema. Muitas vezes os pais, por não conseguirem enxergar a criança em sua inteireza, por não perceberem quem elas são para além do rótulo, empenham-se na busca do diagnóstico conclusivo. Não vêem outra possibilidade de desenvolvimento para o filho que não seja a sua “recuperação” e a sua “cura”.

No espaço escolar, os professores apoderam-se do diagnóstico como objeto de sua prática pedagógica. Logo, é como se o problema estivesse somente no aluno, e sua função como professor estaria então cumprida ao encaminhar o aluno para a equipe de avaliação psicopedagógica, tudo isso associado à convicção de que o diagnóstico subsidiará o planejamento do processo de ensino. Essa atitude retrata a incorporação e a supervalorização da razão científica no trabalho pedagógico bem como sua escravização a ela. Na maioria das vezes, o diagnóstico justifica e explica incapacidades diagnosticadas de antemão – idéias pré-concebidas. O discurso de progresso e de evolução da espécie camufla o processo de seletividade em curso na sociedade medicalizada (WERNER, 2006).

Na busca incansável por novos tratamentos e soluções para o seu problema, os pais tendem a desconsiderar outras possibilidades de atividades sociais e culturais que promovem o desenvolvimento da criança, como a convivência em diferentes espaços, de maneira a não permitir que os prejuízos se acentuem quando vista apenas como um corpo doente. TUNES (2002a) salienta, também, que é muito comum os pais esquecerem-se de que o filho tem outras necessidades e funções importantes para o seu desenvolvimento, e que, portanto, necessitam cuidar da criança e não de seu defeito.

O Olhar Clínico se faz presente no espaço escolar especialmente no trabalho pedagógico da equipe de professores e técnicos, quando buscam detectar a causa dos problemas da não aprendizagem no corpo sintomático de seus alunos. Isso é feito de forma a justificar as suspeitas de quem tem o poder do Olhar que tudo vê. A segurança e a convicção de que toda e qualquer perturbação tem sua causa biológica perpetua o processo de medicalização. Com o diagnóstico, os conflitos gerados pelo fato de o aluno não aprender acalmam-se e desfazem-se como se ele tivesse um poder mágico de resolver todas as questões. Quando a

escola deseja saber algo sobre um aluno busca os relatórios, os laudos e os pareceres das avaliações realizadas. Neles, a identidade do aluno se resume em palavras que se juntam para expressar idéias sobre alguém que nada dizem realmente sobre ele. O professor, por não conceber formas diversificadas de trabalhar, deposita no aluno a responsabilidade pela aprendizagem e pelo seu possível fracasso, enxergando as causas do não aprendizado além de sua competência. O Olhar Clínico que enxerga apenas fragmentos isolados de uma realidade torna-se o retrato da totalidade do ser.

Como afirma TUNES (2005), o diagnóstico atende às necessidades do profissional, mas por si só não é capaz de determinar coisa alguma a respeito da pessoa supostamente diagnosticada. “Do ponto de vista pedagógico, para a vida escolar dessa pessoa, o diagnóstico é absolutamente inútil. Todavia, o diagnóstico tem uma consequência. Ele instaura as condições de possibilidade para o preconceito”(2005, p.4).

(...) por mais que se diga o que se vê, o que se vê não se aloja jamais no que se diz, e por mais que se faça ver o que se está dizendo por imagens, metáforas, comparações, o lugar onde estas resplandecem não é aquele que os olhos descortinam, mas aquele que as sucessões da sintaxe definem (FOUCAULT, 1999, p.12).

O diagnóstico, como busca interminável pela interpretação do fenômeno manifestado, constitui-se na relação entre o que se vê e o que não é percebido, sustentado por uma ideologia científica. O pensamento moderno, à luz do racionalismo científico, principia com a análise e com a comparação das partes, ordenando-as e hierarquizando-as, na busca por semelhanças, tendo como referência a diferença e a identidade. “O que é próprio do saber não é nem demonstrar, mas interpretar” (FOUCAULT, 1999, p.55). O campo da visibilidade, em que a observação assume seu poder, apresenta-se de forma muitas vezes não transparente diante do observado, pois, para FOUCAULT (1999) observar é contentar-se em ver sistematicamente pouca coisa, aquilo que, por intermédio da representação, pode ser analisado, reconhecido por todos e receber, assim, um nome.

No final da década de 20 do século passado, VIGOTSKY (1997) já apontava o processo de medicalização da sociedade, criticava a supervalorização dos diagnósticos, a crença de que eles resolveriam os problemas da educação e os tratamentos terapêuticos que se sobrepunham à vida cultural e social da pessoa que apresenta biotipo incomum, tanto de ordem física como sensorial. Da mesma forma, reprovava a ação de pedagogos e psicopedagogos que, ao copiarem outras ciências, adotavam o diagnóstico médico como ferramenta para seus trabalhos e transformavam sua prática em uma pedagogia terapêutica. Também não escapava à sua crítica a prática diagnóstica, por não retratar as possibilidades da pessoa avaliada, descrevendo muitas vezes o relato dos pais com termos científicos.

Em sua obra, *Fundamentos de Defectologia*, VIGOTSKY apresenta um caso que teve a oportunidade de presenciar quando dirigiu uma Clínica de Pedologia<sup>7</sup>, juntamente com um psiquiatra. Esse caso foi tão memorável para ele que, pela primeira vez, o obrigou a refletir com toda seriedade acerca do que obtêm os pais ou os pedagogos ao trazerem as crianças a um consultório para um diagnóstico, e que repostas dos especialistas são fornecidas:

Foi trazida à consulta uma criança dificilmente educável, uma criança de oito anos que começara recentemente a ir à escola. Segundo o relato da mãe, a criança não apresentava motivação e tinha violentos ataques de irracionalidade, arrebatamentos, ira e cólera. Nesse estado, podia ser perigoso para quem a rodeava, podia jogar uma pedra contra outra criança, podia jogar-se contra alguém como uma pequena distração.

Depois de interrogar a mãe... (...) a chamamos para comunicar-lhe os resultados do nosso exame. 'Seu filho – diz o psiquiatra – é epileptóide'. A mãe, cheia de ansiedade começou a escutar atentamente. 'Que significa isso?' – perguntou. 'Isso significa – explicou o psiquiatra – que a criança é iracunda, excitável, irascível, que quando se irrita, ela mesma não compreende que pode ser perigosa para as demais, que pode jogar uma pedra contra as crianças, etc.' A mãe, desiludida, objetou: 'Tudo isso eu acabo de contar ao senhor (VIGOTSKY, 1997, p.276).

Os termos científicos muitas vezes exercem um poder hipnótico. Por serem incompreensíveis para a maioria das pessoas, não são questionados, ainda

---

<sup>7</sup>Ciência que estuda o desenvolvimento infantil

que não respondam ou mesmo esclareçam as dúvidas e as interrogações da família. Os diagnósticos, quando muito, descrevem as bases de procedimentos técnicos de investigação, tal como a determinação da idade mental conforme a escala de Binet<sup>8</sup>. Além disso, os diagnósticos, de cunho classificatório, não explicam coisa alguma sobre a criança avaliada. Servem-se da visão quantitativa de desenvolvimento, valorizando os resultados classificatórios obtidos por meio de testes que promovem a categorização humana (VIGOTSKY, 1997). Cabe esclarecer que VIGOTSKI considera a possibilidade da prática diagnóstica investigatória, fundada na interpretação das informações obtidas em pesquisas sobre a diversidade de formas de desenvolvimento.

A prática de diagnosticar, de categorizar e de rotular pessoas é sustentada, também, pela condição de obediência à ideologia e às regras, e por normas sociais impostas, que as pessoas docilmente aceitam, assumindo a condição servil.

LA BOÉTIE (2001), no *Discurso da Servidão Voluntária*, escrito em 1548, discute o enraizamento da sujeição servil. Para ele, esse enraizamento leva as pessoas a não considerarem natural o exercício da liberdade. Destaca que se a natureza fez todos os homens de forma que cada um pudesse reconhecer-se no outro e assim conviver livremente sem nenhum encontrar-se em servidão, logo a liberdade faria parte da natureza humana. Mas, então, que razões levariam uma pessoa à servidão voluntária? Para LA BOÉTIE (2001), a condição do povo de querer servir à tirania é histórica. Ele afirma que o ser humano, em um dado momento de seu passado, por alguma razão, desnaturou, ou seja, renunciou à sua liberdade para obedecer e servir àquele que exerce o poder absoluto. Toda relação de poder é opressiva e antinatural, manifestando-se de diferentes maneiras. A passagem da liberdade à servidão deu-se com a divisão da sociedade; poucos detêm o poder e, à maioria, cabe obedecer. Assim, o ser humano desnatura-se e desumaniza-se, pois em sua decadência, ao perder sua liberdade, aliena-se por escolher servir e obedecer. A vontade de liberdade passa a ser a de servir, seja por costume, já que os antepassados viveram como súditos, ou por acreditarem que a

---

<sup>8</sup>Binet dedicou-se ao estudo de experimentos sobre cognição, memória e percepção, que contribuíram para a elaboração da escala de quociente de inteligência/QI

sociedade sempre foi assim, e que tudo deve continuar como está, ou seja, por subjugação, por não se ter força e coragem para reagir diante daquele que tiraniza.

(...) o poder só existe em seu exercício efetivo; (...) o desejo de poder só encontra sua realização se consegue suscitar o eco favorável de seu necessário complemento, o desejo de submissão. Não há desejo realizável de mandar sem desejo correlativo de obedecer. (...) sociedades sem divisão barram o desejo de poder e o desejo de submissão (...). Para que as relações entre os homens se mantenham como relações de liberdade entre iguais, é preciso impedir a desigualdade. (CLASTRES, 2001, p.117). (...) A desnaturação exclui a lembrança da liberdade e, por conseguinte, o desejo de reconquistá-la. Toda sociedade dividida está, portanto, fadada a durar (CLASTRES, 2001, p.122).

No entanto, como afirma LA BOÉTIE (2001), não é preciso combater o poder absoluto que tiraniza. Basta não desejá-lo. Deixando de servi-lo, ele se neutraliza e enfraquece. É o povo que se deixa dominar, se sujeita e escolhe entre ser servo ou ser livre.

A prática social de rotular faz parte de uma estrutura de dominação. O rótulo institui um padrão relacional. A possibilidade de classificar pessoas retrata uma relação de poder e de propriedade, uma forma de controle social, sustentada por uma ideologia normalizadora. “O rótulo não incide somente nas pessoas, mas também sobre as relações que se mantêm em sociedade” (BARTHOLO, comunicação pessoal). Não é apenas um nome dado a uma patologia ou a um distúrbio comportamental. Trata-se de uma etiqueta que cria uma realidade relacional e configura o ambiente social de desenvolvimento, instituindo, assim, padrões relacionais de comportamento. O rótulo de deficiente cria condições que forjam o desenvolvimento de mentes deficientes. Por mais que a pessoa rotulada se esforce por romper com a realidade relacional instituída, enfrenta toda sorte de resistência e descrédito por ser sempre vista como um corpo doente, alguém incompleto a quem falta certo tanto de normalidade; alguém sem nome, supostamente identificado pelo pacote que a contém.

A pessoa rotulada não tem controle de sua vida. Existe na sombra, sem identidade. Um fantoche, depositário de necessidades e vontades de outrem nele projetadas. É um objeto retratado em idéias expressas por palavras; um

fantasma conceitual. Enfrenta obstáculos para se relacionar e estabelecer vínculos pessoais. O estigma de incapacidade infiltra-se em todos os espaços de sua vida: família, escola, amigos e lazer. A força do estigma é tão impactante que a pessoa acaba, muitas vezes, incorporando-o e cumprindo o desígnio do diagnóstico ao acreditar em sua incapacidade.

Rotular é falar, mas não responder: é a imposição aniquiladora do silêncio do outro. Uma nomenclatura, o nome de uma categoria empregado como nome próprio pessoal. Instauram-se, assim, as possibilidades ao preconceito que exila a pessoa do convívio social (TUNES, 2007a).

O nome próprio não é conceitual e é o que verdadeiramente identifica uma pessoa. Só o nome, sem atributos, o único que pode ser empregado para o vocativo. (...) O rótulo é palavra-ato, já preconceito, o obstáculo inaugural ao ato verdadeiramente inclusivo. O conceito de deficiência serve, pois, à exclusão. Eis aí o preconceito da deficiência. É, portanto, um contra-senso falar da inclusão de excluídos quando basta, apenas, não excluí-los, chamando-os apenas pelo nome próprio (TUNES, 2007a, p.39,40).

