

### 3

## As especificidades da infância com deficiência e a ascensão do saber psiquiátrico

### 3.1 A construção da loucura na modernidade

O eixo de trabalho que será desenvolvido neste capítulo parte da tese de que as especificidades da institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência estão relacionadas à história da ascensão do saber psiquiátrico. Em relação aos estudos sobre a constituição da psiquiatria enquanto ciência, bem como do seu processo de legitimação social, foram realizados importantes estudos, levando-se em consideração aspectos distintos<sup>33</sup>. No entanto, os objetivos desta dissertação baseiam-se no entendimento de que os vieses mais importantes do percurso histórico da medicina mental<sup>34</sup> estão situados (1) no contexto sócio-político da gênese asilar, (2) na dimensão da periculosidade social enquanto critério de institucionalização e (3) na apropriação das *anomalias* da infância por parte do saber psiquiátrico. Esta dissertação não pretende realizar um mapeamento histórico da evolução da ciência psiquiátrica a partir dos tópicos identificados, mas abordá-la no sentido de compreender a aplicabilidade desses vieses ao tema da institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência.

No que se refere ao período analisado, considerou-se o final do século XVIII e o início do século XIX como o período de gênese da ciência psiquiátrica, bem como da consolidação das influências morais sobre seu campo de práticas. No que diz respeito ao processo de apropriação da infância pelo saber psiquiátrico, seguindo estudos anteriores, serão tomados como referência os primeiros estudos realizados a partir da segunda metade do século XIX.

---

<sup>33</sup>Ver bibliografia- Castel (1978), Birman (1978) e Foucault (2002a, 2002b, 2006).

<sup>34</sup> O termo *medicina mental* é utilizado por Castel(op.cit) e Birman(op.cit.)

O contexto das análises terá como foco a realidade da França, onde o processo de gênese da ciência psiquiátrica foi extensamente estudado. Esta escolha não se deu apenas pela facilidade de acesso aos autores que analisaram o desenvolvimento da psiquiatria francesa, mas, sobretudo pelo fato de ter sido aí que sua teoria foi desenvolvida, inspirando outras iniciativas pelo mundo. Sobre o prestígio da psiquiatria francesa, Joel Birman o identifica em uma declaração de Esquirol:

“...os estrangeiros traduzem as obras dos médicos franceses que escreveram sobre esta matéria, e que eles vêm visitar nossos estabelecimentos, assistir a nossas lições, seguir nossa prática, em uma palavra, aprender a tratar os loucos...”<sup>35</sup>

No que se refere aos autores que servirão de base a esta etapa do estudo, serão utilizados, além dos textos de Michel Foucault, Robert Castel e Jaques Donzelot - já citados no Capítulo 1 - a tese de Lilia Lobo(1997) e o texto de Joel Birman<sup>36</sup>.

A ascensão do saber psiquiátrico no mundo ocidental está diretamente relacionada ao contexto social e político da Europa do século XIX. A análise de Castel (1978) acerca da gênese e da ascensão das práticas alienistas do século XIX parte do pressuposto de que a psiquiatria nasce com uma demanda política de controle social, no seu caso específico, a administração da loucura:

“A psiquiatria é efetivamente uma ciência política já que ela respondeu a um problema de governo. Ela permitiu administrar a loucura. Mas deslocou o impacto diretamente político do problema para o qual propunha solução, transformando-o em questão ‘puramente’ técnica. Se existe repressão, esta se deve ao seguinte: com a medicina, a loucura passou a ser administrável.”(Castel, 1978, p.19)

---

<sup>35</sup> Esquirol, J. Existe-t-il de nos jours un plus grand nombre de fous qu’il n’en existait il y a quarante ans? In *Dês maladies mentales*, vol. II p.733-734 *apud* Birman (1978:39)

<sup>36</sup> BIRMAN, Joel. *A Psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.

A partir da perspectiva de que a psiquiatria nasce com um mandato político de controle social, é possível identificar dois pontos que são importantes para compreensão deste processo.

O primeiro refere-se à necessidade de discernimento acerca da afirmação de que a psiquiatria *respondeu a um problema de governo*. Neste ponto, as considerações do autor partem de uma análise sociológica onde, a partir do contexto específico da transição de regimes no final do século XVIII, houve uma conjugação de fatores que possibilitou um fenômeno específico. Ou seja, o autor defende uma análise que privilegia a concepção de que o mandato de controle social conferido à psiquiatria foi resultado de uma série de processos distintos, porém articulados em um dado contexto sócio-histórico. Com isso, Castel afirma que não havia a intencionalidade prévia de uma estratégia macro-política do Estado na delegação, para a psiquiatria, das funções de controle da loucura:

“O registro da análise pouco tem a ver com a as intenções subjetivas dos atores. Não pretende, também, denunciar programas maquiavélicos de política-ficção. Não existe *Estado-Leviatã* nem uma abstrata dominação de classe que impor a sua lei do alto através de aparelhos ideológicos ou outros, servidos por cínicos agentes. A rigor, poder-se-ia dizer que a medicina mental tornou-se, bem tarde e apenas em parte, uma peça de um aparelho centralizado de poder.” (Castel, 1979, p.18)

O segundo ponto relevante na afirmação de que a psiquiatria ocupou um mandato de controle social refere-se ao deslocamento da problemática da loucura: do campo das questões sociais para as instituições médicas. Com isso, o tema da loucura, aos poucos, afasta-se do debate político para residir apenas nos instrumentais técnicos. Essa dicotomia entre o técnico e o político, efeito do processo de especialização da medicina mental, mostra-se relevante para a análise da institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência, uma vez que é possível identificar que, em parte, a *invisibilidade* desta temática encontra explicação

na sua “especialidade” em relação à discussão política que marca o campo da assistência à infância<sup>37</sup>.

Segundo Castel (1978), foi, portanto, dentro do complexo mandato de controle social da loucura que a psiquiatria construiu seu projeto. As suas bases de legitimação estavam relacionadas aos elementos específicos que, a partir do final do século XVIII, constituíram o *status antropológico* da loucura na modernidade.

O primeiro elemento refere-se ao declínio da autoridade monárquica e à ruptura do equilíbrio entre o poder real, o aparelho judiciário e as famílias. Assim como identificado por Donzelot, a abolição das *lettres de cachet* e o advento do legalismo representaram a ruptura da ordem tradicional e o nascimento de um novo contexto sócio-político. Em relação ao caso específico da loucura, Castel afirma que: “se por um lado, sua repressão continua parecendo tão necessária, o recurso direto ao poder político para realizá-la é bloqueado, já que fica desqualificado enquanto manifestação do arbítrio real” (Castel, 1978, p.10).

O segundo elemento, consequência direta do primeiro, aponta para os novos atores sociais - autoridades distritais, justiça (juízes e promotores) e medicina - que passam a ocupar o vazio deixado pelo arbítrio real. No entanto, seja pelo complexo processo de organização da nova ordem social, seja pela especificidade da questão da loucura, Castel afirma que só a partir da constituição da legitimidade psiquiátrica será possível a percepção de um equilíbrio estável.

O terceiro elemento refere-se à atribuição do *status* de doente ao louco. A partir da apropriação da loucura pelo saber médico, cria-se uma distinção dos loucos em relação aos outros “marginais”, retirando-os do universo das questões sociais e os inserindo nas atribuições da medicina. Essa mudança, marco fundamental para a gênese psiquiátrica, não apenas cria segmentações setoriais - de um lado questões sociais e de outro questões médicas - com constitui, para o indivíduo louco, segundo Castel, um novo *status antropológico*.

