

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**

**ISMAEL PEREIRA DE SIQUEIRA**

**O ESTIGMA DO RETARDO MENTAL LEVE E SUA  
INFLUÊNCIA NA TRAJETÓRIA ESCOLAR: UM  
ESTUDO ETNOGRÁFICO**

**MESTRADO EM EDUCAÇÃO: HISTÓRIA, POLÍTICA, SOCIEDADE**

**SÃO PAULO**

**2013**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**

**ISMAEL PEREIRA DE SIQUEIRA**

**O ESTIGMA DO RETARDO MENTAL LEVE E SUA  
INFLUÊNCIA NA TRAJETÓRIA ESCOLAR: UM  
ESTUDO ETNOGRÁFICO**

**MESTRADO EM EDUCAÇÃO: HISTÓRIA, POLÍTICA, SOCIEDADE**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: História, Política, Sociedade da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de MESTRE em educação, sob a orientação do Prof. Dr. José Geraldo Silveira Bueno.

**SÃO PAULO**

**2013**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. José Geraldo Silveira Bueno**

---

**Prof. Dr. Carlos Antônio Giovinazzo Júnior**

---

**Prof. Dr. José Leon Crochik**

## RESUMO

O presente estudo, desenvolvido em 2012, teve por objetivo investigar a configuração das interações sociais de contato misto estabelecidas por um indivíduo com retardo mental leve, no espaço de uma escola pública. O problema norteador foi: As relações sociais do indivíduo com retardo mental leve, enquanto portador uma marca corporal invisível e socialmente atribuída, são afetadas pelo estigma de modo a configurar uma carreira moral no ambiente escolar? Tivemos como hipótese que o estigma do retardo mental leve interfere de maneira negativa nas interações sociais de contato misto do indivíduo com retardo mental leve, estabelecidas no espaço escolar, sendo manifestadas a partir de reconfigurações na maneira como indivíduo se insere nestas relações. Estas reconfigurações serão proporcionais ao nível de degradação do eu e marcadas pelo conflito individual diante do contato social. Como sujeito de pesquisa, selecionamos um jovem de 16 anos, estudante do 8º ano do Ensino Fundamental, em uma escola pública de ensino regular, que recebeu o diagnóstico de retardo mental leve e não apresentava qualquer marca corporal visível que pudesse remeter diretamente ao diagnóstico que lhe fora imputado. Para a coleta de dados, utilizou-se o registro etnográfico de observações das relações sociais do sujeito de pesquisa no espaço escolar. Os dados obtidos nas observações passaram por análise de conteúdo, a partir da qual, elencou-se quatro categorias de análise: Isolamento Social, Busca do Contato Social, Resposta ao Contato Social e Referência ao Estigma. Estas categorias de análise foram problematizadas e discutidas de acordo com o referencial teórico do estigma, elaborado por Goffman, considerando-se também as contribuições de outros autores de referência na área. Os resultados obtidos evidenciam que as relações sociais do indivíduo com retardo mental leve no espaço escolar são marcadas por isolamento social e não-reconhecimento por colegas e professores. A influência do estigma nestas relações pode ser percebida de maneira sub-reptícia com efeitos similares aos que Goffman descreve para indivíduos portadores de um estigma imediatamente acessível à percepção.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estigma, Retardo Mental Leve, Relações Sociais, Processos de Escolarização

## ABSTRACT

The present study, developed in 2012, aimed to investigate the configuration of social interactions established by an individual with mild mental retardation, within a public school. The problem was guiding: The social relations of the individual with mild mental retardation, while a brand body bearer invisible and socially ascribed, are affected by stigma to set a career morale in the school environment? We hypothesized that the stigma of mild mental retardation interferes negatively in social interactions in mixed contact the individual with mild mental retardation, established in the school, being raised from reconfigurations in how individual belongs to these relationships. These reconfigurations are proportionate to the level of degradation of self and marked by individual conflict before the social contact. As a research subject, we selected a 16 year old student of 8th year of elementary school in a public school of education, who was diagnosed with mild mental retardation and showed no brand visible body that could refer directly to the diagnostic that he had been charged. To collect data, we used the ethnographic record of observations of social relations of the research subject in school. The data obtained in the remarks passed by content analysis, from which, databus are four categories of analysis: Social Isolation, Social Search of Contact, Response to Social Contact and Reference to Stigma. These categories of analysis were problematized and discussed according to the theoretical framework of stigma, Goffman elaborated by considering also contributions from other authors in this area. The results show that social relations of the individual with mild mental retardation in school are marked by social isolation and non-recognition by peers and teachers. The influence of stigma in these relationships can be perceived surreptitiously with effects similar to that Goffman describes for individuals with a stigma immediately accessible to perception.

**KEYWORDS:** Stigma, Mild Mental Retardation, Social Relations, Scholing Processes

*Dedico este estudo aos meus alunos  
e pacientes da APAE, por me tornarem  
um ser-humano mais sensível.*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo constante apoio e incentivo, principalmente, nas horas mais difíceis.

Aos amigos Heron Laiber Bonadiman e Rodrigo Otávio Fonseca, pelas leituras, discussões, indicações de material de referência e apoio em todos os momentos da escrita desta pesquisa. A presença de vocês sempre foi uma vela no escuro.

Aos meus alunos e colegas professores do Centro Universitário de Lavras, companheiros de jornada na produção do conhecimento.

À Ana Lúcia, secretária da clínica escola de psicologia, por aturar e compreender o meu jeito caótico de operar com prazos e horários.

À amiga Rosemy Aparecida Mendonça Villela, pela disponibilidade e viabilização da coleta de dados desta pesquisa.

Aos meus professores da graduação e do mestrado, em especial à Mônica Anechini Campedelli, eterna supervisora que me ensinou a escutar e dar os primeiros passos na psicologia clínica.

À CAPES, pelo financiamento desta pesquisa.

Ao Prof. Carlos Giovinazzo, pela sua generosidade e humildade em partilhar o conhecimento.

Ao Prof. José Leon Crochik, pelas contribuições fundamentais a realização este trabalho.

À Betinha, pela constante disponibilidade e paciência.

Especialmente ao meu orientador Prof. Dr. José Geraldo Silveira Bueno, pelo rigor nas correções, pelas preciosas contribuições, pelo alto nível de exigência nas produções, pelas críticas ácidas temperadas com paciência, sensibilidade, abertura ao diálogo, acessibilidade, dedicação, amizade e compreensão. Você se tornou uma referência enquanto professor, pesquisador e figura humana. Obrigado por tudo.

Sou um homem comum  
de carne e de memória  
de osso e esquecimento.  
e a vida sopra dentro de mim  
pânica  
feito a chama de um maçarico  
e pode  
subitamente  
cessar.

Ferreira Gullar, Brasília, 1963

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I - ELEMENTOS PARA UMA HISTÓRIA DO RETARDO MENTAL LEVE: A ATUALIZAÇÃO DA IDIOTIA E SUA RELAÇÃO COM A PSICOMETRIA7</b>	
1.1. ....	
O Retardo Mental do século XVI ao século XIX: A construção do conceito de idiotia	15
1.2. O Quociente de Inteligência e a sua Inclusão no DSM	26
1.3. O Retardo Mental Leve e o DSM: A Consolidação da Visão Organicista	31
<b>CAPÍTULO II - CORPO, ESTIGMA E RETARDO MENTAL LEVE</b>	<b>47</b>
2.1. O Corpo como lugar de inscrição da deficiência enquanto marca da expectativa social de incapacidade	49
2.2. O Retardo Mental Leve e Estigma: A Construção do Desacreditável	57
2.3. Retardo Mental Leve, Estigma e Normalidade	65
2.4. A Carreira Moral de um Indivíduo com Retardo Mental Leve e sua Relação com o Estigma: Uma Hipótese Teórica.....	67
<b>CAPÍTULO III ALIANDO TEORIA E MÉTODO: A ETNOGRAFIA DAS SITUAÇÕES DE CONTATO MISTO</b>	<b>78</b>
3.1. O Campo de Pesquisa.....	80
3.2. Critérios para Escolha do Sujeito de Pesquisa	80
3.3. Procedimentos de Coleta dos Dados:	81
3.4. Referenciais para Análise dos Dados:	84
<b>CAPÍTULO IV: A CARREIRA MORAL DE UM INDIVÍDUO COM O ESTIGMA DO RETARDO MENTAL LEVE NO CONTEXTO DO ESPAÇO ESCOLAR.....</b>	<b>86</b>
4.1. As Categorias de Análise Emergentes das Observações	91
4.1.1. Isolamento Social	93
4.1.2. Busca do Contato Social.....	102
4.1.3. Resposta ao Contato Social	108
4.1.4. Referência ao Estigma	113
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>117</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>123</b>

## INTRODUÇÃO

Ao longo de sete anos de prática clínica e educacional voltada à pessoas com deficiência, na APAE de Santa Rita do Sapucaí-MG, trabalhei como psicólogo do setor de Educação Profissional e do Setor de Desenvolvimento Funcional, atendendo aproximadamente 150 pessoas com deficiência intelectual e autismo das mais diferentes faixas etárias, suas famílias e professores. No decorrer dessa atuação, percebi a predominância do modelo biomédico para compreender as deficiências, em todos os seus aspectos. Tal modelo mostrava-se, ao mesmo tempo, hegemônico no discurso institucional, bem como insuficiente no sentido de propiciar uma prática clínica e educacional que levasse em conta a individualidade dessas pessoas, reduzindo toda a complexidade das deficiências à uma problemática que se centra numa visão de doença ou distúrbio orgânico.

Ao tomar contato com este modelo de compreensão, percebi que quaisquer outros fatores subjetivos e sociais não eram levados em consideração ou ficavam em segundo plano, para explicar as dificuldades dessas pessoas. Dentre eles, destaco o fato de que a maioria dos alunos provinha de famílias pobres, moradores da zona rural, as quais tinham pouco acesso à cultura devido ao fato de serem obrigadas a se preocupar quase exclusivamente com a sua subsistência. Nesse sentido, pude observar que a história de vida dessas pessoas era marcada por ocorrências que estavam muito além de suas alterações corporais, porém, o fato de haverem recebido o diagnóstico de alguma deficiência parecia silenciar, aprisionar e reduzir todo o contexto da história de vida dessas pessoas à uma marca corporal, mesmo que ela não fosse visível, como no caso de alguns alunos que receberam o diagnóstico de retardo mental leve.

Com bases nestes argumentos, comecei a pensar sobre a relação entre corpo e deficiência como uma construção social, visto que a atribuição da deficiência à características

corporais não é algo subsumido a todos os indivíduos que são classificados como pertencentes a esta categoria. Por outro lado, não se pode negar que as diferenças corporais existem, assim como as deficiências. Esta contradição inicial mostrou-me que ainda havia muito a ser investigado sobre esta temática, sendo necessário ultrapassar as discussões teóricas e verificar como a relação entre corpo e deficiência pode ser encontrada na empiria.

No intuito de verificar a construção social da marca corporal da deficiência seria necessário procurá-la onde ela está invisível aos olhos. Era preciso investigar os indivíduos que, aparentemente, não possuíssem qualquer marca corporal visível ou na denominação de Goffman (2008), qualquer estigma que fosse imediatamente perceptível, pois tal procedimento permitiria recortar um fenômeno com a característica fundamental de ser socialmente construído. Assim, resolvi estudar uma categoria diagnóstica das deficiências que se caracteriza por causar prejuízos individuais mínimos e que não pode ser identificada imediatamente. Estas duas características me conduziram ao estudo dos indivíduos com retardo mental leve e o lócus social privilegiado para a manifestação desta deficiência: a escola.

A este respeito, pode-se tomar a constatação de Skrtic (1996) de que enquanto os casos de retardo mental de moderado a grave/profundo estão diretamente associados com parcelas detectáveis de sintomas biológicos, e são integrados no modelo patológico, “a maioria dos indivíduos catalogados como “Retardados Mentais Leves” não manifestam nenhum sinal biológico. Nesses casos se emprega o modelo estatístico, e uma baixa pontuação em uma prova de inteligência (Quociente Intelectual, QI) é aceita como um sintoma da patologia”.(p.40)

Estabelecer uma relação entre o estigma do retardo mental leve e a sua influência na vida escolar do indivíduo implica não somente pensar na relação entre o estigma e seus efeitos sobre a identidade social real e virtual do estigmatizado, colocando-o numa posição de

desacreditável, porém, em tentar captar empiricamente esta relação, o que conduz a alguns questionamentos fundamentais: Como a pessoa estigmatizada com retardo mental leve é percebida pela escola, à partir do olhar dos normais? As relações sociais destes indivíduos assumem características particulares em função do estigma que carregam? O retardo mental leve é reconhecido e levado em consideração na execução das atividades escolares cotidianas? Como professora e grupo de pares se relacionam com o indivíduo estigmatizado? Existe reconhecimento do estigma por parte deles?

Goffman (2008) fornece algumas pistas metodológicas que permitem estruturar e balizar a investigação empírica do estigma e a base para este procedimento metodológico implica em observar as relações sociais do indivíduo em situações chamadas de contato misto, ou seja, as situações de relação social, nas quais, os estigmatizados e os normais estão na mesma *"situação social"* (p.22)... *e quando normais e estigmatizados realmente se encontram na presença imediata uns dos outros, especialmente quando tentam manter uma conversação, ocorre uma das cenas fundamentais da sociologia porque, em muitos casos, esses momentos serão aqueles em que ambos os lados enfrentarão diretamente as causas e efeitos do estigma.*(p.23)

Para realizar a observação destas relações sociais de contato misto optou-se pela etnografia como abordagem metodológica, visto que, segundo Viégas (2007), a etnografia em pesquisas educacionais busca tornar evidentes as instâncias escolares que não podem ser compreendidas de maneira imediata, fundamentando as explicações no cotidiano dos participantes, a partir da observação de seus gestos, falas e comportamentos manifestos no ambiente escolar.

Viégas (2007) afirma que a etnografia se caracteriza por não possuir uma metodologia fechada propiciando o estabelecimento de um plano de trabalho flexível, implicando na revisão dos métodos de coleta e interpretação dos dados durante o desenvolvimento da

pesquisa, de modo a propiciar uma profunda compreensão das relações intersubjetivas e da representação que o sujeito pesquisado faz de si mesmo. Esta revisão constante permite a construção de uma descrição exaustiva do estudo de caso de um sujeito e em termos de plano de trabalho, normalmente envolve métodos de observação participante, entrevistas e análise documental, buscando-se levantar o maior volume de dados possível acerca do tema pesquisado.

Para a realização do presente estudo buscou-se realizar a observação de um dia típico do sujeito de pesquisa na escola, registrando-se exaustivamente as nuances do contato misto em tantas situações quanto possível, no intuito de construir uma observação que abarcasse tanto a diversidade de ambientes quanto de relações sociais possíveis do sujeito pesquisado, com o objetivo de tentar obter a manifestação do estigma nessas relações sociais. Esta observação foi realizada durante 5 dias, em diferentes semanas, nos quais, se acompanhou todas atividades realizadas pelo sujeito de pesquisa na escola, perfazendo um total de 25 horas de observação, durante as 5 sessões.

Este procedimento procurou abarcar diferentes momentos do cotidiano escolar do indivíduo, focando-se para isso, em dois ambientes fundamentais: contatos mistos que ocorrem no interior da sala de aula e fora da sala de aula, considerando-se para ambos os casos, tanto a observação da relação professor-aluno quanto a observação da relação entre pares sociais, visto que, as duas relações ocorrem, na maioria, paralelamente no mesmo ambiente.

No sentido de tentar minimizar os efeitos da interferência do pesquisador nas relações sociais do sujeito de pesquisa, comunicou-se previamente ao professor e aos alunos que o pesquisador tinha o objetivo de conhecer a sala de aula e as pessoas que ali se encontravam, tendo a cautela de não se realizar qualquer menção à observação de determinado indivíduo

específico, das manifestações do retardo mental ou qualquer aspecto que faça referência direta ou indireta ao estigma.

Com o objetivo de situar o leitor em relação aos objetivos desta pesquisa, a dissertação apresentada terá dois capítulos de revisão teórica, um capítulo referente aos procedimentos metodológicos e um capítulo referente aos resultados e discussão da pesquisa empírica realizada no presente estudo, distribuídos didaticamente de acordo com a temática desenvolvida, cuja síntese segue abaixo:

## **CAPÍTULO I – ELEMENTOS PARA UMA HISTÓRIA DO RETARDO MENTAL**

### **LEVE: A ATUALIZAÇÃO DA IDIOTIA E SUA RELAÇÃO COM A PSICOMETRIA**

Este capítulo procura traçar brevemente a história do retardo mental leve, criando um percurso que se estende desde as primeiras classificações surgidas no século XVI, relacionadas aos conceitos de estupidez e idiotia até as classificações do século XX, com o objetivo de evidenciar os mecanismos que levaram a atribuição do retardo mental leve a características exclusivamente individuais, apontando ainda, o papel da psicologia e, principalmente, da psicométrica neste processo, enfatizando a função da medida de quociente de inteligência (Q.I.) como um fator fundamental na construção desta categoria diagnóstica.

## **CAPÍTULO II – CORPO, ESTIGMA E RETARDO MENTAL LEVE**

Este capítulo busca evidenciar a relação entre corpo e sociedade, situando o retardo mental leve como o produto de uma marca corporal construída socialmente. Para isso, baseou-se a discussão deste capítulo no conceito de estigma, proposto por Goffman (2008), procurando estabelecer uma relação entre um estigma invisível que engendra uma identidade social mediada pelo corpo do indivíduo e as implicações desta leitura para a compreensão da reconfiguração das relações sociais do indivíduo com retardo mental leve, devido à

degradação do eu promovida pelo aprendizado e incorporação do estigma, que engendram uma carreira moral no espaço escolar.