Essa lógica desumanizadora está no discurso hegemônico, que privilegia a busca da compreensão de alguém por meio da análise dos saberes conhecidos de forma a categorizar e classificar. Esse saber prévio e livre de qualquer escuta interpessoal constitui o preconceito, com o qual a alteridade é negada, aniquilando-se a existência pessoal. O poder delegado ao conhecimento comercializado prévio sobre alguém nega a possibilidade de encontrar o não sabido (BARTHOLO, 2007).

A disponibilidade dialogal para com a alteridade e a vulnerabilidade à interferência relacional são bloqueadas e inviabilizadas pelo preconceito, em quaisquer de suas formas. A emergência do preconceito no âmbito relacional tem uma implicação intrinsecamente des-responsabilizadora e, portanto, incompatível com os fundamentos da vida ética e do aprendizado e exercício de virtudes a ela vinculadas. O lugar dessa vivência, aprendizado e exercício são as relações dialogais diretas, imediatas, face a face com a presença do rosto do outro, efetivadas na vulnerabilidade a seu apelo e a nossa resposta (BARTHOLO, 2007, p.33).

A pessoa sob o rótulo de deficiente é aquela a quem a sociedade não se dirige diretamente, a quem não se reconhece o direito de falar de si. O rótulo da deficiência afirma a normalidade e, conseqüentemente, nega a diversidade, tendo em sua gênese o preconceito. O rótulo aplicado a pessoas é negação da possibilidade de vida ética.

Sendo a vida humana relação, a ética nasce do entre dois. Não está no sujeito a primazia do ser, mas sim em nossa vulnerabilidade à alteridade. A vida ética é, assim, a experiência de limites. E se nutre do exercício de virtudes. O propriamente humano é, então, resposta ao apelo de um outro, percebido numa relação vinculante, a quem se reconhece e se acolhe em sua irreduzível alteridade. A resposta ao apelo do outro é pessoal e, portanto, intransferível; (...) excluir significa banir o outro para o exílio relacional, impossibilitando-o de uma vida humana em plenitude. São próprias do ato de justiça a pressuposição da responsabilidade pessoal e a crença na consciência individual. No tratamento do que é justo, os fatores extra-pessoais são considerados apenas como circunstâncias de um ato que, efetivamente, uma pessoa praticou. Logo, o acolhimento ao outro que é próximo, como ato justo, é um modo de a ele responder, um modo de afirmar a responsabilização pessoal. O encontro como resposta pessoal à alteridade de um outro ente não pode se dar por intermédio da unidade anônima e neutralizante de conceitos e discursos sobre o outro. O princípio dialógico pressupõe o encontro autêntico, face a face com o outro. Um falar **com ele** e **não dele** por meio da generalidade e anonimato dos conceitos. Dialogar é responder pessoalmente a um apelo que um outro a mim endereçou. O dialógico é o fundamento do encontro entre pessoas. A disponibilidade dialogal para com a alteridade e a vulnerabilidade à interferência relacional são bloqueadas e inviabilizadas pelo preconceito, em quaisquer de suas formas. A emergência do preconceito no âmbito relacional tem uma implicação intrinsecamente des-responsabilizadora e, portanto, incompatível com os fundamentos da vida ética e do aprendizado e exercício de virtudes a ela vinculados. O preconceito é, por definição, o já sabido pelo eu, um saber prévio e independente a qualquer escuta interpessoal. No preconceito, evita-se a confrontação face-a-face com o rosto do outro-próximo. Sua alteridade permanece sempre negada por uma imputação que é intrinsecamente um ato de violência. É um exercício do poder do eu. Um poder que é também fuga do sempre arriscado, incerto e surpreendente lugar de encontro com o não sabido (TUNES & BARTHOLO, 2007, p.142 e 143).



### ***Sombras rotuladas...***

*Luiza é uma criança saudável, esperta e alegre. Percebe tudo ao seu redor. Gosta de passear, de fazer amigos, de conversar, de brincar com animais - de cachorros a cavalos. Gosta de ir para a escola, é responsável com suas tarefas e com seu material. Entre seus colegas, procura parceria nas atividades e sempre tem uma novidade para contar. Mesmo assim, na escola, dizem que não aprende e que não se comporta como as outras crianças de sua idade, apesar de seu empenho em participar. Para a professora, ela não acompanha a turma. Para a diretora, é uma criança limítrofe. A pedido da escola, inicia-se a corrida por um psicodiagnóstico.*

*A mãe de Luiza, Denise, sofre com dúvidas e interrogações. Como um especialista pode pretender conhecer uma pessoa em apenas algumas sessões e tirar conclusões com base nas respostas recebidas? Como enfrentar o dilema entre responder o que a psicóloga quer ouvir e afirmar o que realmente é verdadeiro para si? Como não interferir no julgamento sobre Luiza a partir do que for ou não expressado?*

*A solicitação de mais um parecer médico, de mais um psicodiagnóstico provoca angústia e preocupação. Só em pensar no surgimento de um novo problema e de mais um rótulo para sua filha, Denise entra em pânico.*

*Mais um dia dedicado a avaliações. Mais um formulário com questões sobre casamento, parto, relação familiar e social. Sempre as mesmas perguntas e a mesma história a ser contada a alguém com todo o cuidado para evitar distorções. O cenário se repete para Denise. Uma sala, uma escrivaninha, uma cópia de uma pintura famosa. Um profissional com Olhar fixo, que a encara, avalia, mede, julga, ao mesmo tempo em que lhe pede tranqüilidade. É*

*desconfortável e inibidor para ela responder às perguntas e lembrar-se de todos os detalhes possíveis. É reviver sempre as mesmas cenas com o empenho de contribuir. Como as duas haviam passado por outros momentos semelhantes, Denise adianta informações de diagnósticos anteriores em um esforço de acrescentar ou contrastar as idéias, apesar do risco de ser mal interpretada. Ao sair da sala e antes de sua filha entrar, ela pede e até mesmo exige que a menina faça tudo o que lhe for pedido. Quando sozinha, volta o receio de ter falado demais e comprometido Luiza.*

*Em reuniões da escola, Denise lembra os nomes científicos e as informações acerca das patologias detectadas para esclarecer e informar a equipe pedagógica sobre a história de vida de sua filha e sobre os diagnósticos, organizados em um fichário. Toda sua fala demonstra certa familiaridade. Mesmo assim, Denise continua acreditando que se trata de um monte de nomes soltos, posto que os diagnósticos não eram conclusivos.*

*Em cada um dos pareceres, há orientações de tarefas a serem realizadas por Luiza com a supervisão da mãe ou de um profissional. Mas nada é suficiente para a mãe. A procura continua por mais especialistas que solicitam outras atividades e novos acompanhamentos. O ciclo persiste...*

*Em espaços esportivos e culturais que Luiza frequenta, Denise relata os problemas diagnosticados a quem venha a trabalhar com sua filha. Aonde vai Luiza, vão também os diagnósticos, os rótulos de uma criança que não faz isso, que não é capaz daquilo.*

*No decorrer dos anos surgem várias denominações: retardo mental moderado, deficiência mental leve, distúrbio de hiperatividade e déficit de atenção/DHDA e criança limítrofe.*

*O rótulo sempre esteve presente na vida escolar de Luiza, marcada por muitos fatos que ainda se fazem presentes na memória de Denise, como o pedido de um grupo de pais para a retirada de sua filha da escola, com a alegação de que seus filhos poderiam imitá-la ao falar errado algumas palavras. Denise suspeita que, para Luiza,*

*alguns fatos também ficaram marcados pelo rótulo, quando ela expressa algum sentimento do passado. A inflexibilidade da escola ao impingir certa metodologia que acredita ser sua “bandeira de luta e de marketing”, como forma única de conduzir o processo pedagógico sem considerar as diferentes maneiras e possibilidades de conduzi-lo. O papel ambíguo que muitos psicopedagogos e psicólogos exercem ao desempenharem dois papéis, o de “advogado” do aluno e o do profissional que mantém estreita ligação de interesses com a instituição. O abandono pleno do aluno pelos professores, quando dizem “não dar conta” e deixam a criança solta pela escola, sozinha no parquinho ou andando pelos corredores ou mesmo indiferente na sala de aula.*

*No desejo de sanar as dificuldades da filha, os pais de Luiza se esforçam com o intuito de possibilitar todos os tratamentos necessários. Em conformidade ao que suas condições financeiras permitem, procuram especialistas e com eles percorrem outros caminhos com base na crença de que, superando as dificuldades de Luiza, ela poderá ser uma criança normal, sem qualquer problema. Normalidade! A ilusão, a fantasia dos que se crêem normais. Normalidade? A ilusão, a fantasia dos que a almejam. Mas Denise e Paulo, seu marido, se sentem fortificados com diagnósticos nas mãos e seguros sobre sua filha. Como se a ilusão os fortalecesse.*

*Os tratamentos envolvem a administração de anticonvulsivantes, ansiolíticos e antipsicóticos. Durante aproximadamente nove anos, Luiza usa de medicação que a deixa mais quietinha e sem os tiques e comportamentos tipificados.*

*Na família, Luiza é a filha, a sobrinha e a neta que precisa de cuidados, que não pode ser muito cobrada dada a sua incapacidade de corresponder às suas responsabilidades e às exigências na rotina do seu dia-a-dia. Denise esclarece a todos sobre a necessidade de que filha realize suas atividades como os demais, independentemente de suas limitações. Alguns não acreditam na alfabetização de Luiza, na prática de esportes, como andar de*

*bicicleta, nadar. Não acreditam que ela pode ter uma vida como outra criança. Outros a protegem excessivamente, inibindo-a de toda e qualquer iniciativa. No meio desses dois grupos está a mãe, dividida, administrando formas tão diversas de enxergar Luiza e de conviver com ela, mas exigindo, de qualquer maneira, as obrigações de sua filha como as de qualquer menina de sua idade.*

*Quando perguntados sobre os filhos, Denise e Paulo informam que são dois meninos e uma menina. Depois de dizer seus nomes, logo relatam que Luiza, a filha mais velha, tem problemas no seu desenvolvimento e que não é normal. Não falam de suas façanhas ou de suas travessuras, apenas de suas dificuldades e dos diagnósticos. Tudo falam do seu nada ser.*

*Passa o tempo, mas permanecem fortes os rótulos que desidentificam Luiza. Alguém a conhece? Do que gosta? O que ama? O que deseja? Com o que sonha? Do que tem raiva, medo? O que pensa? Quem é Luiza? É verdade que Luiza luta por emergir. Mas se o faz, é quando ninguém vê. Vista? Somente como o espectro de uma falta. Todos fazem tudo para que Luiza faça tudo como todos fazem. E, enquanto isso, ela é o que não sabe fazer.*

*Na vida de Roberta... Como filha única, passa grande parte do dia com a babá e com a mãe. Carla se preocupa com a necessidade de a filha conviver com crianças da sua idade, pois acredita ser muito bom para o seu desenvolvimento. Assim, faz sua matrícula em uma escola aos dois anos de idade. É uma criança que não precisa se esforçar muito para ter suas vontades realizadas.*

*Por razões desconhecidas, Roberta parece não estar entrosada com os seus colegas de sala. Com frequência, fica isolada do grupo sem participar das atividades com a professora. Carla, insatisfeita com a escola, faz sua matrícula em outra. Nessa nova, Roberta parece feliz e participa das atividades em sala de aula, mas ainda não consegue falar de forma clara e nem construir frases completas. A mãe, preocupada, resolve levá-la a uma fonoaudióloga. Após três sessões, recebe o diagnóstico e o prognóstico. Roberta*

*apresentava problemas de coordenação motora e nunca seria alfabetizada. Entretanto, após alguns atendimentos, ela começa a falar naturalmente. Ainda assim, conforme explicado à Carla pela fonoaudióloga, deve permanecer no tratamento durante muitos anos devido às dificuldades na fala e à dislalia.<sup>9</sup>*

*No final de cada ano letivo, apesar do reforço pedagógico, a equipe da escola informa Carla da necessidade de sua filha ficar retida na série em curso, por não acompanhar a turma, ter várias dificuldades e, portanto, não ter condições de avançar nos estudos. Para cada série cursada, uma luta é travada em prol de sua aprovação. Os diagnósticos dos profissionais que trabalham com Roberta subsidiam a pauta das reuniões com a escola. Consegue até chegar à quarta-série, assim como Luiza. Afinal, sombras também se movem. Porém, daí para frente, por três anos, é retida.*