O quarto elemento refere-se à constituição de uma instituição especializada, uma estrutura hospitalar direcionada ao novo mandato da medicina mental. Como foi

---

<sup>37</sup> No Capítulo III, ao identificar algumas características das instituições de abrigo para crianças e adolescentes com deficiência, será retomada à discussão em torno da “invisibilidade” do tema.

abordado no Capítulo 1, a modernidade não criou o hospital, mas sim a apropriação deste por parte do saber médico<sup>38</sup>. A instituição psiquiátrica surge com a promessa de um “estabelecimento terapêutico”, o *lócus* de aplicação do mandato da medicina mental. Neste sentido, uma ressalva é válida: a constituição da instituição especializada não significa que, antes dela, não havia o asilamento da loucura. Segundo Foucault (2002), desde o final da Idade Média, já havia registros de hospitais e casas de internamento que se dedicavam, prioritariamente, a receber os *insensatos*. O que não havia, à época, era a caracterização de um espaço de tratamento, instituído de um saber científico.

Apesar do esforço de distinção destes quatro elementos como constituintes do *status* da loucura na modernidade, a compreensão do processo de surgimento e desenvolvimento da psiquiatria passa pela complexa e indissociável conjugação entre eles. Isso fica exemplificado na evidente relação entre o declínio da monarquia absolutista e a pulverização dos pólos de influência entre o poder judiciário e as administrações distritais.

Da mesma forma, mostram-se igualmente indissociáveis os dois últimos fatores, a atribuição do *status* de doente ao louco e a constituição de instituições específicas, uma vez que “a internação em um *estabelecimento especial* é o elemento determinante que condiciona esse *status*.” (Castel, 1978, p.56). A formatação da condição de alienado mental só se torna possível a partir da sua inclusão na dinâmica “terapêutica” da instituição psiquiátrica. Por esta razão, o mandato da medicina mental se estabelece a partir do momento que põe sua tecnologia a serviço de uma ordenação institucional que deve articular esses elementos.

Mas qual a relação entre doença mental e o tratamento baseado em uma ordenação institucional? Segundo Castel, o “próprio Pinel se refere à sua obra como reforma administrativa”. Neste sentido, a ordenação institucional representa a essência do recurso terapêutico, sobretudo na relação entre a definição dos

---

<sup>38</sup> No entanto, segundo Castel, essa apropriação não foi sem resistência. As estruturas hospitalares do século XVII carregavam o descrédito público por terem representado durante muito tempo o lugar do expurgo para onde eram enviados, através das *lettres de cachet*, toda sorte de indesejáveis e inimigos da Igreja e da administração real. Por esta razão, a criação dos “estabelecimentos especiais” não se coadunava com o processo em curso, na França *pós-revolucionária*, de desmontagem do antigo complexo hospitalar, bem como das bastilhas monárquicas, uma vez que “a luta contra o absolutismo real passa, também, pela destruição de suas cidadelas hospitalares.”(Castel, 1978, p.56).

mecanismos institucionais e o *status* do alienado mental. A ordenação institucional, marco da *tecnologia pineliana*, é o pilar fundamental da prática asilar:

“O ato fundador de Pinel não é retirar as correntes dos alienados, mas sim o ordenamento do espaço hospitalar. Através da ‘exclusão’, do ‘isolamento’, do ‘afastamento’ para prédios distintos, as categorias misturadas no enclausuramento são desdobradas em tantas quantas forem as razões para se tornar um assistido: pobreza, velhice, solidão, abandono pelos parentes, doenças diversas. A categoria da loucura se destaca, então, em sua especificidade, decantada dessas cumplicidades ligadas pela universalidade da desgraça. E, dessa maneira, ela se tornou doença. A partir do momento em que é isolado em seu próprio espaço, o insano aparece, sem dúvida, seqüestrado como os outros, porém, por outras razões. Por causa de doença.”(Castel, 1978, p.83)

Castel propõe uma sistematização dessa tecnologia em três operações. A primeira refere-se à estratégia do *isolamento terapêutico*, ou seja, afastar o indivíduo louco do compartilhamento do espaço social como forma de “romper com esse foco de influências não controladas no qual a doença encontraria do que entreter sua própria desordem”. A segunda operação diz respeito à criação de uma organização dos espaços, do tempo, das regras e das hierarquias “que tecem a vida cotidiana do doente com uma rede de regras imutáveis”. A terceira, por fim, refere-se à *relação de autoridade* que subordina o doente ao médico e a seus auxiliares, onde “o alienado nada mais é do que um ‘enfermo’, cujo defeito, aliás, frequentemente se apresenta como excesso, imoderação”.

A *tecnologia pineliana*, portanto, constrói a concepção que o tratamento asilar deve passar, necessariamente, pelo processo de organização da loucura em desordem. A cura - o retorno à razão - seria a consequência da interiorização de uma racionalidade estranha à condição delirante. Neste sentido, a organização institucional deve representar, de forma concreta e simbólica, a ordem da razão, o que por si só já é o tratamento:

“Um hospital é, de certa forma, um instrumento que facilita a cura: porém existe uma grande diferença entre um hospital de febris e feridos e um hospital de loucos curáveis; o primeiro oferece somente um meio de tratar com maiores ou menores vantagens, em função de ser mais ou menos bem

distribuído, ao passo que o segundo tem, ele próprio, função de remédio.”(Tenon *apud* Castel,1978, p.61)

A partir do pressuposto de que o *hospital de loucos* representaria mais do que o espaço onde se dá o tratamento, mas o tratamento em si, é possível compreender a referência de Pinel à sua obra como uma “reforma administrativa”. Reforma administrativa na medida em que estabelece um reordenamento na estrutura física e funcional do asilo, o que influencia a dinâmica das práticas institucionais. Neste caso, a reforma administrativa criou o dispositivo asilar, que além de *locus* da prática, é a maquinaria que executa a terapêutica.

Esse entendimento, presente nas considerações de Goffman, ao analisar as características totalitárias do manicômio, ilustra os princípios norteadores da idéia de institucionalização.

Visto como estratégia de reprodução, por sua vez, o conceito de institucionalização - que parte da concepção de um sistema integrado de ideologias e práticas - também é contemplado pela instituição asilar, já que tanto institui efeitos de ordenação e separação quanto produz, com estatuto de verdade, saberes à serviço de uma lógica específica, no caso, o tratamento da alienação mental<sup>39</sup>.

### **3.2 Interseções da loucura com a deficiência: a *síntese asilar* enquanto esquema de análise**

A identificação dos fatores sócio-políticos apontados por Castel permite a apreensão do processo inicial da gênese psiquiátrica. No que diz respeito ao campo das práticas da medicina mental, no entanto, há a necessidade de entender como estes fatores encontraram uma “coerência” de funcionamento. Esse é o ponto importante para a compreensão da interface entre o processo de ascensão do saber psiquiátrico e a institucionalização da infância com deficiência.

