

O discurso médico-psicológico na configuração do campo da Educação Especial

The medical-psychological discourse in the configuration of the Special Education field

Kelly Cristina Brandão da Silva¹

Universidade Metodista de São Paulo, UMESP, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Neste trabalho, discute-se a *aliança de compromisso* entre a Medicina e a Psicologia na configuração da Educação Especial no Brasil. Importante evidenciar que a Psicologia, ao sair do campo da Filosofia e almejar o *status* de ciência, incorpora o corpus epistemológico da Medicina, principalmente no que se refere aos conceitos de adaptação e desenvolvimento oriundos da Biologia. Dessa forma, o funcionamento dito psicológico é muitas vezes reduzido à maturação, o que implica diretamente uma concepção predeterminada acerca da aprendizagem, por exemplo. Analisar alguns matizes históricos, os quais evidenciam a confluência entre Medicina e Psicologia, objetiva problematizar por que, ainda hoje, em tempos de educação inclusiva, são preferencialmente médicos e psicólogos que são chamados à escola em nome de um saber especialista. O campo social e político, no qual a escola está imersa, fica imune às críticas perante a hegemonia do discurso médico-psicológico. Destaca-se que o atendimento escolar do *diferente*, nos seus primórdios, ocorria em classes anexas a hospitais e asilos, geralmente de caráter filantrópico, o que denota, na origem, a influência do campo médico, responsável por tais instituições. Pautando-se nos procedimentos da Medicina, a Educação Especial incorpora a visão clínica através dos processos de reabilitação e legitima a deficiência como uma questão individual, em consequência de fatores orgânicos. Conclui-se que o saber médico-psicológico foi determinante na definição do atendimento escolar especializado, em instituições exclusivas, daquelas crianças consideradas inadequadas ao ensino regular.

Palavras-chave: Educação especial, Medicina, Psicologia.

Abstract

The present study addresses the commitment alliance between Medicine and Psychology in the configuration of Special Education in Brazil. It is important to highlight that Psychology, upon leaving the field of Philosophy and aspiring the status of a science, incorporates the epistemological corpus of Medicine, mainly with regard to the concepts of adaptation and development that were originally from Biology. Thus the so-called psychological functioning is often reduced to maturation, which directly implies a pre-defined conception of learning, for example. Analyzing some historical nuances, which clearly show the confluence between Medicine and Psychology, it is questioned why, to this date, in a time of inclusive education, physicians and psychologists are preferably consulted by schools as specialists. The social

¹ Psicanalista; doutora em Educação pelo Departamento de Filosofia da Educação e Ciências da Educação, na linha de pesquisa Educação Especial, da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo – FEUSP. Docente no curso de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo. E-mail: kcbdasilva@msn.com

and political field, within which the school exists, becomes immune to criticisms before the hegemony of the medical/psychological discourse. A highlight is that the way the school deals with what is considered different, in its early days, occurred in classrooms that were close to hospitals and orphanages, generally of philanthropic nature, which indicate in the origin of the influence of the medical field in charge of those institutions. Based on medical procedures, Special Education incorporates the clinical view through the processes of rehabilitation and legitimately turns disability into an individual issue, as a result of organic factors. I conclude that the medical/psychological expertise was crucial in determining the service provided by special schools, in exclusive institutions, to children deemed to be inadequate to students of the regular education system.

Keywords: Special education, Medicine, Psychology.

Introdução

Historicamente, como o campo da Educação Especial se constituiu no Brasil? Este trabalho, de cunho reflexivo-conceitual, tem por objetivos discutir a histórica confluência entre os campos da Medicina e da Psicologia na definição do atendimento escolar especializado, em instituições exclusivas, daquelas crianças consideradas inadequadas ao ensino regular e problematizar as repercussões desses ideais na contemporânea implementação da educação inclusiva, sobretudo no que tange ao intenso e crescente aumento do *espectro especial*.

Muitos autores já discutiram a presença do discurso médico-psicológico nas escolas (FOUCAULT, 1977; PATTO, 1984, 2002; LAJONQUIÈRE, 1999; DONZELOT, 2001; COSTA, 2004, GUARIDO, 2008; entre outros). A retomada desse tema no âmbito da Educação Especial se faz necessária a fim de se compreender por que, ainda hoje, em tempos de inclusão, são preferencialmente médicos e psicólogos que são chamados à escola em nome de um saber especialista. Apesar da pretensão de uma reestruturação no sistema de ensino, observam-se nos ideais da inclusão a perpetuação de uma visão clínica notadamente influenciada pelo discurso médico, uma atenção exacerbada ao distúrbio, a preocupação constante com a classificação dos alunos e a necessidade do saber especialista.

Alguns marcos históricos

É importante assinalar que o *especial* já se mostrava evidente nas primeiras instituições brasileiras que foram criadas para o atendimento do *diferente*. É interessante notar que as diferenças, desde o início, já eram discriminadas e catalogadas. No período de 1854 a 1956, as iniciativas isoladas, tanto oficiais quanto particulares, apontam que os estabelecimentos educacionais nasciam a partir de uma concepção classificatória, em um processo que pode ser caracterizado como uma institucionalização das deficiências. Mazzotta (2003) descreve as instituições desse período, segundo a respectiva deficiência atendida:

- Deficientes visuais: Instituto Benjamin Constant (IBC); Instituto de Cegos Padre Chico; Fundação para o Livro Cego no Brasil (FLCB).

- Deficientes auditivos: Instituto Santa Terezinha; Escola Municipal de Educação Infantil e de 1º Grau para Deficientes Auditivos Helen Keller; Instituto Educacional São Paulo (IESP).
- Deficientes físicos: Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Lar-Escola São Francisco; AACD – Associação de Assistência à Criança Defeituosa².
- Deficientes mentais: Instituto Pestalozzi de Canoas; Sociedade Pestalozzi de Minas Gerais; Sociedade Pestalozzi do Estado do Rio de Janeiro; Sociedade Pestalozzi de São Paulo; Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE do Rio de Janeiro; Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE de São Paulo.

De acordo com Batista (2012), as primeiras instituições, ainda no período imperial, no Rio de Janeiro, foram criadas por médicos, cujos familiares eram deficientes auditivos ou visuais. “Esses médicos estudaram e trouxeram as ‘novidades’ da Europa para desenvolver os tratamentos necessários aos seus familiares. [...] Essas organizações adotavam o sistema de internato e mantinham estreita relação entre medicina, filantropia e a educação especial” (BATISTA, 2012, p. 81). Cabe salientar que o atendimento escolar do *diferente*, nos seus primórdios, ocorria em classes anexas a hospitais e asilos, geralmente de caráter filantrópico, o que denota, na origem, a influência do campo médico, responsável por tais instituições. Jannuzzi (2006) sublinha que, até 1930, no Brasil, eram principalmente os médicos que escreviam sobre o tema. Pautando-se nos procedimentos da Medicina, a Educação Especial incorpora a visão clínica através dos processos de reabilitação e legitima a deficiência como uma questão individual, em consequência de fatores orgânicos.