### **CAPÍTULO III - ALIANDO TEORIA E MÉTODO: A ETNOGRAFIA DAS SITUAÇÕES DE CONTATO MISTO**

Este capítulo tem o objetivo de descrever de maneira exaustiva e sistematizada, os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa empírica que compõe o presente estudo: a etnografia e a análise de conteúdo, com o intuito de constituir uma base sólida, a partir da qual, possa-se compreender a construção social do estigma do retardo mental leve e a maneira como ele interfere nas relações sociais de contato misto estabelecidas no espaço escolar.

### **CAPÍTULO IV - A CARREIRA MORAL DE UM INDIVÍDUO COM O ESTIGMA DO RETARDO MENTAL LEVE NO ESPAÇO ESCOLAR**

Neste capítulo caracterizei o sujeito participante da pesquisa e o ambiente escolar, no qual, se acha inserido. As categorias de análise emergentes das observações das relações sociais de contato misto, serão elencadas, discutidas e analisadas, através de análise quantitativa de sua frequência de ocorrência durante as sessões de observação e, por fim, seu conteúdo será analisado e discutido de acordo com o referencial teórico adotado no presente estudo, apontando campos de tensão com a teoria do estigma, conforme descrita por Goffman (2008).

## **CAPÍTULO I**

### **ELEMENTOS PARA UMA HISTÓRIA DO RETARDO MENTAL LEVE: A ATUALIZAÇÃO DA IDIOTIA E SUA RELAÇÃO COM A PSICOMETRIA**

A construção de uma história do retardo mental leve implica em pensar no papel do saber médico e, principalmente, no saber da psicologia na construção desta categoria diagnóstica. A psicologia e a medicina tiveram um papel fundamental na criação de um modelo que compreende o retardo mental como uma contingência biológica que causa alterações no funcionamento intelectual individual. Não se trata aqui de negar a existência destas diferenças, porém, em verificar como a medicina e a psicologia, ao instituírem padrões de normalidade a partir de uma redução da compreensão do funcionamento intelectual, unicamente calcada em fatores biológicos e individuais, acaba por instituir formas particulares de relacionamento social com os indivíduos, a partir de suas classificações. (SOUZA, 2002)

O surgimento da psicologia como ciência iniciou-se no contexto histórico marcado pelos ecos da Revolução Francesa, que ocorrera um século antes e pela predominância do modo de vida burguês e consolidação do capitalismo enquanto sistema econômico. Este período também é marcado pela força da ciência, considerada como um saber que tinha a função e contribuir para o progresso e, especificamente, no campo das ciências naturais, a função de previsão e controle da natureza em prol do progresso. (SOUZA, 2002)

Paralelamente a estes ideais de progresso, democracia e igualdade, a sociedade burguesa encontrava-se povoada de contradições e problemas sociais, tais como, o crescente contingente de pobres e miseráveis, que contrariava os ideais estabelecidos para esta sociedade. Num contexto social calcado na ideologia de que os indivíduos são livres para fazerem as escolhas e, a partir delas, determinar a sua posição social, a questões relacionadas

à pobreza e miserabilidade que assolam o meio social, só poderiam ser explicadas à partir de uma ótica as considera como produto das escolhas individuais, ou seja, um atributo que impede a adaptação e o sucesso do indivíduo nesta sociedade. A psicologia é a ciência convocada para dar conta desta demanda.

A nascente psicologia irá procurar, através dos métodos de observação e experimentação, prever e controlar comportamentos (fenômenos observáveis), com o intuito de poder classificar e criar métodos de adaptação dos indivíduos à sociedade. (...) Ao classificar e selecionar aptos e não aptos, centrando-se em compreender e explicitar diferenças individuais, a psicologia serviu para respaldar a visão de mundo dominante na época. (SOUZA, 2002, pp.05-06)

O caráter preditivo e classificatório da psicologia e, principalmente, da nascente psicometria, ganham ainda mais força devido à necessidade de criação de uma massa de trabalhadores mais apta e capacitada para exercer funções de trabalho nas indústrias. Esta classe de trabalhadores era formada nas escolas, onde, o indivíduo deveria demonstrar através de seu rendimento, a sua capacidade ou competência para a aprendizagem e aquisição de conhecimentos que iriam garantir o bom das suas funções sociais no trabalho. É claro que nem todos possuíam o mesmo nível de aptidão e alguns possuíam o rendimento muito aquém do esperado, tornando necessário explicar, medir e nomear a extensão desta diferença de rendimento. (SOUZA, 2002)

A explicação da psicologia para estes desajustes, centra-se exclusivamente no indivíduo, ao mesmo tempo em que isenta a sociedade pela sua responsabilidade na criação e manutenção da crescente desigualdade social. Assim, o termo retardo mental constitui-se na nomeação daqueles indivíduos biologicamente desajustados que serão considerados incapazes ou inaptos para o desenvolvimento de um funcionamento intelectual que lhes permita obter um bom rendimento nas atividades educacionais e, conseqüentemente, tornarem-se indivíduos capacitados à inserção no mercado de trabalho.

Contar a história do retardo mental leve implicaria então em contar a história de uma parcela da população que, pelo não-desenvolvimento adequado de seu funcionamento intelectual, torna-se incapaz de se adaptar aos ideais de produtividade e racionalidade vigentes na sociedade burguesa até os dias atuais. Assim, a necessidade de definir, medir, compreender e classificar o desenvolvimento cognitivo, tem sido uma preocupação fundamental da psicologia, no sentido de tentar prever por quais etapas e meios este desenvolvimento poderia ocorrer de maneira mais funcional e eficaz nos indivíduos.

Esta tendência é expressa através dos dados apresentados por Sass (2000), a partir de pesquisa realizada por Warde (1993), sobre a análise da produção de teses e dissertações defendidas na Pós-Graduação em Educação no Brasil entre os anos de 1982 e 1991. Esta pesquisa obteve um quantitativo de 3.533 teses e dissertações distribuídas em 15 grupos, das quais, 334 se referiam a temas de psicologia, verificando-se que:

O desenvolvimento cognitivo é acentuadamente preferido como tema de pesquisa atingindo 120 do total de 334 dissertações e teses, ou seja, abrangendo 36% da produção discente no período. Além disso, observa-se que o interesse crescente pelo tema, que passou de 35 dissertações e teses, no período de 1982-86, o que equivale a cerca de 25% da produção, para 85 no período de 1987-91, ou 43% da produção. Este crescimento é denominado pela autora de vertiginoso. (SASS, 2000, p.58)

Apesar desta clara tendência ao cognitivismo expressa pelas pesquisas da área de psicologia e educação, Sass (2000) argumenta que esta tendência nunca foi hegemônica, sendo alvo de críticas de outras tendências da psicologia, principalmente no início do século XX, sendo que para isso recorre a três autores fundamentais:

John Dewey que entendia a psicologia como ciência social, afirmando que ela não poderia abrir mão desse caráter, principalmente quando tratasse de temas relacionados à educação.

George Mead que criticava a tendência à cisão intelecto-personalidade, proposta pela psicologia herbartiana e que se fundaria como uma linha de força das pesquisas em psicologia

até os dias atuais, evidenciando um movimento que, cada vez mais, tomaria a inteligência e o desenvolvimento cognitivo como condição indispensável ao desenvolvimento total da personalidade de um indivíduo.

Henry Wallon que defendia a especificidade da escola em relação ao intelectualismo da psicologia que ameaçava, cada vez mais, se infiltrar no campo da educação, criando tendências normalizadoras para a instituição escolar.

Três autores do início do século XX , John Dewey (1859/1952); George Mead (1863/1931); Henri Wallon (1879/1962), imersos em campos teóricos diferentes sustentando a mesma crítica: a tendência da psicologia a separar intelecto e personalidade que se refletirá na tendência em separar indivíduo e sociedade, atribuindo o desenvolvimento humano a caracteres individuais, principalmente, ao desenvolvimento da cognição. (SASS, 2000)

O início do século XX é marcado então pela tendência ao cognitivismo no campo da psicologia que, com o passar do tempo, vai se firmando como uma escola de pensamento que adquire grande força no meio psicológico, tornando-se um pensamento dominante no campo da psicologia, apesar das críticas a ele dirigidas. A psicologia cognitiva funda-se juntamente com a psicometria, que lhe dá consistência, visto que, ao medir, classificar e organizar o desenvolvimento das capacidades intelectuais do indivíduo, a psicometria confere um caráter científico à psicologia cognitiva, permitindo a sua aplicação empírica.

Ao final do século XIX, na Inglaterra, inicia-se o movimento da psicometria influenciado por Sir Francis Galton e as idéias eugenistas. Galton era primo de Charles Darwin e um dos últimos cavaleiros cientistas que deixou importantes contribuições no campo da antropologia, meteorologia, biologia, matemática e, sobretudo, na estatística, sendo o criador das análises de regressão e correlação (variância e co-variância) ainda em uso na atualidade. Em seus estudos, Galton sempre enfatizou o caráter hereditário de todas as características morais ou mentais e seu trabalho sobre a hereditariedade das faculdades

intelectuais originou a psicométrica e influenciou profundamente a teoria dos testes que mediam o quociente de inteligência (QI). (SALGADO NETO & SALGADO, 2011)

Influenciado pelo livro *On the origin of species* de Charles Darwin (1859), ele organizou as principais idéias no livro *Hereditary Genius* (1869). Na obra *Inquiries into human faculty* (1883) apresentou o termo Eugenia, que significa “de boa cepa” ou “bem nascer”, cunhou o termo “nature and nurture” (Natureza e Criação) em uma versão vitoriana da Eugenia, que já vinha desde Platão. Platão descrevia, em *A República*, a sociedade humana se aperfeiçoando por processos seletivos (Esparta já praticava a eugenia frente aos recém-nascidos 700 a.C.). Galton propôs que o homem pode dirigir a sua evolução, descreveu os resultados dos seus estudos e concluiu, seria perfeitamente possível criar uma raça de homens altamente dotados, por meio de casamentos escolhidos durante gerações consecutivas, sugeriu que a espécie humana poderia ser artificialmente melhorada através de reprodução seletiva. (SALGADO NETO & SALGADO, 2011)

Segundo Goodwin (2005), Galton e seus partidários (na condição de homens, brancos, ricos e ingleses, o que no final do século XIX, significava pertencer à nação mais poderosa do mundo) tinham a crença em sua superioridade intelectual, como uma capacidade superior que lhes era intrínseca, em relação às mulheres e indivíduos de outras raças. Assim, Galton acreditava que a inteligência humana era um traço essencial, para que os seres humanos fisicamente fracos, pudessem sobreviver à hostilidade do ambiente, estando sujeita à seleção natural:

A partir daí, não era difícil Galton concluir que ele e outros de sua classe haviam obtido suas altas posições na sociedade, em virtude de sua alta capacidade intelectual altamente evoluída e superior, e não pelo acidente de nascimento na família certa. De sua decisão de coletar provas que apoiassem a crença de que a inteligência era inata nasceu *Hereditary Genius/Gênio Hereditário* (1869). (GOODWIN, 2005, pp.167-168)

Goodwin (2005) relata que, no livro “*Hereditary Genius*”, Galton se utilizou da quantificação e análise estatística para comprovar a sua teoria. Estudou o conteúdo de dicionários biográficos, que apresentavam os perfis de pessoas de destaque em diversas áreas do conhecimento, chegando à conclusão de que “*a taxa de eminência na Grã-Bretanha era de cerca de 1 pessoa em 4.000*” (p.168). Em seguida, realizou o levantamento da árvore genealógica destas pessoas procurando estabelecer relações diretas sobre o caráter hereditário

dos talentos e habilidades, por exemplo, advogados bem sucedidos tendiam a ser descendentes de advogados bem sucedidos.

Posteriormente, Galton continuou seus estudos, utilizando-se de inquiridos que foram distribuídos entre os 180 membros da Royal Society, que constituíam a elite científica da Inglaterra, pedindo-lhes que descrevessem suas personalidades, atributos físicos, características familiares, sua criação e indicassem até que ponto julgavam inato o seu interesse pela ciência. Os resultados deste estudo foram publicados em seu livro posterior: “English Men of Science: Their Nature and Nurture”, “*Os ingleses que Fazem a Ciência: O Que têm de Inato e o que Têm de Adquirido*” (p.168). Seu livro mostra a conclusão de que o interesse pela ciência poderia ser considerado inato quando um indivíduo relatasse que havia sentido esta inclinação desde muito cedo em sua vida, não conseguindo atribuí-lo a nenhuma circunstância específica. A conclusão de Galton foi, mais uma vez, de que as habilidades de um homem eram produto da herança genética. (GOODWIN, 2005)

Esta sugestão, por fim, o levou a cunhar o termo eugenia para promover a idéia de que a sociedade deveria tomar a iniciativa de adotar medidas para melhorar o seu material genético. Entre elas, estavam o incentivo para que determinadas pessoas se reproduzissem, às vezes chamado de eugenia “positiva”. Essas pessoas seriam as dotadas de maiores talentos, como Galton (por ironia, ele próprio e a mulher não tiveram filhos). Mas, por outro lado, ele também defendia a eugenia “negativa”, argumentando que se deveria evitar que os pobres (isto é, os intelectualmente inferiores, porque segundo o seu raciocínio, se não fosse assim eles não seriam tão pobres) tivessem filhos e que a imigração deveria ser restringida. (GOODWIN, 2005, p.169)

Com o objetivo de promover o melhoramento genético da população inglesa, Galton acreditava ser necessário medir o talento dos indivíduos. Para isso, fundou o seu famoso Laboratório de Antropometria.

Mäder (1996) relata que na Inglaterra, em 1884, Galton criou o laboratório de psicometria na International Health Exhibition, que posteriormente foi transferido para o University College de Londres. Este laboratório contava com um acervo de aproximadamente 6500 medidas de inteligência e visava comprovar a teoria de que os indivíduos com melhores

escores de inteligência deveriam ter as melhores habilidades de discriminação sensorial, visto que, para Galton, ambos os fatores estavam em relação direta no desenvolvimento humano.

Salgado Neto & Salgado (2011) afirmam que este laboratório também incluía a Antropometria entre seus critérios de avaliação, o que implicava numa série testes físicos relacionados às habilidades sensoriais, que visavam medir o conjunto das capacidades humanas. Neste laboratório, qualquer cidadão que estivesse disposto a pagar a quantia de 3 pences pela avaliação, poderia passar por todos os testes e receber os resultados sobre a relação entre as medidas de suas características físicas e intelectuais:

Cada pessoa que visitava o laboratório era submetida a inúmeros testes com vários dos instrumentos de medição criados por Galton. Algumas das medições eram simplesmente físicas: Altura, peso, envergadura e capacidade respiratória. Outras destinavam-se a testar as habilidades sensório-motoras básicas: tempo de reação, acuidade auditiva e visual, reconhecimento de cores e da extensão de linhas de força do punho, por exemplo. (...) Embora hoje em dia essas medidas não nos pareçam indicadores válidos da inteligência, para Galton a capacidade mental superior relacionava-se à eficiência dos neurônios e dos sentidos. (GOODWIN, 2005, p.170)

Estas medidas de inteligência propostas por Galton nunca puderam ter a sua utilidade comprovada e logo foram substituídas por testes psicológicos, principalmente os de Alfred Binet que estavam sendo desenvolvidos na França.

A evolução dos testes de medição da inteligência sofrerá uma revolução com o surgimento da escala de métrica de inteligência criada por Binet e Simon. Em 1905, esta escala constitui-se no primeiro teste psicológico eminentemente prático e deu um novo rumo às classificações, inserindo a psicologia e, mais especificamente, a psicometria como um parâmetro fundamental para o diagnóstico do retardo mental. A partir da avaliação utilizando a Escala Métrica de Inteligência, estes autores verificavam a relação existente entre idade mental e idade cronológica, concluindo que as crianças com retardo mental tinham uma idade mental inferior à sua idade cronológica, compreendendo o retardo mental como um retardo nas capacidades intelectuais.

Para compreender o conceito de retardo mental proposto por Binet, faz-se necessário entender as mudanças que ele propôs nos métodos de avaliação psicológica. Segundo Goodwin (2005), enquanto Galton propunha medir a capacidade intelectual à partir de sua correlação com o desenvolvimento sensório-motor, Binet considerava a necessidade de analisar os processos mentais superiores, criando testes específicos para isso.

Binet se interessava por um problema educacional que assolava a Europa e os EUA no início do século XX e se referia ao fato de que, até então, todas as crianças freqüentavam o ensino regular, independente de sua capacidade intelectual para isso e algumas delas que possuíam algum tipo de prejuízo no funcionamento intelectual, se saíam piores que as outras, em termos de adaptação e produtividade. Assim, em 1904, quando o sistema educacional francês demandava a identificação dessas crianças, para encaminhá-las a um sistema de educação especial, Binet já conhecia os métodos para realizar estas medições, criando o primeiro teste de inteligência.

O termo “retardado” não existia como referência a uma categoria de incapacidade na época de Binet. As crianças de capacidade limitada classificavam-se em três categorias que, além de mal-definidas, se sobrepunham. Os *idiots* eram os deficientes graves, que não tinham condições de cuidar de si-mesmos; os *imbéciles* eram um pouco mais capazes, mas ainda não independentes e os do terceiro nível eram crianças capazes de aprendizagem, mas não em turmas normais. Essas eram as crianças que precisavam ser identificadas para transferência a turmas de educação especial e Binet as classificou como *débiles* (débeis). (GOODWIN, 2005, p. 261)

É importante ressaltar que Binet não foi o criador desses termos, os quais, remontam a sua origem a períodos precedentes da história, cabendo uma breve revisão acerca de cada um deles para compreender o porquê de seu uso e que relação possuem com a psicologia cognitiva e a teoria da hereditariedade do retardo mental.