Castel afirma que uma política - que no caso ele chamou de uma *política de saúde mental* - constitui-se enquanto um sistema quando concebe uma articulação

---

<sup>39</sup> Ver, no Capítulo I, as perspectivas adotadas para apreensão do conceito de institucionalização.

entre eixos específicos: “um *código teórico* (por exemplo, no século XIX, as nosografias clássicas); uma *tecnologia de intervenção* (por exemplo, o ‘tratamento moral’); um *dispositivo institucional* (por exemplo, o asilo); um *corpo de profissionais* (por exemplo, os médicos-chefes), um *estatuto de usuário* (por exemplo, o alienado definido como menor passível de assistência pela lei de 1838)”. A conjugação destes elementos, segundo o autor, “forma uma constelação relativamente estável com conteúdo relativamente fixo. Assim, como veremos, **a síntese asilar apresentou uma coerência extraordinária**, sendo cada uma de suas partes construída em relação às outras a partir da matriz comum da internação”.<sup>40</sup>

O esquema proposto por Castel demonstra que o sistema político da psiquiatria do século XIX formou-se a partir da articulação de eixos específicos, que ele denominou de *síntese asilar*. Levando-se em consideração este esquema, é possível compreender, com mais clareza, a convergência entre as características da ascensão da psiquiatria do século XIX e o fenômeno da institucionalização da infância com deficiência. Ou seja, defendemos a tese de que a compreensão do processo de institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência pode ser analisada a partir dos eixos constituintes da *síntese asilar* que caracterizou a gênese psiquiátrica do século XIX.

São dois os argumentos primários que sustentam esta tese. O primeiro baseia-se na constatação de que, em quase sua totalidade, as crianças e adolescentes institucionalizados são portadores de deficiência mental e/ou transtornos psíquicos. Há um número significativo de crianças abrigadas com limitações motoras, mas raramente estas deficiências físicas estão dissociadas do comprometimento mental.<sup>41</sup>

O segundo argumento está na percepção de que as especificidades da institucionalização da infância com deficiência desviam-se da história comum dos internatos para as crianças *desvalidas*, e seguem os elementos que caracterizaram a gênese da psiquiatria no século XIX. Este argumento está presente em três eixos do

---

<sup>40</sup> Castel (1978, p.12). O grifo é nosso.

<sup>41</sup> Os resultados da pesquisa *Do confinamento ao acolhimento*, que identificam os dados diagnósticos da população de crianças e adolescentes com deficiência abrigados no estado do Rio de Janeiro, serão apresentados no Capítulo 3.

esquema de Castel. O primeiro, *o dispositivo institucional*, sustenta-se na verificação de que o abrigo de crianças e adolescentes com deficiência acontece, prioritariamente, em instituições “especializadas” neste tipo de atendimento<sup>42</sup>. O segundo eixo, *o código teórico*, baseia-se no percurso histórico que a psiquiatria percorreu para estabelecer categorias nosológicas às crianças que escapavam dos quesitos “normais” do desenvolvimento infantil. O terceiro eixo, a *tecnologia de intervenção*, assinala que, assim como nos asilos psiquiátricos, o *tratamento moral* caracterizou a concepção das análises diagnósticas e as técnicas de intervenção voltadas à *criança anormal*, bem como às suas famílias.

Além destes argumentos, a compreensão de que o modelo da *síntese asilar* pode ser aplicado à institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência passa pela definição de uma linha de análise: Por que o entendimento acerca deste processo de institucionalização privilegia a história da psiquiatria ao percurso da assistência à infância? Ou seja, por que compreender esse processo através do *código teórico* da idiotia/criança *anormal* e não através da *infância desvalida*? A resposta está na especificidade da deficiência que cria, como defendemos neste estudo, um campo de interseções entre os temas da infância e da loucura. Castel aponta nesta direção:

“A primeira psiquiatria não enfrentou o problema da infância a não ser a partir de Esquirol, e por um rodeio - o atraso do desenvolvimento (a idiotia) - e não a partir da loucura.”(Castel, 1978, p. 39)

O ponto de partida para o processo de assimilação da infância pela psiquiatria localiza-se no interesse da medicina mental pela *idiotia*. Assim, o entendimento das especificidades da institucionalização da criança com deficiência passa pela compreensão de alguns sentidos relacionados ao *tratamento moral* do *idiotia*. Neste sentido, destacam-se a concepção da *periculosidade social* enquanto critério primário da internação, e a contribuição da Teoria das Degenerescências enquanto fundamento teórico para compreensão da relação entre *idiotia* e viciosidade.

---

<sup>42</sup> A identificação de instituições “específicas” para crianças e adolescentes com deficiência será discutida no Capítulo 3.

### 3.3. Da *idiotia* à infância *anormal*: crianças com deficiência e as dimensões da moralidade

O processo de constituição das *anomalias* da infância enquanto *código teórico* que identifica as crianças com deficiência passa por caminhos distintos, embora indissociáveis. O primeiro deles, que trata da condição da deficiência, parte da compreensão do que se denominou *idiotia* enquanto categoria que ilustra as expressões de deficiências e dos retardos cognitivos. O segundo caminho, segue as pistas que levam ao processo de expansão do saber psiquiátrico sobre a infância. Segundo Lobo (1997), a conjugação desses processos constituíram a identidade da *criança anormal*:

“Marcada por causas orgânicas, por estigmas físicos, considerada incurável, questionada enquanto doença, a idiotia custou mais a adquirir essa visibilidade nosográfica da psiquiatria. Nem por isso deixou de ser, desde o início, assimilada à alienação e à doença mental, quer nos discursos, quer nas práticas de enclausuramento. É este ponto que nos interessa: a institucionalização de idiota pelo psiquiatra e que, por extensão, fez nascer no início do século XX a criança anormal”(Lobo, 1997, p.472)

A imagem da deficiência mental, durante muitos séculos, esteve relacionada aos estigmas físicos, identificados no espetáculo de assombro e horror das *monstruosidades*<sup>43</sup>. No que se refere à sua diferenciação com a loucura, o saber popular distinguiu o *idiota* como aquele “fraco do juízo”, enquanto o doido aparece relacionado ao delírio e à “fúria”. Segundo Lilia Lobo, esse discernimento, no entanto, não impediu a inclusão da idiotia no campo da doença mental. Para Castel (1978), essa inclusão atendia ao objetivo alienista de fazer com que o hospício mantivesse diversas tipologias de alienações mentais. O autor identifica, nas palavras de Pinel, as considerações que permitiram essa inclusão:

“Um hospício de alienados(...) é destituído de um objeto fundamental se, através de sua disposição interior, não mantiver diversas espécies de alienados num tipo de isolamento, não for capaz de separar os mais furiosos daqueles

<sup>43</sup> Ver Lobo (1997), Capítulo I - *Monstros e Degenerados*

que são tranqüilos, não evitar suas comunicações recíprocas a fim de impedir recaídas e facilitar a execução de todos os regulamentos de polícia interior ou afim de evitar anomalias inesperadas na sucessão do conjunto de sintomas que o médico deve observar e descrever”(Pinel apud Castel,1978: 83-84)

Portanto, se não há dúvidas em relação ao interesse da psiquiatria em manter a diversidade de alienados no dispositivo asilar, é relevante que se identifique a partir de que perspectivas se deu a assimilação da *idiotia* no campo da alienação mental, e principalmente, os efeitos dessa inclusão. Lilia Lobo expõe esta questão:

“Foi portanto, neste conjunto das ‘diversas espécies de alienados’ que o idiota foi incluído. Como isto aconteceu? **Desvalido, abandonado, inútil para o trabalho, e sobretudo incurável, ele o era tal como os demais. Às vezes era ao mesmo tempo surdo, cego ou paralítico. Outras vezes, considerado capaz para certos trabalhos, como o imbecil.** O que o aproximou do alienado, já que não apresentava a característica fundamental da alienação que era o delírio? Por que, reconhecido desde logo em sua organicidade, não foi absorvido pela medicina clínica?”(Lobo, 1997, p.473-474-grifo nosso)

A autora chama a atenção para o fato da assimilação do *idiota* pela psiquiatria não ter se dado pelos aspectos orgânicos de sua nosologia, muito menos pelo interesse terapêutico na inteligência deficiente. O interesse do saber psiquiátrico localizava-se no comportamento do *idiota*, aquilo que expressava sua *estranheza* e apontava para sua *monstruosidade*. É a partir da dimensão da *monstruosidade* que a psiquiatria vai se interessar pelo idiota. Mas, o que legitima esse interesse?