*Preocupada com o fato de sua filha não apresentar a desenvoltura na realização das atividades escolares como as outras crianças, Carla avalia a situação e conclui que a menina precisa de um atendimento diferenciado, voltado para o desenvolvimento da coordenação motora. Procura terapeutas que seguem a conduta da reorganização neurológica. Suspende a fonoaudióloga anterior para integrar a filha nas atividades dessa nova equipe multidisciplinar, com fonoaudióloga, acompanhamento pedagógico e reforço escolar. Após algumas sessões, como de praxe, Carla recebe o laudo da avaliação de sua filha: desenvolvimento psicomotor atípico, déficit cognitivo, oscilações e alterações do pensamento característico de quadro psicopatológico. Imediatamente, é acrescentada a terapia psicoterápica na grade de tratamentos, que permanecem na agenda extra-escolar de Roberta por muitos anos.*

*Roberta demonstra tristeza e parece infeliz. Ela não se entrosa com os colegas e se isola de todos. Os professores dizem que ela não é capaz de avançar nos estudos, por ter muitas dificuldades. Mas não conseguem apontar as atividades que ela é capaz de*

---

<sup>9</sup> Distúrbio da pronúncia devido a lesão do órgão responsável pela fala

*realizar. A direção da escola informa à Carla que sua filha não tem condições de aprender mais nada e que seu máximo fora atingido. Mas e o reconhecimento do que ela sabe fazer? De seus interesses? Perguntas e angústias atormentam Carla. Ela só recebe opiniões negativas a respeito da filha e percebe que a menina não está bem.*

*Luiza e Roberta carregam consigo o rótulo de deficiente. Foram dissolvidas numa palavra que significa o nada. Por mais que façam e se empenhem, não conseguem vencê-lo. A cobrança é sempre intensa e forte: faz-se tudo para que elas façam tudo como todos fazem. Enquanto isso, portam um certificado de desidentificação.*

## **A deficiência como patologia da natureza.**

No decorrer da história da ciência constata-se diferentes concepções sobre a deficiência. A *concepção sobrenatural*, desde a antiguidade clássica, admite a deficiência como um fenômeno pré-determinado, uma força transcendental que se apodera do corpo da pessoa, um castigo ou desígnio divino ou mesmo uma punição pelos pecados dos genitores. Com o advento do cristianismo, a pessoa rotulada de deficiente passa a ser vista como um filho de Deus, com alma e merecedora de cuidados e orações, apesar de prevalecer para alguns a idéia de que ela é fruto do pecado. A *concepção naturalista* surge com a medicina que passa a compreendê-la como um fenômeno orgânico, uma falha da natureza, cuja causa é pré-determinada por uma enfermidade biológica e hereditária, uma degeneração da espécie. Ambas as concepções denotam uma visão fatalista, em que se faz presente a predestinação. De um lado, a figura de um Deus vingativo que castiga e, de outro, a natureza que causa o mal, a degeneração humana. As *concepções fatalistas* persistem até hoje no meio educacional e médico. A pessoa rotulada de deficiente é vista como alguém que pode perturbar a ordem social estabelecida, representando uma ameaça ao controle imposto, e por isso necessita ser cuidada, reeducada, reabilitada para que tenha condições de readaptação em seu ambiente social (TUNES, 2002a).

Desde o século XIX a ciência tem estudado a deficiência. Grande parte das teorias encarna a preferência social, a crença na superioridade de uma determinada raça como justificativa para a primazia de um povo, e as pesquisas abordam o desenvolvimento humano com diferentes experimentos de medição de corpos e da inteligência. O biotipo físico de raça tida como superior a outras pelos cientistas, o caucásico moderno<sup>10</sup>, é eleito o padrão de perfeição adotado no século XVIII e XIX. Toma-se como referência a constituição física, formato e tamanho do crânio, formas e traços do rosto e do corpo, cor da pele, distância entre os olhos, formato do nariz e dos lábios, além do volume da massa cerebral. Os cientistas validam o preconceito social, definindo como padrão de inteligência as características dos povos alemães e ingleses concebidos, na época, como

---

<sup>10</sup>Conforme pesquisas de Morton sobre as capacidades cranianas por raça (quadro 2.3, p.44) do grupo caucásico moderno, destaca-se, entre os demais a família teutônica – alemães, ingleses, anglo-americanos

superiores, e tomam por base seus índices do quociente de inteligência/QI, à luz da craniometria (GOULD, 1999).

Os cientistas do século XX interpretam a inteligência como uma entidade inata, hereditária e de possível mensuração. As pessoas são hierarquizadas por meio de uma escala de mérito, a exemplo da ciência dos números do século XIX, sustentando a crença no determinismo biológico e na localização da inteligência no cérebro. Como ressalta GOULD (1999), a constituição orgânica prevalece sobre a influência social e cultural, ao se considerar o biológico como fator determinante, de maneira a justificar a posição social que a pessoa ocupa assim como, também, suas funções e capacidades profissionais, ou seja, a estratificação social justificada pela constituição biológica.

O determinismo biológico é, na essência, uma teoria dos limites. Segundo ela, a posição que cada grupo ocupa na sociedade constitui uma medida do que esse grupo poderia e deveria ser. (...) Milhões de pessoas estão começando a suspeitar que seus preconceitos sociais são, afinal de contas, fatos científicos. (...) Poucas tragédias podem ser maiores que a atrofia da vida; poucas injustiças podem ser mais profundas do que ser privado da oportunidade de competir, ou mesmo de ter esperança por causa da imposição de um limite externo, mas que se tenta fazer passar por interno (GOULD, 1999, p.13).

Seguindo os princípios do determinismo biológico, os cientistas vinculam degeneração com ordenamento hierárquico das raças, argumentam que a educação deve adaptar-se às habilidades inatas, ou seja, às capacidades conatas conforme a raça. No caso dos povos menos qualificados, negros e asiáticos, estes devem ser treinados para o trabalho manual, já que os brancos são propensos ao trabalho intelectual. Essa lógica de degeneração da raça está na gênese da visão preconceituosa sobre a deficiência. Um marco desse fato está na concepção da Síndrome de Down, quando o próprio Dr. Down, relacionando a desordem cromossômica com os traços anatômicos típicos do povo mongol, ratifica as hierarquias racistas tradicionais, classificando os brancos indesejáveis, os que nascem com essa Síndrome, como representantes biológicos dos grupos inferiores.



Em 1908, Binet, em seus estudos, desenvolveu uma escala, a do quociente de inteligência/QI e propôs a mensuração da inteligência natural por meio de instrumentos, sem ter como referência o grau de educação que a criança possuía. Sustenta essa idéia o argumento de que inteligência é excessivamente complexa para ser expressa por um único número; portanto, seria mais adequado considerá-la retratada pela média de muitos resultados e não simplesmente por uma entidade independente. Defende a idéia de aplicar os testes às crianças com um menor grau de aprendizagem, permitindo abstrair um valor que expresse o potencial global da pessoa, com o objetivo de assistência, cabendo, então, à educação especial, ajustar-se às necessidades individuais de cada criança e às suas aptidões. Para tal, desenvolve um programa denominado ortopedia mental, que consiste em um conjunto de exercícios físicos destinados a aprimorar a vontade, a atenção, a disciplina e as condições básicas para o estudo das matérias escolares. Apesar de não ter pretendido rotular as crianças, Binet não deixou de categorizá-las ao considerar como ideal um determinado patamar de inteligência. Os hereditaristas, que se opunham a Binet, acreditavam que a inteligência tivesse relação direta com a limitação congênita, podendo ser representada por um valor estático. Isso levou-os a se preocuparem com a procriação das pessoas consideradas deficientes. Tanto para Binet como para os hereditaristas, as crianças rotuladas com déficit de inteligência deveriam receber uma instrução adequada e uma formação profissional conveniente às suas possibilidades biológicas. Esse modo de pensar constitui, assim, uma teoria das limitações. Os psicólogos norte-americanos, ao apropriarem-se dos estudos de Binet, interpretando-os de forma a elaborar uma teoria do QI hereditário e, em decorrência dela, o teste Stanford-Binet, acreditavam que seria possível medir a inteligência, justificando as diferenças culturais inatas por meio da hereditariedade. Dessa forma, seria possível compreender a posição social que cada pessoa ocupa na sociedade. O uso dos testes psicométricos sustenta-se na convicção de que o seu resultado corresponde a uma entidade independente localizada no cérebro, a inteligência, e que a herança genética explicaria a questão das diferenças de QI encontradas entre diferentes grupos sociais (GOULD, 1999).

A classificação de deficiência mental adotada no início do século XX compreendia três categorias: os idiotas, pessoas incapazes de alcançar um

domínio pleno da palavra, correspondendo à idade mental de três anos; os imbecis, que não conseguem alcançar um domínio pleno da escrita, correspondendo à idade mental entre os três e os sete anos; e os débeis que podem aprender e desempenhar funções na sociedade, ocupando um estágio de desenvolvimento mental entre a normalidade e a patologia. Esta última categoria corresponde à faixa etária de oito a doze anos. Acreditava-se que os débeis poderiam adaptar-se ao ambiente social e às suas normas desde que recebessem uma educação especializada.

De acordo com o padrão estético apreciado em cada cultura, podem-se verificar diferentes formas de preconceito, especialmente quando se valoriza uma estética e um padrão hegemônicos. Quando isso acontece, a pessoa sente-se em desarmonia em seu grupo social, que passa a discriminá-la se ela não corresponde ao estipulado. Dessa forma, faz-se recair sobre a pessoa rotulada inúmeros desvios e impossibilidades, muitas dessas criadas socialmente. O enfoque no aspecto orgânico e no patológico retira do meio social a responsabilidade pela gênese da deficiência ou pelo seu agravamento, isentando-o de seu compromisso. (BORGES, 2002).

O meio social e cultural está organizado segundo um determinado padrão biológico humano considerado normal. Na sociedade ocidental contemporânea, o corpo considerado padrão de normalidade é o perfeito, com os cinco sentidos e as faculdades mentais em impecável e pleno estado de funcionamento. Os instrumentos, as técnicas, os signos e os símbolos são desenvolvidos por e para esse tipo comum de pessoa, que frequenta espaços sociais, tem acesso às ferramentas de apropriação da cultura, estuda, cursa a educação básica, o ensino superior. Ao se organizar de acordo com um modelo humano específico e com a ausência de formas diversificadas e de diferentes possibilidades de acesso aos meios sociais e culturais, a sociedade ignora o fato de que se a pessoa não tiver um corpo perfeito encontrará barreiras no seu processo de desenvolvimento cultural.

Quando uma pessoa destoa do biotipo comum em razão de sua organização psicofisiológica, a convergência das linhas de desenvolvimento natural e cultural não ocorre de imediato e da mesma maneira que acontece para as pessoas comuns. Geralmente acontece uma divergência dessas linhas de

desenvolvimento, isso devido ao modo como está organizada e estruturada a cultura na sociedade. O fato de a pessoa ter uma das partes do corpo ausente ou uma disfunção em uma delas ou, ainda, de carecer de um dos sentidos pode conduzir o desenvolvimento de seu psiquismo por outros caminhos distintos daqueles mais comuns e conhecidos na cultura.

Assim, o conceito de anormalidade, como uma patologia da natureza, mostra-se em sua extravagância. Ainda que seja incomum a existência de um pássaro sem asas, a excentricidade não deverá ser buscada nessa ausência, mas tão somente nas condições que porventura possam fazê-lo voar sem elas.