### **1.1. O Retardo Mental do século XVI ao século XIX: A construção do conceito de idiotia**

Os registros históricos para a categoria diagnóstica de retardo mental entre os séculos XVI e XIX evidenciam que esta categoria diagnóstica se construiu no interior do campo da loucura, mantendo com ela, ao longo das mudanças sofridas pelos sistemas classificatórios, uma relação dialética que implica num movimento de diferenciação da categoria geral de loucura, porém, sem que o retardo mental deixe, ao mesmo tempo, de pertencer a esta categoria. Tal movimento dialético justifica-se pelo fato do retardo mental ser uma categoria diagnóstica que se relaciona diretamente à uma idéia de incapacidade organicamente adquirida para o uso da razão e/ou do intelecto como um instrumento que promove a produtividade do indivíduo. Tanto é assim que durante este período se verifica a existência de características que remetem ao retardo mental, no campo das primeiras classificações das doenças mentais.

Segundo Foucault (1975) a loucura sempre foi definida em relação à um padrão que é composto pelo conjunto de comportamentos que são aceitos e valorizados numa determinada cultura. Assim, a loucura carregaria aspectos marginais e virtuais, só podendo ser definida por uma espécie de “via negationis” em relação às possibilidades de normalidade oferecidas por uma cultura. Nesse caso os aspectos se integram na concepção de doença como desvio em relação à média.

“Historicamente a loucura sempre permeou o contexto social numa relação amistosa e/ou em ruptura com essa esfera social (...). Tal concepção da loucura e do louco se vê então em um grande colapso, devido ao advento da razão, em que a constituição dos saberes e a sociedade serão ditadores de um novo entendimento sobre a loucura e o louco, relegando à loucura o confinamento e o banimento social.

A razão que no século XVII será um referencial ou parâmetro necessário para nortear o homem no tocante aos seus anseios e também determinará as suas tomadas de decisão e comportamento pode ser definida como: ‘Referencial de orientação do homem em todos os campos em que seja possível a indagação. Nesse sentido, dizemos que a razão é uma

‘faculdade’ própria do homem, que o distingue dos animais’ ”. (OLIVEIRA, 2006, p.2)

Verifica-se assim, uma das idéias centrais de Foucault sobre a temática da loucura, ou seja, sua estreita relação com os fatos sociais, que constituirá o pilar central da sua crítica ao saber psiquiátrico. No livro: “Saúde Mental e Psicologia” , Foucault (1975) afirma que a psicologia e a medicina modernas tentaram encontrar as coordenadas pelas quais a loucura torna-se um fato patológico, porém, apesar de conseguirem identificar os mecanismos e as possíveis causas, sejam elas orgânicas, relacionadas à história pessoal ou à situação do homem no mundo, ainda assim, esses fatores não são suficientes para que se possa identificar as suas raízes, visto que, aquilo que a ciência considera como origem da loucura, na verdade são apenas manifestações ou modalidades desta. A origem da loucura só poderá ser encontrada no interior da sociedade.

Oliveira (2006) afirma que existe uma relação direta entre razão, normalidade e cultura ocidental, argumentando que a razão é o fundamento do homem ocidental, tanto individual quanto socialmente. Toda a filosofia ocidental e, conseqüentemente, a construção conhecimento, da moral e das relações humanas estarão fundamentados na razão. Assim, ao se procurar o entendimento sobre a existência de algum parâmetro de normalidade na sociedade ocidental, é preciso levar em consideração a razão, enquanto fundamento das formas de pensar agir e se relacionar nessa sociedade.

Desde Platão a alma humana privilegia a razão. Ela comanda as emoções, os instintos e a afetividade, sendo necessário que a razão sempre mantenha o controle sobre esses aspectos da vida interior do homem. Sendo a alma essencialmente racional, será ela a grande responsável por todas as funções superiores, tais como, o conhecimento e a disciplina. No Timeu, Platão afirma que caso a alma perca a razão (Anóia) , o homem se encontrará doente em pelo menos um de dois estados: loucura (mania) ou ignorância (amenthia), sendo que, os prazeres ou dores em excesso seriam as maiores causas das doenças da alma. Portanto, a

loucura, para Platão seria o produto da perda da racionalidade do sistema da alma. (OLIVEIRA, 2006)

Segundo Foucault (2008), é Descartes quem separa a loucura da razão, no próprio cogito ergo sum, onde, o louco é considerado como desprovido de pensamento, sendo que, a loucura estará, a partir daí, associada ao erro e ao sonho, criando uma forma ilusória de existência e compreensão do mundo. Nesse sentido, a consciência crítica da loucura ganha força e acaba por excluir a consciência trágica, com seus aspectos satíricos e transgressivos. É assim que aparece um projeto racional de silenciamento da loucura.

Descartes considera a razão como o guia fundamental de todo o homem. Ele a identificará, além do bom senso, definindo-a como sendo a

capacidade de bem julgar e de distinguir o verdadeiro do falso, que recebe o nome de senso ou razão, é por natureza igual em todos os homens; portanto, a disparidade de nossas opiniões não provém do fato de que umas são mais racionais que as outras, mas apenas de conduzirmos nossos pensamentos por caminhos diferentes, sem levar as coisas em consideração(...) (OLIVEIRA, 2006, p.04).

Essa definição também marca a razão como o fundamento do homem, sendo que, a sua contrapartida, ou seja, a concepção de desrazão, será sinônimo de loucura. Desse modo, toda a contrapartida e concepção da desrazão será definitivamente incorporada à loucura, a partir de então.

Freyze-Pereira (1984) afirma que a essência do pensamento de Descartes está na dúvida metódica, sendo que, o ato de duvidar requer o pensamento consciente. A loucura jamais poderá atingir qualquer verdade, pois, implica em impossibilidade do pensamento e da consciência, visto estar obnubilada (confusa) pelos fenômenos caóticos que compõem a realidade delirante do louco. Por ser um ato de vontade, o uso da razão na busca pela verdade, possui implicações éticas, visto que, sob esse ponto vista, a desrazão passa a ser uma escolha do sujeito. A exclusão da loucura, desse ponto de vista filosófico, será materializada no século XVII, à partir da criação das casas de internação.

A sociedade moderna do século XVII percebe e isola todos aqueles que, em relação à ordem dominante, isto é, da razão, da moral e da sociedade burguesa, mostram algum sinal de inadequação: *Todo um conjunto variado de personagens que põem em jogo as proibições sexuais e religiosas, as liberdades do pensamento e dos afetos: devassos, alquimistas, suicidas, blasfemadores, portadores de doenças venéreas, libertinos de toda a espécie* (FRAYZE-PEREIRA, 1984, p.67). O internamento, que representa o Bem contra o reino do Mal e evidencia uma relação de cumplicidade entre a polícia e a religião, realizando a idéia burguesa segundo a qual a virtude é adequada à ordem. Ele é o emblema visível do triunfo da razão sobre uma desrazão. ( )

Foucault (2008), ao falar da situação da loucura no século XVII, afirma que ela foi dessacralizada e, agora só encontra familiaridade para dentro dos muros do hospital, juntamente com os pobres e miseráveis: “Com respeito a ela, nasceu uma nova sensibilidade: não mais religiosa, porém, moral” (p.63). Se antigamente era acolhido socialmente, simplesmente porque vinha de outro lugar, agora a hospitalidade que o recebe, faz enquanto medida saneamento e exclusão do convívio com os demais, visto que o louco passa a ser visto como aquele que perturba a ordem social.

É neste contexto de exclusão social da loucura compreendida enquanto desrazão, que nos séculos XVI e XVII se observa o surgimento das primeiras tentativas de classificação científica retardo mental pelo saber médico. O quadro a seguir mostra uma síntese dos principais conceitos acerca do retardo mental vigentes na Europa entre os séculos XVI e XIX.

Quadro 01 – Conceitos Fundamentais sobre o Retardo Mental na Europa entre os Séculos XVI e XIX.

<b>Período Histórico</b>	<b>Conceito</b>	<b>Definição</b>
Século XVI	Transtornos Intelectuais do Estado Físico Transtornos Intelectuais das Emoções	Perturbação estável do intelecto, relacionada à loucura. (GARCÍA, 1986)
Século XVII	Demência	Característica Essencial: <i>Stulpidia</i> ou Estupidez
Século XVIII	Estupidez	Falha na inteligência ou no juízo, decorrente de uma perturbação no cérebro. Sob o signo da estupidez encontra-se o comportamento que é típico das crianças nos primeiros meses de vida e envolve alterações na imaginação e no juízo, normalmente chamadas de besteira ou patetice. (FOUCAULT, 2008)
	Imbecilidade	Persistência dos caracteres da estupidez na vida adulta. (FOUCAULT, 2008)
Século XIX	Idiotia	Estado em que as capacidades mentais, ou não se revelaram, ou não de se desenvolveram a partir de um determinado momento da vida do indivíduo. (GARCÍA, 1986)
	Debilidade ou Retardo Mental	Atraso ou não-desenvolvimento das capacidades intelectuais, podendo ter causas orgânicas ou hereditárias. (SANTIAGO, 1994)

No quadro 01 pode-se observar a presença de 4 conceitos fundamentais que se relacionam ao retardo mental entre os séculos XVI e XIX. Apesar de estarem divididos por séculos, há de se ressaltar que a construção conceitual do retardo mental não obedece rigidamente a esta divisão, visto que, algumas destas idéias podem coexistir num mesmo período histórico. Assim, esta divisão tem uma finalidade de tornar mais didática a evolução desta compreensão conceitual e foi construída tentando situar o conceito predominante em cada período histórico, de acordo com os autores adotados no presente estudo.

As categorias diagnósticas apresentadas no quadro 1 expressam uma tendência historicamente construída de se atribuir o retardo mental exclusivamente a alterações no funcionamento ou na estrutura cerebral, considerada como a sede da razão e do intelecto. Apesar de se constatar que em suas formas mais graves, o retardo mental responde adequadamente a esta relação, em que medida pode-se considerar que todos os níveis de gravidade do retardo mental podem ser explicados, exclusivamente, por alterações cerebrais? No intuito de tentar responder a esta questão, é que se propõe o exame da construção histórica do retardo mental e dos principais conceitos envolvidos neste processo.

García (1986) cita a classificação elaborada pelo médico F. Platter, no século XVI, ao observar os pacientes das primeiras casas de internação, que estavam sendo abertas por toda a Europa. A partir destas observações, Platter procurou destacar, dentre as doenças mentais, um quadro clínico que se caracterizava especificamente pela *perturbação estável do intelecto* (p.45). Sua classificação considerava a existência de duas categorias fundamentais: “Transtornos Intelectuais do Estado Físico” e “Transtornos Intelectuais das Emoções”.

Toledo (1995) afirma que uma visão de retardo mental muito próxima à concepção moderna, que considera o retardo mental decorrente de alterações orgânicas no cérebro, pode ser encontrada também no século XVII, na obra de Philoteus Elianus Montaldo, em seu tratado Archipatologia, publicado em 1614. Nesta obra, o retardo mental é concebido como a perda ou diminuição da razão, causada por um *defeito no cérebro* (p.45) e chegando a ser tratada como uma entidade clínica distinta das doenças mentais.

O século XVIII testemunha a consolidação do modelo de uma compreensão da loucura que a remete às perturbações no cérebro. O estabelecimento desta relação é feito com base na observação dos sintomas que indicam a perda da razão e a organização lógica desses sintomas permitirá a construção das primeiras classificações nosológicas da loucura:

Se o cérebro é, isoladamente, a causa da doença, pode-se procurar as origens disso, inicialmente, nas próprias dimensões da matéria cerebral, quer por ser demasiado pequena para funcionar de modo conveniente, quer,

pelo contrário, por ser demasiado abundante, tendo assim uma menor solidez e sendo de uma qualidade inferior, *mentis acumini minus accomodum*. Mas às vezes deve-se incriminar também a forma do cérebro; quando não se tem esta forma globosa que permite a reflexão equitativa dos espíritos animais, quando se produziu uma depressão ou uma saliência anormal, os espíritos são enviados em direções irregulares. Não mais lhes é possível, em seu percurso, transmitir a imagem verdadeiramente fiel das coisas e confiar à alma racional os ídolos sensíveis da verdade: a demência instalou-se. (FOUCAULT, 2008, pp.253-254)

A partir desse momento, as causas da loucura tornam-se mais evidentes para a medicina da época, sendo possível nomear quem é o louco. Estabelece-se uma diferença que permite qualificar e quantificar o louco em relação aos normais, que também podem ter a certeza de que não são tomados pela loucura. Cria-se entre normalidade e loucura, um abismo, que não mais será somente o do cogito cartesiano, porém, agora a loucura através dessas primeiras tentativas de entendimento, estará mais do que nunca, do outro lado da razão e, ao mesmo tempo, sob o seu olhar que a nomeia enquanto tal. (FOUCAULT, 2008)

Surge assim, a primeira concepção de loucura, compreendida como doença mental ou doença do cérebro. O conceito de doença, nessa época, está relacionado diretamente ao que pode ser observado, ou seja, a um conjunto de sintomas que permite encontrar uma positividade nas doenças mentais, pois a tornam observável:

Portanto, o conhecimento da doença deve fazer, antes de mais nada, o inventário de tudo o que existe de mais manifesto na percepção, de mais evidente na verdade. Assim se define, como procedimento primeiro da medicina, o método sintomático. (FOUCAULT, 2008, p.189)

Apesar de isolada, ainda resta uma questão sobre como observar a loucura enquanto fenômeno, pois o que se observa são seus efeitos, atribuindo-se arbitrariamente uma causa, que se localiza invariavelmente, no cérebro. Além disso, era preciso conseguir um lugar para a loucura, em meio às outras doenças. Este lugar será construído também de maneira arbitrária, a partir da associação entre os sintomas observados e diversos caracteres da natureza, principalmente, relacionados à vegetação, constituindo o que Foucault (2008)

denominará como sendo o Jardim das Espécies, ou seja, o conjunto das primeiras classificações nosográficas da loucura.

Como poderia a loucura ocupar lugar nesse mundo das doenças cuja verdade se enuncia por si mesma nos fenômenos observáveis, enquanto no mundo concreto ela só se oferece sob seu perfil mais aguçado, o menos susceptível de ser apreendido, isto é, a presença instantânea de um louco, tanto mais percebido como louco na medida em que deixa transparecer a verdade aberta da loucura?

Há mais ainda. A grande preocupação dos classificadores no século XVIII é animada por uma constante metáfora que tem a amplitude e a obstinação de um mito: a transferência das desordens das doenças para a ordem da vegetação. (FOUCAULT, 2008, p.190)

Em meio às novas classificações que compõem o “Jardim das Espécies” da loucura, faz-se necessário destacar a categoria que Foucault (2008) descreve como: *O Grupo da Demência* (p.252), pois, esta categoria possui estreita relação com a história do retardo mental.

A demência é facilmente reconhecida e isolada pela maioria dos médicos do século XVII e XVIII, podendo ser definida, no entanto, unicamente em sua negatividade, na medida em que passa ser considerada como o avesso da razão, desordem e decomposição do pensamento, não-verdade: *É da loucura assim concebida em toda a negatividade de sua desordem que se aproxima a demência.* (FOUCAULT, 2008, p.253)

A característica essencial da demência foi denominada *stupiditas* ou estupidez, que se constitui na falha da inteligência e do juízo. Esta falha, apesar de atingir diretamente as faculdades superiores da alma, também se desenvolveria num espaço misto entre alma e corpo e, embora não se verifique qualquer alteração nos órgãos do pensamento, a demência passou a ser considerada como efeito de uma perturbação no cérebro (a sede da alma) ou dos espíritos animais, que eram considerados seus órgãos imediatos. (FOUCAULT, 2008)

As demências seriam, portanto, causadas por alterações na estrutura anatômica do cérebro, seja na sua forma, seu tamanho, seu grau de secura ou umidade e ainda em sua textura. Quaisquer destes indícios possibilitariam o surgimento dos sintomas de

estupidez. Sob o signo da estupidez encontra-se o comportamento que é típico das crianças nos primeiros meses de vida e envolve alterações na imaginação e no juízo, normalmente chamadas de besteira ou patetice. Caso estes caracteres infantis persistam ou apareçam na idade da razão, passam a receber o nome de imbecilidade; caso os sintomas se manifestem na velhice, seriam denominados disparate ou condição infantil. (FOUCAULT, 2008)

No século XVIII, nota-se o surgimento dos primeiros indícios de uma visão da estupidez como uma doença ligada ao desenvolvimento humano, visto que a condição infantil que a caracteriza pode persistir até a vida adulta. Esta visão de doença ligada ao desenvolvimento individual, juntamente com a etiologia cerebral, constituirão as bases das classificações que surgirão entre os Séculos XVIII e XIX, com Pinel, Esquirol e Kraepelin.

Pinel reconhecia a estupidez juntamente com o idiotismo como formas particulares das psicoses. Esquirol *via a idiotia como um estado em que as capacidades mentais, ou não se revelaram, ou não de se desenvolveram a partir de um determinado momento* (García, 1986, p.45).

O idiotismo era uma categoria diagnóstica pertencente à classe das vesânicas, que compreendem a alienação mental, a loucura e outras doenças mentais que tinham a mania ou delírio generalizado, como ponto em comum. Seria a forma mais grave de alienação mental, descrito como uma total ausência ou inibição parcial de toda a atividade mental, causado por predisposições hereditárias ou ocasionais, sendo estas últimas, ligadas a acontecimentos externos ou emoções violentas. Este modelo de classificação caracteriza-se por ser fundamentalmente comportamental, que se baseia unicamente na observação do conjunto de manifestações sintomáticas. (SANTIAGO, 1994)

Étienne Esquirol produziu diversos avanços sobre o tema do idiotismo tal como fora trabalhado por Pinel, substituindo-o pelo termo idiotia, que se dividia em duas categorias fundamentais.