Em primeiro lugar, considerando a assimilação da *idiotia* pela psiquiatria, alguns discernimentos foram feitos em relação à loucura. Lilia Lobo identifica, em Esquirol, a tentativa de sistematização desses discernimentos:

“O século XIX embora admitindo graus para a idiotia, fixou-a definitivamente na abolição das faculdades intelectuais. Esquirol será um marco a orientar boa parte das teses brasileiras a esse respeito. Reconhecendo a idiotia não como uma doença mas como um estado, uma parada no desenvolvimento, ele afirma: **‘A idiotia não é uma doença, é um estado no qual as faculdades intelectuais não se manifestam jamais,** ou não puderam se desenvolver o suficiente para que o idiota pudesse adquirir os conhecimentos relativos à educação que recebem os indivíduos de sua idade, e colocados nas mesmas

condições que eles. A idiotia começa com a vida ou na idade que precede o desenvolvimento completo das faculdades intelectuais e afetivas; os idiotas são aqueles que o serão durante todo o curso de sua vida, e neles tudo revela uma organização imperfeita ou uma parada no seu desenvolvimento. **Não se concebe a possibilidade de mudar tal estado**” (Esquirol, 1838, *apud* Lobo, 1997, p.477-grifo nosso).

Foucault (2006) também encontra, na sistematização de Esquirol, as duas noções que nortearam o entendimento acerca da idiotia: *estado e desenvolvimento*. A partir dessas noções foi possível uma diferenciação entre idiotia e loucura: (1) a *idiotia* é uma condição de interrupção do desenvolvimento e fica associada à infância, e a loucura vinculada à vida adulta; (2) a *idiotia* é um estado permanente de déficit, enquanto que a loucura é uma doença de natureza evolutiva e (3) a *idiotia* está sempre associada a uma etiologia orgânica e a loucura é associada aos eventos acidentais, que ocorrem a partir de um certo momento. Foi em decorrência desse esforço de sistematização que Esquirol apresenta sua conhecida metáfora: “O homem demente acha-se privado dos bens que gozou em outrora. É um rico que ficou pobre; o idiota esteve sempre no infortúnio da miséria” (Lobo 1997, p.477). Foi, portanto dentro da perspectiva de um *estado* permanente e incurável de déficit que *idiotia* vai se localizar no pensamento alienista, a partir dos primeiros quarenta anos do século XIX.

O esforço para a organização de discernimentos entre a loucura e a *idiotia*, no entanto, não impedirá a reunião das duas sobre a categoria da alienação mental. Foucault (2006) aponta essa *dialética*: ao mesmo tempo em que se realizava uma distinção conceitual entre *idiotia* e loucura, as instituições psiquiátricas organizavam-se para receber as crianças idiotas, os imbecis e os débeis.

Como ressalta Lilia Lobo, esta sistematização acerca da *idiotia* vai nortear os estudos da psiquiatria brasileira. Estes trabalhos, à época insipientes, pouco se dedicavam ao aprofundamento do tema da *idiotia*. No entanto, é curioso notar que o primeiro deles<sup>44</sup>, inclui ao *idiota*, “além dos aspectos libidinosos, o roubo e a astúcia”, a capacidade “de enganar qualquer pessoa” (Lobo, 1997:479). O

---

<sup>44</sup> *Considerações gerais sobre a alienação mental*, defendida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro pelo doutorando Antônio Luiz Silva Peixoto, em 1837 (Lobo, 1997).

comportamento do *idiota* começa a mostrar sua relevância, sobretudo a partir da medicina higienista que investiu na visibilidade moral da *idiotia*, principalmente no que se refere à prevenção da sua ocorrência (higiene dos casamentos, influências dos pais no momento da concepção, herança das degenerescências). Neste processo, a *idiotia* conjugava a monstruosidade em sua dupla dimensão: orgânica e moral. Com isso, segundo Lilia Lobo, o caráter moral da monstruosidade fez com que a animalidade do louco fosse deslocada para segundo plano:

“Pois essa animalidade, a destituição completa da condição humana, esse reino de bestialidade será gradativamente ocupado pela figura do idiota, não apenas na curiosidade popular, nas feiras ou nos circos, mas principalmente nos estudos dos sábios que há muito buscavam em suas especulações os traços do homem no estado puro da natureza, o verdadeiro selvagem”(Lobo,1997, p.481-482)

A monstruosidade, orgânica e moral, que afastava o comportamento da *idiotia* da condição humana e o aproximava do universo das “animalidades”, passa a povoar o pensamento alienista. Essa construção imaginária, recheada por algumas poucas “histórias escandalosas” começa a incitar as medidas de internação da idiotia sob o argumento da *periculosidade social*.

Segundo Joel Birman, a decisão de internar ou não um alienado tinha na idéia de *periculosidade social*, seu ponto central. “Era em torno desta noção que se avaliava a necessidade de isolamento de um indivíduo e o tipo de isolamento a que seria submetido”. (Birman,1978, p.265).

No entanto, a discussão acerca do internamento dos idiotas causou polêmica interna entre os psiquiatras. Se por um lado havia o apelo da *periculosidade*, por outro se argumentava em razão do caráter incurável da idiotia e da demência:

“..o primeiro quadro positivo estabelecido, era que o isolamento seria formulado para a alienação mental propriamente dita e, não para as outras nosologias ligadas a defeitos instrumentais da função cerebral, isto é, para a Demência e a Idiotia. Ambos os grupos poderiam ser mantidos em suas casas, já que isolamento não traria um benefício em suas enfermidades”(Biman,1978, p. 263)

De outro lado, havia os defensores da internação que se baseavam não apenas nos critérios nosológicos e na eficácia da terapêutica asilar, mas nos motivos externos à enfermidade, nas questões relacionadas à ordem social. Segundo Birman, estas questões se organizavam basicamente em dois eixos:

“1) A perturbação que outras pessoas poderiam sentir face a eles. Poderiam representar um obstáculo para suas famílias, que por isso mesmo procuravam se livrar deles pelo internamento, **ou ainda eles se tornavam a personificação de temores presentes no imaginário dos outros, pelo simples fato de serem idiotas ou dementes.**

2- Interná-los, representaria uma forma de proteção, prevenção moral, já que poderiam ser utilizados por criminosos a fim de realizar atos anti-sociais. O internamento dos idiotas se tornaria uma ação de *segurança social*, prevenindo a difusão da delinquência.”(Birman,1978, p.264-grifo nosso)

Além do debate em torno de situações objetivas, havia a discussão em torno da dimensão potencial da *periculosidade social*, o que Birman chamou de uma “virtual periculosidade”:

“Mas onde colocá-los? É necessário colocá-los nos hospícios, ou deixá-los nas suas famílias? Nas suas famílias eles causariam muitos acidentes, pois frequentemente não são tão inofensivos quanto geralmente se diz. Inofensivos hoje, eles podem se tornar perigosos amanhã...”<sup>45</sup>

Birman demonstra, portanto, que o debate em torno da indicação de internação para os casos de idiotia passou pelos apelos aspectos “externos à enfermidade”, priorizando a proteção dos *corpos* individuais e sociais:

“A periculosidade social deve ser encarada no seu sentido amplo: 1) Capacidade agressiva de um indivíduo, tendo a possibilidade de atacar outros, familiares ou não. Neste tópico, era a ameaça ao *corpo do outros*; 2) Capacidade auto-agressiva pela possibilidade do suicídio. Neste tópico, era o *corpo do alienado* que estava ameaçado; 3) Capacidade do alienado de malbaratar a fortuna da sua família. Considera-se agora a ameaça ao *corpo social da família*; 4) Capacidade de por em perigo a sua fortuna; 5) **Finalmente, a sua capacidade de manter a vinculação com o corpo social**

<sup>45</sup> Constants, Lunier, Dumensil. vol I:67 *apud* Birman,op.cit, p.265

**da família. Se a enfermidade ameaçasse este corpo, então o paciente deveria ser internado, afim de que não arrebetasse o núcleo familiar.** (Birman,op.cit: 266- grifo nosso)

A proteção do indivíduo e também do *corpo* social, a família, deve ser privilegiada mesmo que a medida de internação não responda aos critérios clínicos. Segundo Birman, mesmo considerando o caráter individual do exame, na dinâmica das internações a avaliação clínica era uma medida posterior. Ou seja, o exame clínico como instrumento de avaliação da enfermidade e da necessidade do isolamento era utilizada após a internação como “uma *construção retrospectiva*, já que a doença era considerada mais ou menos grave em função do ataque que realizava aos registros sinalizadores da periculosidade. Era sempre em torno desta que a questão era resolvida.”(Birman, op.cit: 267). Retomaremos a discussão acerca da primazia dos fatores de *periculosidade social* sobre o recurso do exame clínico quando analisarmos, tanto os motivos alegados para as medidas de abrigo de crianças e adolescentes com deficiência, quanto a ausência das informações diagnósticas para grande parte da população institucionalizada, no momento de entrada no sistema de abrigamento.

A idéia da *periculosidade social* enquanto critério para as medidas de internação, como assinalara Birman, estrutura-se em dois eixos, (1) a proteção ao *idiota* face à ameaça de ser influenciado para práticas criminosas e (2) a proteção do entorno familiar e comunitário em função da ameaça que o *idiota* poderia representar não só ao corpo físico de seus familiares, mas, sobretudo à coesão do núcleo familiar. Com isso, a idéia da proteção, no sentido amplo, como critério para a internação leva à organização de uma lógica ambígua: isolamento como forma de proteger o *idiota*, e ao mesmo tempo, proteger-se dele. Mas a *periculosidade social* não era uma idéia relacionada apenas aos riscos potenciais da *idiotia*.

No que se refere às medidas assistenciais voltadas à *infância desvalida*, Rizzini (1997) aponta o sentido ambíguo da idéia de proteção. Esse duplo registro da infância - “ora em perigo, ora perigosa”- estava, segundo a autora, relacionado,

invariavelmente, às crianças das classes populares<sup>46</sup>. Irene Rizzini ressalta que esse duplo registro da ameaça possuía duas características relevantes. A primeira refere-se ao caráter potencial da ameaça, ou seja, a infância era representada por um perigo, ainda que potencial (“em perigo de o ser”). Essa periculosidade potencial (ou “virtual” nas palavras Birman) trazia, por outro lado, na sua essência, a conjugação de elementos inatos com as características do meio:

“Uma multiplicidade de fatores eram apontados como produtores de candidatos ao crime desde a infância: raça, clima, tendências hereditárias, condições de vida familiar e social, ociosidade, vícios, até uma ‘trama retrincada’ de inclinações inspiradas na obra de Lombroso e seus seguidores, tais como cólera, vingança, crueldade, falta de sentimentos afetivos, tendência pronunciada para a obscenidade entre outras”(Rizzini, 1997, p.204)

Não por acaso, é possível identificar várias das características descritas acima nos relatos dos alienistas acerca dos comportamentos atribuídos a *idiotia*.

Como afirma Castel (1978), a assimilação da infância pelo poder *psiquiátrico* se deu a partir da *idiotia*. Poder-se-ia afirmar, então, que este processo de assimilação foi garantido exclusivamente pela sobreposição da *idiotia* com a *infância desvalida*, a partir do critério da *periculosidade social*? Não exclusivamente, sobretudo pela hegemonia do “paradigma nosológico” de Esquirol que atribuía à *idiotia*, além da organicidade, a incurabilidade de um estado permanente de déficit, o que impedia a legitimidade da inclusão do *idiota* nas perspectivas curativas da medicina mental.

No entanto, as perspectivas do saber psiquiátrico em relação à doença mental, bem como suas prerrogativas enquanto ciência, começam a sofrer importantes mudanças. Essa revisão, que se deu na segunda metade do século XIX, foi desenvolvida a partir de uma crítica interna da psiquiatria. Donzelot relata como isso aconteceu:

“...nos anos sessenta, uma parte do corpo psiquiátrico constata que o asilo começa a assemelhar-se, singularmente, ao que tinha por missão substituir, ou

---

<sup>46</sup> Ver, no Capítulo I desta dissertação, *A formação dos Estados Nacionais e a estratégia higienista*.

seja, o antigo Hospital Geral, esse receptáculo de uma gama indiferente de indivíduos doentes, criminosos ou indigentes. Surge a suspeita de que ‘o asilo poderia não ser esse espaço medicalizado concebido por Pinel e seus sucessores....O diagnóstico da loucura era estabelecido a partir da descrição de suas manifestações que as diferentes espécies de monomania produziam. A inteligibilidade residia, portanto, nos sinais exteriores. (Donzelot, 1986, p.118)

A crítica interna da psiquiatria acerca da finalidade do dispositivo asilar não tratou de reformulá-lo enquanto espaço e instrumento de tratamento, mas sim de questionar a diversidade nosológica que o fazia se assemelhar ao antigo *Hospital Geral*. A crítica a essa diversidade, no entanto, não significou a saída dessa “gama indiferenciada de indivíduos doentes”, mas a assimilação deles no meio social<sup>47</sup>. Ou seja, foi a psiquiatria que saiu dos asilos. Segundo Donzelot, o “Tratado das degenerescências” de Morel influencia a medicina mental a buscar uma inteligibilidade subjacente, anterior “aos eventos acidentais”:

“Com isso, a doença mental não é mais uma exceção espetacular que deva ser isolada e, eventualmente, tratada, mas um fenômeno sempre latente, necessitando um diagnóstico precoce, uma intervenção profilática sobre o conjunto das causas que, no corpo social, favorecem os mecanismos de degenerescências, a saber: as condições miseráveis de vida, as intoxicações, como o alcoolismo, às quais as populações pobres são expostas.”(Donzelot,1986, p.118)

Há desta forma um processo de busca dos fenômenos psicopatológicos fora do enquadre do *tratamento moral* do asilo e dos recortes nosológicos estabelecidos. Por influência das teorias de Morel, a etiologia da doença mental desloca-se, dos fatos acidentais da experiência civilizatória, para um entendimento que conjuga os fatores inatos e os mecanismos sociais das *degenerescências*. Com isso, a revisão da *inteligibilidade* psiquiátrica criou uma dupla inserção, uma interna, que continuava operando a lógica asilar segundo a *tecnologia pineliana*, e outra externa, que expandia suas ações em direção ao tecido social. Birman sistematiza essa dupla inserção:

---

<sup>47</sup> A revisão do mandato da psiquiatria, na década de 1860, é tomada por Donzelot como uma *mudança de inteligibilidade*. Castel (1978) identifica este processo como uma *metamorfose*. Para Foucault (2006), caracteriza-se como uma *flexão* da ação disciplinar ostensiva.