### *A vida deficiente ....*

*O diagnóstico de deficiência mental apareceu em diferentes momentos das vidas de Luiza e Roberta. Durante muitos anos, tiveram a tutela de profissionais especializados da área de saúde.*

*A grande preocupação dos pais de Luiza esteve em proporcionar o que estivesse ao seu alcance na esperança de uma recuperação e de ela ter uma vida mais próxima da normalidade. Com isso, a agenda diária e semanal de Luiza estava preenchida com atividades lúdicas e esportivas, reforço pedagógico com alfabetizadora e arte-educadora, fonoaudióloga, atividades de acompanhamento em casa com a mãe e com a avó. Trimestralmente, a mãe consultava-se com a neuropediatra para buscar orientações quanto à administração de medicamentos e às estratégias para a educação de sua filha. A cada comportamento de Luiza que destoasse do contexto social e que chamasse a atenção dos familiares, Denise buscava socorro com a médica, que lhe ouvia calmamente e lhe tranquilizava.*

*O rótulo da deficiência mental sempre esteve muito presente e associado à identidade de Luiza. Denise relata que pôde observar que sua filha se posicionava diante das pessoas conforme a atitude dessas para com ela. Com algumas, manifestava um comportamento infantilizado, fazia trejeitos com a boca e os olhos. Já na relação com outras, apresentava um comportamento maduro, natural e sem nenhuma afetação. Denise se perguntava sobre o porquê de mudança tão brusca de comportamento que, muitas vezes, ocorria em um mesmo evento social, já que não costumava tratar a filha como uma criança incapaz; Luiza não apresentava aqueles tipos de “trejeitos” com ela.*

*Luiza saía somente com os pais ou com familiares. O medo de algo lhe acontecer na rua ou o receio de que ela viesse a “cair na lábia de alguém” castraram as oportunidades de se relacionar com outras pessoas que não fossem do círculo de conhecidos dos pais. Mas Luiza tinha necessidade desses contatos. E, assim, na escola, por ter ficado retida em algumas séries, quando se via forçada a conviver com alunos bem mais jovens, ela procurava algumas professoras na hora do intervalo para conversar. Quando isso não era possível, procurava brincar de bola com os coleguinhas. Suas tentativas de se relacionar com meninas de sua idade eram, na maioria das vezes, frustradas, o que fazia com que se relacionasse com crianças bem pequenas ou com adultos que faziam suas vontades e aparentassem ser mais receptivos. Parece ter sido assim que Luiza aderiu a uma forma infantilizada de se comportar socialmente, ainda que preservasse, diante de algumas pessoas, um modo mais condizente com sua idade.*

*Denise lutou com constância para que seus familiares e os profissionais que atendiam Luiza tratassem-na conforme a idade dela exigia, buscando, desse modo, interferir, em algum grau, no ambiente social de sua convivência. Ao mesmo tempo, conversava muito com Luiza, procurando fazê-la crer em sua capacidade e inteligência, e demonstrando-lhe que poderia realizar as tarefas como as outras crianças de sua idade.*

*Em casa, esforçava-se para Luiza assumir as suas responsabilidades, lembrando-a constantemente de suas obrigações domésticas e de sua higiene pessoal. Era sempre um esforço dobrado: ao tempo em que fazia isso, também escutava de alguns familiares o descrédito em suas ações, decorrente do crédito que conferiam à incapacidade de Luiza. Assim, o ambiente social familiar de Luiza acenava-lhe sempre com a ambigüidade e, nesse cenário, ela acabava por optar pela indiferença a todos e pela adesão firme unicamente a seus interesses.*

*Na escola, a situação não era muito diferente. Denise marcava reuniões pedagógicas em que pudessem estar presentes a fonoaudióloga, a pedagoga, a professora de sala de aula, a da sala de reforço, a orientadora educacional e a diretora. Acreditava que, dessa forma, não haveria disparidades de ações e as decisões seriam tomadas em conjunto. Até a neuropediatra foi requisitada, certa vez, para fundamentar e esclarecer sobre o desenvolvimento cerebral de Luiza.*

*Quanto à Roberta, as coisas eram somente um pouco diferentes. Seus pais receavam por sua saúde, que acreditavam ser frágil, devido à cirurgia cardíaca. Os profissionais eram contratados para atender Roberta à medida que Carla acreditava ser necessário: fonoaudióloga, psicóloga, professora alfabetizadora, terapeuta especializado em reorganização neurológica e atividades esportivas. Dessa forma, sua agenda era preenchida com as atividades da escola e com outras paralelas. Foram muitas batalhas travadas nas escolas em que Roberta estudou. Carla procurava estar sempre atenta às necessidades que acreditava serem de sua filha. Entretanto, a crença na sua incapacidade sobrepunha-se a tudo: era uma criança vista pelos profissionais como deficiente mental e, por isso, com sérias limitações. Logo, seu destino escolar, anunciado a cada final de ano letivo, já estava selado no ponto de partida.*

*Roberta era uma menina pajeada. Não realizava sua higiene e cuidados pessoais de forma independente. Não se preocupava com nada, tudo estava ao seu alcance no momento em que necessitava. Não tinha obrigações domésticas para cumprir.*

*Mas a preocupação com o futuro de Roberta, se teria condições de continuar a estudar, se daria conta de aprender os conteúdos escolares, de vencer os obstáculos da vida e tantos outros mais perturbava as mentes e os corações de seus pais. Carla procurava literaturas e profissionais que lhe esclarecessem sobre o problema de sua filha e das razões de sua diferença em relação às demais meninas da sua idade. Roberta era uma menina retraída que*

*se relacionava bem com os primos e familiares. Não tinha amigas na escola e nem na vizinhança onde morava. Sua mãe passeava muito com ela, mas não a deixava sair sozinha por acreditar que ela não tinha autonomia para tanto. Seus avós e tios realizavam seus desejos e sonhos. Era um mundo restrito em que Roberta reinava. Entretanto, mantinha um Olhar cabisbaixo e distante. Era arredia com pessoas que não fossem seus familiares.*

*Embora as histórias das duas meninas tenham tido vários aspectos diferentes, suas vidas seguiram caminhos semelhantes. Sob Olhares preconceituosos, foram exiladas de suas próprias vidas, nunca ouvidas sobre seus interesses, seus sentimentos, seus medos, seus fantasmas e suas dores. Todos se sentiam muito à vontade para falar, decidir, determinar, resolver e julgar tudo o que fosse referente a elas. Elas tornaram-se alguém estranho no seio de sua própria família e mesmo no convívio social. Eram ambas convictas de sua incapacidade e de sua total dependência dos familiares e profissionais. Acreditando nos rótulos, os familiares perdiam-se no aparente, enxergavam corpos imperfeitos e não viam as meninas, mas somente suas sombras, projetadas como uma deficiência.*

## DESEMBRUTECIMENTO E EMANCIPAÇÃO

*Tudo que dele sei é o que ele, em sua presença, dele me deixa saber, e, de si, revela. Sempre que o transformo em objeto de análise, ele já não é mais o “meu” tu. Ele se despersonaliza e se transmuta num isso.*

Bartholo

### Então, o que é a deficiência?

Para examinar essa indagação, o presente trabalho se apóia na teoria de VIGOTSKI, que inaugura o que se chama, na atualidade, de concepção histórico-cultural. Esta entende a deficiência não como resultado direto de um distúrbio biológico e sim como um modo de constituição decorrente do impacto provocado pela formação psicofisiológica da pessoa em seu ambiente social, visto que este, muitas vezes, gera barreiras para o seu desenvolvimento psicológico. Os processos de desenvolvimento, com sua diversidade de formas e com suas peculiaridades, caracterizam o foco central dos estudos de VIGOTSKY, (1997) que propõe investigar as leis da diversidade nos processos de desenvolvimento. Para tanto, ressalta a necessidade de superar a análise quantitativa e reducionista própria do determinismo biológico com o intuito de possibilitar a compreensão dos processos de desenvolvimento psicológico que acontecem por caminhos diversificados, não convencionais na cultura. Ele concebe o processo de desenvolvimento como histórico, mas não evolutivo. “Para ele, o desenvolvimento de uma função psicológica é uma possibilidade que se abre na ação colaborativa entre pessoas. Logo, o desenvolvimento, como futuro possível, enraíza-se no presente, mas não é por ele determinado” (TUNES, 2006, comunicação pessoal).

Os estudos de VIGOTSKI enfocam a necessidade de investigar as características psicológicas tipicamente humanas que se formam e se desenvolvem



ao longo do processo histórico. Sua teoria tem sua base nos princípios do materialismo histórico dialético e, de acordo com ela, os fenômenos que têm sua história caracterizada por mudanças qualitativas e quantitativas devem ser estudados em seu movimento enraizado na sociedade e na cultura. O foco central de sua investigação está na interpretação das infinitas particularidades de formas de desenvolvimento com suas dinâmicas, com os vínculos e as múltiplas conexões estabelecidas entre as funções psicológicas superiores. VIGOTSKI não concebe uma teoria estruturada com base em aspectos ausentes e em princípios negativos do desenvolvimento humano. Por isso, critica os métodos quantitativos mecânico e aritmético de pensar que admitem um padrão linear, associativo e hierárquico do desenvolvimento.

(...) o desenvolvimento agravado por um defeito constitui um processo (orgânico e psicológico) de criação e recriação da personalidade da criança sobre a base da reorganização de todas as funções de adaptação, da formação de novos processos reestruturados, substitutivos e niveladores que são gerados pelo defeito e da abertura de novos caminhos de desvio para o desenvolvimento (VIGOTSKY, 1997, p.16).

O processo de desenvolvimento cultural da pessoa com biotipo incomum<sup>11</sup> constitui o foco central do estudo defectológico. VIGOTSKI rompe com a dicotomia normal/ anormal ao afirmar que, no processo de desenvolvimento humano, o plano natural e o cultural fundem-se de maneira que o biológico fique condicionado ao histórico. No caso da pessoa com um biotipo incomum, o processo acontece de modo distinto já que as ferramentas culturais ou meios mediacionais são elaborados tendo em vista o biotipo comum.

A concepção básica da teoria de VIGOTSKY é de que “a criança cujo desenvolvimento está complicado por um defeito não é simplesmente uma criança menos desenvolvida que seus coetâneos normais, senão desenvolvida de outro modo” (1997,p.12), ou seja, as leis que regem o desenvolvimento da pessoa com biotipo comum e da que apresenta um biotipo incomum são as mesmas. O

---

<sup>11</sup>Por se acreditar que a deficiência é uma criação do exílio social e cultural a que se submete uma pessoa, conforme a teoria de VIGOTSKI, será utilizado neste trabalho a expressão biotipo incomum no lugar da palavra defeito (palavra empregada pelo autor, mas que tem entre nós um sentido de falha) para não se dar a idéia de que o autor tem em mente a idéia de perfeição.

fundamental, para ele, é compreender como se dá o desenvolvimento da pessoa e não a sua insuficiência ou seu déficit. É com a possibilidade de convivência em diferentes espaços sociais e o acesso aos meios mediacionais culturais que a pessoa com biotipo incomum pode encontrar os caminhos para enfrentar as barreiras sociais geradas pelo impacto social que a atipia biológica provoca.

A atividade social cooperativa é condição primeira para o desenvolvimento das funções psíquicas superiores, que se constituem na diversidade cultural. As funções elementares se desenvolvem independentemente do convívio social e cultural, pois são de base biológica. Contudo, no processo histórico-cultural, o homem desenvolve meios mediacionais que lhe permitem condicioná-las, transformando-as em funções de caráter cultural. Assim, o emprego de tais meios altera o curso e a estrutura das funções psíquicas e confere a elas uma nova configuração. Seria, pois, o não acesso a ferramentas culturais o elemento criador da deficiência. Assim, pode-se dizer que o desenvolvimento incompleto das funções psíquicas superiores caracterizaria a história do desenvolvimento atípico, quando a pessoa é, por alguma razão, impedida de ter acesso a ferramentas culturais (VIGOTSKY, 1997).

Seus estudos sobre defectologia atentam para o fato de que a afirmação da deficiência é feita, em geral, com base na existência de sintomas primários, que são de caráter biológico. Todavia, para ele, a mera existência de uma insuficiência biológica somente pode se converter em deficiência quando, efetivamente, há barreiras sociais geradas por essa diferença que impedem o acesso da pessoa aos meios mediacionais de caráter cultural. Nesse caso, interessa a VIGOTSKY a investigação dos modos com que são instituídos os sintomas secundários, de origem cultural. As investigações científicas, ao enfocarem exclusivamente a constituição biológica da pessoa, sem atenção para o seu impacto social, desconsideram a existência das infinitas possibilidades da diversidade de processos de desenvolvimento e as leis que regem a diversificação. No estudo do desenvolvimento atípico, VIGOTSKY (1997) destaca a necessidade não só de pesquisar os sintomas primários e secundários, como também de diferenciá-los para que se possa compreender o funcionamento psicológico e a condição desencadeadora do impacto social. Diz o autor:

O exemplo principal e mais simples de análise é a separação das particularidades primárias, que constituem o próprio núcleo da debilidade, daqueles sintomas que derivam diretamente da insuficiência biológica da criança que se encontra na base de seu retardo, diferenciando-os dos sintomas de segunda, terceira, quarta, quinta e sexta ordem, etc. Estes aparecem sustentados pelo fato de que, durante a formação em um ambiente determinado, a criança encontra barreiras e acumula complicações adicionais. As estratificações sobre as formações primárias determinam a necessidade de diferenciar as investigações da deficiência mental (VIGOTSKY, 1997, P. 143).