Cabe aqui ressaltar uma análise feita por Bueno (1993) acerca da privatização da Educação Especial, tanto em relação ao número de atendimentos oferecidos quanto pela influência que essas instituições particulares exerceram³. Jannuzzi (2006), ao analisar o período entre 1930 e 1949, também indica uma maior participação das instituições particulares no atendimento do dito aluno *especial*. Essa autora destaca que o número de classes especiais, dentro das escolas públicas regulares de ensino, duplicou no período mencionado. Em relação aos estabelecimentos públicos de ensino especializado, no referido período, foram criados somente 30. Já o número de instituições especializadas particulares quintuplicou. No que concerne a esse aspecto de complementaridade entre o setor público e privado, Jannuzzi (1997) considera tratar-se de uma *parcial simbiose*.

O período de 1957 a 1993 segue o mesmo princípio de diferenciação das deficiências e foi marcado por iniciativas oficiais de âmbito nacional através de Campanhas: Campanha para a Educação do Surdo Brasileiro (1957); Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes da Visão (1958); Campanha Nacional de Educação de Cegos (1960); Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes Mentais (1960) (MAZZOTTA, 2003).

² No ano 2000, ao completar cinquenta anos, “a AACD mudou de nome graças a um plebiscito feito entre seus pacientes, que consideraram o nome original – Associação de Assistência à Criança Defeituosa – inadequado. Dessa forma, a entidade passou a se chamar Associação de Assistência à Criança Deficiente” (ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DEFICIENTE, 2015).

³ E ainda exercem, visto que instituições particulares de Educação Especial agora são chamadas a participar do Atendimento Educacional Especializado (AEE), já na perspectiva da contemporânea educação inclusiva (SILVA, 2014).

Essa pretensa *naturalização* na classificação das deficiências mascara suas determinações históricas e culturalmente construídas. Dito de outro modo, a passagem de um distúrbio orgânico – a falta de visão, por exemplo – para o *status* de deficiência, indica justamente uma *falta de eficiência*, o que aponta uma construção cultural de determinada época. Como afirma Bueno (1993, p. 49):

Se a cegueira foi identificada desde os tempos mais remotos, foi porque essa anormalidade teve influência na relação que os indivíduos que a possuíam mantinham com o meio, quer fosse na pré-história, quer seja na sociedade moderna. O impedimento que a falta de visão acarreta com relação ao acesso à língua escrita, entretanto, só passou a ser significativo no momento histórico em que as necessidades criadas pela própria ação do homem exigiu o seu domínio pelos membros da sociedade.

O mesmo autor, referindo-se à deficiência mental, considera:

Da mesma forma, a deficiência mental, tal como a conhecemos hoje, não foi somente identificada no século passado [século XIX], mas foi *construída* a partir do surgimento de uma determinada formação social que irá culminar com a caracterização de um determinado tipo de comportamento – *a deficiência mental* – divergente daquele que essa formação passa a exigir – *uma determinada forma de produtividade intelectual*. Se, em outras formações sociais, quer seja em tempos ou em espaços diferentes, os requisitos e expectativas sociais não exigiram do homem atuação que determine essa divergência ela não é identificada não por *atraso ou ignorância*, mas porque as relações sociais estabelecidas não a exigem (BUENO, 1993, p. 50, grifo do autor).

Colocar em questão o aspecto *natural* da classificação obriga-nos a rever um certo cientificismo neutro que subjaz a essa concepção. Concepção esta que induz ao entendimento de que a deficiência é uma característica que pertence ao indivíduo, é inerente a ele, de cunho orgânico, a-histórica, e não fruto de construções e expectativas sociais que se alteram no tempo e no espaço.

Não por acaso, a atualidade tem evidenciado novas classificações. O que poderia ser entendido como uma evolução diagnóstica de um evento *natural* encobre novas exigências sociais que – em um movimento autofágico – criam novos distúrbios e, ao mesmo tempo, novas intervenções.

Na realidade, a educação especial, na sociedade moderna, que, na sua origem, absorvia deficiências orgânicas (auditivas, visuais e, posteriormente, mentais), com o desenvolvimento do processo produtivo, foi incorporando população com “deficiências e distúrbios” cada vez mais próximos da normalidade média determinada por uma “abordagem científica” que se pretende “neutra e objetiva”, culminando com o envolvimento dos que não têm quaisquer evidências de desvio dessa mesma “normalidade média”. (BUENO, 1993, p. 80)

O que chama a atenção atualmente é que a *normalidade* – a partir da qual sempre foram estabelecidos os distúrbios e deficiências – tem-se apresentado de forma cada vez mais rara. Isso equivale a dizer que somos levados a considerar quaisquer traços

idiossincráticos como sinônimos de *desvio*. O desenvolvimento científico e tecnológico, na tentativa de cercar e descrever minuciosamente – de forma neutra e objetiva – o *humano*, tem criado um verdadeiro monstro de Frankenstein. Cabe lembrar que esse personagem é fruto da Ciência.

Os movimentos higienista e eugenista

O movimento higienista foi essencial na prevalência e disseminação do discurso médico. A urbanização sem planejamento, principalmente em São Paulo e no Rio de Janeiro, em virtude da industrialização emergente que acontecia no Brasil no final do século XIX e início do século XX, trouxe como consequência problemas de natureza médica. É possível observar nos discursos e na prática uma “medicalização da vida social”. Com o avanço das descobertas científicas a Medicina ganha legitimidade e em tudo intervém, penetrando nos mais diversos segmentos da sociedade brasileira: na família, na escola, no quartel, no prostíbulo etc. (MACHADO et al., 1978).

De maneira geral, a crítica dirigida por diversos autores à medicalização diz respeito à redução de questões amplas – que envolveriam, em sua análise, diversas disciplinas (sociologia, antropologia, psicologia, economia, ciências políticas, história, medicina, etc.) – a um único domínio metodológico disciplinar: a medicina. A medicalização foi então tomada como expressão da difusão do saber médico no tecido social, como difusão de um conjunto de conhecimentos científicos no discurso comum, como uma operação de práticas médicas num contexto não terapêutico, mas político-social (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009, p. 241).

Segundo Jannuzzi (2006), as escolas rapidamente foram atingidas pelo movimento higienista, e já em 1899 há notícias dessa atuação através da Inspeção Higiénica de Estabelecimentos Públicos e Privados da Instrução e Educação. Em São Paulo, em 1911, dentro do Serviço de Higiene e Saúde Pública, foi criada a inspeção médico-escolar. Percebe-se, nesse contexto, que os médicos têm influência não só na educação do aluno especial como na educação em geral.

Não é por acaso que a necessidade de diagnosticar os alunos a partir de seus supostos desvios, ou de medicalizá-los, acompanha boa parte dos discursos educacionais e está presente nas práticas escolares atuais. Historicamente, diversos temas foram possibilitando a entrada da medicina no âmbito escolar; entre eles, pode-se citar: a higiene escolar, a sexualidade, os problemas de postura, a miopia, as atividades físicas, entre outros. Esses temas, buscando explicações e tratamentos para fenômenos diversos, foram aproximando os saberes médicos do campo da educação (LOCKMANN, 2013, p. 133).