Na primeira categoria, encontrava-se a idiotia que era decorrente das demências, inclusive na demência precoce, que atualmente foi dividida nos diversos quadros clínicos que compõem o espectro das psicoses, sendo que, esta forma de idiotia possuía três níveis de gravidade, respectivamente: imbecilidade, idiotia e cretinismo. (SANTIAGO, 1994)

Na segunda categoria, localiza-se a idiotia causada por fatores hereditários, cuja etiologia pode ser encontrada na má formação cerebral ou decorrente de alguma doença orgânica:

É na especificação dessa categoria de idiotia congênita que a debilidade mental recebe uma descrição e uma conceitualização precisas. Portanto, na origem do conceito de debilidade o elemento deficitário já se encontra instalado de maneira irremovível, no cerne mesmo da determinação da deficiência intelectual. Fica evidente que nem mesmo a educação dos idiotas - que alguns psiquiatras, algum tempo mais tarde, vão propor como terapêutica - Esquirol julgará possível, tendo em vista o determinismo e o comprometimento definitivo da déficit orgânico para essa categoria. (SANTIAGO, 1994, s/p)

Foi Esquirol quem cunhou o termo Retardo ou Debilidade Mental para designar os diferentes graus atraso ou não desenvolvimento das capacidades intelectuais, que poderiam ser diferenciados segundo a sua etiologia. Esta classificação considerava o Retardo Mental como uma categoria diagnóstica geral que abrangia tanto as formas de atraso mental com etiologia congênita e adquirida, sendo que a idiotia correspondia ao Retardo Mental com etiologia congênita. (SANTIAGO, 1994)

A debilidade ganha força como categoria clínica autônoma do campo da psiquiatria infantil apenas do século XX. Entretanto é possível situar a primeiras linhas de força que animam o surgimento deste conceito no século precedente, com a depuração de todo o campo de noções a partir das descrições do “idiotismo”, concebido como um forma de “alienação mental” por Phillipe Pinel, médico alienista francês, e sistematizado, em seguida por Étienne Esquirol, seu aluno. (SANTIAGO, 1994, s/p)

No final do século XIX, após Esquirol, as classificações do retardo mental sofrem importantes evoluções, destacando-se os trabalhos de Magnam e Kraepelin, que acabam por selar a restituição do retardo mental às categorias nosológicas das doenças mentais. Magnam baseia seu sistema de classificação nos conceitos de hereditariedade de degenerescência,

concebendo a debilidade mental como uma das categorias da loucura degenerativa, que juntamente com a psicose, compõem a categoria nosológica das loucuras. (SANTIAGO, 1994)

As loucuras degenerativas foram isoladas a partir de aproximações entre o retardo mental e os distúrbios de caráter e da personalidade, criando um estado de desequilíbrio mental, gerado “*pela perda de sinergia entre os centros nervosos*” (s/p), que cria uma desarmonia nas funções psíquicas e afeta os atributos morais, afetivos, sociais e até mesmo físicos, podendo evoluir para manifestações episódicas de outras doenças mentais se o grau de degeneração for crônico. (SANTIAGO, 1994)

Assim, diversos quadros clínicos que até então eram considerados autônomos, passam a ser correlacionados e inseridos neste grupo, que se divide em quatro categorias:

- 1- *Idiotia, imbecilidade e debilidade mental;*
- 2- *Anomalias cerebrais;*
- 3- *Síndromes episódicas;*
- 4- *Delírios propriamente ditos;* (SANTIAGO, 1994, s/p)

Kraepelin também considerava o Retardo Mental como efeito de uma etiologia congênita e introduziu o termo oligofrenia para designar esta relação, incluindo todas as formas de oligofrenia num conceito global que denominou “retenção do desenvolvimento psíquico”, mantendo o critério de determinar o nível de omissão das faculdades intelectuais à partir da comparação com diferentes etapas do desenvolvimento psíquico normal. García (1986, p.47) descreve as seguintes etapas de omissão nomeadas por Kraepelin: *Idiocia – criança normal de 1 a 6 anos; Imbecilidade – criança normal até 14 anos; Debilidade Mental – criança normal até 18 anos.*

Na atualidade, a relação entre oligofrenia e retardo mental continua sendo conceitualmente considerada como parâmetro para a realização de diagnósticos. O exemplo mais claro desta relação pode ser encontrado na 10ª edição da Classificação Internacional de

Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID-10), na descrição das categorias do Retardo Mental.

García (1996) relata que, posteriormente, outros autores elaboraram diferentes classificações das crianças com deficiências intelectuais. Este é o caso de V. Iveland (1832-1909) e do inglês, B. Morell (1809-1872), austríaco, que deu ênfase aos fatores sociais. O belga J. Demore, que dividiu as crianças retardadas mentais do ponto de vista pedagógico em rebeldes e passivos, e, do ponto de vista médico, em idiota de primeiro, segundo e terceiro grau, estendendo o conceito de retardo mental às crianças que se enquadram na categoria de abandono social e pedagógico, atualmente.

Ao final do século XIX, verifica-se uma marcante mudança na maneira como se compreende e realiza os diagnósticos de retardo mental, devido ao surgimento da psicometria e dos testes psicológicos. Salgado Neto & Salgado (2011) afirmam que o surgimento dos testes psicológicos iniciou-se com Francis Galton, e Alfred Binet, que são considerados seus principais fundadores. Após este período inicial, os testes migraram para os EUA onde seu uso popularizou-se e ganhou o mundo até os dias atuais.

## **1.2. O Quociente de Inteligência e a sua Inclusão no DSM**

Goodwin (2005) afirma que, após a publicação da primeira versão do seu primeiro teste de Inteligência em 1905, Binet juntamente com o seu assistente de pesquisa Theodore Simon, realizou duas revisões em 1908 e 1911, respectivamente. Estas revisões ampliaram o conjunto de provas que era de 30 na primeira edição, para 58 na terceira revisão do teste, porém, ainda faltava resolver o problema da imprecisão quanto aos termos diagnósticos: idiotas, imbecis e débeis, empregados na época.

A solução proposta por Binet e Simon para solucionar a imprecisão das categorias diagnósticas empregadas até então foi a de propor uma medida que indicasse o quanto uma criança com algum prejuízo intelectual estivesse atrasada em relação à sua idade cronológica. Assim, uma criança de 05 anos sem prejuízo intelectual poderia realizar tarefas para uma criança de 05 anos, porém, uma criança de 05 anos com algum prejuízo no funcionamento intelectual, talvez pudesse apenas executar tarefas do nível de uma criança de 04 anos: *Binet chamou o nível em que a criança se classificava de nível mental, depois o termo foi erroneamente traduzido para idade mental* (GOODWIN, 2005, p.262). Binet considerava que um indivíduo com um nível mental 02 anos inferior ao de sua idade cronológica deveria ser colocado em turmas especiais.

Flores-Mendoza & Colon (2008) afirmam que em 1904, ou seja, na mesma época em que Binet publicava a primeira edição de seu teste mental, Spearman, Thurstone, Catell e outros psicólogos também estudavam a estrutura da inteligência propondo a idéia de um Fator G, ou seja, um fator de inteligência geral que seria uma medida que sintetizava as diversas habilidades e aptidões mentais de um indivíduo. Estes pesquisadores chegaram ao Fator G a partir de medidas estatísticas sobre o desempenho de indivíduos em testes psicométricos, utilizando principalmente a análise fatorial, conseguindo descrever a estrutura da inteligência, dividindo-a em unidades básicas que variam de acordo com o modelo teórico adotado por cada autor. Assim, o Fator G seria a síntese destas unidades básicas, expressa numericamente numa medida quantitativa obtida através da análise fatorial.

A teoria do Fator G teve profunda influência nas elaborações de Binet, permitindo o surgimento do conceito de Quociente de Inteligência, como um conceito unitário que permitia sintetizar a estrutura da inteligência de um indivíduo, obtido a partir da relação entre a medida de idade mental obtida na testagem e a idade cronológica do indivíduo. Apesar disso, é importante destacar que Binet considerava a inteligência como sendo composta de

diversas habilidades e passível de ser desenvolvida por treinamento adequado. Neste sentido, não foi sem relutância que Binet aderiu à idéia de uma teoria de inteligência geral. (GOODWIN, 2005)

Com a escala de Binet e Simon, as classificações de níveis de gravidade do retardo mental puderam ser realizadas com base na medição do QI. Até então, estas classificações de gravidade eram feitas de maneira arbitrária, sem medidas objetivas, dependendo exclusivamente da observação do médico. Assim, a medição do QI assumiu um papel determinante não somente no diagnóstico do retardo mental, mas também na determinação de seus níveis de gravidade, o que permitiu a subdivisão em categorias quantitativas, que evoluíam conforme aumentava a diferença entre idade mental e idade cronológica dos indivíduos. (AAMR, 2002)

Em 1910, o Comitê para a Classificação dos Deficientes Mentais criou três subcategorias de indivíduos com retardo mental; depois que um indivíduo era categorizado como “deficiente mental” (uma idade mental de 12 anos ou menos), ele era então classificado em grupos pela redução da idade mental: “bobos”, “imbecis”, “idiotas” (Field e Sanchez, 1999). Quando foi compreendido que a idade mental não se desenvolvia de forma linear, as pontuações de QI substituíram as pontuações da idade mental como a métrica para classificar as pessoas com deficiência. (AAMR, 2002, p.37)

Esta mudança na classificação se deu pelo fato de que por volta de 1905, os testes de inteligência chegaram aos EUA, graças à influência de Goddard que era pesquisador do Departamento de Psicologia Genética da Universidade de Clark e tomara contato com os trabalhos de Binet ao visitar uma sala de educação especial na Inglaterra. O cientista entusiasmou-se com os testes de Binet e os levou para os EUA, aplicando-o em 143 crianças de uma escola pública, o que permitiu comprovar a sua eficácia. (GOODWIN, 2005)

As pesquisas de Goddard foram contemporâneas às de Louis Terman, que pertencia ao mesmo departamento de psicologia e elaborou uma tese de doutorado sobre crianças superdotadas, utilizando o instrumento de testagem criado por Binet. Nesta época, Terman começou a sofrer de constantes ataques de tuberculose, o que levou o cientista a abandonar a

Universidade de Clark, para procurar emprego em alguma instituição que se localizasse numa região de clima mais ameno. Sua doença foi a razão de uma guinada na sua carreira, pois, levou Terman a lecionar na Universidade de Stanford, em Palo Alto, onde, chegou a assumir a chefia do Departamento de Psicologia e produziu a primeira padronização americana do teste de Binet: o Teste Stanford-Binet. (GOODWIN, 2005)

Segundo Goodwin (2005), foi graças ao trabalho de Terman na Universidade de Palo Alto, que o teste de Binet chegou à American Medico-Psychological Association (APA), pois, três dos professores que houvera contratado e quatro doutorandos do curso de psicologia viriam ser presidentes da instituição, o que viria a incluir a medida de Q.I. como parâmetro diagnóstico do retardo mental nas 4 edições do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

Em 1917, a American Medico-Psychological Association (atual APA), com o apoio da National Commission on Mental Hygiene, propôs um sistema classificatório para desordens mentais que fosse mais consistente que os modelos disponíveis. Este sistema classificatório evoluiu com as nomenclaturas para desordens mentais propostas pelo exército americano para o tratamento de veteranos da II Guerra Mundial. Destes estudos, juntamente com a insatisfação dos psiquiatras norte-americanos com a Classificação Internacional de Doenças (CID), nasceu a primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), que teve a sua primeira edição publicada em 1952. (DERBLI, 2011)

Em 1968, a APA e a OMS publicaram novas versões de seus manuais, respectivamente, o DSM II e a CID-8 que absorveu as novas categorias diagnósticas propostas pelo DSM, que ainda possuía algumas categorias e subdivisões que se diferenciavam do CID-8. O número de categorias diagnósticas também cresceu para 182 categorias de desordens mentais. (DERBLI, 2011)

Sua primeira versão – posteriormente conhecida como DSM I – era baseada em uma compreensão “psicossocial” da doença mental, concebida como uma reação a problemas da vida e situações de dificuldade impingidas

individualmente. A influência exercida pela psicanálise evidencia-se pelo uso freqüente de noções como “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico”. Na versão subsequente do manual, publicada em 1968 – o DSM II – o modo psicanalítico de compreender a perturbação mental tornou-se ainda mais evidente. (RUSSO & VENÂNCIO, 2006, p.464)

A terceira versão do DSM foi publicada em 1980 e causou uma revolução na compreensão das categorias diagnósticas dos manuais anteriores. Além de se autoproclamar uma manual a-teórico e do aumento vertiginoso do número de categorias diagnósticas dos transtornos que constavam nas edições anteriores do manual, o DSM III rompeu com o ecletismo conceitual que caracterizava os manuais anteriores, uniformizando nomenclaturas e critérios diagnósticos para os transtornos mentais. A partir desta edição, os sintomas dos diferentes transtornos mentais poderiam ser mensurados e classificados por métodos empíricos de observação, a partir dos sintomas que os compunham. Estas mudanças fundamentais consolidaram mundialmente o modelo psiquiátrico norte-americano. (RUSSO & VENÂNCIO, 2006)

O DSM-III-R (versão revisada) é publicado em 1987 e vem com novas definições para categorias já propostas e sugere a inclusão de algumas categorias em estudo. Em 1994, a APA publicou a versão atual do DSM, a quarta. Esta última versão mantém a orientação descritiva das duas anteriores, fazendo poucas alterações na versão de 1987. (DERBLI, 2011, s/p)

A principal mudança proposta pelo DSM IV em relação à terceira edição do manual, refere-se ao desaparecimento do grupo dos “Transtornos Mentais Orgânicos” com o objetivo de evitar o argumento errôneo de que a manutenção desta categoria diagnóstica poderia gerar a ideia de que haveriam doenças mentais não-orgânicas: *“Ou seja, embora a divisão tradicional não tenha sido inteiramente abandonada, os autores fazem questão de afirmar a fisicalidade (dependência de processos cerebrais) de todo e qualquer transtorno mental”*. (RUSSO & VENÂNCIO, 2006, p.467)

### 1.3. O Retardo Mental Leve e o DSM: A Consolidação da Visão Organicista

O DSM I, publicado pela APA em 1952, fornece uma descrição bastante sintética do retardo mental e suas sub-categorias. Ao invés de retardo mental, presente na quarta edição do manual, a primeira edição utiliza a expressão deficiência mental e justifica o uso afirmando que este termo é legalmente reconhecido, apesar de ter pouca precisão na prática clínica. Além disso, o DSM I abole a utilização dos termos idiota, imbecil e débil por terem a falha adicional de se basearem unicamente na testagem psicológica:

“000-x90 e 000-Y90 Deficiência Mental

Aqui serão classificados aqueles casos que apresentam principalmente uma insuficiência da inteligência desde o nascimento, sem doença cerebral, evidência orgânica ou causa conhecida pré-natal. Este grupo inclui apenas os casos de deficiência mental, anteriormente conhecidos como familiares ou "idiopáticos". O grau de insuficiência da inteligência será especificado como leve, moderado ou grave, e a pontuação do Q.I., juntamente com o nome do teste utilizado, serão especificados para o diagnóstico”. (EUA. APA, 1952, p.24)

A deficiência mental foi dividida em dois grupos conforme o fator etiológico. O grupo x engloba a deficiência mental causada por fatores hereditários ou familiares, enquanto o grupo y engloba desordens com causa desconhecida. O Quadro 2 descreve os critérios diagnósticos da Deficiência Mental segundo o DSM I.