“Quando a medicina mental visava o espaço denominava-se *higiene moral*, e quando operava no espaço interno denominava-se *tratamento moral*. No primeiro nível o seu objeto de preocupação era o grupo, a Sociedade global com suas leis, regimes e instituições civis, e no outro visava cada paciente na sua anomalia, procurando recuperá-lo do seu mundo ilusório. Não se trata de uma simples oposição entre métodos individuais e coletivos, já que o tratamento moral tinha um aspecto marcadamente coletivo quando a sua prática se identificava com todo o aparelho asilar. **Enquanto higiene, a Medicina mental atuava pela eliminação no espaço social de tudo que perturbasse a manutenção de suas regularidades. Desta forma, era um meio de proteção social.**”(Birman,1978, p.257-258- grifo nosso)

Segundo Donzelot, a revisão estratégica da psiquiatria que constitui a *higiene moral* representou a fusão teórica de uma *patologia da raça* com uma *patologia da vontade*. A partir deste novo esquema empírico, o autor afirma que um quadro histórico, por exemplo, encontrar-se-ia dominado pela patologia da vontade, enquanto que na *idiotia* predominaria a patologia da raça. O perverso, por sua vez, estaria na fusão das duas *patologias*:

“Finalmente, no ápice do encontro das duas patologias, aparece o perverso, em quem a vontade totalmente invertida em relação ao sentido moral, vem coincidir com o instinto, no que ele tem de mais ‘animal’. **Esse esforço teórico se efetua principalmente sobre a personagem social do vagabundo, que reúne, com perfeição, as duas preocupações, racial e disciplinar, da psiquiatria.** O vagabundo, esse ‘degenerado impulsivo’, esse encarnação do atavismo e da indisciplina reunidos é interessante demais aos olhos da psiquiatria para que ela, como a justiça, o transforme em uma categoria particular. **O vagabundo se tornará, durante uma dezena de anos (1890-1900), o universal da patologia mental, o prisma através do qual, se distribuirão todas as categorias de loucos e de anormais.**(Donzelot, 1986, p.119-120-grifo nosso)

Segundo Donzelot, é a partir da identidade perversa, identificada na figura do vagabundo que a psiquiatria chega à infância:

“Ora, através do vagabundo, é a criança o objetivo último dessa abordagem psiquiátrica. A universalidade do valor da vagabundagem, sua faculdade de se encaixar em todas as variedades da nosografia, provém do fato de que todos os componentes da atitude vagabunda têm sua origem, em maior ou menor grau, na natureza infantil, sua sugestibilidade, sua emotividade, sua excessiva imaginação **O vagabundo só é interessante na medida em que ostenta ao**

**máximo todos os efeitos patológicos das fraquezas da infância quando não são corrigidas ou enquadradas a tempo.**” (Donzelot,1986, p.120-grifo nosso)

A natureza infantil, marcada pela *imaginação excessiva, emotividade, sugestibilidade* seria o objetivo maior da psiquiatria no seu processo de ampliação para além dos limites do asilo, a partir de uma “intervenção precoce” com vistas à prevenção da delinquência. Donzelot afirma a importância deste processo para gênese da psiquiatria infantil:

“Compreende-se, assim, o nascimento da psiquiatria infantil. Inicialmente ela não é ligada à descoberta de um objeto próprio, de uma patologia mental especificamente infantil. **Seu aparecimento decorre das novas ambições da psiquiatria geral. Da necessidade de encontrar um pedestal, um alvo onde se possa enraizar, sob a forma de uma pré-síntese, todas as anomalias e patologias do adulto, de designar um possível objeto de intervenção para uma prática que não pretende mais limitar-se a gerir os reclusos, mas sim presidir a inclusão social.** *O lugar da psiquiatria infantil toma forma no vazio produzido pela procura de uma convergência entre os apetites profiláticos dos psiquiatras e as exigências disciplinares dos aparelhos sociais.* (Donzelot,1986, p.120-121-grifo nosso)

A tese defendida por Donzelot explicita o processo de assimilação da infância pela psiquiatria no âmbito da *higiene moral*. O autor aponta que a operacionalização do novo mandato psiquiátrico se estabeleceu em uma dupla operação. Por um lado, através da *designação de uma instituição-padrão*, a escola, que ocuparia a função de observatório das “tendências anti-sociais”. Por outro, a assimilação da infância conduziu o mandato psiquiátrico à *atribuição da origem dos distúrbios à família*. Neste sentido, os “distúrbios” da criança estariam relacionados a dois tipos de “carência”: a insuficiência educativa do ambiente familiar e a *existência de anomalias degenerativas*:

“A família, mais do que o doente, mais do que a criança-problema torna-se, portanto, o verdadeiro lugar da doença, e o médico psiquiatria é o único a poder discriminar, nessa patologia, o que compete à disciplina ou ao tratamento orgânico”(Donzelot, 1986, p.122).

A partir dessa dupla operação, o autor identifica dois vieses importantes para a compreensão do mecanismo de intervenção da psiquiatria junto à infância: a noção de *educabilidade* e a busca das origens das *anomalias* infantis no ambiente doméstico-familiar. A conjugação desses vieses tornou possível, como veremos adiante, a constituição de um saber médico-pedagógico sobre a *criança anormal*.

Donzelot apresenta uma importante conexão entre a ampliação do *locus* de atuação da psiquiatria e a assimilação da infância, a partir do paradigma da *pré-sintese* das psicopatologias, sobretudo como forma de prevenção da delinquência. A ampliação sobre as *anomalias*, que se deu em função das exigências disciplinares do Estado, encontra nas avaliações periciais o caminho para o exercício de um poder exclusivo da medicina mental.

Foucault, no texto *Os Anormais* (2002b), ao analisar os documentos periciais da psiquiatria do século XIX, aponta que o paradigma que orienta a avaliação psicopatológica é a periculosidade, seja ela explícita ou latente. Além disso, é possível identificar que o exame psiquiátrico traz elementos importantes que reforçam a tese de Donzelot, uma vez que a construção epistemológica da avaliação estabelece o período da infância enquanto foco de identificação dos sinais da loucura. A referência às vivências infantis passa a constituir, desse modo, o eixo analítico do exame:

“Quando vocês percorrem esses exames médico-legais, como os que li da última vez, o que mais salta aos olhos são termos como **‘preguiça’, ‘orgulho’, ‘obstinação’, ‘maldade’**; o que nos é relatado são elementos biográficos, mas que não são de maneira nenhuma princípios de explicação do ato, e sim espécies de reduções anunciadoras, de pequenas cenas infantis, de pequenas cenas pueris, que já são como que o análogo do crime. **Uma espécie de redução para crianças da criminalidade, qualificada por termos iguais aos utilizados pelos pais ou na moral dos livros infantis.**”(Foucault, 2002, p.41- grifo nosso)

O autor sinaliza que, em busca da motivação e da mensuração do comportamento perigoso, o exame psiquiátrico, embora epistemologicamente frágil, constituiu-se enquanto estatuto de verdade para as instâncias jurídicas no século XIX.

O risco da periculosidade social representa o eixo norteador do processo de expansão da psiquiatria para além dos “muros asilares”, na sua função de *higiene moral*. A profilaxia da delinquência leva a medicina mental a atuar junto à infância, intervindo onde ela está: na família e na escola. Neste sentido, segundo Donzelot, a assimilação da infância pela psiquiatria se deu pela prevenção da “vagabundagem”, enquanto medida reguladora da *periculosidade social*.