No que tange ao movimento higienista, este atribui ao indivíduo total responsabilidade pela sua saúde, e, por isso, há ênfase na criação de hábitos saudáveis, os quais podem ser conquistados através dos ensinamentos da educação. Nos cursos de formação dos professores, esse movimento higienista repercutiu fortemente. A influência médica vai alargando suas fronteiras, presente até mesmo na estrutura administrativa-técnica-pedagógica. Jannuzzi (2006, p. 112) destaca que, em 1927,

em Minas Gerais, uma reforma escolar “previu a inclusão do especialista médico, da enfermeira e do dentista dentro da escola. [...] A partir daquele momento o especialista passou a fazer parte do corpo administrativo da escola”.

Na história do higienismo brasileiro, nota-se muito mais que meros interesses por limpeza, visto que são recorrentes as “preocupações que transcendem simples medidas sanitárias e cuidados elementares sobre a higiene do indivíduo” (WANDERBROOCK JÚNIOR, 2009, p. 15).

O avanço do higienismo via sanitarismo abriu as portas para o desenvolvimento da medicina, que passava a gozar de boa reputação nos meios intelectuais, econômicos e governamentais. O caminho para o higienismo estava pavimentado, e logo os problemas sanitários ocupariam papel coadjuvante na medicina, que elegeria um novo protagonista da higiene: a mente (WANDERBROOCK JÚNIOR, 2009, p. 27-28).

Na história do atendimento às diferentes deficiências, o interesse pela deficiência mental começa a se manifestar mais intensamente, no Brasil, a partir do início do século XX, sendo então relacionada a problemas básicos de saúde. Os médicos organizaram as primeiras agremiações profissionais, facilitando a divulgação teórica, principalmente em relação à deficiência mental. Em alguns estados, como São Paulo, os médicos foram os encarregados pela organização de classes dos assim chamados débeis mentais, além da seleção dessas crianças nas escolas (JANNUZZI, 2006). A mesma autora aponta que, entre 1950 e 1959, se destaca uma participação maior da administração estatal no que concerne à expansão do número de instituições de ensino especial para deficientes mentais. Ao final do período mencionado, havia 190 estabelecimentos, sendo 77% públicos (JANNUZZI, 1985).

O interesse pela deficiência mental aponta para um movimento eugenista, como indica a criação da Sociedade Eugênica de São Paulo, fundada pelo médico Renato Kehl, em 1917. Para Kehl (1935, p. 67), a pretensão da eugenia era “regenerar os indivíduos para melhorar a sociedade”. O controle sobre a constituição biológica do indivíduo através do controle de sua reprodução é a marca registrada das propostas eugênicas.

Pouco a pouco, a deficiência mental foi assumindo a primazia da educação especial, não só pelo maior número de instituições a ela dedicadas que foram sendo criadas, como pelo peso que ela foi adquirindo com relação à saúde (a preocupação com a eugenia da raça) e à educação (a preocupação com o fracasso escolar) (BUENO, 1993, p. 87).

Os movimentos higienista e eugenista constituem-se a partir da presença de médicos entre seus integrantes. É fundamental sublinhar a penetração do saber médico no campo da educação em geral e, no contexto deste trabalho, na especificidade do campo da Educação Especial, porque, afinal, o saber médico detém legitimidade científica.

A Ordem médica não tem de ser defendida nem demonstrada. Os médicos são seus executantes, seus funcionários, muitas vezes humildes, às vezes gloriosos, mas a Ordem se impõe por ela mesma. Ela está sempre presente em nossa vida, desde nosso nascimento numa maternidade até nossa morte no hospital, desde os exames pré-natais até à “verificação”,

na autópsia. Mais ainda que a eficácia da medicina, é sua cientificidade que constitui lei, pois ninguém contesta que o saber médico, pelo menos por uma parte, seja verdadeiro e verificável (CLAVREUL, 1983, p. 40).

Tal legitimidade do saber médico talvez se consolide precisamente porque “o discurso médico prima por *excluir a subjetividade* tanto daquele que o enuncia como daquele que o escuta. Daí a pretensa objetividade do cientista que, na verdade, está calcada na abolição da subjetividade do autor” (JORGE, 1988, p. 44, grifo do autor). O discurso médico transforma os significantes da fala do sujeito em signos, ou seja, sinais médicos objetivamente decifráveis. Uma forma de expropriação do discurso do sujeito.

A respeito da *exclusão da subjetividade* e a partir de uma proposição foucaultiana, Kupfer e Voltolini (2008, p. 100) destacam que a clínica médica, da forma como ela se apresenta hoje, teve seu nascimento “atrelado à possibilidade de observação do cadáver. Isso possibilitou o ‘acesso ao visível’, tão caro à elaboração do discurso médico, de tal forma que a maior parte dos progressos da intervenção médica sobre as doenças deve-se ao avanço tecnológico que permitiu ‘ver melhor’”. Alinhado a essa perspectiva, Clavreul (1983, p. 42) salienta que esse é um “procedimento rigoroso, mas é também um procedimento que está na Ordem, que não pretende e não pode pretender dizer outra coisa que não o que vê o ‘olhar’ médico, que retém somente o que o discurso médico pode reter”.

[...] o nascimento da anatomia patológica, base da medicina científica, deu-se graças ao estudo de alguém “mudo e transparente” [...]. E essa condição de mudez e transparência, no entanto, não se restringe à contingência do estudo sobre o cadáver, mas sim define um dos eixos do ato médico. A clínica médica, ordinariamente, não pode senão guiar-se por aquilo que o médico consegue observar objetivamente, aquilo que o exame clínico ou laboratorial deixa transparecer. [...] O “bom doente” será aquele, então, que não só permite, como facilita o “acesso ao visível”, que possibilita a “objetivação” de sua doença, não importunando o médico com questões subjetivas [...] (KUPFER; VOLTOLINI, 2008, p. 100-101).

A influência da Psicologia

No início do século XX, além da ênfase orgânica em relação à etiologia da deficiência, com o predomínio do saber médico, também começa a surgir um novo campo científico interessado no tema, a Psicologia.

Antes de deslindar alguns matizes que apontam a extrema interferência da Psicologia já nos primórdios da configuração do campo da Educação Especial, cabe assinalar que não é casual a confluência entre a Medicina e a Psicologia. Apesar de esta última ter se configurado como um arquipélago conceitual, devido às influências de diferentes perspectivas epistemológicas (FIGUEIREDO, 2005), concordo com Patto (1984, p. 93) quando esta considera que “sob a aparente heterogeneidade da psicologia, constituída por várias escolas ou vários paradigmas, seria possível detectar a presença de uma unidade básica”. A *unidade básica* a que se refere a autora seria “um discurso ideológico adaptacionista, com pretensão ao *status* de ciência” (PATTO, 1984, p. 93).

Ao tomar como paradigma o modelo behaviorista, o qual, ao definir seu objeto, se constitui a partir de duas principais fontes – “de um lado, a biologia, da qual empresta os conceitos de adaptação, organismo, estímulo e meio; de outro, as ciências físico-matemáticas, que lhes fornecem um aparato de observação e quantificação que supostamente garante sua objetividade” (PATTO, 1984, p. 92) –, evidencia-se a grande semelhança entre a Psicologia e a Medicina. Com a importação do modelo das ciências biológicas, o behaviorismo “instaura no miolo teórico-conceitual da psicologia uma *analogia entre meio natural e meio social* e abre caminho para o primado da ideologia *adaptacionista* como concepção que norteia a ação do psicólogo” (PATTO, 1984, p. 92, grifo da autora).