Há ainda que se levar em conta que ocorrem casos em que a presença de uma deficiência se nota sem que, contudo, tenha sido reconhecido qualquer sintoma primário, de origem orgânica. Isso acontece, principalmente, no caso da deficiência mental.

É no campo de estudo do que se designa pela expressão deficiência mental que se apresenta, segundo nosso ponto de vista, um dos grandes desafios para a pesquisa do desenvolvimento psicológico, em geral, e do desenvolvimento atípico, em particular. A associação direta entre uma particularidade biológica e a presença de déficit intelectual, embora feita sem parcimônia, não se mostra trivial. Por exemplo, a síndrome de Down (trissomia do cromossomo 21) é associada à presença da deficiência mental. Todavia, sequer sabem-se ainda quais são, exatamente, as conformações psicofisiológicas que essa síndrome comporta (TUNES, FLORES, SILVA E SOUZA, 2007b). Assim, investigar a essência do fenômeno, sua origem e a ventura do desenvolvimento da pessoa com biotipo incomum é algo muito mais complexo do que meramente assinalar uma patologia, uma vez que o desenvolvimento está em constante transformação.

O quadro teórico complica-se quando se leva em conta, conforme já dito, os casos em que não há a identificação de uma particular conformação fisiológica a que se poderia associar a presença de determinados efeitos psicológicos primários. Isso é precisamente o que aconteceu com Luiza e Roberta. A não ser por uma suposta ocorrência de convulsões, manifestada por episódios irregulares de ausência, o que caracterizaria, em Luiza, a presença de alguma atipia fisiológica? Quais seriam os sintomas primários de sua também suposta deficiência mental? A cardiopatia de Roberta seria suficiente para explicar um

quadro de incompletude no desenvolvimento das funções psicológicas superiores? Além disso, cabe lembrar que o diagnóstico de convulsões, em Luiza, infirmou-se, pois com a interrupção dos medicamentos que se supunha controlá-las, nada houve que seria digno de nota. Quanto a Roberta, foi feita a cirurgia cardíaca e seria estranho afirmar que teria restado, ainda, alguma anormalidade. Fosse esse o caso, quais seriam, então, os seus sintomas primários? Considerando os estudos de VIGOTSKY (1997), parece-nos que os dois casos atestam mais uma “negligência pedagógica” do que propriamente uma conformação interna das meninas:

O desenvolvimento incompleto das funções superiores está ligado ao desenvolvimento cultural incompleto da criança mentalmente retardada, à sua exclusão do ambiente cultural, da ‘nutrição’ ambiental. Devido à sua insuficiência, não sofreu, oportunamente, a influência do ambiente circundante e, como consequência disso, seu retardo acumula-se, acumulam-se as características negativas, as complicações adicionais sob a forma de um desenvolvimento social incompleto e de uma negligência pedagógica (p. 144).

Para enfrentar o desafio de compreensão do que viria a ser a deficiência mental, VIGOTSKY (1997) formula uma hipótese engenhosa cujas implicações estão muito além da esfera da própria deficiência mental. Inspirando-se em Espinosa<sup>12</sup>, teoriza sobre a estrutura da consciência, entendida esta como propriedade do comportamento do homem social (ver TUNES E BARTHOLO, 2004b). Supõe haver, então, uma unidade dialética entre afeto e intelecto, de tal modo que a cada forma específica de atividade intelectual (ele reconhece duas: a atividade intelectual prática e a atividade intelectual propriamente dita) corresponderia certa dinâmica afetiva.

---

12 Baruch Spinoza, filósofo, nascido na Holanda, no século XVII. Conforme Marilena Chauí, sua filosofia é uma crítica à superstição de todas as formas – religiosa, política e filosófica. Para Espinosa, as afecções são a essência de toda disposição inata, adquirida ou concebida como atributo do pensamento; é aquilo que afeta o corpo aumentando ou diminuindo, favorecendo ou entrvando sua potência de agir. Segundo ele, o conhecimento deriva do ato de conhecer pela causa, da descoberta de como é produzido um fenômeno, sem, para isso, partir de seus efeitos. Rejeita qualquer forma de quantificação e indução como estratégia na busca do conhecimento. Trata a pessoa não como uma máquina e sim como uma estrutura constituída por uma unidade e uma inteligibilidade inseparáveis, que formam a essência de seu modo singular. Daí porque entende como desnecessária qualquer tentativa de esclarecimentos sobre a natureza humana por meio da comparação. Por exemplo, afirma que uma pessoa cega não é imperfeita ou menos perfeita que uma vidente: a cegueira não é ausência de visão e sim uma forma diferente de existir. ESPINOSA, B. *Os Pensadores*. São Paulo, Editora Nova Cultural, 1989.

Assim, ele afirma não haver dois tipos de dinâmicas independentes do caráter das funções que são postas em movimento, nem dois tipos de atividade independentes dos sistemas dinâmicos que estão em sua base, mas sim duas unidades de funções dinâmicas: o pensamento teórico e o pensamento prático. Tanto um como o outro possui seu aspecto dinâmico particular. Eles não caracterizam dois campos desvinculados um do outro, porquanto é notória, no cotidiano, a transformação do pensamento em ação e da ação em pensamento. Entre um sistema dinâmico de atividade de pensamento real/prático e o sistema dinâmico de pensamento intelectual/teórico haveria uma relação dialética, que constitui uma propriedade estrutural do comportamento humano. Tanto a atividade real, pensamento prático orientado para o objeto, como a atividade intelectual, pensamento teórico focado no próprio pensamento, possuem dinâmicas próprias de naturezas diferentes. A dinâmica da ação orientada para o objeto caracteriza-se por sua menor flexibilidade e maior estabilidade; o oposto seria próprio da dinâmica da ação orientada para o pensamento. O trânsito do sistema de atividade de pensamento prático para o teórico e vice-versa caracterizaria o movimento da ação, no processo de desenvolvimento psíquico. VIGOTSKY (1997) postula a existência, nesse movimento, de três fases fundamentais que corresponderiam aos três problemas da dinâmica afetiva: 1-a transformação da dinâmica do campo psicológico, do pensamento prático em pensamento teórico; 2-o desdobramento dos processos dinâmicos do pensamento teórico; 3-a transformação do pensamento teórico em ação. Tais fases explicariam como a ação se transforma em outra ação plena de sentido, voluntária e não atrelada à situação real. A deficiência mental seria, então, não um déficit no intelecto propriamente dito, nem um problema estritamente afetivo, traduzido como pouca disposição para o pensar, mas um modo particular de manifestação da unidade afeto-intelecto que, no processo de desenvolvimento, traduz-se como um problema na transição de uma atividade a outra.

A prática de associar ausência de inteligência com deficiência mental, por meio da avaliação do QI, é muito comum em espaços terapêuticos e escolares. Ao considerar que o desenvolvimento acontece no espaço social, fruto de um processo histórico e cultural, verifica-se que, para VIGOTSKI, essa prática não encontra sustentação teórica. Em seus estudos, ele demonstra que há a necessidade

de examinar as circunstâncias que provocam o curso das relações entre as atividades de pensamento para compreender o verdadeiro caráter do desenvolvimento psíquico e sua dinâmica. A diferença entre uma pessoa diagnosticada como deficiente mental e outra rotulada de normal não estaria, portanto, nas particularidades do próprio pensamento ou do afeto, mas nas peculiaridades das relações que existem na vida social e nos modos de acesso aos meios culturais que forjam formas singulares de trânsito de um sistema dinâmico de pensamento a outro.

Assim, é o não reconhecimento de possibilidades diferenciadas de processos de desenvolvimento o que se encontra na base da categoria deficiência. A pessoa com biotipo incomum desenvolve-se por meio da criação e do percurso de caminhos próprios, culturalmente não convencionais, em sua convivência social. O rótulo nada diz sobre a pessoa. Ele é, como diz o autor, equivalente a “dizer que uma pessoa está enferma, sem informar qual é a enfermidade” (1997, p. 132). O mais importante é a investigação que busque possibilitar à pessoa o acesso a ferramentas culturais adequadas ao seu modo de existir. Para isso, seria preciso realizar a análise histórica do fenômeno e o exame das relações dialéticas que se desenvolvem entre os sistemas dinâmicos da atividade intelectual.

As possibilidades de desenvolvimento tanto da pessoa com biotipo comum como de outra com biotipo incomum estão mais concentradas no campo das funções psíquicas superiores, que se desenvolvem na convivência colaborativa em diferentes espaços sociais e culturais, do que no campo das funções elementares. A atividade coletiva e cooperativa proporciona oportunidades para as pessoas se relacionarem de diferentes maneiras, ensejando, por isso, o aparecimento de chances para modos de superação dos desafios impostos por uma insuficiência nas funções elementares.

A inacessibilidade que a pessoa com biótipo incomum enfrenta em relação aos meios mediacionais, que são destinados ao padrão comum de homem, deve-se à crença na idéia de existência de uma patologia da natureza no corpo doente, que gera um desajuste nas relações sociais da pessoa. Produz-se socialmente o conceito da deficiência. A deficiência é, assim, um resultado da vida social e não uma condição a ela anterior; um fato da relação social e não uma propriedade individual (TUNES E BARTHOLO, 2006b). Nesse sentido, portanto,

o conceito de deficiência mostra-se como uma ficção, uma mera criação do espírito. Todavia, essa ficção tem o poder de instaurar uma realidade como uma profecia auto-realizadora, e assim o faz quando ordena de um modo definitivo o ambiente socioeducativo da pessoa que recebe o rótulo. A ficção deficiência cria, efetivamente, o deficiente. É a sombra projetando a pessoa.

A ficção da deficiência sustentada pela profecia auto-realizadora gera uma desarmonia na vida da pessoa rotulada. Esse efeito iatrogênico social e estrutural retira da pessoa a possibilidade de controle sobre seu próprio destino e de tomar decisões autonomamente. Assumindo um comportamento passivo diante dos problemas da vida, a pessoa torna-se vulnerável e incapaz de cuidar de si. A dependência psicológica gerada por essas formas de iatrogenia cria nela a dependência a outros que se responsabilizem por ela. Nesse processo, a família faz-se parceira quando, adoecendo, torna-se seu algoz.

A instituição escolar como um dos mecanismos de controle social colabora para instaurar a realidade da deficiência. Ao se dedicar ao adestramento dos sentidos, segundo o método de ensino visual-direto e concreto, a escola desenvolve atividades que seguem um currículo reduzido, restrito a conteúdos escolares adaptados aos diagnósticos e ao princípio de menor resistência, que envolvem essencialmente as funções elementares, justamente as menos educáveis (VIGOTSKY, 1997).

A subordinação de uma inteligência a outra é o que RANCIÈRE (2004) denomina embrutecimento humano: “O que embrutece o povo não é a falta de instrução, mas a crença na inferioridade de sua inteligência” (p.65). Por se acreditar na incapacidade de compreensão do outro, institui-se o poder da explicação do mundo. O embrutecimento baseia-se na concepção explicadora, uma ficção, um mito pedagógico, que acredita existir duas inteligências; uma inferior, que retém a explicação do conhecimento, repetindo-o empiricamente, e a outra, a superior, que transmite os conhecimentos e verifica se o outro aprendeu ou não. A preocupação em fornecer explicações cada vez mais aprimoradas e didatizadas promove a crença de que a pessoa nada compreenderá se não lhe for explicado. “No ato de ensinar e de aprender, há duas vontades e duas inteligências. Chamar-se-á embrutecimento à sua coincidência” (p.31).

Ao relatar as experiências do pedagogo Jacotot<sup>13</sup>, RANCIÈRE (2004) afirma:

(...) a necessidade se faz menos imperiosa, a atenção menos constante e a criança se habitua a aprender pelos olhos de outrem. As circunstâncias se diversificam e ela desenvolve as capacidades intelectuais que lhe são solicitadas. (...) onde a necessidade cessa, a inteligência repousa, a menos que uma vontade mais forte se faça ouvir e diga: continua; vê o que fizeste e o que *podes* fazer se aplicares a mesma inteligência que já empregaste, investindo em toda coisa a mesma atenção, não te deixando distrair em teu caminho. (...) *o homem é uma vontade servida por uma inteligência* (p.79). (...) é a falta de vontade que faz errar a inteligência (p.84).

A ficção social da superioridade e seu corolário - a existência de inteligências inferiores - convencionam a crença de que há pessoas com inteligência superior a quem cabe a guarda da ordem social. Esta é apenas uma ficção convencionada, na qual o embrutecido, por temer a liberdade, renuncia a si mesmo. A explicação não é somente instrumento embrutecedor, mas o fio condutor da ordem social que hierarquiza. É a desrazão na desigualdade que faz a pessoa renunciar a si própria e a submeter-se à lei de outrem. O mundo social da desrazão possuído pela paixão da desigualdade.