A análise de Donzelot, no entanto, não contempla a estratégia específica da psiquiatria para a assimilação das *anomalias infantis* no âmbito das instituições totais. Essa estratégia, baseada nos princípios do *tratamento moral*, desenvolveu suas intervenções a partir de um grupo peculiar: as *crianças idiotas*.

As intervenções da psiquiatria sobre a *idiotia*, como já foi dito, até a primeira metade do século XIX, ainda se deparava com o enfrentamento do pressuposto de Esquirol, de que a *idiotia* representava um *estado* incurável, “aquele que sempre esteve no infortúnio da miséria”. No entanto, como assinalara Donzelot, a psiquiatria passou por um importante processo de revisão, sendo profundamente influenciada pela teoria de Morel.

Segundo Lilia Lobo, a teoria das degenerescências incluiu importantes subsídios às concepções organicistas da loucura<sup>48</sup>. No que se refere à *idiotia*, já inserida no campo das etiologias orgânicas, há duas contribuições. A primeira refere-se a concepção de que a idiotia ocupava um alto nível na escala da “degeneração”:

“ O idiota, lesionado maior, mais do que o louco, que foi classificado como degenerado superior, seria o representante do último grau da escala regressiva de degenerescência, a ameaça da deterioração completa das características da espécie.”(Lobo, 1997, p.491)

A segunda contribuição seria a inclusão dos fatores ambientais - ligados ao comportamento social e às condições de vida- como elementos mórbidos, de caráter hereditário:

“A origem de uma predisposição mórbida poderia provir de fatores ambientais (clima, umidade, alimentação), doenças como a sífilis e a

---

<sup>48</sup> Segundo Lobo(1997), esses subsídios foram fundamentais para a inclusão definitiva da psiquiatria no corpo do saber da medicina clínica.

tuberculose, desregramentos morais (alcoolismo, promiscuidade, excessos venéreos), além da miscigenação, que produziram traços degenerativos e se transmitiram a outras gerações por um mecanismo muito mais imprevisível e ameaçador que a herança dos traços comuns: a hereditariedade mórbida” (Lobo,1997,p.491)

A identificação dessas contribuições, no entanto, permite entendimentos paradoxais. A teoria de Morel, por um lado, afirma o *idiota* enquanto *lesionado maior, representante do último grau da escala regressiva de degenerescência*, afastando com isso suas possibilidades de perfectibilidade. Mas ao mesmo tempo, atribui um importante peso mórbido aos fatores ambientais e aos *desregramentos morais*. Ora, mesmo considerando a incurabilidade do *idiota*, se os fatores ambientais têm um papel relevante no evento mórbido, estes, uma vez controlados, também poderiam ter a capacidade de intervir no sentido oposto, neste caso, em algum nível de educabilidade da *idiotia*.

O entendimento acerca da *não-perfectibilidade*<sup>49</sup> do *idiota*, perspectiva até então dominante, começa a ser alvo de debates, sobretudo a partir das formulações de Édouard Séguin, na década de 1840. O método de Séguin abre a discussão sobre a educabilidade da *idiotia*, principalmente a partir da revisão na noção de desenvolvimento.

Segundo Lilia Lobo, a importância da revisão da noção de desenvolvimento, para o método de Seguin, pode ser identificado nas quatro categorias descritas por ele enquanto quadros representativos do universo das crianças *idiotas*<sup>50</sup>:

“Na 1ª categoria (...) ‘as crianças nascidas pobre de espírito’: isto é, com uma organização cerebral abaixo da organização comum à espécie em geral, e que na hierarquia dos diferentes poderes cerebrais ocupam os graus intermediários entre o idiota e o homem de inteligência ordinária.

---

<sup>49</sup> Termo utilizado por Lobo (1997).

<sup>50</sup> Lobo(op.cit) descreve a visita realizada por uma comissão da Santa Casa de Misericórdia aos principais hospitais psiquiátricos da Europa em 1844. Nesta oportunidade, o médico A.J.P Neves, encarregado da missão, teve contato com os trabalhos de Séguin. A autora reproduz os trechos do relatório do Dr.Neves que tratam da descrição dos exercícios práticos, bem como das conclusões da comissão acerca do método desenvolvidos por Séguin.

Na 2ª categoria (...) ‘**as crianças nascidas como todo mundo**’ dotadas da organização à espécie em geral, **as quais porém tomaram um direção viciosa em virtude de sua educação primária ter sido mal dirigida.**

A 3ª (...) ‘de meninos nascidos extraordinários’: isto é, com um cérebro volumoso em sua massa total ou em alguma de suas partes, de modo que as faculdades nobres e benfazejas sendo mediocrementemente pronunciadas, **estes meninos se fazem em geral notar por um caráter caprichoso, uma dissimulação profunda, um amor próprio demarcado, um orgulho sem limite, paixões violentas, propensões terríveis etc.** Tais indivíduos não podendo ser medíocres em cousa nenhuma, são aptas, tanto para grandes vícios, como para os grandes crimes, ou grandes ações, segundo o curso das circunstâncias favoráveis ou desfavoráveis, no meio das quais eles vivem os primeiros tempos de sua existência

Na 4ª categoria (...), os meninos que ‘nascidos de pais alienados são por esta causa fatalmente dispostos à alienação mental’, ou a qualquer outra afecção nervosa” (Lobo, 1997, p.494)

Verifica-se que as crianças da “2ª categoria”, *nascidas como todo mundo*, estão situadas em uma condição *viciosa* em virtude de uma educação *mal dirigida*. Aquelas da “3ª categoria” também podem ser capazes de grandes feitos ou *grandes vícios* segundo as condições do meio. Ou seja, segundo a classificação de Séguin, esses dois grupos, se bem favorecidos pelas circunstâncias do meio, podem ter um caminho de desenvolvimento que possibilita relativos graus de educabilidade. Esta noção de desenvolvimento representa, segundo Lobo, um deslocamento dos parâmetros de inteligência para as circunstâncias morais do meio: “estão nítidas aí as características morais sem que o déficit de inteligência esteja necessariamente presente” (Lobo, 1997:495). Com isso, a classificação e o tratamento das crianças *idiotas* passa a privilegiar o caráter pedagógico do desenvolvimento de níveis relativos de educação. A compreensão de que o referencial pedagógico representava um potente recurso de tratamento passa a influenciar o entendimento da psiquiatria acerca da criança *idiotista*, o que se estende também ao campo da loucura. Lilia Lobo, ao descrever as impressões dos médicos brasileiros que tiveram contato com o método de Séguin, aponta essa nova perspectiva:

“Os alienados, disse um autor antigo e, depois dele todos os médicos, são crianças grandes; como tais convém sejam tratados.....Eles precipitam no caminho do vício se alguém os não desvia cuidadosamente, e uma vez entrados nessa carreira só a deixam com muita dificuldade; encontram por

instinto um inimigo em tudo que revelar ordem e dever; não é esta a definição do idiotismo?”<sup>51</sup>

Lilia Lobo, comentando o relato de A.J. Neves acerca das similitudes entre a loucura e a idiotia na infância, conclui: “ E, com a sabedoria do olhar recém-chegado às novidades do instrumental da psiquiatria francesa, tocado pela prática de Séguin, nosso autor explícita uma outra semelhança: a do tratamento moral com a pedagogia.”(Lobo,1997:498)

A inclusão, por parte da medicina mental, de uma dimensão pedagógica passa a operar a assimilação da *idiotia* infantil em setores específicos da instituição psiquiátrica. Essa inclusão, que para Foucault (2006) é o marco inicial para a psiquiatrização da infância, torna-se possível a partir da constituição de um saber médico-pedagógico.