Patto (1984) destaca os trabalhos realizados por Francis Galton, em seu laboratório de psicometria, instalado no University College de Londres, em 1884, como referência acerca das origens da psicologia escolar. Um destaque importante a respeito desse pesquisador corrobora mais uma vez a ideia da importação do modelo biológico pela Psicologia: “Galton, primo de Darwin, de cuja doutrina recebeu influência sensível, é um dos responsáveis pela consolidação da passagem do conceito biológico de adaptação para o universo da psicologia” (PATTO, 1984, p. 96).

Galton estava interessado na mensuração das *diferenças individuais*, parte importante na realização de seu projeto de aprimoramento da espécie humana, através da seleção dos mais capazes [...]; na tentativa de identificar os psicologicamente mais capazes – entendendo-se por capacidade a posse das aptidões e traços de personalidade compatíveis com a manutenção da ordem social em vigor – criou instrumentos de medida da inteligência e da personalidade, precursores das escalas, baterias, testes e provas que constituiriam, mais tarde, o principal instrumento de trabalho dos psicólogos nas escolas e nas fábricas (PATTO, 1984, p. 96, grifo do autor).

A fim de exemplificar a *aliança de compromisso*⁴ entre a Medicina e a Psicologia, cabe citar o *psicólogo e fisiologista* Alfred Binet e o *médico* Théodore Simon, os quais, na França, iniciam esse trajeto, associando-se a preocupações educacionais ao desenvolver os testes de quociente de inteligência (QI).

Alfred Binet e Théodore Simon foram convidados pelas autoridades escolares de Paris, preocupadas com os gastos de impostos, a esclarecer o fracasso escolar. Após o exame e a aplicação de tarefas de complexidade diversa a milhares de crianças de diferentes idades, eles elaboraram estatísticas e estabeleceram, em 1905, “a primeira escala de desenvolvimento da inteligência, que passou a servir como critério de admissão e de triagem para as classes especiais” (CIRINO, 1992, p. 48). De acordo com Patto (1984, p. 97, grifo do autor), “Não podia ele [Binet] supor que estava lançando as bases de um procedimento que seria a principal atividade dos psicólogos durante todo o século [XX]: *classificar* os indivíduos, sobretudo crianças em idade pré-escolar e escolar primária”.

Jatobá (2002, p. 98) discute em sua tese de doutorado a enorme receptividade que os referidos testes tiveram no Brasil, “saudados como obra-prima da Psicologia Experimental”. A autora assinala ainda que o pensamento de Binet e de seus

⁴ O termo compromisso, em sua significação de pacto, objetiva evidenciar ao longo deste trabalho a estreita amarração entre os campos da Medicina e da Psicologia na configuração da Educação Especial.

colaboradores, no Brasil, “foi recebido no meio educacional e médico-social⁵ da época, com olhares e atitudes isentos de críticas”, tendo sido “recebidas em caráter oficial, e legitimadas pela atuação do laboratório de Pedagogia Experimental e pelo Serviço de Inspeção Médico-Escolar” (JATOBÁ, 2002, p. 140). É necessário destacar que os tais testes eram utilizados como instrumento de “identificação dos anormais nas escolas”, servindo como um “processo seletivo” em que Binet e outros auxiliares aconselhavam “os profissionais envolvidos a desconfiarem dos comportamentos escolares das crianças”, pois, “camufladas entre outras crianças, poderiam estar as anormais” (JATOBÁ, 2002, p. 83).

[...] nossas crianças escolares foram observadas pelas lentes eugênicas e segregacionistas de Alfred Binet e seus colaboradores. Foram examinados os seus corpos, questionadas suas origens, registradas suas medidas corporais, testadas suas memórias, atenção, associação de ideias etc. Procedimentos práticos – *perversos por se intitular científicos* – são ilustrativos da sujeição das nossas crianças a teorias e instrumentos baseados em razões pretensamente científicas, higienistas e disciplinares (JATOBÁ, 2002, p. 141, grifo nosso).

A supracitada autora amplifica sua análise sobre as ideias de Binet ao apontar seu caráter político e totalizante, “onde um Estado gerenciador [na idealização de Binet] proveria os lugares certos para as pessoas certas, a economia seria abrangente: economia dos cofres públicos, economia de forças corporais e mentais, já que os indivíduos estariam seguramente felizes e conformados com suas posições na escala social”. Essa resignação ocorreria, “uma vez que suas funções não seriam distribuídas ao acaso, por escolhas aleatórias e/ou baseadas em privilégios sociais; seriam funções distribuídas de acordo com as medidas individuais e, portanto, coerentes com as capacidades mentais e físicas de cada um”. E tudo isso, graças à “verdade das mensurações científicas” (JATOBÁ, 2002, p. 142). Também levando em consideração o caráter pretensamente científico, Patto (1984, p. 98) assinala que o cálculo do QI seria a “medida das aptidões humanas que mais sucesso fez na história da psicologia. E tal sucesso não foi casual: quantificação quase mágica, realizava o sonho da sociedade industrial capitalista de poder basear-se num critério numérico, objetivo, para classificar seus membros”.

Vale ressaltar que, de acordo com Wanderbroock Júnior (2009), a chamada Liga Brasileira de Higiene Mental utilizou amplamente os testes psicológicos, privilegiando os seguintes domínios sociais: os imigrantes, o exército, a indústria e a escola. Seu objetivo era construir uma Nação saudável e mentalmente higienizada. Fundada no Rio de Janeiro, em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, a Liga era uma entidade civil, reconhecida publicamente através de subsídios federais e composta dos mais importantes psiquiatras brasileiros. A utilização dos testes psicológicos justificava-se, pois eram considerados ferramentas em ascensão no período, as quais respondiam às exigências de cientificidade da época.

No contexto deste trabalho, cabe destacar, relativo às intenções da referida Liga no campo educacional, que esta

⁵ Moysés (2008, p. 19) destaca que a Medicina no Brasil foi fortemente influenciada pela normatividade médica engendrada na França, “berço formador de nossos intelectuais no início do século [XX]”.

[...] queria que não somente seu ideário fosse difundido, mas sua própria atuação fosse garantida nas escolas. Incapazes de aplicar os testes, em sua maioria os professores deveriam conviver com a ideia de que era necessária a participação de um "novo educador": *o especialista* (WANDERBROOCK JÚNIOR, 2009, p. 125, grifo nosso).

Percebe-se como o aporte técnico da Psicologia – nesse caso, os testes psicológicos – serviu como uma ótima justificativa para a inserção do *especialista* nos meios escolares. “As tarefas na escola foram divididas entre os educadores propriamente ditos e os “especialistas da mente”. Os primeiros ensinariam aqueles que os segundos selecionariam para estudar” (WANDERBROOCK JÚNIOR, 2009, p. 125). Dessa forma, o aparato técnico da Psicologia legitimava a retirada dos alunos do sistema regular de ensino.

A psicologia das diferenças individuais, ressaltada desde o princípio do século na educação do diferente, [...] influenciou a educação geral, sendo também suporte de metodologias a partir das especificidades. Contribuiu assim para justificar a montagem de uma organização escolar administrativa e metodologicamente diferenciada (JANNUZZI, 2006, p. 103).