A desigualdade não é a consequência de nada, ela é uma paixão primitiva; ou mais exatamente, ela não tem outra causa, a não ser a igualdade. A paixão pela desigualdade é a vertigem da igualdade, (...), o medo diante de um ser racional que se respeita a si próprio (RANCIÈRE, 2004, P.116).

As pessoas, ao se relacionarem socialmente pela comparação, reproduzem a desrazão, o embrutecimento, por meio das instituições, da ação dos explicadores e pela subordinação às inteligências sociais superiores. Estas visam o silêncio do outro e a ausência da contestação na ação agregadora do

---

13 Joseph Jacotot, pedagogo e leitor da literatura francesa na Universidade de Louvain, revolucionário na França de 1789, exilado depois nos Países-Baixos, ao se restaurar a monarquia dos Bourbons, obtivera liberdade do rei com o propósito de lecionar em meio período. Dos estudantes que lhe procuraram grande parte ignorava o francês e Jacotot desconhecia totalmente o holandês. Em 1818 passou por uma experiência pedagógica de ensinar francês a estudantes holandeses, ignorando totalmente o idioma holandês. Por meio da edição bilingüe do *Telêmaco*, rompeu com os ditames metodológicos. Afirmava que não era o saber do mestre que ensinava ao aluno, por isso defendia a idéia de que se pode ensinar o que se ignora. Dedicou-se a várias experiências afirmando sempre aos seus estudantes que nada tinha a lhes ensinar (RANCIÈRE, 2004).



consentimento. “O que melhor submete os outros é aquele que se submete a si próprio. E submetendo-se à sua própria desrazão, ele faz triunfar a desrazão da massa”(RANCIÈRE, 2004, p.123).

Emancipar, verbo do desembrutecimento, roga que o outro, o emancipado, deve saber que ele “pode aprender *porque* a mesma inteligência está em ação em todas as produções humanas, que um homem sempre pode compreender a palavra de um outro homem” (RANCIÈRE, 2004, p.37). A questão central está na consciência do que pode uma inteligência quando se acredita nela. O enfrentamento da crença na desrazão é condição para que se possa admitir a emancipação. Para emancipar-se é necessário admitir-se a si mesmo, como viajante que está sempre buscando em seu caminho examinar seus atos intelectuais e atividades dos quais é o protagonista. Observar como utiliza seu poder de ser pensante. Toda pessoa tem inteligência, e são as necessidades e as circunstâncias que possibilitam o desenvolvimento das funções intelectuais de toda pessoa humana.

(...) a necessidade se faz menos imperiosa, a atenção menos constante e a criança se habitua a aprender pelos olhos de outrem. As circunstâncias se diversificam e ela desenvolve as capacidades intelectuais que lhe são solicitadas. (...) onde a necessidade cessa, a inteligência repousa, a menos que uma vontade mais forte se faça ouvir e diga: continua; vê o que fizeste e o que podes fazer se aplicares a mesma inteligência que já empregaste, investindo em toda coisa a mesma atenção, não te deixando distrair em teu caminho (JACOTOT, p.79).(...) *o homem é uma vontade servida por uma inteligência* (RANCIÈRE, 2004, p.79).

Segundo JACOTOT in RANCIÈRE (2004), a vontade é a força propulsora da inteligência, quando a vontade está ausente não se produz o ato intelectual. Na experiência de emancipação está o princípio da veracidade, no movimento de voltar-se a si mesmo, ao que não pode ser negado, ou seja, o enfrentamento do responsabilizar-se a si mesmo sem esquecer-se de quem se é.

### ***E nas vidas de Luiza e Roberta...***

*Pessoas que apresentam um biotipo incomum ou um desenvolvimento atípico e que não atendem aos requisitos sociais experienciam o isolamento e são cerceadas por restrições sociais. Muitas vezes, a pessoa que carrega um rótulo desenvolve estratégias e mecanismos a fim de facilitar seu relacionamento com os demais. Incorpora a deficiência, aproveita-se do preconceito e faz do estigma uma ferramenta de manipulação do espaço social, onde é vista como uma aberração da natureza. Em suma, esconde-se por detrás da deficiência. Como as expectativas para com ela são mínimas ou até mesmo inexistentes, qualquer feito seu é encarado como algo sobrenatural e extraordinário. Percebe que, na maioria das vezes, qualquer opinião a seu respeito é pré-definida, e que nada mudará tal fato independentemente do que faça ou diga.*

*Luiza assumia esse papel, mantendo-se na posição cômoda de não ter qualquer responsabilidade, manipulando as pessoas. Denise percebia que esse jogo de sedução funcionava e era sustentado na dificuldade que os outros tinham para enxergar sua filha além do rótulo de deficiente e anormal.*

*Quando Luiza cursava a 4ª série, com quinze anos, pediu para não ir mais ao apoio psicopedagógico, pois não se sentia mais motivada para essa atividade. Como também apresentava desânimo e desinteresse pela escola, Denise concordou com a saída, apesar de permanecer com dúvidas se não seria mais uma de suas estratégias de manipulação.*

*Na busca de uma alternativa de substituição ao trabalho que vinha sendo feito, Denise conheceu o Projeto Ímpar<sup>14</sup>. Esse projeto era vinculado à Faculdade de Educação da Universidade de Brasília, e foi desenvolvido entre os anos de 2002 a 2005 (TUNES,2002b).*

*A possibilidade da convivência com pessoas mais experientes em problemas similares fez renascer as esperanças em Denise. Após tantos anos de busca e de interrogações, encontrou amparo para suas indagações. Foi então que conheceu Carla, mãe de Roberta, que participava da Associação Mães em Movimento/ AMEM.*

*Logo que se conheceram, Luiza e Roberta se tornaram amigas. Freqüentavam a sede da Associação Mães em Movimento/AMEM três vezes por semana. Ali realizavam diversas atividades, entre elas o estudo dos conteúdos escolares, o que era feito com orientação e supervisão do coordenador do projeto, de seus auxiliares e mediadores.*

*O modo de condução das atividades no Projeto buscava atender a alguns princípios postulados por VIGOTSKY (1997) no que diz respeito à educação social da criança diagnosticada como deficiente, a saber:*

- 1. Agir no sentido de **promover o desenvolvimento da pessoa em direção à autonomia no exercício de suas atividades**, alterando-se os meios e condições disponíveis para sua aprendizagem.*

---

<sup>14</sup> O Projeto Ímpar inspirou-se no Projeto Roma, na Espanha (e Projeto Málaga, na Itália) e foi desenvolvido junto ao Clube de Mães em Movimento (atualmente, Associação Mães em Movimento/ AMEM), em Brasília, presidido por Lurdes Danezy Piantino. Era um programa de ação e de pesquisa que tinha como objetivos “identificar e analisar os obstáculos que se opõem ao processo de ensino-aprendizagem de crianças especiais, buscando, por meio da elaboração de projetos educativos específicos para cada criança, as formas de sua superação, abrangendo o âmbito familiar, escolar e social mais amplo” (p.20) e “examinar as condições que dão origem e mantêm o preconceito em relação a pessoas socialmente concebidas como deficientes” (p. 30). Era conduzido nos ambientes escolar, familiar e social mais amplo da criança, acompanhando-se o seu desenvolvimento e promovendo orientações a pais, professores e agentes educacionais (TUNES,2004a).

2. *Orientar o trabalho para a criação de instrumentos psicológicos especiais que focalizem as suas funções intactas e as suas forças residuais.*
3. *Orientar o trabalho para a finalidade de propiciar o alcance de formas culturais de pensamento avançadas e valorizadas pela sociedade, em oposição a uma visão minimalista da educação das pessoas com constituição biológica diferente.*
4. *Deslocar o foco do trabalho da anomalia que a pessoa apresenta para as suas possibilidades reais de operar com instrumentos psicológicos especiais, culturalmente não convencionais.*
5. *Adotar a premissa de que a educação da pessoa biologicamente diferente precisa orientar-se para a participação ativa desta na vida coletiva.*
6. *Tratar a diferença biológica como desafio a ser enfrentado, superando-se ou contornando as dificuldades que impõe para a realização de atividades, criando-se meios especiais para que a pessoa atinja as mesmas metas educacionais definidas para as pessoas que não apresentam anomalias biológicas.*
7. *Adotar um método de trabalho que opere na região que se encontra fora do distúrbio, isto é, externamente à área em que o impacto social deste gera um sentimento de incompetência e uma pressão para adaptação às circunstâncias criadas para o funcionamento das pessoas com um biotipo comum.*
8. *Buscar as condições que maximizem o sucesso e minimizem o fracasso, o que requer a **investigação e a exploração das características positivas da pessoa, isto é, o que ela possui**, ao invés das negativas, isto é, aquilo que lhe falta.*
9. *Operar com metas de desenvolvimento de funções psicológicas de alta complexidade e baixa concretude, rejeitando-se os meios estritamente concretos e grafo-visuais.*

10. *Buscar proporcionar à pessoa com constituição biológica distinta da comum a oportunidade de acesso ao pensamento formal, abrindo-lhe possibilidades de operar numa esfera não concreta e visando ao desenvolvimento de uma atitude reflexiva em relação a toda a sua vida. (TUNES, 2002b, p. 17-18).*

*Já no início da realização do Projeto, Denise pôde observar mudanças importantes em Luiza: aumento da motivação para participação nas atividades de estudo (o que não estava acontecendo na escola), surgimento de algumas ações autônomas nas atividades de higiene corporal, manifestação da possibilidade de controle da enurese noturna. Em vista das mudanças verificadas, ainda que incipientes, a equipe do projeto e os pais, mediante a consulta a um médico, decidiram pela suspensão dos medicamentos administrados a Luiza, inclusive os anticonvulsivantes. Denise procurou a neurologista de sua filha para uma reavaliação. Após exames realizados, não se constatou qualquer distúrbio orgânico. Poucos meses depois, sem a medicação, Luiza mostrou-se mais disposta, menos sonolenta e irritadiça.*

*Ao final daquele ano, a escola de Luiza decidiu promovê-la para a quinta série, a despeito de ela não dominar habilidades fundamentais de leitura, escrita e cálculo aritmético. Temendo por mais um ano de convivência cotidiana de Luiza com o insucesso no aprender, foi tomada a decisão de retirar Luiza da escola. Ela passaria, então, a freqüentar assiduamente as atividades da AMEM-DF, em substituição à escola.*

*Com a ajuda do Projeto, Luiza foi desenvolvendo sua autonomia e seu aprendizado dos conteúdos necessários à 5ª série. Além disso, demonstrou um maior interesse nos estudos e começou também a se preocupar com sua aparência.*

*Contudo, a passagem de uma situação de completa tutela, como ocorria na escola, para aquela de exercício da autonomia, na*

*AMEM, propiciou, em Luiza, uma exacerbação na imposição de suas decisões. Disso resultou que, após um ano de Projeto, ela decidiu não mais participar de suas atividades realizadas na AMEM. Denise apoiou sua filha, pois percebeu que tal atitude refletia os frutos do trabalho realizado: o exercício de sua autonomia e da responsabilidade sobre seus atos e decisões. Nesse novo cenário, uma nova decisão deveria ser tomada por todos. Mas qual? Sendo o final do ano, foi possível adiar a decisão para o início do ano que viria, após as férias.*

*No espaço familiar, viviam-se momentos de conflitos. Luiza brigava com os irmãos para impor suas idéias e ser respeitada como a irmã mais velha. Com o pai, mantinha as atitudes afetadas, infantis e com jogos de manipulação. Com Denise, conseguia conversar naturalmente, sem trejeitos, de forma direta e objetiva. Mas em momentos de desentendimento, procurava impor-se sobre a mãe. Ficava, assim, claro que Luiza sabia como se comportar e ajustar-se adequadamente a cada audiência particular.*

*Após as férias, Luiza manifestou seu desejo de retornar aos estudos e pediu à mãe para matriculá-la em alguma escola. Denise matriculou-a no período noturno na modalidade de educação de jovens e adultos, no segundo segmento do ensino fundamental. Dessa forma, Denise poderia acompanhá-la e Luiza passaria a conviver com adultos, em sua maioria, trabalhadores. Manteve-se, concomitantemente, para acompanhamento de suas tarefas escolares, a supervisão de uma mediadora, conforme preconizado pelo Projeto Ímpar. Na realização dessas atividades, Luiza foi incentivada a assumir uma atitude crítica e responsável, posicionando-se e elaborando sua própria opinião a respeito das questões do seu dia-a-dia.*