Quadro 2: Critérios Diagnósticos da Deficiência Mental Segundo o DSM I

<b>DEFICIÊNCIA MENTAL</b>		
<b>-x Transtornos causados por causa desconhecida ou incerta com a reação funcional isoladamente manifesta; doenças hereditárias e familiares dessa natureza.</b>		
<b>000-x90</b>	<b>Deficiência Mental (familiar ou hereditária)</b>	<b>(325.5)*</b>
<b>000-x901</b>	<b>Leve</b>	<b>(325.3)*</b>
<b>000-x902</b>	<b>Moderada</b>	<b>(325.2)*</b>
<b>000-x903</b>	<b>Severa</b>	<b>(325.1)*</b>
<b>-y Transtornos decorrentes de causas indeterminadas.</b>		
<b>000-y90</b>	<b>Deficiência Mental, idiopática</b>	<b>(325.5)*</b>
<b>000-y901</b>	<b>Leve</b>	<b>(325.3)*</b>
<b>000-y902</b>	<b>Moderada</b>	<b>(325.2)*</b>
<b>000-y903</b>	<b>Severa</b>	<b>(325.1)*</b>

Fonte: APA(1952, p.05)

No quadro 2 verifica-se que o DSM I utilizava dois critérios de classificação para a Deficiência Mental. O primeiro deles, refere-se a fatores etiológicos da Deficiência Mental, que criam duas grandes categorias, respectivamente nomeadas x (Deficiência Mental Familiar ou hereditária) e y (Deficiência Mental decorrente de Causas Indeterminadas). Estas duas grandes categorias, por sua vez, se subdividem em níveis de gravidade, estabelecidos de acordo com medidas de Q.I., respectivamente:

Deficiência mental leve: Q.I de aproximadamente 70-85, refere-se a prejuízo funcional (atividades profissionais); deficiência mental moderada: Q.I entre 50-70, usada para prejuízo funcional que requer treinamento e orientação; deficiência mental severa: Q.I abaixo de 50, usada para prejuízo funcional que requer custódia ou cuidado e proteção completos. (EUA. APA, 1952)

O manual também especifica que o nível de gravidade é estimado, baseando-se em fatores que não apenas os resultados dos testes psicológicos, ou seja, fatores culturais, físicos e emocionais, bem como aprendizagem, desempenho profissional e social. Além disso, o

diagnóstico pode ser modificado quando para além da insuficiência intelectual, existem reações neuróticas, psicóticas ou comportamentais significativas. (EUA. APA, 1952)

A segunda edição do DSM (DSM II), publicada em 1968, já utiliza o termo retardo mental ao invés de deficiência mental, fornecendo a seguinte descrição para esta categoria diagnóstica:

“O retardo mental refere-se a um nível subnormal de funcionamento intelectual geral, que se origina durante o período de desenvolvimento e está associado com comprometimento adaptativo na aprendizagem, social ou de maturação, ou em mais de uma dessas áreas simultaneamente (Estes distúrbios foram classificados em síndrome cerebral crônica com deficiência mental e deficiência mental no DSM-I)”. (EUA. APA, 1968, p.14)

Os níveis de gravidade também são baseados na medida do Q.I e são classificados conforme as seguintes categorias: Retardo mental limítrofe (Q.I. 68-85); retardo mental leve (Q.I. 52-67); retardo mental moderado (Q.I. 36-51); retardo mental severo (Q.I. 20-35), retardo mental profundo (Q.I. abaixo de 20) e retardo mental inespecificado (sem medidas precisas de Q.I). (EUA. APA, 1968)

O DSM II também especifica que a medida de Q.I. não é o único critério para a realização de diagnóstico do retardo mental, bem como, para o estabelecimento de níveis de gravidade. A pontuação de inteligência em cada nível de gravidade não evidencia um desvio, porém, uma distribuição na curva normal. Além do Q.I, para o estabelecimento de diagnóstico, faz-se necessário avaliar o comportamento adaptativo do paciente, seu histórico de desenvolvimento e sua maneira de funcionamento atual, incluindo: habilidades acadêmicas ou profissionais, desenvolvimento motor e maturidade social e emocional. (EUA. APA, 1968)

O DSM II também trazia a possibilidade de se classificar subcategorias para o retardo mental quando este quadro clínico estivesse associado a condições de saúde específicas que afetavam todo o organismo. (EUA. APA, 1968)

Em relação ao retardo mental leve, verifica-se que, nas duas primeiras edições do manual, existe um esforço de associá-lo a danos cerebrais ou problemas orgânicos específicos. Apesar das advertências constantes nos dois manuais de que o Q.I. não é o único parâmetro para a realização do diagnóstico, a especificação de pontuações como o único critério objetivo na definição das subcategorias do retardo mental confere maior peso a esta medida, visto que os critérios de funcionamento adaptativo dependem unicamente do olhar do clínico.

Uma mudança interessante se observa no DSM II, pois, ele especifica a categoria: retardo mental limítrofe, que equivale ao retardo mental leve do DSM I. Assim, verifica-se que o retardo mental leve no DSM II considera um nível de gravidade maior que o retardo mental leve no DSM I, principalmente, quando se considera o funcionamento intelectual. Portanto, a subcategoria retardo mental leve refere-se a dois quadros clínicos distintos no DSM I e DSM II, especificamente; sendo que a medida de Q.I. do retardo mental leve do DSM II corresponde a deficiência mental moderada no DSM I.

No DSM III (EUA. APA, 1980), a classificação do retardo mental assume contornos que a aproximam muito da classificação que consta na quarta edição do manual. Verifica-se a inserção retardo mental na categoria dos transtornos diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência. O DSM III também inclui dados estatísticos relacionados aos fatores associados, prejuízos, complicações, fatores etiológicos e familiares, prevalência, gênero e subtipos.

A descrição dos critérios diagnósticos para o retardo mental no DSM III especificam que as características essenciais são: *(1) funcionamento intelectual geral significativamente inferior a média, (2), resultando em, ou associado a, déficits ou deficiências na adaptação comportamento, (3), com início antes dos 18 anos. O diagnóstico é feito independentemente de saber se há ou não uma doença mental ou física coexistente.* (APA, 1980, p.36)

Em relação às subcategorias o DSM III especifica: Retardo mental leve (Q.I. 50-70), retardo mental moderado (Q.I. 35-49), retardo mental severo (Q.I. 20-34), retardo mental profundo (Q.I. abaixo de 20). (APA, 1980)

Comparando-se o Q.I. de corte para o diagnóstico de retardo mental leve nas quatro primeiras edições do DSM, verifica-se a seguinte relação, expressa comparativamente na Tabela 01:

Tabela 1: Comparação das notas de corte do Q.I. para diagnóstico do retardo mental leve nas quatro edições do DSM

<b>Edição do DSM</b>	<b>Nota de Corte do Q.I. para retardo mental leve</b>
<b>DSM I</b>	Q.I. 70-85
<b>DSM II</b>	Q.I. 67-52
<b>DSM III</b>	Q.I. 70-50
<b>DSM IV</b>	Q.I. 70-50/55

Fonte: (EUA.APA, 1952, 1968, 1980, 2010)

O que se observa nesta análise comparativa dos critérios de prejuízo funcionamento intelectual para o retardo mental leve é uma diminuição na nota de corte do Q.I., que se processou entre o DSM II e o DSM III. Segundo a AAMR (2002), esta diminuição do valor Q.I. para diagnóstico do retardo mental processou-se em 1973, por conta da inclusão do critério diagnóstico relacionado à limitações no comportamento adaptativo. Esta mudança se deu como efeito dos estudos de Heber, realizados em 1961, que constatou um excesso de pessoas com diagnóstico de retardo mental e foi suficiente para reduzir drasticamente a população de pessoas com retardo mental, visto que, quando Grossman, em 1973 *“baixou a nota de corte do Q.I. de um para dois desvios-padrão abaixo da média, teoricamente rotulou apenas 3% da população”*. (p.38)

Em relação à subcategoria retardo mental leve, o DSM III descreve:

Retardo mental leve é aproximadamente equivalente a categoria "educáveis" do ensino. Este grupo compõe a maior segmento das pessoas com a desordem, cerca de 80%. Os indivíduos com este nível de Retardo Mental podem desenvolver habilidades sociais e de comunicação durante o período pré-escolar (idades 0-5), têm mínima deficiência nas áreas sensório-motoras, e muitas vezes não são distinguíveis de crianças normais até uma idade mais avançada. Ao final da adolescência, eles podem aprender habilidades acadêmicas para aproximadamente o nível de sexta série, e durante os anos adultos, eles podem costumam atingir competências sociais e profissionais adequados para um mínimo de auto-suporte, mas pode precisar de orientação e assistência quando submetido a stress econômico ou social. (EUA. APA, 1980, p.39)

A quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM IV-TR, APA, 2010), também classifica o Retardo Mental e suas sub-categorias diagnósticas na seção de "Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência", porém, afirma que não existe qualquer distinção clara entre os Transtornos Mentais que compõem esta seção e aqueles que ocorrem na "idade adulta", sendo que, o único fator distintivo para os transtornos desta categoria está ligado ao fato de que a maioria destes indivíduos apresenta-se à atenção clínica durante a infância ou adolescência.

Para caracterização da categoria "Retardo Mental", o DSM IV descreve:

Este transtorno caracteriza-se por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média (um QI de aproximadamente 70 ou menos), com início antes dos 18 anos de idade e déficits ou prejuízos concomitantes no funcionamento adaptativo. Códigos distintos são oferecidos para Retardo Mental Leve, Moderado, Grave e Profundo e para, Retardo Mental, Gravidade Inespecificada. (EUA. APA, 2010, p.71)

A principal característica do Retardo Mental está ligada a um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, que é definido pelo quociente de inteligência (QI) obtido por meio da aplicação de testes psicológicos individualizados. Uma medida de QI que caracteriza um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, refere-se a um valor absoluto de aproximadamente 70 pontos, que corresponde a dois desvios padrão abaixo da média de uma população. (EUA. APA, 2010)

Considerando-se que a maioria dos testes possui um Erro Padrão de Medida equivalente a aproximadamente 05 pontos, seria possível diagnosticar o Retardo Mental em pessoas com QI entre 70 e 75, desde que apresentassem limitações significativas no seu comportamento adaptativo. *“Inversamente, o Retardo Mental não deve ser diagnosticado em um indivíduo com o QI inferior a 70, se não houver déficit ou comprometimento no comportamento adaptativo”*. (EUA. APA, 2010, p.73)

Se o DSM IV (EUA. APA, 2010) considera a medida de QI como *“característica essencial do Retardo Mental”*(p.73), o manual também afirma que *“o comprometimento do funcionamento adaptativo, em vez de baixo QI, geralmente é o sintoma visível no indivíduo com Retardo Mental”*(p.73), mantendo a prescrição que consta nas três edições anteriores do manual.

Especificamente em relação ao Retardo Mental Leve, o QI varia de 50-55 até aproximadamente 70, considerando o Erro Padrão de Medida do teste aplicado, que na maioria dos instrumentos é de aproximadamente 5 pontos. Além disso, este grupo representa o maior segmento populacional (cerca de 85%) dos indivíduos com Retardo Mental. Em relação aos comprometimentos destes indivíduos, o DSM IV descreve que *“com suporte apropriado, os indivíduos com Retardo Mental Leve habitualmente podem viver na comunidade auto-suficientes ou em contextos supervisionados.”*(EUA. APA, 2010, p.74).

O DSM IV evidencia que os indivíduos com Retardo Mental Leve não possuem qualquer comprometimento que prejudique gravemente a sua produtividade ou desempenho escolar. (EUA. APA, 2010)

A tabela abaixo exhibe uma comparação entre as características diagnósticas para a subcategoria do retardo mental leve, conforme a descrição do DSM III e DSM IV.

Quadro 3: Comparação das características diagnósticas do retardo mental leve no DSM III e no DSM IV.

	DSM III	DSM IV
<b>Características associadas</b>	Em 75% dos casos, quando não há fatores biológicos específicos para a desordem, o nível de comprometimento intelectual é geralmente leve, com QI entre 50 e 70, e o diagnóstico não é feito geralmente até a entrada na escola. As classes socioeconômicas mais baixas estão sobre-representadas nesses casos de Retardo Mental, o significado disso não é claro. Há muitas vezes um padrão familiar de graus semelhantes de gravidade do retardo mental em pais e irmãos.	Os indivíduos com retardo mental têm uma prevalência de transtornos mentais co-mórbidos estimada em três a quatro vezes da população geral. 30 a 40% dos indivíduos não apresenta fatores etiológicos específicos. Problemas de gravidez e perinatais (aproximadamente 10%) Condições médicas gerais contraídas durante a infância (aproximadamente 5%) Influências ambientais e outros transtornos mentais (aproximadamente 15-20%)
<b>Curso</b>	Nas formas mais leves do transtorno, sem etiologia conhecida, o curso provavelmente será limitado em função das experiências individuais.	Início antes dos 18 anos de idade (o retardo mental leve é percebido mais tarde)
<b>Prejuízos</b>	Por definição, há sempre déficits ou deficiências no funcionamento adaptativo. O grau de deficiência está correlacionada com o nível de funcionamento intelectual geral.	Déficits ou prejuízos no comportamento adaptativo associados ao nível de funcionamento intelectual geral.
<b>Complicações</b>	A principal complicação é a incapacidade de funcionar independentemente e, portanto, uma necessidade constante de supervisão e apoio financeiro.	
<b>Fatores etiológicos e padrão familiar</b>	Em 75% dos casos, para os quais, não são conhecidos fatores biológicos específicos para a desordem, o nível de comprometimento intelectual é geralmente leve.	Nenhum padrão familiar aplica-se ao Retardo Mental como categoria geral.
<b>Características específicas de cultura, idade e gênero</b>		A prevalência de Retardo Mental devido a fatores biológicos conhecidos é similar entre crianças de classes socioeconômicas superiores e inferiores, exceto pelo fato de determinados fatores etiológicos estarem ligados à situação socioeconômica mais baixa (p.ex. envenenamento por chumbo e partos prematuros). Em casos nos quais não é possível identificar qualquer causa biológica específica, as classes socioeconômicas inferiores são super-representadas e o Retardo Mental geralmente é mais Leve, embora todos os níveis de gravidade estejam representados.
<b>Prevalência</b>	Aproximadamente 1% da população	Aproximadamente 1% da população
<b>Funcionamento Intelectual</b>	Q.I. 70-50	Q.I. 70 a 50-55

Fonte: (EUA. APA, 1980, 2010)

O Quadro 3 evidencia diversas semelhanças entre o diagnóstico do retardo mental leve no DSM III e DSM IV. Primeiramente, verifica-se que ambas as edições do manual afirmam não haver nenhuma etiologia conhecida para esta categoria diagnóstica, ainda mais quando se leva em consideração a afirmação historicamente consolidada e presente no DSM I e DSM II, de que o retardo mental teria causas fundamentalmente relacionadas ao funcionamento cerebral. Esta ausência de qualquer evidência orgânica que justifique a etiologia do transtorno implica numa particularidade dessa subcategoria do retardo mental. Apesar disso, como já foi ressaltado anteriormente, o DSM IV se esforça por manter uma compreensão do transtornos mentais que se baseia numa etiologia relacionada a fatores orgânicos e, principalmente, hereditários ou cerebrais.

A ausência de fatores hereditários ou biológicos suficientes para determinar a etiologia do retardo mental leve evidencia que esta subcategoria do retardo mental parece contrariar a tendência histórica encontrada nos estudos de psiquiatras desde o século XVI até a primeira década do século XX, de se estabelecer uma relação de causalidade do retardo mental, exclusivamente a fatores de ordem hereditária. Como se pode verificar na historiografia deste transtorno, durante aproximadamente quatrocentos anos, a relação entre hereditariedade e retardo mental foi estabelecida arbitrariamente e, exceto nos casos mais graves de retardo mental, nos quais, se verificará a presença e associação com fatores biológicos determinados claramente, não existem quaisquer estudos que comprovem a associação direta da etiologia do retardo mental leve, exclusivamente a estes fatores. A este respeito, pode-se tomar a constatação de Skrtic (1996) de que enquanto os casos de Retardo mental de moderado a grave/profundo estão diretamente associados com parcelas detectáveis de sintomas biológicos, e são integrados no modelo patológico, “a maioria dos indivíduos catalogados como “Retardados Mentais Leves” não manifestam nenhum sinal biológico.

Nesses casos se emprega o modelo estatístico, e uma baixa pontuação em uma prova de inteligência (Quociente Intelectual, QI) é aceita como um sintoma da patologia”.(p.40)

Para Patto (1997), as diversas pesquisas realizadas sobre o encaminhamento de alunos em escolas públicas de 1º grau evidenciam que o exame psicológico, invariavelmente, conduz os distúrbios mentais e de comportamento nos alunos avaliados ao diagnóstico de deficiência, desconsiderando as relações sociais de produção e os processos escolares de aprendizagem. Este processo de avaliação, ao rotular os alunos, produz os desvios que se quer tratar, ou seja: problemas de adaptação social, hiperatividade e até mesmo, o retardo mental leve.

Esta relação de causalidade estabelecida entre o processo de avaliação psicológica e o distúrbio portado pelo aluno avaliado, coloca em xeque o processo de elaboração dos laudos psicológicos, bem como o processo de testagem psicométrica, que podem ser considerados instrumentos carregados de valor ideológico, reproduzindo uma relação de poder, na qual, o saber técnico e científico do psicólogo acaba por determinar o lugar social a ser ocupado pelo sujeito categorizado pelo laudo.

Como regra, o exame psicológico conclui pela presença de deficiências ou distúrbios mentais nos alunos encaminhados, prática que terá resultados diferentes em função da classe social a que pertencem: em se tratando de crianças da média e da alta burguesia, os procedimentos diagnósticos levarão a psicoterapias, terapias pedagógicas e orientação de pais que visam a adaptá-las a uma escola que realiza os seus interesses de classe; no caso de crianças das classes subalternas, ela termina com um laudo que, mais cedo ou mais tarde, justificará a exclusão da escola. Neste caso, a desigualdade e a exclusão são justificadas cientificamente (portanto, com pretensa isenção e objetividade) através de explicações que ignoram a sua dimensão política e se esgotam no plano das diferenças individuais de capacidade.(PATTO, 1997, p.01)

Acerca do conceito de inteligência em que se baseiam os testes de Q.I., percebe-se que no processo de avaliação psicológica, o que se mede são apenas os produtos dos processos mentais, deixando em segundo plano, os mecanismos utilizados para se chegar a estes produtos. Esta crítica é baseada nos pressupostos dos estudiosos de Piaget, que consideram as operações mentais como sendo mais importantes que o produto destas operações na determinação do nível de desenvolvimento intelectual. Além disso, a autora

afirma que o processo de avaliação e emissão de laudos psicológicos de inteligência, se baseia em uma linguagem estereotipada, o que contribui para confundir os indivíduos avaliados e os leitores dos laudos psicológicos, estes últimos, educadores em sua maioria, quanto às etapas do processo de avaliação, procedimentos a serem cumpridos e níveis de generalização dos resultados obtidos. (PATTO, 1997)

No fim das contas, o que se verifica é a consolidação de modelo que parte de uma supervalorização das medidas de Q.I. para a realização do diagnóstico de retardo mental. Este modelo está historicamente incorporado no discurso de profissionais de saúde e educação, visto que, a análise histórica do retardo mental enquanto categoria diagnóstica, sempre partiu do pressuposto que considera a inteligência como uma característica eminentemente biológica e individual, desconsiderando quaisquer outros fatores de ordem social que possam interferir na sua manifestação e desenvolvimento. O discurso da psicometria não faz outra coisa senão reproduzir esta lógica historicamente consolidada, porém, incorporada a um discurso que parte de uma suposta neutralidade científica, ilusoriamente construída a partir da pretensa objetividade de medidas estatísticas.