Essa configuração médico-pedagógica, no entanto, porta algumas particularidades. O método de Séguin, ao privilegiar a noção de desenvolvimento como instrumental de análise e classificação das crianças *idiotas*, faz um deslocamento da identidade nosológica da *idiotia*: a transfere do campo da doença, onde até então se configurava como incurável, para uma perspectiva educacional. Porém, esse deslocamento não é completo, sobretudo pela presença de uma outra concepção: a necessidade de controle das vontades oriundas do instinto.

Segundo Lilia Lobo, Séguin considerou três funções básicas na ordem moral da condição humana: atividade, inteligência e vontade, onde a última terá predominância sobre as demais. A vontade, ou a falta de controle sobre ela, representa a deficiência maior do desenvolvimento da *idiotia* e sobre qual deverá incidir os métodos de tratamento. Ou seja, a dificuldade principal para a criança *idiotista* estava na “ação regular de sua vontade que deixa livre seus instintos e a retrai do mundo moral”<sup>52</sup>

<sup>51</sup> NEVES, Antônio José Pereira das. *Relatório acerca do tratamento dos alienados e seus principais hospitais em França, Inglaterra, Itália, Alemanha, Bélgica e Portugal*. Anais de Medicina Brasiliense - volume 1848/1849, 3ª parte *apud* Lobo(1997, p.498).

<sup>52</sup> Séguin, Edouard “Traitement moral, hygiene et education des idiots- et des autre enfants arriérés ou retardés dans leur développement, agites des mouvements involontaires, débiles, muets non sourds, bègues etc”. Paris Chez J.B. Baillièrre, 1846:107 *apud* Lobo(1997: 507)

A partir da necessidade de controle das vontades oriundas do instinto, a dimensão do tratamento moral associa-se à noção de desenvolvimento, aplicando assim a “tecnologia” usada com a loucura:

“É que a idiotia não significava apenas uma diminuição ou uma parada do desenvolvimento da inteligência, mas sobretudo uma supressão da vontade moral- noção que irá fortalecer positividade ao instinto e estender a todos os anormais o poder controlador que a psiquiatria já exercia sobre o louco.”(Lobo, 1997, p.507)

A importância do tratamento moral para a constituição do saber médico-pedagógico é fundamental, uma vez que é ele quem institui o princípio normativo da educabilidade. Lilia Lobo reproduz a ênfase conferida por Séguin ao tratamento moral: “O tratamento moral é no meu método, o princípio de tudo, é o começo e o fim, é todo o método, porque é em si ‘a princípio’”<sup>53</sup>

Mas, afinal, qual o eixo analítico que definia a identidade da criança *idiota*, e as demais *anomalias* da infância? Segundo Foucault (2006), é a ascensão do instinto, enquanto eixo de compreensão do comportamento *insensato*, que vai promover o surgimento da noção de *anormalidade*. A partir dessa perspectiva, a criança idiota não é doente, é uma criança *anormal*, uma vez que saiu do curso normal do desenvolvimento cognitivo e do controle normal das vontades oriundas dos instintos. A criança, tomada pela conjugação das noções de desenvolvimento e instinto, passa a representar um campo de intervenção que busca, a partir das técnicas de enfrentamento da vontade, recolocá-la no curso “normal” de seu desenvolvimento e produzir níveis relativos de educabilidade.

No que se refere à distinção dos tipos de *anormalidades*, não é possível distinguir tipologias diagnósticas precisas, uma vez que a inclusão da *criança anormal* nas estratégias médico-pedagógicas não se deu por meio de categorias nosológicas pré-estabelecidas. Segundo Lilia Lobo, no início do século XX, eram encontradas nomenclaturas diversas para descrever as *anomalias* da infância:

---

<sup>53</sup> *ibid.*, p.508

“E nesse sentido tão amplo, nossos autores descrevem classificações estrangeiras que ora limitam o termo a idiotas, imbecis, surdos-mudos e cegos, ora estendem-no aos mais diversos tipo de ‘déficit’, doença, lesão ou perturbação de qualquer natureza ou grau. Desse modo encontram-se incluídos, além dos já citados: os atrasados pedagógicos, retardados mentais, débeis mentais, os fisicamente débeis, astênicos ou preguiçosos, os paralíticos, epiléticos, histéricos, os imbecis morais, instáveis, retardados instáveis ou mistos, indisciplinados, desequilibrados, as crianças maltratadas, viciosas, viciadas, abandonadas e as anomalias transitórias.”(Lobo,1997, p.516)

A imprecisão das categorias diagnósticas informa acerca da falta de importância destas em relação à definição daquilo que deveria ou não ser designado enquanto objeto de intervenção do saber médico-pedagógico. No entanto, havia um traço em comum:

“Em geral, dentre as classificações que citam, nossos autores tiveram suas preferências, muitas vezes acrescentando novas categorias ou apresentando a sua própria classificação. Ninguém parecia estar satisfeito com alguma já feita. **Em meio à balbúrdia, um traço comum a todas elas, sem exceção: o critério negativo da falta que a polaridade da norma institui a serviço das práticas institucionais da medicina, da educação e da justiça.**”(Lobo,1997, p.516-grifo nosso)

Foi, portanto, em torno do *critério negativo da falta* que as categorias acerca da anormalidade da infância se constituíram. Segundo Lilia Lobo, a amplitude do critério permitiu a inclusão de um vasto contingente de *crianças anormais*.

Além da imprecisão das categorias diagnósticas, a inclusão da *criança anormal* no circuito institucional da psiquiatria, a partir da segunda metade do século XIX, foi caracterizada pela convergência dos campos de atuação da medicina mental, neste caso, o *tratamento moral* e a *higiene moral*. Foucault (2006) identifica essa convergência ao apontar uma dupla função no processo de assimilação da infância *anormal* pela psiquiatria. Por um lado, a entrada da *criança anormal* no sistema asilar vem atender a necessidade de liberar os pais para o trabalho, exigência da nova ordem urbana européia do século XIX, e brasileira, a partir das primeiras décadas do século XX. Por outro lado, a inclusão das crianças nas instituições total tinha como finalidade afastá-las das famílias. A idéia de que a família representava a *origem dos*

*distúrbios* (Donzelot,1986) teve um peso importante no processo de institucionalização das *crianças anormais*. As perspectivas de Séguin também apontavam nesta direção, uma vez que, para ele, a internação significava “retirar a criança da permissividade e do abandono aos seus instintos, a que se encontra, via de regra, relegada no interior de sua família”(Séguin apud Lobo,1997, p.508).

A assimilação das *anomalias* da infância pela psiquiatria foi, portanto, um projeto complexo. A conjugação técnica dos instrumentais psiquiátricos e pedagógicos estava ao lado das circunstâncias sociais da higiene e da prevenção. Impulsionadas pelo *critério negativo da falta* e pela noção de periculosidade social, as medidas de asilamento se constituíram enquanto ações de controle social, promoção de educabilidades e proteção das viciosidades sociais. Relacionados a uma idéia de desenvolvimento, estes objetivos não estavam, portanto, pautados em parâmetros de provisoriedade.

No Capítulo 3, serão analisados alguns dados relativos ao cenário atual da institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência, onde será possível identificar, nos processos hodiernos, a influência dessas matrizes históricas.