Relativo à inserção da Psicologia nos meios escolares brasileiros, cabe ainda destacar que ela ocorreu a partir das escolas de aperfeiçoamento e dos laboratórios de psicologia experimental, que foram criados em alguns estados. Patto (1984, 2002) demonstra como a própria introdução da Psicologia no Brasil⁶ esteve vinculada à psicologização da aprendizagem escolar e, de modo contundente, discute como a Psicologia auxiliou na justificativa do fracasso escolar das crianças das classes populares. Como bem salienta a autora:

A partir da restrita função psicométrica inicial, assistimos ao surgimento da intenção de uma verdadeira expansão tentacular da ação da psicologia na escola, que quer atingir a todos os aspectos da vida escolar e preconiza a transformação do psicólogo num centro de decisões todo-poderoso, em função do qual todos os demais participantes da instituição passem a pautar seu pensamento e sua ação. É a “psicologização” da escola levada ao extremo; uma vez efetivada, passa a ocultar a natureza social e política de uma ampla gama de problemas sobre os quais incide, com todo o poder que sua cientificidade lhe outorga (PATTO, 1984, p. 109).

Em Minas Gerais, por exemplo, em 1929, foi criado o Laboratório de Psicologia na Escola de Aperfeiçoamento, cuja direção, após alguns meses de sua criação, foi assumida por Helena Antipoff, educadora e psicóloga russa, colaboradora de Claparède, convidada a vir para o Brasil especialmente para isso. Sob a atuação de Antipoff, o Laboratório exerceu enorme influência não só na formação de professores, como na educação do deficiente mental, com a criação da Sociedade Pestalozzi, em 1932 (BUENO, 1993).

De acordo com Campos (1977) apud Moysés (2008), Helena Antipoff contribuiu para a difusão do ideário da psicologia diferencial e da psicometria e preconizou o uso de testes para a formação de classes homogêneas no ensino regular, assim como para

⁶ Importante notar que a introdução (e conseqüente influência) do conhecimento psicológico no Brasil se dá muito antes da regulamentação da profissão de psicólogo, a qual só ocorre com a promulgação da Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962.

a seleção de crianças retardadas e anormais, as quais deveriam ser encaminhadas às classes especiais. Para Antipoff, “a pedagogia deveria submeter-se, hierarquicamente, aos conhecimentos da psicologia” (MOYSÉS, 2008, p. 20).

Cirino (1992, p. 50) sublinha a importante influência que Helena Antipoff e seus seguidores exerceram, não só em Minas Gerais, mas em outras regiões do Brasil. A partir de sua formação europeia, “adquiriu ensinamentos quanto à importância do trabalho de observação sistemática da criança”, assim como também trouxe “toda uma gama de procedimentos metodológicos das ciências naturais (experimentação, quantificação) que, na época, procuravam sustentar o estatuto de cientificidade da psicologia”.

Ainda em Minas Gerais, e sob a orientação de Helena Antipoff, foi criado o Instituto Pestalozzi de Belo Horizonte, em 1935. Esse Instituto constituía-se do Consultório Médico-Pedagógico e das Classes Especiais anexas, além de desenvolver atividades de ensino, estudo e pesquisa sobre a “infância excepcional”. Cabe aqui um destaque para o termo *Consultório Médico-Pedagógico*, o qual aponta outra aliança de compromisso, nesse caso, a intrínseca relação entre Medicina e Pedagogia, em que a ordem dos termos, não por acaso, parece demonstrar a preponderância do primeiro termo – a Medicina – sobre o campo pedagógico. No referido Instituto Pestalozzi, uma série de exames pormenorizados era realizada nas crianças antes do tratamento, por diferentes profissionais. Cirino (1992, p. 55, grifo do autor) nos esclarece em que consistiam os referidos exames:

Anamnese com pessoa da família da criança (*visando o estudo da hereditariedade, do ambiente familiar*), exame somático (*exploração ambulatoria dos diversos sistemas anatomofisiológicos, como também da descrição biotipológica, seguida de medidas antropométricas*); consulta com especialistas (*oculista, otorrinolaringologista, neuriatra, psiquiatra e outros*), caso fosse necessário; exames bacteriológicos e análise de urina, fezes, sangue, do metabolismo basal, radioscopia e outros; exame psicológico (*que consistia em várias provas de inteligência geral (Binet, Terman), e inteligência social (Porteus), das aptidões diversas, expressas num perfil psicológico (Rossolino, Vermeylen, Ozerecki, etc.), teste de Rorschach, etc.*

Cirino (1992) ainda observa o caráter eugênico das proposições e atividades do referido Consultório Médico-Pedagógico, ao citar um trecho do “Relatório Geral da Atividade da Sociedade Pestalozzi em 1935”, redigido por Helena Antipoff. Esse trecho – reproduzido a seguir – demonstra de forma contundente o alargamento, a inserção e poder (eugênico) do discurso médico e psicológico, assim como seu traço elitista.

[...] não se limitavam a receber as crianças; tornam-se mais ativos e, ao invés de esperar o cliente, vão procurá-lo, dirigindo-se para lugares onde há maior probabilidade de encontrá-lo: nas escolas públicas, nos orfanatos, nos centros de trabalhos, nos bairros miseráveis, nos lugares mal afamados, a fim de auxiliar a criança o mais cedo possível, a fim de prevenir o perigo, *antes mesmo que os pais o notem*, antes que um acidente se produza (ANTIPOFF apud CIRINO, 1992, p. 55-56, grifo nosso).

Em São Paulo, o italiano Ugo Pizzoli foi convidado para reorganizar o Laboratório de Psicologia Experimental, no Gabinete de Psicologia e Antropologia Pedagógica anexo à Escola Secundária de São Paulo, e ministrar curso de Psicologia aplicada à Educação, em 1914. De acordo com Jannuzzi (2006), Pizzoli orientou a elaboração da Carteira Biográfica Escolar. “Esse documento constava de nove páginas com fotografias anuais das crianças, seguidas de mensurações diversas, observações antropológicas, físico-psicológicas, dados anamnésicos da família e das crianças, esses obtidos pelo médico” (JANNUZZI, 2006, p. 54).

Segundo Jatobá (2002, p. 111), a criação desse Laboratório de Psicologia Experimental, em São Paulo, pode ser considerada exemplar em relação à aceitação e difusão da Psicologia no meio educacional brasileiro, o que significou incorporar “concepções psicométricas relativas ao medir, quantificar e classificar propostos pela Psicologia científica às escolas, como procedimentos corretos e progressistas, na tentativa de proporcionar conhecimentos verdadeiros sobre seus alunos”. Os laboratórios de Psicologia também atuaram no sentido de identificar e encaminhar para as escolas de Educação Especial os deficientes mentais matriculados na escola pública.

A produção científica relativa à escolarização dos alunos *especiais* historicamente sempre enfatizou aspectos orgânicos e psicológicos. Por esse motivo, por exemplo, não é de surpreender que a escola ficasse (e ainda fica) tão refém de laudos de profissionais da Medicina e da Psicologia para a tomada de decisão de cunho pedagógico. O campo social e político, no qual a escola está imersa, fica imune às críticas perante a hegemonia do discurso médico-psicológico.