*A adaptação de Luiza à sua nova vida acadêmica foi, de certo modo, tranqüila. Os colegas de sala não lhe deram tratamento diferenciado. Participava das conversas como todos os outros. A adaptação curricular não foi necessária e o sistema de avaliação foi o*

*mesmo adotado com os demais alunos. Luiza não mais apresentou seu comportamento afetado e infantil no espaço escolar e começou até mesmo a auxiliar alguns colegas nos deveres e trabalhos. Luiza destacou-se como uma das melhores alunas nas disciplinas que cursou.*

*Aos poucos, foi demonstrando aos professores, aos conhecidos e à família conhecimento sobre certos conteúdos acadêmicos e capacidade de assumir responsabilidades de maneira mais independente. Começou também a afirmar à sua mãe que estudava para ter condições de trabalhar e ganhar seu próprio dinheiro.*

*Passados seis meses, novamente Luiza decidiu mudar a forma de estudar e pediu para encerrar as atividades supervisionadas pela mediadora, e foi atendida. Começou a assumir sozinha a responsabilidade por seus estudos e a arcar com as conseqüências de sua escolha. No final do semestre letivo, Luiza foi aprovada. Apesar de tudo, em alguns momentos, ainda manifestou comportamentos inseguros e infantis. Todavia, ao ser lembrada de sua idade, imediatamente se recompôs. A vida prossegue... com novos horizontes.*

*O ingresso de Roberta no Projeto Ímpar seguiu por caminhos diferentes. Carla foi apresentada aos membros do Clube de Mães em Movimento por intermédio de uma amiga de infância.*

*Roberta iniciou suas atividades no Projeto Ímpar quando freqüentava pela segunda vez a 4ª série. Após poucos meses de trabalho, Roberta já apresentava significativas mudanças e conquistas pessoais como: melhoria em sua postura corporal, melhor trânsito no espaço escolar, preocupação com a própria aparência, disposição para o estudo e melhoria das notas. Mesmo assim, no final do ano, a equipe pedagógica da escola decidiu reprová-la novamente, alegando que ela não tinha noção espacial, compreensão e entendimento em matemática e que, apesar de estar melhor do que quando chegara, não tinha condições para avançar para a série*

*seguinte. A argumentação das professoras incidia sobre a certeza de que Roberta seria reprovada na 5ª série. Por isso, apesar de reconhecerem que Roberta dominava razoavelmente os conteúdos da quarta série, entendiam que ela deveria ser retida. A equipe do Projeto Ímpar e Carla procuraram refletir junto com a equipe pedagógica da escola sobre a importância do reconhecimento dos progressos de Roberta, defendendo a idéia de deixá-la seguir seus estudos. Após muitas reuniões, concordaram em aprová-la.*

*Roberta cursou a 5ª série em uma nova escola, já que a anterior não ofertava essa série. No desenrolar dos meses, os professores verificaram que ela acompanhava a turma, relacionava-se com os colegas e apresentava boas notas. Sua participação em sala de aula foi muito elogiada por todos. No final da 5ª série, apresentou ótimas notas. Já não era mais a mesma adolescente retraída, introspectiva, encabulada, que pouco conversava. Ao contrário, tinha amigas que freqüentavam sua casa, faziam programas nos finais de semana, passeavam no shopping e iam ao cinema.*

*Cursando a 6ª série, realizava suas provas na sala de recursos. Obtinha boas notas e acompanhava a sua turma de sala nas atividades propostas pelos professores. A mediadora do Projeto Ímpar continuava seu trabalho de supervisão e acompanhamento de forma a desenvolver também sua independência no cumprimento de seus compromissos, como: pegar ônibus sozinha, ir ao cabeleireiro e fazer compras. Em uma atividade de grupo, Roberta verbalizou, pela primeira vez, o preconceito das colegas. Com a mãe, refletiu sobre a existência do preconceito nas relações sociais, saindo fortalecida de sua vivência.*

*Na 7ª série, com dezoito anos, Roberta continua a apresentar um bom desempenho escolar. Continua freqüentando a AMEM-DF, estudando os conteúdos escolares, fazendo curso de teatro e artesanato. Os professores que permaneceram na escola aprenderam a respeitá-la e a vê-la como uma pessoa que continuava a vencer os obstáculos que surgiam no seu processo de escolarização.*



*A cada dia que passa, Roberta assume mais responsabilidades em casa, enfrentando os problemas do seu dia-a-dia e posicionando-se diante de seus pais. Aos poucos, vem conquistando seu espaço familiar, impondo-se como uma jovem com idéias próprias.*

*O trabalho das mediadoras de Roberta e Luiza com as famílias exigiu disposição a mudanças, rupturas e enfrentamento de formas diferenciadas do preconceito da deficiência incorporadas pelos familiares.*

*As famílias questionaram o cumprimento dos programas de atividades do Projeto Ímpar, mas Denise e Carla assumiram toda responsabilidade pelas mudanças exigidas. Esforçaram-se para não fraquejar diante dos obstáculos enfrentados na escola e nos demais espaços sociais.*

*Roberta e Luiza reencontraram-se após alguns meses, quando retomaram sua amizade. Realizaram passeios ao shopping e idas ao cinema. Mantêm contatos por meio eletrônico. Os caminhos que as duas jovens têm percorrido são uma mistura de conquistas e perdas, avanços e recuos, em um movimento de conquista pelo respeito às suas alteridades e ao direito de suas existências.*

*Denise e Carla viveram momentos de consciência de seus preconceitos, medos e crenças. Nada foi em vão. Sabem que ainda há muito para acontecer e enfrentar. Elas não mais recorrem a médicos e psicólogos para compreenderem o que se passa com as filhas. Simplesmente perguntam diretamente a elas. Não há mais um interlocutor, detentor da verdade, que com o poder que lhe é dado emudece as vozes das pessoas. Os relatórios diagnósticos que por tantas vezes foram consultados perderam o sentido. Todo aquele pseudo-saber não representa mais o poder de determinar o destino de suas vidas. Tornaram-se um amontoado de palavras que nada diz sobre suas filhas, guardado em alguma pasta de um armário. À medida que as mães foram relatando suas histórias, debatendo suas idéias e conscientizando-se de seus receios e preconceitos, foram liberando-se de suas amarras. Expurgaram de suas vidas fatos das*

*histórias que estavam sendo inventadas para suas filhas. Por certo, ainda há sombras, guardadas em algum armário da memória. Mas não projetam mais as pessoas de Roberta e Luiza.*

*Roberta e Luiza continuam desmentindo seus prognósticos médicos, mas as marcas dos rótulos impingidos em suas identidades talvez não deixem de existir, posto que, de alguma forma, impregnaram-se em suas histórias. Mesmo que indelével, fica a cicatriz.*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se medicalizar a vida com base no racionalismo científico, os problemas sociais são transformados em patologias. O diagnóstico, ferramenta de legitimação do preconceito, adquire o poder de categorizar as pessoas, conforme as normas sociais. A medicina, com seu poder profético, desenvolve a iatrogenia e mercantiliza a saúde. Esta é, então, expropriada com a medicalização da vida e com a ação patogênica dos serviços médicos e hospitalares. A iatrogênese induz a pessoa à dependência psicológica, ao fazê-la buscar sempre orientação profissional especializada para o enfrentamento de seus problemas, ao mesmo tempo em que abdica de sua autonomia. A educação, como monopólio radical, em parceria com a medicina, atua como espaço fabril de deficiências por meio de avaliações psicológicas e psicopedagógicas sob o foco da patologia na aprendizagem como distúrbio do corpo. O rótulo da deficiência instaura um padrão relacional antevendo um saber sobre o outro, não revelado por ele. O outro se torna uma sombra, uma existência obstruída sem identidade própria. Fala-se dele; porém, nada se pergunta a ele (ILLICH, 1975).

A educação medicalizada ratificada pela fé na existência de inteligência em algumas pessoas e na sua inexistência em outras sustenta a prática diagnóstica. Ao professor, cabe ensinar e explicar para que o aluno possa compreender e aprender. A suposta necessidade da dependência de inteligências é justificada pelo ato de subjugar, imperativo da tutela, que reforça a todo o momento a fé na pequenez do outro. A crença na necessidade de tutelar uma inteligência inferior promove a desrazão e, por meio desta, a pessoa se desresponsabiliza e renuncia a si própria. O discurso da desigualdade ou da igualdade como meta a ser atingida fortalece a figura do explicador que, para justificar sua existência e a prática avaliadora clínica instituidora de rótulos aniquiladores, cria e recria o incapaz.

Como pôde se verificar a teoria de VIGOTSKI comporta a idéia de que há infinitas formas de manifestações de existência que seguem trajetórias variadas no processo de desenvolvimento orgânico e psíquico. O fato de a pessoa apresentar uma atipia biológica não caracteriza ausência de normalidade. A afirmação de que a deficiência é decorrente de sintomas primários não se sustenta teoricamente, pois a insuficiência biológica apenas se converte em deficiência quando a pessoa é impossibilitada de acessar os meios mediacionais da cultura, enfrentando barreiras sociais para seu desenvolvimento. Quando o diagnóstico de deficiência não aponta sintoma primário algum, como no caso da deficiência mental, verifica-se uma confusão ao explicá-lo pela existência de sintomas secundários e de associá-lo ao déficit de inteligência e também da constituição biológica. Uma vez que o conceito de deficiência assenta-se no determinismo biológico, na definição do não funcionamento, na presença de um sintoma de caráter orgânico que, mesmo quando não encontrado, justifica o rótulo da pessoa que é, então, encaminhada para o exílio social e cultural, pode-se concluir que se trata de uma ficção social. A pessoa torna-se sombra da própria vida que alguém conduz. Acreditar no conceito de deficiência é afirmar a própria incapacidade de reconhecer a diversidade de existências.

O conceito da deficiência como ficção social pode ser analisado como uma forma de mercadoria fictícia, amparada pelo conhecimento científico e orientada pelos princípios mercantilistas. A mercantilização não é de agora. No século XVIII com a revolução Industrial, o trabalho, a terra e o dinheiro tornaram-se mercadorias fictícias, alterando a estrutura social com o advento do capitalismo industrial e da economia de mercado. A lógica de mercado passa a reger e a regular a vida das pessoas, subsidiada pelo que exerce a função de manutenção, correção das distorções e das ações sociais antagônicas ao que está instituído como valor absoluto. Na sociedade contemporânea o conhecimento torna-se uma mercadoria fictícia a serviço do mercado. A ciência orientada pelos princípios mercantis gera a demanda e produz a mercadoria para suprir a necessidade criada por ela mesma. A vida tutelada das pessoas pela ciência ampara-se no mercado dos produtos e nos serviços cientifizados. Dessa forma o saber advindo da experiência de vida é desqualificado. A sociedade globalizada subjugada pelos ditames econômicos, em que a mercantilização da vida subordina a existência

humana à lógica econômica, coisifica a pessoa como mercadoria. O saber científico ganha status de autoridade ao firmar-se como detentor de verdade (TUNES, 2005). A mercadoria fictícia da deficiência gera necessidade de criação de serviços especializados, detentores de um saber cientificado, além dos produtos médicos industrializados, que dinamizam a economia científica. Para tal, mecanismos são estabelecidos para a institucionalização dessa lógica mercantilizada.

Atualmente as práticas científicas são as únicas que estão socialmente legitimadas para produzir a verdade sobre as questões que permeiam a vida. A razão científica sustentada no absoluto e reconhecida em si mesma pretende-se não sujeita a mudanças sociais, culturais e históricas. Essa crença contrapõe-se à concepção de que os critérios da verdade, resultantes da produção humana, estão vinculados ao contexto histórico, social e cultural. Cabe salientar que justamente quando se percebe a fragilidade do que está posto como verdade absoluta é que se toma consciência de que ela o é porque foi instituída como tal (IBAÑEZ, 2006). A institucionalização da ficção da deficiência está sustentada pelos mecanismos que a instituem como verdade absoluta a serviço da mercantilização do conhecimento científico e pelos padrões normatizados pelo poder político do Estado. O poder estatal, quando coercitivo, fundamenta a relação econômica de exploração, ratifica a desrazão e promove a lógica embrutecedora.

O imperativo da sociedade embrutecedora para nomear o inominável, para administrar as diferenças tendo em vista a banalização do Outro, com base na simetria da mesmidade, cria a alteridade deficiente. Organizar, normatizar e normalizar a vida produzem a mesmidade, uma massa amorfa governável e simétrica (SKLIAR, 2003).