A predominância da medida de Q.I. como fator diagnóstico do retardo mental, em relação à idade cronológica e funcionamento adaptativo é evidenciada por Anache (2002), quando afirma que um dos objetivos das mudanças nos recentes critérios diagnósticos do retardo mental tem justamente a função de diminuir o peso desta medida em relação aos outros critérios, para determinação do diagnóstico. Esta tentativa de diminuição do peso do Q.I. para a realização do diagnóstico pode ser encontrada no textos do DSM IV.

“O comprometimento no funcionamento adaptativo, em vez do baixo Q.I., geralmente é o sintoma mais visível no indivíduo com retardo mental. O funcionamento adaptativo refere-se ao modo como o indivíduo enfrenta eficientemente as exigências comuns da vida e o grau com que satisfaz os critérios de independência pessoal esperados de alguém de sua faixa etária, bagagem sociocultural e contexto comunitário”. (DSM IV, APA, 2010, p.73)

Esta afirmação é contraditória em relação ao retardo mental leve, visto que, os déficits no comportamento adaptativo para esta categoria diagnóstica, são mínimos e o fato de, na maioria dos casos, estarem associados a prejuízos socioeconômicos (DSM IV, APA, 2010), poderia colocar em xeque a atribuição e sustentação deste diagnóstico, quando se leva em consideração o comportamento adaptativo, enquanto característica fundamental para a realização do diagnóstico de retardo mental leve.

No fim das contas, no retardo mental leve, permanece uma relação de sobredeterminação do comportamento adaptativo pela medida de Q.I., visto que, apesar da associação entre os déficits no comportamento adaptativo e fatores socioeconômicos, a medida de Q.I. se tornaria o único fator distintivo que permite atribuir déficits no comportamento adaptativo ao funcionamento individual, pois, se assim não fosse, o DSM IV estaria considerando que o diagnóstico para uma parcela de indivíduos com retardo mental leve, estaria relacionado fundamentalmente à pobreza, ao invés de fatores biológicos e individuais. Nesse caso, não haveria fatores suficientes para sustentar a existência desta categoria diagnóstica como um atributo individual.

Quanto aos prejuízos no comportamento adaptativo, causados pelo retardo mental leve, também se verifica que a 3ª e 4ª edições do DSM consideram que os prejuízos no comportamento adaptativo estão associados ao nível de funcionamento intelectual geral e também dependentes do funcionamento individual, o que evidencia que a extensão dos prejuízos causados pelo retardo mental leve no funcionamento adaptativo do indivíduo não podem ser generalizados para a população que se encaixa neste quadro clínico, sendo que, as características individuais podem se mostrar como fatores mais importantes para a determinação da extensão dos prejuízos, do que a própria sintomatologia do retardo mental leve, que exceto pelas medidas de Q.I., também se mostra inespecífica.

Portanto, o fato do indivíduo pertencer às classes populares parece constituir-se num fator determinante para o diagnóstico de Deficiência Mental Leve, ainda mais quando se considera os casos em que o QI se aproxima de 70, visto que, em relação a fatores biológicos, o manual afirma: *Não existem características físicas específicas associadas com o Retardo Mental* (EUA. APA, 2010, p.77). O DSM III ainda enfatiza que as causas desta relação ainda são desconhecidas.

Os dados sobre a prevalência do retardo mental leve que constam no DSM III evidenciam que a população de indivíduos com retardo mental leve é de aproximadamente 75% dos indivíduos com retardo mental e no DSM IV a prevalência de retardo mental leve é de 85% da população com retardo mental. Estes dados reforçam os questionamentos levantados sobre a fragilidade da relação de causalidade historicamente estabelecida entre a etiologia hereditária ou cerebral do retardo mental, bem como sobre a correlação entre retardo mental e pobreza, apontada no DSM III e DSM IV, respectivamente. Tal questionamento baseia-se nas afirmações dos próprios manuais, de que, não existem quaisquer fatores biológicos associados à maioria dos casos de retardo mental leve e, quando se leva em consideração que a maioria da população de indivíduos com retardo mental é composta por indivíduos diagnosticados com retardo mental leve, verifica-se que a afirmação de causalidade exclusivamente orgânica, não é suficiente para dar conta da complexidade de fenômenos de ordem individual e social que ficam encobertas por trás da afirmação de etiologia orgânica para o retardo mental leve.

Uma leitura atenta da categoria diagnóstica: *Transtornos mentais que aparecem habitualmente na infância e adolescência*, do DSM IV (EUA.APA, 2010), evidencia semelhanças entre os critérios diagnósticos do retardo mental leve e dos transtornos de aprendizagem. No sentido de obter dados comportamentais mais precisos e detalhados sobre

ambos os transtornos, esta comparação também se valerá de dados que constam no *Compêndio de Psiquiatria de Kaplan & Sadock (2007)*.

Quadro 4: Características Diagnósticas do retardo mental leve e das dificuldades de aprendizagem

Retardo Mental Leve	Dificuldades de Aprendizagem
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não pode ser diagnosticado até que as crianças atinjam a idade pré-escolar; suas habilidades sociais e de comunicação podem estar adequadas nos anos pré-escolares. (KAPLAN &amp; SADOCK, 2007, p.1251)</li> <li>• À medida que crescem podem apresentar déficits cognitivos e pensamento egocêntrico, que os distinguem de outras crianças. (KAPLAN &amp; SADOCK, 2007, p.1251)</li> <li>• Podem completar o ensino fundamental e exercer uma profissão que garanta o seu sustento, mas dificilmente obterão aceitação social. (KAPLAN &amp; SADOCK, 2007, p.1251)</li> <li>• Déficits de comunicação, auto-estima pobre e dependência contribuem para a relativa falta de espontaneidade social. (KAPLAN &amp; SADOCK, 2007, p.1251)</li> <li>• Podem envolver-se emocionalmente, relacionando-se com pares que se aproveitem de sua deficiência.</li> <li>• Na maioria dos casos, alcançam algum sucesso social e vocacional em ambiente com bom suporte. (KAPLAN &amp; SADOCK, 2007, p.1251)</li> <li>• Têm comprometimento mínimo nas áreas sensorio-motoras e com frequência não são facilmente diferenciados de crianças sem retardo mental até uma idade mais tardia. (EUA, APA, p.74)</li> <li>• Funcionamento intelectual significativamente inferior à média. Para retardo mental leve – Q.I 70 a 55-50. (EUA, APA, p.73)</li> <li>• Déficits ou comprometimentos concomitantes no funcionamento adaptativo atual. (EUA, APA, p.73)</li> <li>• Início anterior aos 18 anos de idade. (EUA, APA, p.73)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades de leitura, escrita e matemática muito abaixo do nível esperado para a idade e a capacidade intelectual da criança. (KAPLAN &amp; SADOCK, 2007, p.1260, 1262, 1265)</li> <li>• Os problemas de aprendizagem interferem significativamente no rendimento escolar ou nas atividades de vida diária que exigem habilidades de leitura, matemática ou escrita. . (EUA. APA, p.80)</li> <li>• Uma discrepância menor entre rendimento e Q.I. (i.é, entre 1 e 2 desvios padrão) ocasionalmente é usada, especialmente em casos onde o desempenho de um indivíduo em um teste de Q.I. foi comprometido por um transtorno associado ao processamento cognitivo, por um transtorno mental comórbido, por uma condição médica geral ou pela bagagem étnica ou cultural do indivíduo. (EUA. APA, p.81)</li> <li>• As dificuldades de aprendizagem são proporcionais ao nível de funcionamento intelectual geral. Entretanto, em alguns casos de retardo mental leve, o nível de realização na leitura, matemática ou expressão escrita está significativamente abaixo dos níveis esperados, dados o nível de escolaridade e a gravidade do retardo mental do indivíduo. Nesses casos, aplica-se o diagnóstico adicional de dificuldade de aprendizagem. . (EUA, APA, p.81)</li> <li>• Desmoralização, baixa autoestima e déficits nas habilidades sociais podem estar associados com os transtornos de aprendizagem. . (EUA, APA, p.80)</li> </ul>

A análise comparativa das características diagnósticas do retardo mental leve e das dificuldades de aprendizagem evidenciam uma diferença fundamental entre os dois

transtornos, que se refere ao valor absoluto do Q.I. Enquanto os manuais afirmam que o valor de corte do Q.I. para retardo mental leve é de dois desvios padrão abaixo da média; o valor de corte do Q.I. para as dificuldades de aprendizagem pode ser entre 1 e 2 desvios padrão abaixo da média populacional. Esta diferença é válida quando não se considera o erro padrão de medida da maioria dos testes psicológicos, que segundo o DSM IV (EUA.APA, 2010) é de cinco pontos, pois, neste caso ao se considerar os casos limítrofes superiores para o valor de Q.I. do retardo mental leve (Q.I. entre 70 e 66 pontos), verifica-se ao aplicar o erro padrão de medida dos testes, que o sujeito com retardo mental leve, poderia ocupar a faixa de Q.I. que caracteriza as dificuldades de aprendizagem. Portanto, a medida de Q.I., quando adquire um peso superior aos outros critérios para diagnóstico do retardo mental leve, mostra-se como um parâmetro grosseiro e inexato para o diagnóstico desses indivíduos.<sup>1</sup>

Quanto ao desempenho acadêmico, os dois quadros também apresentam características semelhantes, visto que, em ambos os casos, há comprometimento significativo do desempenho escolar, verificando-se uma discrepância entre o desempenho escolar do indivíduo e aquele esperado para sua idade cronológica. Quando se considera a afirmação do DSM IV (EUA.APA, 2010), de que o desempenho possui relação direta com o nível de funcionamento intelectual do indivíduo, aliando-se a este fator a situação de pobreza ou de diferenças étnicas e culturais, variáveis que influenciam diretamente na medida do Q.I. e em testes de desempenho escolar, a precisão do diagnóstico diferencial entre as duas categorias fica comprometida, pois, obter uma medida precisa da influência que o ambiente étnico e cultural de origem exerceu na testagem psicológica, converte-se em algo que depende

---

<sup>1</sup> Estou ciente da polêmica que envolve os distúrbios de aprendizagem como categoria explicativa do baixo rendimento escolar. Esta categoria está sendo usada exatamente porque defensores de sua existência definem essas dificuldades como cuja característica básica seria *a de normalidade em todos os aspectos relacionados à aprendizagem (psíquicos, orgânicos e ambientais)*, mas de prejuízo em termos de eficiência de aprendizagem. (Oliveira, 2012, p. 27)

unicamente do olhar clínico do avaliador e, portanto, atrelado à uma avaliação muito mais subjetiva que objetiva.

Em relação aos prejuízos sociais, emocionais e baixa autoestima, ambas categorias diagnósticas também apresentam uma descrição de prejuízos que se assemelham. Assim, não se pode considerar estes fatores como distintivos entre os quadros clínicos. Além disso, quanto à característica de dependência e necessidade de apoio, pode-se perceber que ela também se aplica a ambas categorias diagnósticas, pois, é resultado do não-aprendizado do indivíduo, bem como, está ligada a fatores socioeconômicos, étnicos e culturais.

Um ponto que merece atenção está no fato de que o indivíduo com retardo mental leve, segundo a caracterização diagnóstica, parece ser mais desacreditado socialmente que o indivíduo com dificuldade de aprendizagem. A afirmação de Kaplan & Sadock (2007), de que indivíduos com retardo mental leve *“podem completar o ensino fundamental e exercer uma profissão que garanta o seu sustento, mas dificilmente obterão aceitação social”* (p.1251); complementada com a afirmação de que os indivíduos com retardo mental leve *“podem envolver-se emocionalmente, relacionando-se com pares que se aproveitem de sua deficiência”*(p.1251) evidenciam uma expectativa de não-adaptação e vulnerabilidade do indivíduo em relação ao ambiente social. Estas afirmações ou afirmações semelhantes, não são encontradas na caracterização diagnóstica dos transtornos de aprendizagem.

Portanto, faz-se necessário refletir sobre a relação entre o diagnóstico de retardo mental leve e a descrença na possibilidade de adaptação e desempenho social destes indivíduos, bem como, buscar compreender quais os efeitos do diagnóstico na trajetória social das pessoas com retardo mental leve. Considerando-se a afirmação de que o retardo mental leve será diagnosticado na escola, percebe-se que o espaço escolar torna-se o lócus privilegiado para a discussão e análise desta relação.

## **CAPÍTULO II**

### **CORPO, ESTIGMA E RETARDO MENTAL LEVE**

A proposta deste segundo capítulo é analisar a construção do retardo mental leve enquanto uma marca inscrita no corpo do indivíduo e os impactos sociais desta forma de compreensão. Para isso, realizou-se uma revisão de literatura que parte da construção do retardo mental leve como categoria diagnóstica que se inscreve no corpo enquanto estigma, criando uma identidade social de desacreditável para o indivíduo. Assim, a base de discussão do presente capítulo considera uma visão que correlaciona corpo, estigma e sociedade para situar o lugar social ocupado pelo indivíduo que recebe o diagnóstico de retardo mental leve.

Santos (2008), ao discutir o conceito de deficiência, evidencia dois posicionamentos teóricos distintos desenvolvidos em dois momentos históricos específicos.

O primeiro destes posicionamentos foi difundido desde o século XVI até a primeira metade do século XX, e afirma que o saber sobre a deficiência está calcado na medicina, que considera a deficiência a partir de uma compreensão que se baseia num corpo com lesão para explicá-la. Nesse caso, as restrições ou prejuízos individuais e sociais sofridos pelos indivíduos com deficiência, teriam a sua causalidade no corpo com lesões. Para o modelo biomédico, a deficiência é vista como uma desvantagem natural, produto de um corpo representado clinicamente como sendo portador de uma patologia. (SANTOS, 2008)

Ao se contextualizar essa perspectiva para as pessoas com retardo mental leve, pode-se pensar na insuficiência do saber médico para dar conta das diversas nuances que perpassam este quadro diagnóstico, pois, o DSM IV (APA, 2010) reconhece que não há qualquer fator biológico distintivo para a etiologia do retardo mental leve, levando a refletir sobre a hipótese de que a atribuição de uma causalidade exclusivamente biológica para este

quadro clínico, carece de comprovação empírica, comprometendo sobremaneira a cientificidade quanto ao estabelecimento desta relação de causalidade.

O segundo posicionamento baseia-se nas pesquisas relacionadas às ciências humanas e sociais. Partindo de uma crítica ao saber médico como única via de explicação para as deficiências, os teóricos das ciências sociais postulam fundamentalmente que a desigualdade decorrente das deficiências não está no corpo com lesões, porém, em barreiras políticas, econômicas e sociais impostas aos indivíduos com corpos lesionados. (SANTOS, 2008)

Para os defensores do modelo social, a lesão seria uma característica corporal, como seria o sexo ou a cor da pele, ao passo que deficiência seria o resultado da opressão e da discriminação sofrida pelas pessoas em função de uma sociedade que se organiza de maneira pouco sensível à diversidade. Assim, é possível uma pessoa ter lesões e não experimentar deficiência, a depender de quanto a sociedade esteja ajustada para incorporar a diversidade. (SANTOS, 2008, p.506)

A consideração do retardo mental leve sob a ótica do modelo social da deficiência evidencia uma contradição fundamental em relação à lesão corporal. Se os indivíduos com retardo mental leve não possuem qualquer sinal de lesão corporal visível, seja semiologicamente ou através de exames, como sustentar que estes indivíduos enfrentem as mesmas restrições sociais, políticas e econômicas que qualquer outro indivíduo com uma deficiência que se mostra visivelmente no corpo, como seria o caso das deficiências sensoriais e motoras, por exemplo?

A resposta a este questionamento implica em pensar o corpo e a lesão como construções sociais, que como tais, reproduzem os mecanismos de funcionamento e a lógica das relações da sociedade em que estão inseridos. Segundo Puppin (1999), a deficiência surge conceitualmente quando a eficiência passa a ser marca fundamental da sociedade e uma característica distintiva da identidade dos indivíduos. O conceito de deficiência surge assim com o intuito de nomear o improdutivo, ou seja, o negativo desta sociedade e da identidade que se espera, ou seja, o deficiente é aquele que se desvia da norma social.

## **2.1. O Corpo como lugar de inscrição da deficiência enquanto marca da expectativa social de incapacidade**

Para Silva (2006), a deficiência pode ser considerada como uma marca inscrita no corpo, um sinal de incapacidade produtiva e dependência econômica numa sociedade que se pauta pela eficiência, competitividade e tecnicismo. Estes valores investem o corpo ideologicamente, marcam-no, dirigem-no, o tornam disciplinado e apto a cumprir as exigências de produção da sociedade capitalista. Assim, torna-se importante medir e classificar a capacidade produtiva dos corpos, no intuito de verificar o quanto este corpo pode ser convertido em mercadoria, ou seja, qual o seu valor de troca.

Neste sistema, ser deficiente implica em ser portador de um corpo com baixo potencial produtivo e, conseqüentemente, com baixo valor de troca; uma barreira ao progresso tecnológico da sociedade. Portanto, este será um corpo anormal, fora dos padrões de produção e estética idealizados pela sociedade contemporânea.