Assim é que, foi produzida toda uma literatura que se prendeu quase que exclusivamente a estudar as manifestações próprias da deficiência, espelhando concepções acríticas e descontextualizadas das relações sociais como se, fora das características peculiares por ela geradas, nada mais houvesse que pudesse explicá-la, desembocando na caracterização abstrata e insuficiente da excepcionalidade, baseada no desvio cujo paradigma são as condições sociais atuais (BUENO, 1993, p. 138).

DSM: um novo paradigma?

Atualmente, em tempos de inclusão, chama a atenção o intenso e crescente aumento do *espectro especial*. De acordo com a Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre Direitos das Pessoas com Deficiência, realizada em Nova Iorque, em 2006, da qual o Brasil é signatário, “a deficiência é um conceito em evolução” e “resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras atitudinais e ambientais que impedem sua plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2006). O texto da Convenção, no seu primeiro artigo, ainda complementa: “pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual, mental ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”.

Em nível nacional, um importante documento oficial, “Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva” (BRASIL, 2008), ratifica

a noção de deficiência apregoada pela Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2006) e determina:

Na perspectiva da educação inclusiva, a educação especial passa a constituir a proposta pedagógica da escola, definindo como seu público-alvo os alunos com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento e altas habilidades/superdotação. Nestes casos e outros, que implicam em transtornos funcionais específicos, a educação especial atua de forma articulada com o ensino comum, orientando para o atendimento às necessidades educacionais especiais desses alunos (BRASIL, 2008).

É evidente que o referido “público-alvo” da Educação Especial se amplia, com a incorporação de alunos com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento, altas habilidades/superdotação, assim como transtornos funcionais específicos. Vejamos como o documento supracitado descreve cada um desses grupos:

Os alunos com transtornos globais do desenvolvimento são aqueles que apresentam alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e na comunicação, um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Incluem-se nesse grupo alunos com autismo, síndromes do espectro do autismo e psicose infantil. Alunos com altas habilidades/superdotação demonstram potencial elevado em qualquer uma das seguintes áreas, isoladas ou combinadas: intelectual, acadêmica, liderança, psicomotricidade e artes. Também apresentam elevada criatividade, grande envolvimento na aprendizagem e realização de tarefas em áreas de seu interesse. Dentre os transtornos funcionais específicos estão: dislexia, disortografia, disgrafia, discalculia, transtorno de atenção e hiperatividade, entre outros (BRASIL, 2008).

O documento alerta que “As definições do público-alvo devem ser contextualizadas e não se esgotam na mera categorização e especificações atribuídas a um quadro de deficiência, transtornos, distúrbios e aptidões. Considera-se que as pessoas se modificam continuamente transformando o contexto no qual se inserem” (BRASIL, 2008). Poderíamos considerar esse alerta como uma problematização da questão, porém outros documentos legais⁷ são taxativos, sem margem para discussões, acerca da descrição refinada do público-alvo concernente à Educação Especial.

Nota-se, na caracterização desse “público-alvo”, uma referência clara – devido à utilização do termo *transtorno* – ao Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Norte-Americana de Psiquiatria, conhecido como DSM, atualmente na sua quinta versão (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Ao se escolher o termo “transtorno” (tradução para a língua portuguesa do original em inglês, *disorder*), fica implícita a compreensão de que há algo em desacordo com uma “ordem”, e, portanto, há um ideal a ser perseguido.

O mencionado manual é idealmente um sistema atóxico, descritivo, sem qualquer preocupação com a etiologia dos transtornos, cuja maior pretensão é possibilitar a troca de informações entre os profissionais, e não propiciar a construção de uma

⁷ Um documento extremamente revelador acerca da rigidez na descrição dos diagnósticos é o “Glossário da Educação Especial”, parte integrante do Educacenso (BRASIL, 2011), editado pela Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (Secadi/MEC), a ser discutido na sequência do texto.

hipótese diagnóstica que considere as expressões singulares de cada sujeito. Como bem observa Quinet (1999, p. 11), “Os manuais de diagnóstico atuais parecem tomados pela preocupação de se constituir uma língua comum entre psiquiatras de todo o mundo, como um esperanto que pudesse terminar com o mal-entendido próprio à comunicação”.

Ao priorizar a detecção de desvios e desajustes, os especialistas que agora são chamados a participar de todo o sistema educacional, em uma perspectiva inclusiva, têm seu saber (e poder) técnico ampliado. Com a atual utilização de manuais, como o DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), percebem-se a enorme variação e a ampliação⁸ dos critérios de diagnóstico.

Diagnósticos psiquiátricos, como o Transtorno do Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDA/H), o Transtorno Desafiador Opositivo (TDO) e o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), compõem uma sopa de letrinhas que, devidamente acompanhada de um amplo cardápio psicofarmacológico, têm encontrado no meio escolar um terreno fértil. E isso tem ocorrido, dentre outros motivos, porque a listagem de sintomas divulgada pelo referido manual facilita sobremaneira o diagnóstico, o qual tem sido realizado inclusive por pais e professores. Com argumentos *cientificamente embasados*, os especialistas de agora podem ampliar sobremaneira o espectro do *especial*, visto que o conhecimento acumulado nos oferece, nos dias atuais, condições jamais vistas para que se possam detectar os *desvios*.

De acordo com Pereira (2000), uma das consequências mais evidentes do triunfo do paradigma contemporâneo da classificação dos transtornos mentais, representado pelo referido manual, é a progressiva circulação de um discurso hegemônico que pretende

[...] excluir do debate cientificamente autorizado todas as disciplinas cuja abordagem do sofrimento psíquico não repousasse sobre definições explícitas e convencionais de fatos clínicos imediatamente constatáveis. É o caso notadamente da fenomenologia, da psicanálise e da análise existencial (PEREIRA, 2000, p. 120).

No que diz respeito à classificação do aluno *especial*, cabe destacar alguns elementos acerca do Censo Escolar. A coleta das informações é realizada por meio de um sistema de acesso chamado Educacenso, que as armazena em um computador central na sede do INEP, em Brasília. Os dados são declaratórios, e quem preenche o relatório é o diretor da escola ou uma pessoa designada por ele. Das escolas, são coletadas informações relativas à infraestrutura disponível, as dependências existentes, os equipamentos e as etapas e modalidades de escolarização oferecidas. De cada aluno, são coletados dados como sexo, cor/raça, idade, etapa e escolaridade de ensino que frequenta, nacionalidade, local de nascimento, turma que frequenta, a utilização de transporte escolar e se é portador de deficiência (em caso afirmativo, é necessária uma especificação) (BRASIL, 2013).

No que concerne às informações requeridas pelo Educacenso a respeito dos alunos (BRASIL, 2011), observa-se a ênfase na categorização das deficiências. Se a resposta ao item 12 – aluno com deficiência, transtorno global do desenvolvimento ou altas

⁸ Ao longo de 61 anos, desde a publicação da primeira versão do manual, o DSM-I, a quantidade de transtornos quase triplicou. Em 1952, eram 106 transtornos (DSM-I); em 1968, aumentou para 182 (DSM-II); em 1980, subiu para 265 (DSM-III); já em 1994, eram 297; e, finalmente, em 2013, alcançou a quantidade de 300 transtornos (DSM-V).

habilidades/superdotação – for afirmativa, é obrigatório consultar o *Glossário da Educação Especial* (Secadi/MEC), disponível no próprio manual, com o objetivo de especificar – com extrema precisão – o aluno em questão.