Sem o outro não seríamos nada, porque a mesmidade não seria mais do que um egoísmo apenas travestido. Porque se o outro não estivesse aí, só ficaria a vacuidade e a opacidade de nós mesmos, a nossa pura miséria (p.29).

A anormalidade, uma espécie de negativo do normal, produz a patologia da alteridade, expressão de uma invenção, suposição de uma existência

diante da ideologia que promove uma identidade homogênea. A mesmidade que proíbe a diferença naturaliza a deficiência, a norma e a normalidade (SKLIAR, 2003).

O outro foi alterizado e sua alteridade foi examinada sob a lupa de um processo estatístico e eugênico, matemático e moral, físico e social. O outro foi o outro de uma norma da mesmidade. A alteridade deficiente sequer teve a autorização de constituir-se um outro. Foi alterizada, mas não permitida de ser outricidade (p.186).

Essa oposição, resistência à diferença, pluraliza a mesmice, que é o reflexo da imagem de si. Como afirma SKLIAR (2003), isso gera ilusões de equidade, que se prendem a questões legais e administrativas. A alteridade deficiente busca a aceitação social e o padrão normalizado, persuadida a deixar de ser quem é em sua diferença e singularidade.

O embrutecimento e a coisificação do humano estão ancorados na idéia de que alguém tem o direito de saber sobre outra pessoa sem que ela lhe tenha revelado algo; um saber que se admite como científico, objetivado, mas que reduz e massifica. O Outro não é o que se pode antecipar a seu respeito, pois é irreduzível ao saber conhecido. Quando se dá o acontecimento, o encontro no face-a-face, é que se verifica a impropriedade de um saber antecipado sobre alguém. Responder ao Outro é abrir-se à interpelação de um chamado e aceitar uma responsabilidade. Para reconhecer o Outro em sua alteridade é preciso “desmesmizar”, ou seja, assumir sua própria heterogeneidade (LARROSA, 2004).

As formas hegemônicas de poder assemelham-se no combate ao enigma ontológico do novo, mascaram a inquietude, eliminam a incerteza de um porvir aberto e indefinido e submetem a alteridade à ideologia de mercado. O Outro está na dimensão do impossível, do incalculável e do imprevisto.

Somente na espera tranquila do que não sabemos e na acolhida serena do que não possuímos, podemos habitar na proximidade da presença enigmática e podemos deixar-nos transformar pela verdade que cada nascimento traz consigo (LARROSA, 2004, p.78).

(...) A intencionalidade é o Olhar. O Olhar não é capaz de descobrir o rosto do outro, mas somente sua face, seu personagem, seu papel social. Um rosto jamais pode ser observado, não é conceitualizável, escapa da definição. A relação com o outro não é de conhecimento. A relação com o rosto é, de entrada, ética (MÉLICH, 2004, p.172).

A emancipação, o desembrutecimento, desvela a convicção na desrazão. Para emancipar alguém é necessário emancipar-se a si primeiro, enfrentando, para isso, sua própria desrazão (RANCIÈRE, 2004). O reconhecimento das infinitas possibilidades de existência humana permite a afirmação da viabilidade de desenvolvimento de qualquer pessoa, na convivência colaborativa e cooperativa, em diferentes espaços sociais e culturais.

Em seus estudos, BUBER (1982) reflete sobre a predominância do sentido utilitarista dado às formas de relações humanas. Sua antropologia filosófica auxilia este trabalho no exame do existir da pessoa na concretude da vida, tomando por referência uma ética do inter-humano. Para ele, o fundamento ontológico da vida humana é o diálogo, que se constitui e se renova na relação, no espaço do *entre*, onde o Eu e o Outro presentificam-se e confirmam suas identidades. BUBER (1982) afirma que a palavra-princípio EU-TU, atitude ontológica do *encontro* na reciprocidade e na confirmação mútua, e a palavra-fundante EU-ISSO, atitude cognoscitiva e experiência objetivante, fundamentam modos de existência.

Não se trata simplesmente da existência de categorias únicas de relações EU-TU ou relações EU-ISSO e nem juízo de valor, como se uma tratasse do espírito e a outra da matéria.

O ISSO é a crisálida, o TU a borboleta. Porém, não como se fossem sempre estados que se alternam nitidamente, mas, amiúde, são processos que se entrelaçam confusamente numa profunda dualidade (BUBER, 1982, p.63).

A questão primordial para ele é que, ao conceber apenas a forma de relação EU-ISSO no mundo, que coisifica e transforma as relações humanas em utilitárias, em que a alteridade não é reconhecida, a pessoa deixa-se subjugar por essa força hegemônica. O TU não se limita a um saber, a um conteúdo objetivado, a uma explicação. Ele não pode ser experienciado, pois, assim, transforma-se em um ISSO. “O TU encontra-se comigo por graça; não é através de uma procura que é encontrado. Mas endereçar-lhe a palavra-princípio é um ato de meu ser, meu ato essencial”(BUBER, 1982, p.59).

É na presença irreduzível do outro presentificado em sua inteireza que se dá o evento, o acontecimento dialógico do *encontro*, no qual o TU revela-se para o EU em sua condição de existência plena. No *encontro* face-a-face não há a necessidade da verbalização; no silêncio, no Olhar há verdade autêntica; não há tempo, apenas espaço da eternidade. “Entre EU e TU não há fim algum, nenhuma avidez ou antecipação” (p.59). É um acontecimento!

Mas a humanidade reduzida a um ISSO (...) nada tem em comum com uma humanidade verdadeiramente encarnada à qual um homem diz verdadeiramente TU. A ficção por mais nobre que seja, não passa de um fetiche; o mais sublime modo de pensar, se for fictício, é um vício (BUBER, 1982, p.60).

É a atitude, a palavra proferida, o ato essencial que define o modo de vida e as reações da pessoa diante da diversidade da existência humana. Isso pôde ser constatado nas histórias de vida de Roberta e Luiza, que sofreram com o processo de adoecimento familiar porque não eram vistas como pessoas em suas singularidades. As famílias coisificaram essas pessoas, tratando-as como se elas fossem corpos doentes e imperfeitos, porque entenderam os problemas da vida como patologias. A fé cega na ciência como fonte de orientação e resolução das questões sociais promoveu a busca incansável pela correção do mal e a cura, de maneira a adequarem-nas ao padrão de normalidade e de aceitação social. Aniquilaram suas identidades. Por não se pautar na ética do humano, a ciência, orientada pelo racionalismo científico, promove o embrutecimento e o



distanciamento da vida. A pessoa perde-se no consumo, escraviza-se e se subjugava à ideologia de mercado.

Entretanto, há a possibilidade do acontecimento, e o despertar do estado de subserviência à lógica social da desrazão e da coisificação humana. Permitir-se arriscar, viver autêntica e verdadeiramente. Responsabilizar-se por si consoante uma atitude ética de comprometimento com o outro.

Viver... um salto livre... Sem pára-quadras... sem garantias... sem controle...  
permitir-se arriscar... a errar e a aprender...  
vulnerável às surpresas da vida e ao inesperado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARTHOLO JR., R. *Passagens. Ensaio entre a teologia e filosofia*. Rio de Janeiro, Garamond, 2002.

BARTHOLO, R. Alteridade e preconceito. Em TUNES&BARTHOLO (Orgs.) *Nos limites da Ação, Preconceito, Inclusão e Deficiência*, São Carlos, SP: EDUFSCAR, 2007 (no prelo).

BORGES, E.T. *As concepções de professores acerca da deficiência mental*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia, Universidade Católica de Brasília, 2002.

BRITO, I. *Desenvolvimento Infantil: Concepções de professores e suas implicações na manifestação do preconceito*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, 2005.

BRUNER, J. *Atos de Significação*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

BUBER, M. *Eu e Tu*. São Paulo, Centauro, 2004.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 2002.

CLASTRES, P. Liberdade, Mau Encontro, Inominável. Em LA BOÉTIE, E. *O Discurso da Servidão voluntária*. São Paulo, Brasiliense, 2001.

FOUCAULT, M. *As Palavras e as Coisas*. São Paulo, Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 2004a.

\_\_\_\_\_. *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 2004b.

GOULD, S.J. *A Falsa Medida do Homem*. São Paulo, Martins Fontes, 2003.

GURGEL, C. *O Relatório Psicopedagógico e sua importância para o trabalho do professor*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Católica de Brasília, 2002.

ILLICH, I. *Convivencialidade*. Publicações Europa-América, Estudos e Documentos n° 116, 1973.

\_\_\_\_\_. *Expropriação da Saúde - Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.

\_\_\_\_\_. *Expropriação da Saúde*. Porto/Portugal, Cadernos de Ecologia e Sociedade/3, n°7 da Coleção Viver é Preciso, Afrontamento, 1976.

IBAÑEZ, T. *Por qué A?: Fragmentos dispersos para um anarquismo sin dogmas*. Barcelona, Anthropos Editorial, 2006.

LA BOÉTIE, E. *O Discurso da Servidão Voluntária*. São Paulo, Brasiliense, 2001.

LARROSA, J. O Enigma da Infância ou o que vai do impossível ao verdadeiro. Em LARROSA, J. & LARA N. (Orgs.) *Imagens do Outro*. Petrópolis, Vozes, 1998.

MÉLICH, J-C. A resposta ao outro: a carícia. Em LARROSA, J. & LARA N. (Orgs.) *Imagens do Outro*. Petrópolis, Vozes, 1998.

LUZ, M.T. *Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo, Hucitec, 2004.

MOYSÉS, M.A.A. e COLLARES, C.A.L. *Aprofundando a discussão sobre as relações entre desnutrição, fracasso escolar e merenda*. Em Aberto (INEP), n° 67, 1995, pp.33-56.

MOYSÉS, M.A.A. *A Institucionalização Invisível - crianças que não-aprendem-na-escola*, Campinas/SP, Mercado das Letras, Fapesp, 2001.

RANCIÈRE, J. *O Mestre Ignorante – cinco lições sobre a emancipação intelectual*. Belo Horizonte, Autêntica Editora, 2004.

TUNES, E. *Incluir quem, por que e para quê? A dimensão ética da inclusão*. XII Encontro Regional de Psicopedagogia, Goiânia/GO, 2002a.

\_\_\_\_\_. *Projeto Espaço Ímpar - Empreender e compreender a inclusão escolar de crianças especiais*, 2002b.

\_\_\_\_\_. *Associação Mães em Movimento - Porque é preciso vencer resistências*.GIS/ Revista Virtual de Gestão de Iniciativas Sociais, Instituto de Tecnologia de Desenvolvimento Sustentável/UFRJ, 2004a.

\_\_\_\_\_. *O sentido do diagnóstico*, Seminário sobre Dislexia. Faculdade de Letras.UnB, Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Preconceito, inclusão e deficiência – o preconceito no limiar da deficiência. Em TUNES&BARTHOLO (Orgs.) *Nos limites da Ação, Preconceito, Inclusão e Deficiência*, São Carlos, SP: EDUFSCAR, 2007a (no prelo).

TUNES, E. E BARTHOLO JÚNIOR, R. S. Da constituição da consciência a uma Psicologia ética: alteridade e zona de desenvolvimento proximal. Em Simão, L. M. e Mitjás, A. (Orgs.) *O outro no desenvolvimento humano: diálogo para a pesquisa e a prática profissional em Psicologia*. São Paulo: Editora Pioneira Learning Thomson, 2004b.

\_\_\_\_\_. O Trabalho pedagógico na escola inclusiva. Em M. C. V. R. Tacca (Organizadora). *Aprendizagem e Trabalho Pedagógico*.Campinas, SP: Editora Alínea, 2006b. p.129-148

TUNES, E., FLORES, E. P., SILVA, E. G., E SOUZA, C. B. A. (2007b). *Aspectos biológicos y sociales en el funcionamiento intelectual de personas con síndrome de Down*. Ciências & Cognição; Ano 04, Vol 10: 156-163. Disponível em [www.cienciasecognicao.org](http://www.cienciasecognicao.org)

TUNES, G. . *Sobre Raízes e Utopias: Caminhos contemporâneos do desenvolvimento situado*. Tese de Doutorado.Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, 2005.

VIGOTSKY, L. S. *Obras Escogidas V. Fundamentos de Defectologia*. Madrid, Visor, 1997.

WERNER, JR. A medicalização da vida do deficiente como barreira para a inclusão. Em TUNES&BARTHOLO (Orgs.) *Nos limites da Ação, Preconceito, Inclusão e Deficiência*, no prelo, 2006.