Acerca desta perspectiva de controle e disciplinamento dos corpos na sociedade contemporânea, Crochík (2000) considera que a civilização ocidental contemporânea, baseada nos ideais de consumo e produtividade, exige o culto, por vezes desenfreado, a um corpo esbelto e saudável. Assim, o corpo acabará por ser enrijecido, domesticado e normalizado em nome de uma vida saudável que visa satisfazer aos ideais de produtividade da civilização. Neste contexto, o indivíduo moderno vê-se, cada vez mais, impedido de exercer uma vida de livre exercício corporal, para se colocar numa constante disputa pelos bens de consumo e pela eficiência produtiva, a qual, auto-atualiza o processo, evidenciando que quanto mais produtivo o corpo, menos livre é o indivíduo, para a busca do prazer e satisfação de suas necessidades.

Silva (2006), ao analisar a relação entre corpo, deficiência e sociedade na perspectiva da teoria crítica afirma que as Pessoas com Deficiência, em razão de seu distanciamento

corporal em relação aos padrões físicos e intelectuais, passam a ser inseridas numa lógica que as caracteriza pela ausência, déficit ou impossibilidade, na qual um atributo do indivíduo passa a defini-lo integralmente, transformando as diferenças individuais em exceção. Como consequência deste processo, o indivíduo vê-se aprisionado na marca corporal da deficiência, que silencia tudo o que pertence ao campo da sua individualidade e limita as suas necessidades às esferas da sobrevivência e adaptação social:

O corpo marcado pela deficiência, por ser disforme ou fora dos padrões, lembra a imperfeição humana. Como nossa sociedade cultua o corpo útil e aparentemente saudável, aqueles que portam uma deficiência lembram a fragilidade que se quer negar. Não os aceitamos porque não queremos que eles sejam como nós, pois assim nos igualaríamos. É como se eles nos remetessem a uma situação de inferioridade. Tê-los em nosso convívio funcionaria como um espelho que nos lembra que também poderíamos ser como eles. (SILVA, 2006, p. 427)

Ao se retomar o sentido atual dos termos cunhados pela medicina para se referir ao retardo mental leve, conforme a descrição de Santiago (1994), os termos: idiotia, estupidez, retardo e deficiência, possuem em comum o fato de encerrarem um sentido pejorativo na sociedade atual, relacionados primeiramente ao comportamento individual desviante de determinados valores sociais ou pessoais. Esta constatação evidencia o lugar ocupado pelas representações sociais do retardo mental leve historicamente constituídas. Embora atualmente se verifique inúmeras mudanças terminológicas, justamente no sentido de diminuir este caráter pejorativo, ainda assim, faz-se necessário pensar que por trás das terminologias, se escondem outras relações sociais, igualmente marcadas pela segregação e exclusão desses indivíduos.

Esta discussão terminológica é tomada como um eixo central e as relações sociais que acobertadas por trás das diferentes nomenclaturas para a descrição das deficiências, é por Bueno (1993), na sua análise sobre o termo “excepcional”<sup>2</sup>. A questão central para se

---

<sup>2</sup>Este autor, em nova obra que retoma a discussão (Bueno, 2011), adverte que, embora o termo excepcional esteja em desuso, ainda parece ser bastante pertinente, na medida em que, se substituirmos a expressão “excepcionalidade” pela atual “necessidades educacionais especiais”, a análise crítica que faz da diminuição da pejoratividade e da maior precisão parece se manter adequada.

estabelecer uma compreensão sobre a problemática da excepcionalidade está ligada à relação de determinação do fracasso escolar sobre a excepcionalidade, a partir de uma visão que considera as expectativas e possibilidades de sucesso escolar, como características individuais, acobertando assim, conflitos de classe e determinantes sociais relacionados aos indivíduos enquadrados nesta categoria.

Isso faz com que os excepcionais das camadas subalternas sejam duplamente prejudicados, em razão das dificuldades inerentes às suas características intrínsecas (quando elas existem) e por fazer parte da parcela da população para a qual as oportunidades de saber estão prejudicadas. (BUENO, 1993, p.21)

No intuito de realizar uma análise precisa do termo excepcional, Bueno (1993) afirma ser preciso considerá-lo a partir de duas vertentes. Enquanto a primeira vertente considera que o termo excepcional veio a substituir, historicamente, formas mais pejorativas de se referir às pessoas que escapavam à normalidade, visto que, o termo “excepcional” carrega, também, a idéia de talento e qualidades positivas, sendo assim, apenas uma forma de designação menos estigmatizante, a segunda defende a utilização do conceito, não somente pelo seu caráter ideologicamente menos estigmatizante, como também por possuir uma maior precisão:

O termo **excepcional** tem sido utilizado para designar o universo para o qual a educação especial se dirige, em substituição a outros, como por exemplo, **deficiente, prejudicado, diminuído**, a fim de minimizar a pejoratividade inerente a essas tradicionais designações e de alcançar uma nomenclatura mais precisa. (BUENO, 1993, p.27)

Este autor realiza uma crítica à concepção de que as mudanças terminológicas relacionadas à deficiência seriam um caminho seguro para desconstruir o lugar social de exclusão e segregação ocupado por estes indivíduos. Para além das questões terminológicas, o termo “excepcional” encerra um sentido ideológico, se situado no campo das relações sociais, porque, enquanto um fenômeno social, foi construído pela ação do homem e, conseqüentemente, está diretamente ligado ao contexto histórico e social no qual aparece. Nesse sentido, verifica-se que por trás do termo “excepcional” existe uma ideologia que visa

o acobertamento das diferenças de classe, que se traduzem em diferenças linguísticas, que por sua vez, acabam por garantir *a manutenção de uma organização social que produz e reproduz a marginalidade*. (BUENO, 1993, p. 35)

Os defensores da utilização do termo excepcional por sua maior precisão e por ser menos estigmatizante, ainda assim, não conseguem deixar de associá-lo aos termos deficiente, prejudicado, diminuído ou incapacitado, evidenciando que a suposta neutralidade do discurso científico, não faz outra coisa que acobertar esta relação, numa lógica que considera a excepcionalidade como um fenômeno natural e a-histórico, ou seja, dependente primariamente de caracteres individuais independente das relações de classe que o circundam e determinam. (BUENO, 1993)

Com o passar do tempo, a categoria de excepcionalidade que era utilizada para se referir principalmente às pessoas com retardo mental, começa a incorporar novas categorias diagnósticas, como é o caso dos superdotados e dos indivíduos com transtornos de linguagem e comportamento. No caso dos indivíduos superdotados, sua inclusão na categoria de excepcionais está diretamente relacionada ao movimento de rebaixamento da qualidade do ensino, quando se propicia o acesso das camadas populares à escola e a uma política de “valorização de talentos” por meio de escolas de alto nível, dedicadas a atender a população socialmente valorizada. No caso dos indivíduos com transtornos de aprendizagem, verifica-se também a atribuição dessas dificuldades a caracteres individuais, também excluindo qualquer dificuldade ou problema eminentemente educacional na etiologia ou manutenção dessas dificuldades. (BUENO, 1993)

Portanto, a análise de Bueno (1993) evidencia um processo de dupla determinação da excepcionalidade, em que o indivíduo por ser considerado excepciona, é excluído da escola regular e sua não-escolarização também passa a ser justificada pela excepcionalidade.

Por trás deste processo de exclusão escolar, verifica-se novamente, o aparecimento da relação entre deficiência e pobreza, numa teoria que considera as crianças com distúrbios de linguagem, originados a partir de déficits cognitivos, decorrentes de sua carência cultural em função de viverem em um ambiente desfavorecido do ponto de vista socioeconômico, o que limitaria as suas possibilidades de desenvolvimento. Este processo de exclusão pauta-se assim, num ideal de seletividade escolar de indivíduos oriundos das classes populares, associando claramente retardo mental e pobreza. (BUENO, 1993)

No sentido de aprofundar o estudo da relação entre corpo e retardo mental leve, bem como, as críticas propostas até o momento, é interessante apresentar um estudo epidemiológico realizado por Llerena & cols. (2000), com o objetivo de correlacionar o retardo mental a fatores etiológicos de base genética. Os dados foram colhidos por uma equipe multidisciplinar da Fundação Oswaldo Cruz, através de entrevistas com as famílias de 673 alunos com retardo mental, com idade entre seis e setenta e um anos, matriculados em diversas escolas especiais do município. A distribuição de fatores etiológicos em relação à população pesquisada, encontra-se na tabela abaixo.

**Tabela 2 - Classificação clínico-etiológica em 673 alunos com retardo mental inseridos em escolas de educação especial no Estado do Rio de Janeiro.**

Genético N° 249 - 37,0%			Ambiental <sup>1</sup> N° 142 - 21,1%		
Síndrome	N°	%	Evento	N°	%
Down	70	28,1	Asfixia perinatal	70	49,2
História familiar	65	26,1	Social	25	17,6
Dismorfias	45	18,0	Prematuridade	25	17,6
Consangüinidade	35	14,0	Meningite	19	19,3
Ligado ao cromossomo X	08	3,2	Encefalite	09	6,3
Williams	05	2,0	Traumatismo crânio-encefálico	08	5,6
Microcefalia vera	04	1,6	Insulto pré-natal	08	5,6
Pseudohipoparatiroidismo	03	1,2	Infecção pré-natal	07	4,9
Esclerose tuberosa	01	0,4	Parada cardiorrespiratória	06	4,2
Aarskog	01	0,4	Kernicterus	04	2,8
Defeito do tubo neural	01	0,4	Gemelaridade	04	2,8
Rubinstein Taybi	01	0,4	Parto séptico	04	2,8
Bardet Biedel	01	0,4	Afogamento	03	2,1
Cohen	01	0,4	Acidente vascular cerebral	03	2,1
Displasia crânio metafisária	01	0,4	Doença de privação calórica	02	1,4
Smith Lemli Opitz	01	0,4	Ingestão de álcool pré-natal	02	1,4
BBB	01	0,4	Hidrocefalia	02	1,4
Peter-Plus	01	0,4			
Kabuki	01	0,4			
Noonan	01	0,4			
Hipotireoidismo Congênito	01	0,4			
Cri-du chat	01	0,4			

<sup>1</sup> De acordo com informações colhidas.

Observação: 282 alunos (41,9%) foram considerados de causa idiopática.

Fonte: LLERENA & Cols., 2000, p.256)

Os resultados da tabela indicam que 41,9% da população pesquisada TEM o retardo mental relacionado a causas idiopáticas, ou seja, a causas etiológicas indeterminadas. Além disso, Llerena & Cols. (2000) relatam que a metodologia utilizada baseou-se unicamente em entrevistas com os familiares e que “*não havia nenhum registro de avaliações psicométricas por parte da equipe escolar como normalmente relatadas em qualquer investigação desta natureza*” (p.257). Além disso, a ausência de avaliações psicométricas impediu a distribuição do grupo de sujeitos pesquisados por nível de gravidade do retardo mental. De maneira geral, os resultados do estudo permitiram a divisão da população em três grandes grupos:

Contudo, como um mero exercício de diagnóstico clínico, realizamos uma classificação do RM em três grupos nosológicos de acordo com um possível agente causal: Genético, Ambiental e Idiopático. Este último grupo foi considerado como não associado a nenhuma doença genética clássica (ou ausência de dismorfias ou recorrência familiar), ou a

algum evento e/ou agente detectado nas entrevistas com os responsáveis. Cerca de 37,0% dos alunos foram enquadrados no grupo genético, 21,1% no grupo ambiental e 41,9% dos alunos no grupo idiopático (Tabela 2). (LLERENA & COLS, 2000, p.257)

Os resultados do estudo de Llerena & Cols. (2000) corroboram os questionamentos levantados nesta pesquisa quanto à falta de precisão numa atribuição do retardo mental a fatores etiológicos de base exclusivamente orgânica, visto que 62% da população pesquisada (causa familiar ou ambiental) não apresentou qualquer fator orgânico na etiologia do retardo mental, pois, apesar dos indivíduos pertencentes ao grupo ambiental terem apresentado associação clínica com alterações em exames neurológicos, estas foram insuficientes para explicar totalmente a etiologia do retardo mental para indivíduos pertencentes a este grupo.

Quanto à relação entre retardo mental e desigualdades sociais, Llerena & Cols. (2000) relatam que *embora um número maior de crianças com RM leve e grave tenha sido encontrado nas classes sociais mais baixas, estas tendem a ser as mais desfavorecidas pela falta dos progressos nos cuidados com a saúde, educação e oportunidades de treinamento.*(p.258)

As conclusões de Llerena & Cols. (2000) corroboram a afirmação do DSM III (APA, 1980) e DSM IV (APA, 2010) de que existe uma predominância de diagnósticos de retardo mental leve em populações socialmente desfavorecidas, que também corrobora os argumentos de Bueno (1993) de que o termo excepcionalidade e as categorias que o compõem, por um lado, servem para determinar quadros clínicos que necessitam de atenção especial, por outro servem de acobertamento das diferenças de classe social.

Numa comparação dos dados listados obtidos por Llerena (2000) aos descritos pelo DSM IV (APA, 2010), quanto aos fatores etiológicos do retardo mental: *Hereditariedade (aproximadamente 5%); Alterações precoces do desenvolvimento embrionário (aproximadamente 30%); Problemas da gravidez e perinatais (aproximadamente 10%); Condições médicas gerais adquiridas no início da infância (aproximadamente 5%);*

*Influências ambientais e outros transtornos mentais (aproximadamente 15-20%); Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero (aproximadamente 30%)”*.(p.72)

Enquanto a pesquisa de Llerena (2000) considera que 37% das pessoas com retardo *mental*, possui etiologia ligada a fatores de base genética, o DSM IV diminui este número para 05% da população e numa soma dos fatores biológicos listados pelo manual, verifica-se que 50% da população de indivíduos com retardo mental pode ter etiologia ligada a fatores biológicos (para este percentual excluem-se os percentuais relacionados a influências ambientais e outros transtornos mentais e Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero), enquanto Llerena considera que 58% da população estudada teria algum fator de ordem biológica na etiologia do retardo mental. Estes dados demonstram muitas semelhanças quanto à prevalência da etiologia biológica no retardo mental e evidenciam, mais uma vez, que a atribuição de causa exclusivamente orgânica ao retardo mental, seria suficiente para explicar 50% dos casos, na melhor das hipóteses; enquanto pelo menos metade da população de pessoas com retardo mental não se enquadraria nesta categoria.

A insuficiência das explicações sobre a etiologia do retardo mental leve sugere a necessidade de se discutir os fatores sociais envolvidos tanto na base etiológica como na consequência do diagnóstico para o indivíduo. Assim, com base nos estudos de Goffman (2008) pode-se verificar que o diagnóstico de retardo mental leve adquire o valor de estigma corporal e interfere de maneira marcante na construção da identidade do indivíduo.

No caso do retardo mental leve, os argumentos de Silva (2006) permitiriam constatar empiricamente os efeitos do estigma sobre a identidade real do indivíduo, que a partir do convívio com os normais e da incorporação do estigma, ficaria cada vez mais reduzida, aprisionada e silenciada no defeito que a marca corporal evidencia, mesmo quando esta marca é invisível e arbitrariamente imputada no corpo do sujeito a partir do momento em que é compreendida exclusivamente como causa orgânica.

## 2.2. Retardo Mental Leve e Estigma: A Construção do Desacreditável

Goffman (2008) utiliza o termo estigma para compreender estes indivíduos que se desviam das normas sociais em razão de possuírem um atributo ou característica corporal que se impõe como marca distintiva de sua identidade. Nesse caso, o indivíduo torna-se um desviante, um anormal, ou seja, alguém que é contrário às normas estabelecidas, atributo ou característica que age diretamente sobre a integridade psicológica do indivíduo, condenando-o a um lugar social marcado pela exclusão, segregação e isolamento, convertendo-se em uma identidade desviante.

Goffman (2008) define o estigma como um sinal ou marca corporal que evidencia a ação de algo mau ou extraordinário sobre o indivíduo que a carrega. Na Grécia antiga, estes sinais eram marcados com cortes ou fogo no corpo de um traidor, com o objetivo de evidenciar que aquele indivíduo, ritualmente marcado, era alguém a ser socialmente evitado. *“Atualmente, o termo é amplamente usado de maneira um tanto semelhante ao sentido literal original, porém, é mais aplicado à própria desgraça que à sua evidência corporal”*(p. 11).

A desgraça, ou seja, as razões que justificariam o afastamento social do indivíduo estigmatizado, constituem-se em prescrições de cunho moral e comportamental, reguladoras da relação entre indivíduo e sociedade, que compõem a tessitura de expectativas sociais que recaem sobre determinado indivíduo, evidenciando quais indivíduos são mais propensos a serem encontrados em determinados ambientes sociais, calcadas numa dialética entre as categorizações sociais dos indivíduos, que são o efeito direto das expectativas sociais que recaem sobre ele, constituindo uma *“identidade social virtual”*(p.12) e, na medida em que o indivíduo é realmente possuidor destes atributos e capaz de satisfazer estas expectativas sociais, a sua *“identidade social real”*.(GOFFMAN, 2008, p.12.)

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser - incluído, sendo, até, de uma espécie

menos desejável - num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande - algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem - e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real. (GOFFMAN, 2008, p.12)

Apesar do estigma carregar uma referência direta a um atributo que é depreciativo para o indivíduo, não se pode considerar esta depreciação é algo estanque e igualmente generalizável, pois, a identidade social virtual varia de acordo com as expectativas acerca do lugar ocupado pelo indivíduo nas relações sociais, criando um estereótipo que também varia de acordo com as mesmas. O resultado destes processos é a criação de três tipos de estigma, que Goffman (2008, p.14) classifica em: *abominações do corpo, referindo-se às várias deformidades físicas; as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não-naturais; estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através da linhagem e contaminar toda a família.*

Para os indivíduos com retardo mental leve este atributo depreciativo centra-se naquilo que a medicina denomina: Déficit no Funcionamento Intelectual. Anache (2002) elenca três modelos de diagnóstico do retardo mental: o modelo médico, que busca compreender o retardo mental a partir de uma etiologia física e comportamental; o modelo psicopedagógico, que alia os fatores orgânicos ao contexto de ensino-aprendizagem, baseando-se numa avaliação de fatores cognitivos e o modelo social, que critica os efeitos estigmatizantes e classificatórios dos outros dois modelos, considerando que o diagnóstico deve ser realizado unicamente para fins educacionais.