Em relação às deficiências, o supracitado manual considera:

Deficiência auditiva – consiste na perda bilateral, parcial ou total, de 41 dB até 70 dB, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz.

Surdez – consiste na perda auditiva acima de 71 dB, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz.

Deficiência intelectual – caracteriza-se por limitações significativas tanto no desenvolvimento intelectual como na conduta adaptativa, na forma expressa em habilidades práticas, sociais e conceituais.

Deficiência física – consiste na alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzem dificuldades para o desempenho das funções.

Deficiência visual – consiste na perda total ou parcial de visão, congênita ou adquirida, variando com o nível ou acuidade visual da seguinte forma

- Cegueira – Ausência total de visão até a perda da percepção luminosa.
- Visão Subnormal ou Baixa Visão – Comprometimento do funcionamento visual de ambos os olhos, mesmo após tratamento ou correção. Possui resíduos visuais que permitem a leitura de textos impressos ampliados ou com o uso de recursos ópticos.

Surdocegueira – trata-se da deficiência única, caracterizada pela deficiência auditiva e visual concomitantemente.

Deficiência múltipla – consiste na associação de dois ou mais tipos de deficiência (intelectual /visual/ auditiva/ física) (BRASIL, 2011, p. 36).

No que concerne aos transtornos globais do desenvolvimento, o mencionado *Glossário da Educação Especial* esclarece que são “alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento nas relações sociais, na comunicação e/ou estereotipias motoras” (BRASIL, 2011, p. 36). E ainda apresenta a seguinte classificação:

Autismo infantil – transtorno onde há déficit em três domínios: déficit na sociabilidade, empatia e capacidade de compreensão ou percepção dos sentimentos do outro; déficit na linguagem comunicativa e imaginação e déficit no comportamento e flexibilidade cognitiva. A manifestação dos sintomas aparece antes dos 3 anos de idade e pode estar associada à deficiência intelectual. Caracterizando-se por um comprometimento das relações interpessoais e diversas alterações de comunicação de linguagem e de comportamento, inclusive estereotipias motoras.

Síndrome de Asperger – síndrome que está relacionada com o autismo, diferenciando-se deste por apresentar alterações formais na linguagem e na interação social. Prejuízo qualitativo na interação social, nos relacionamentos com seus pares, na reciprocidade social ou emocional.

Síndrome de Rett – transtorno de ordem neurológica e de caráter progressivo, com início nos primeiros anos de vida. Manifesta-se pela ausência de atividade funcional com as mãos, isolamento, regressão da fala e das habilidades motoras adquiridas, comprometimento das relações sociais, do desenvolvimento mental e microcefalia progressiva.

Transtorno Desintegrativo da Infância – transtorno que se caracteriza pela perda de funções e capacidades anteriormente adquiridas pela criança. Apresentam características sociais, comunicativas e comportamentais também observadas no Autismo. Em geral, essa regressão tem início entre os 2 e 10 anos de idade e acarreta alterações qualitativas na capacidade de relação social, jogos ou habilidades motoras, linguagem, comunicação verbal e não verbal, comportamentos estereotipados, instabilidade emocional (BRASIL, 2011, p. 36-37).

Vale enfatizar que o poderoso norteador que balizava a configuração do campo da Educação Especial no Brasil, desde os seus primórdios, e cujo vigor insiste em retornar atualmente nos ideais em circulação relativos à educação inclusiva, continua sendo o discurso médico. Ao sublinhar que os documentos oficiais estão recheados de termos oriundos do DSM, constata-se que o discurso jurídico está aliado ao discurso médico, lembrando que as “implicações filosóficas, éticas e epistemológicas do DSM não são assumidas explicitamente, e o centro da problemática é deslocado para o campo genérico da fundamentação das ciências biológicas” (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011, p. 618).

Considerações finais

O saber médico-psicológico foi essencial para demarcar o campo da Educação Especial. Aqueles alunos que não se adequavam aos ideais da escola regular recebiam um diagnóstico a partir de “exames objetivamente realizados” pelos especialistas, o que, mais cedo ou mais tarde, determinaria a exclusão deles da escola. “Nesse sentido, a escola especial responde, no âmbito dos deficientes ou excepcionais, pela mesma função do hospício, com relação à loucura e da prisão, com relação à delinquência” (BUENO, 1993, p. 137).

As práticas fazem mais do que dispor os corpos; elas inventam o aluno, criam uma posição para ele, conduzem sua conduta e passam a vigiá-lo através de mecanismos de correção e de regulação. O sujeito posicionado na Educação Especial foi sendo narrado e categorizado como “apto” ou “não apto”, “com dificuldades de aprendizagem”, “com problema”, “educável”, “treinável”, “dependente” e “portador de deficiência” (SARDAGNA, 2013, p. 55).

A *neutralidade*, no âmbito da Educação Especial, fica ainda mais acentuada, já que tem o aval dos especialistas, com todo o poder que a cientificidade lhes outorga. O enfoque centraliza-se na deficiência, no que falta ao aluno *especial* em relação àquele considerado normal quanto aos aspectos fisiológicos, neurológicos e psicológicos. Pode-se assinalar uma aliança de compromisso entre os campos da Saúde e da Educação, visto que nas chamadas escolas de Educação Especial, ainda instituídas como subsistema de ensino, era comum que o ambiente escolar dividisse espaço com centros de reabilitação.

A legitimação jurídica da exclusão do sistema regular de ensino, com base em laudos médico-psicológicos, fica evidenciada quando se analisam várias reformas estaduais, por exemplo, Reforma Francisco Campos/Mario Casassanta, em 1927; Reforma Baiana, em 1925; Reforma de Pernambuco, em 1928; e Reforma do Pará, em 1931, as quais previam a isenção de alguns alunos com “incapacidade física e mental desde que comprovada por profissional ou pessoa idônea” (JANNUZZI, 2006, p. 105-106).

Outro efeito da presença do discurso médico-psicológico na Educação Especial foi seu gradual distanciamento do ensino regular. A necessidade constante de diagnóstico, encaminhamento adequado, avaliação contínua, conteúdos reformulados e adaptados, adoção de vocabulário específico entre os profissionais, desenvolvimento de processos de reabilitação das dificuldades específicas ocasionadas pelas deficiências, realmente inviabilizavam a utilização de todo esse aparato por professores das chamadas classes comuns.

A Portaria Interministerial nº 186, de 10 de março de 1978, determinava que o diagnóstico fosse feito o mais cedo possível, em serviços especializados da Legião Brasileira de Assistência/Ministério da Previdência e Assistência Social (LBA/MPAS) “por equipe interprofissional especializada, que realizará avaliação global do excepcional, utilizando procedimentos e instrumentos da área biomédica, psicossocial e pedagógica, que ofereçam garantias de rigor científico e adequabilidade” (BRASIL, 1978, p. 73). O pretendido *rigor científico* oblitera quaisquer implicações éticas e ideológicas relativas ao diagnóstico, assim como dificulta um posicionamento crítico em relação a este. Se o ponto de partida na Educação Especial tinha como pressuposto a obtenção do diagnóstico, é compreensível que o aval dos especialistas fosse imprescindível.

Seria possível admitir que essa confluência entre os saberes médicos e psicológicos concernente à histórica configuração do campo da Educação Especial no Brasil efetivamente foi superada com a atual disseminação dos ideais da educação inclusiva? A intensa aliança de compromisso entre os campos da Saúde e da Educação, as preocupações higienistas e a atenção ao desvio são alguns elementos que teimam em reaparecer (se é que em algum momento deixaram de existir) nos atuais ideais inclusivos. Um trabalho de inclusão que, de forma paradoxal, faz-se necessário justamente porque os mesmos especialistas médicos e psicólogos, anteriormente, corroboraram a exclusão do ensino regular. O tempo passa, novas leis são criadas, mas a relevância do saber especialista parece não ceder.

Na atualidade, a partir da análise da legislação federal específica, é notável a excessiva ênfase no conhecimento integral do chamado *público-alvo* da Educação Especial, já na perspectiva da Educação Inclusiva, cuja caracterização é marcadamente influenciada pelo Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais da Associação Norte-Americana de Psiquiatria (DSM), o que tem provocado uma evidente ampliação do espectro do especial.

A presença marcante do discurso médico, ontem e hoje, legitima uma pretensa naturalização e cientificidade das velhas e novas categorias de deficiências. Na busca excessiva pela *ordem*, criamos os desvios. O que se pretende problematizar aqui é a impossibilidade de classificação total e definitiva desses alunos *especiais*. Tal discussão talvez nos auxilie a questionar a *ordem*, e não somente reproduzir o furor classificatório. Dito de outra maneira, deixar-se indagar pela ambivalência, pela indefinição, pelo imprevisível e pela complexidade. Afinal, a classificação não é algo que está na natureza, o que nos remete à desnaturalização da ordem.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorder**. 5. ed. Arlington, 2013. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/proposedrevision/Pages/proposed-dsm5-organizational-structure-and-disorder-names.aspx>>. Acesso em: 21 ago. 2015.
- ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DEFICIENTE – AACD. Disponível em: <www.aacd.com.br>. Acesso em: 21 ago. 2015.
- BATISTA, Cristina Abranches Mota. **Inclusão escolar**: equívocos e insistência. Uma história de reis, príncipes, monstros, castelos, cachorros, leões, meninos e meninas. 2012. 282 p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.
- BRASIL. Ministério da Educação. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Portaria interministerial 186, de 10 de março de 1978. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 mar. 1978. Seção 1, p. 3999.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política nacional de Educação Especial na perspectiva da educação inclusiva**. Brasília: MEC/SEESP, 2008.
- BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo escolar**: Educacenso - caderno de instruções. Brasília: MEC/INEP, 2011.
- BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Educacenso**: perguntas frequentes. Brasília: INEP, 2013.
- BUENO, José Geraldo Silveira. **Educação especial brasileira**: integração/segregação do aluno diferente. São Paulo: EDUC, 1993.
- CIRINO, Oscar. O descaminho daquele que conhece. In: FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Fascículos Fhemig**. Belo Horizonte: Centro Psicopedagógico/FHEMIG, 1992. p. 39-83, n. 7.
- CLAVREUL, Jean. **A ordem médica**: poder e impotência do discurso médico. Tradução de Jorge Gabriel Noujaim, Marco Antonio Coutinho Jorge, Potiguara Mendes da Silveira Junior. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. 5. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.
- DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. 3. ed. São Paulo: Edições Graal, 2001.
- DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, 2011.
- FIGUEIREDO, Luis Cláudio Mendonça. **Matrizes do pensamento psicológico**. Petrópolis: Vozes, 2005.
- FOUCAULT, Michel. História de la medicalización. **Educación médica y salud**, v. 11, n. 1, p. 3-25, 1977.
- GUARIDO, Renata. **“O que não tem remédio, remediado está”**: medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação. 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- GUARIDO, Renata; VOLTOLINI, Rinaldo. O que não tem remédio, remediado está? **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 239-263, abr. 2009.
- JANNUZZI, Gilberta Sampaio de Martino. **A luta pela educação do deficiente mental no Brasil**. São Paulo: Cortez Editora/Editora Autores Associados, 1985.
- JANNUZZI, Gilberta Sampaio de Martino. As políticas e os espaços para a criança excepcional. In: FREITAS, Marcos Cezar de (Org.). **História social da infância no Brasil**. São Paulo: Cortez/U.S.F., 1997.
- JANNUZZI, Gilberta Sampaio de Martino. **A educação do deficiente no Brasil**: dos primórdios ao início do século XXI. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2006.
- JATOBÁ, Carla Mercês da Rocha. **Às sombras das escalas: um estudo sobre a concepção de anormalidade em Alfred Binet**. 2002. 152 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- JORGE, Marco Antônio Coutinho. **Sexo e discurso em Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
- KEHL, Renato. **Lições de Eugenia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1935.

- KUPFER, Maria Cristina Machado; VOLTOLINI, Rinaldo. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. In: LERNER, Rogério; KUPFER, Maria Cristina Machado. **Psicanálise com crianças:** clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta, 2008. p. 93-107.
- LAJONQUIÈRE, Leandro de. **Infância e ilusão (psico)pedagógica:** escritos de psicanálise e educação. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- LOCKMANN, Kamila. Medicina e inclusão escolar: estratégias biopolíticas de gerenciamento do risco. In: FABRIS, Elí Terezinha Henn; KLEIN, Rejane Ramos (Orgs.). **Inclusão e biopolítica.** Belo Horizonte: Autêntica, 2013. p. 129-146.
- MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma:** a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MAZZOTTA, Marcos José da Silveira. **Educação especial no Brasil:** história e políticas públicas. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. A medicalização da educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente: a medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 31., 2008, Caxambu. **Anais eletrônicos...** Caxambu: ANPED, 2008. p. 01-25. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/31ra/sessoes_especiais.htm>. Acesso em: 5 jan. 2014.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.** Resolução A/61/106, 13/12/06. Nova Iorque: Nações Unidas, 2006.
- PATTO, Maria Helena Souza. **Psicologia e ideologia.** 1. ed. São Paulo: T.A. Queiroz, 1984.
- PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar:** histórias de submissão e rebeldia. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- PEREIRA, Mário Eduardo Costa. A paixão nos tempos do DSM: Sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia. In: PACHECO FILHO primeiro nome et al. (Orgs.). **Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000, p. 119-152.
- QUINET, Antonio. **A ciência psiquiátrica nos discursos da contemporaneidade.** 1999. Disponível em: <http://lacanian.memory.online.fr/AQuinet_Ciencia.htm>. Acesso em: 10 jan. 2013.
- SARDAGNA, Helena Venites. Da institucionalização do anormal à inclusão escolar. In: FABRIS, Elí Terezinha Henn; KLEIN, Rejane Ramos (Orgs.). **Inclusão e biopolítica.** Belo Horizonte: Autêntica, 2013. p. 45-60.
- SILVA, Kelly Cristina Brandão da. **Educação Inclusiva:** para todos ou para cada um? Alguns paradoxos (in) convenientes. 2014. 280 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- WANDERBROOCK JÚNIOR, Durval. **A educação sob medida:** os testes psicológicos e o higienismo no Brasil (1914-45). Maringá: Eduem, 2009.