À medida que se passou a considerar uma multiplicidade de fatores como causa do retardo mental, verifica-se que a psicometria ganha força na determinação deste diagnóstico, sendo que, *na prática do diagnóstico, as diferentes posturas convivem entre si, porém em âmbito mais geral os profissionais utilizam-se basicamente da psicometria (estrutura de*

*diagnóstico) para fins classificatórios (objetivo), sob um olhar medicalizado, buscando uma causa de natureza endógena para justificar, ou apenas constatar, a deficiência do aluno.*(ANACHE, 2002, p.06)

Estas afirmações evidenciam que o estigma do retardo mental leve constitui-se em uma marca corporal arbitrariamente atribuída, a partir de uma medida de Q.I. obtida em testes psicométricos. Neste caso específico, não se verifica a existência primária de quaisquer características corporais que possam ser utilizadas como justificativa para a atribuição do estigma. Esta situação implica que o discurso do profissional de saúde e educação ganha um peso muito maior nesta atribuição, que acabará por gerar efeitos perniciosos na identidade do indivíduo, a partir do estabelecimento de uma discrepância entre a sua identidade social real e virtual.

A discrepância entre identidade social real e identidade social virtual, quando manifestada, “*estraga a identidade social do indivíduo*” (Goffman, 2008, p.28). Seu maior efeito é afastar o indivíduo do convívio social e de si-mesmo fazendo com que incorpore em si-mesmo o descrédito e a expectativa da desgraça frente a um mundo que não é receptivo ante a sua diferença, o que em alguns casos extremos, pode gerar o isolamento social do estigmatizado:

Quando há uma discrepância entre a identidade social real de um indivíduo e sua identidade virtual, é possível que nós, normais, tenhamos conhecimento desse fato antes de entrarmos em contato com ele ou, então, que essa discrepância se torne evidente no momento em que ele nos é apresentado. Esse indivíduo é uma pessoa desacreditada e foi dele, fundamentalmente, que me ocupei até agora. Como foi sugerido, é provável que não reconheçamos logo aquilo que o torna desacreditado e enquanto se mantém essa atitude de cuidadosa indiferença a situação pode-se tornar tensa, incerta e ambígua para todos os participantes, sobretudo a pessoa estigmatizada. (GOFFMAN, 2008, p.52)

A regulação das expectativas sociais e a força com que são capazes de atuar na modelagem da identidade real dos indivíduos fazem com que o estigma assuma uma dupla perspectiva. Caso o estigmatizado assuma que sua característica é previamente conhecida e imediatamente evidente, ele se tornará desacreditado, porém se o indivíduo acredita que a

característica estigmatizante não é imediatamente perceptível e pode permanecer desconhecida, ele se tornará desacreditável. (GOFFMAN, 2008)

Puppin (1999), ao contextualizar a problemática do estigma no contexto das relações sociais das pessoas com deficiência, afirma que elas serão desacreditadas quando manifestarem um sinal corporal que permita identificar diretamente o estigma e desacreditáveis quando sua deficiência não puder ser diretamente identificável, criando a possibilidade de manipulação de informação.

Amaral (2009), ao analisar o processo de subjetivação das pessoas com retardo mental leve, compilou documentos e produções escritas de duas ex-alunas de escolas especiais e inseridas na rede pública de ensino do estado de São Paulo, diagnosticadas com transtorno mental. As histórias destas alunas evidenciaram a vivência do processo de classificação e homogeneização durante a sua vida escolar, o que levou à sua exclusão do sistema escolar regular. Durante a sua vida escolar, as egressas vivenciaram uma história marcada por um processo de conformação da subjetividade, implicando numa história permeada pela perda dos direitos vitais e sociais e pela incorporação da crença na própria incapacidade, fomentada pelos profissionais de saúde e educação.

A pesquisa de Amaral (2009) evidencia um processo de atribuição do estigma corporal a estas alunas, bem como permite verificar a passagem do estigma do desacreditável para o de desacreditado, justamente a partir da incorporação do discurso normalizador dos profissionais de saúde e educação, que endossam a idéia de incapacidade individual ao responsabilizar a própria pessoa com deficiência pelo seu fracasso escolar. Segundo Goffman (2008), pode-se conjecturar que a incorporação dos padrões do estigma, por parte daquele que o recebe, dificulta o reconhecimento da existência do estigma por parte do estigmatizado e o levam a naturalizar o seu fracasso em relação às expectativas sociais que lhe são imputadas. É neste momento que se verifica a incorporação do estigma à identidade

real do indivíduo, visto que, na medida em que os normais o vêem a partir do seu defeito, podem levar o estigmatizado a aceitar passivamente o seu fracasso.

No caso das pessoas com retardo mental leve, verifica-se que ocupariam a posição de desacreditáveis, visto que, seu estigma corporal é invisível, ou seja, estes indivíduos não possuem qualquer marca corporal que os distingua à priori de quaisquer outros indivíduos que não podem ser enquadrados nesta categoria diagnóstica. Para os indivíduos diagnosticados com retardo mental leve, o estigma somente poderá ser identificado a partir do resultado obtido em testagens psicológicas, normalmente realizadas para dar conta de demandas relativas às dificuldades de aprendizagem atribuídas a eles.

No sentido de pensar a construção do estigma de desacreditável para indivíduos com retardo mental leve, é útil voltar a descrição das características clínicas utilizadas por Kaplan & Sadock (2007), no sentido de evidenciar as expectativas sociais descritas pela medicina, acerca desses indivíduos:

*“Déficits de comunicação, auto-estima pobre e dependência contribuem para a relativa falta de espontaneidade social”.* (KAPLAN & SADOCK, 2007, p.1251)

*“Podem envolver-se emocionalmente, relacionando-se com pares que se aproveitem de sua deficiência”.* (KAPLAN & SADOCK, 2007, p.1251)

*“Podem completar o ensino fundamental e exercer uma profissão que garanta o seu sustento, mas dificilmente obterão aceitação social”.* (KAPLAN & SADOCK, 2007, p.1251)

As afirmações acima explicitam de maneira clara as expectativas sociais pré-determinadas pela medicina, para pessoas com retardo mental leve. Espera-se que estes indivíduos, ao serem diagnosticados na categoria de retardo mental leve, tenham falta de espontaneidade nas relações sociais, baixa auto-estima, que se relacionem com pessoas que se aproveitem da sua deficiência para obter algum tipo de vantagem, que completem somente o ensino fundamental e mesmo que venham a exercer uma profissão que lhes garanta o sustento, não

tenham prestígio social e não sejam aceitos. Assim, verifica-se que a atribuição de um quadro clínico ao indivíduo é algo que marca, sela e define expectativas quanto ao seu destino social, ou seja, regulam a identidade social virtual, a partir de um lugar que pressupõe o fracasso do indivíduo em sua relação com a sociedade. Assim se constitui a atribuição arbitrária de um estigma corporal ao indivíduo que não possui sinais visíveis que permitam identificá-lo à priori, ou seja, as afirmações de Kaplan & Sadock (2007) são um bom exemplo para evidenciar a imputação do estigma de desacreditado às pessoas com retardo mental leve, na medida em que o *Compêndio de Psiquiatria* é um manual de referência para profissionais de saúde que trabalham com esta população e aponta expectativas sociais quanto a estes indivíduos.

Estas constatações sugerem a hipótese de que no caso do retardo mental leve existe uma atribuição arbitrária de um estigma corporal, apoiada fundamentalmente em medidas de funcionamento intelectual que se prestam a justificar a dificuldade de aprendizagem e a diferença de classe social, mascarando-as em atributos corporais que carregam a expectativa da desgraça quanto a um ideal de aprendizagem estabelecido de acordo com a identidade social virtual do indivíduo, a partir de sua posição na escola.

Esta atribuição corporal do estigma constitui o que Goffman (2008) denomina informação social, ou seja, um conjunto de informações sobre as características mais ou menos permanentes do indivíduo, transmitidas através de um signo e corporificada por quem a recebe, ou seja, é a expressão corporal daquele que recebe o estigma. Além dos signos do estigma, existem os signos chamados de desidentificadores, ou seja, aqueles que tendem, de maneira real ou ilusória, a quebrar a imagem do estigma, de uma maneira positiva, lançando dúvidas sobre a validade da identidade social virtual do indivíduo.

No caso das pessoas com retardo mental leve, a informação social do estigma é constituída pelo seu déficit no funcionamento intelectual, detectado provavelmente em

decorrência de uma baixa produtividade escolar. Qualquer atividade intelectual produtiva deste indivíduo que contrarie a informação social, poderia ser considerada um desidentificador.

Acerca dos desidentificadores no retardo mental leve, recordo-me de um exemplo retirado de minha experiência no atendimento psicológico a estes indivíduos numa escola especial. Nesta escola havia um indivíduo negro, pobre e diagnosticado como portador de retardo mental leve que fazia parte de uma família ligada ao candomblé. Por conta disso, este indivíduo houvera aprendido a tocar atabaque no terreiro que sua família frequentava regularmente, vindo inclusive a ocupar o cargo de ogã do terreiro, que se constitui num cargo de prestígio dentro das religiões afro-brasileiras. O fato interessante sobre este indivíduo está ligado justamente ao seu reconhecimento fora da escola especial: ele era ogã do terreiro, membro de um grupo de pagode e assíduo frequentador de festas universitárias na noite de Santa Rita do Sapucaí. Neste caso, o estigma só tinha validade no interior da escola especial, onde ganhava visibilidade, pois, fora dela ele possuía tantos signos desidentificadores que tornavam invisível a presença do estigma aos olhos daqueles que não possuísem as informações sobre seu diagnóstico na escola especial.

Este exemplo evidencia o processo de redução do significado do signo do retardo mental leve, ou seja, as avaliações de Q.I., o laudo diagnóstico e a baixa produtividade na escola. Por estar num ambiente social que valoriza outros aspectos da sua identidade social virtual, este indivíduo perde as informações que caracterizam o signo e tornam seu estigma invisível. Assim, verifica-se que a visibilidade do estigma é um fator crucial, sendo que, visibilidade é diferente de possibilidade de conhecer o estigma.

Segundo Goffman (2008), o termo visibilidade implica no quanto um determinando estigma é acessível à percepção imediata ou o quanto é corporalmente evidente. Portanto, não se liga diretamente à possibilidade de se conhecer o estigma, exceto para os membros do

grupo social que conhecem previamente o indivíduo; além disso, a visibilidade deve ser diferenciada da intrusibilidade do estigma, ou seja, o quanto o estigma interfere nas relações sociais e também deve ser diferenciada do foco de percepção do estigma, evidenciando em que contexto social ele é ou não é percebido.

Esta reflexão é fundamental ao se considerar a situação dos indivíduos com retardo mental leve e o estigma de desacreditável que é função do diagnóstico, visto que, Goffman (2008) mostra que *“para que se possa considerar de maneira sistemática a situação da pessoa desacreditável e o seu problema de ocultamento e revelação, foi necessário, em primeiro lugar, examinar o caráter da informação social e da visibilidade”* (p.61).

No caso do desacreditável, a invisibilidade gera uma área de manipulação do estigma que se constitui a partir de um continuum de relações sociais que se estendem entre um tratamento categórico e encobridor num extremo da escala e um tratamento particularístico e aberto em outro. O posicionamento do indivíduo na escala implica em pensar no quanto o meio social é capaz de reconhecer previamente o seu estigma. (GOFFMAN, 2008)

Segundo Puppim (1999), esta relação entre o meio social e a pessoa estigmatizada define os padrões de normalidade, visto que, por conta do estigma que lhe é socialmente imputado, inscrito em seu corpo, *“o indivíduo é, então, colocado na situação de “desviante” com relação a normas socialmente estabelecidas* (p.247)”. Estas normas são o substrato para se pensar a identidade social do indivíduo, ou seja, a determinação dos lugares sociais que ele é autorizado a ocupar, à partir das expectativas que agem sobre ele. No caso do indivíduo com deficiência, verifica-se que esses lugares sociais estão relacionados à uma perspectiva de incapacidade, ou seja, sua circulação social é mediada pela marca corporal da incapacidade que, no caso específico das pessoas com retardo mental leve, se manifesta através do estigma de desacreditável.

### 2.3. Retardo Mental Leve, Estigma e Normalidade

Goffman (2008), ao analisar a relação entre estigma, tomado como desvio das normas sociais, manifestadas na identidade social virtual do indivíduo, afirma que tomará os defeitos mais raros e dramáticos como base de análise, porém, esclarece que mesmo os indivíduos mais normais e adaptados à sociedade, apresentarão alguma discrepância entre sua identidade social real e sua identidade social virtual em algum campo de sua vida, o que coloca todos os indivíduos num mesmo continuum em relação à normalidade.

É provável que o mais afortunado dos normais tenha o seu defeito semi-escondido, e para cada pequeno defeito há sempre uma ocasião social em que ele aparecerá com toda a força, criando uma brecha vergonhosa entre a identidade social virtual e a identidade social real. Portanto, o ocasionalmente precário e o constantemente precário formam um continuum único, sendo a sua situação de vida passível de ser analisada dentro do mesmo quadro de referência. (GOFFMAN, 2008, p.138)

Para Goffman (2008), quanto mais visível é o estigma, maior será o sofrimento e a dificuldade de inserção social do indivíduo e esta relação é óbvia com base nas suas reflexões. Assim, é importante que se volte o olhar para os indivíduos que possuem estigmas menos visíveis no sentido de compreender como o estigma afeta as suas relações sociais, para se obter uma visão mais aprofundada e consistente do continuum.

O conceito de normalidade em Goffman (2008) relaciona-se ao conjunto de expectativas normativas sociais que são incorporadas, compartilhadas, sustentadas pelos indivíduos, com o objetivo de garantir a sua participação e inserção social. Assim, não basta que o indivíduo tenha o desejo de permanecer fiel à norma, visto que, o indivíduo não tem o total controle acerca das expectativas sociais que agem sobre ele, afinal, elas emanam de saberes e instituições que o precedem. Assim, as normas sociais determinam uma condição do indivíduo, ao invés de uma mera escolha de aceitá-las ou aquiescer a elas. *“Somente se for introduzida a suposição de que o indivíduo deveria conhecer o seu lugar e nele permanecer, é que se pode encontrar, para a sua condição social, um equivalente completo na ação voluntária”* (p.139).

As normas são independentes do indivíduo porque o precedem. Assim, existem normas que serão sustentadas com total adequação pela maior parte dos indivíduos e outras que tomam a forma de ideais sociais e se tornam modelos perante os quais todos fracassam em algum momento da vida. O ponto em comum entre os dois tipos de normas é que ambas acabarão, num dado momento, por desqualificar uma multiplicidade de indivíduos. Além disso, as normas possuem um caráter de intrusibilidade, ou seja, a força com que são capazes de interferir na vida do indivíduo e este fator não está diretamente ligado à amplitude da aceitação da norma, mas, ao seu efeito na relação face-a-face. (GOFFMAN, 2008)

No caso do retardo mental leve, já se verificou nas afirmações de Crochik (2000) e Silva (2006) que o estigma da deficiência implica em um desvio da norma de eficiência quanto à produtividade, em que o sujeito, por ser considerado improdutivo, tem essa marca inscrita em seu corpo, sob o signo do estigma de incapacidade, colocando-o numa posição de desacreditável em relação à norma. Esta relação pode ser verificada na seguinte afirmação de Kaplan & Sadock (2007, p.1251): *“O Retardo Mental Leve não pode ser diagnosticado até que as crianças atinjam a idade pré escolar; suas habilidades sociais e de comunicação podem estar adequadas nos anos pré-escolares”*. A afirmação de Kaplan & Sadock (2007) expressa a relação direta entre retardo mental leve e produtividade escolar, atribuindo exclusivamente ao indivíduo, a responsabilidade pelo seu fracasso, ao mesmo tempo em que desconsidera qualquer outro fator de ordem social que possa contribuir ou responder pelo seu não-aprendizado.

Esta desconsideração quanto às variáveis sociais, no caso do indivíduo com retardo mental leve, implica em pensar que a própria sociedade manipula o estigma através das normas de identidade, engendrando tanto os desvios como aceitação dessas normas. A interação destes dois aspectos define o quanto o indivíduo é estigmatizado e sofre ou não, as conseqüências desse processo. Assim, a não ser em casos extremos, nos quais, o estigma do

indivíduo impede totalmente a sua inserção social, pode-se pensar que existe uma dialética entre estigma e normalidade, que determina o lugar de cada indivíduo no meio social. (GOFFMAN, 2008)

A relação entre estigma e normalidade não é estática, isso implica que um indivíduo estigmatizado pode se livrar de determinados estigmas e um indivíduo considerado normal em algumas áreas da sua vida também pode manifestar características desviantes em outras.

Tomado, pois, através do tempo, o indivíduo pode desempenhar ambos os papéis do drama normal-desviante. Mas deve-se ver que mesmo encaixado num rápido momento social, o indivíduo pode fazer ambas as exibições, mostrando não só uma capacidade geral para desempenhar ambos os papéis, mas também o aprendizado e domínio necessários para executar de modo corrente o comportamento de papel que lhe é exigido. Isso é facilitado, é claro, pelo fato de que os papéis de estigmatizado e normal não são simplesmente complementares, mas exibem ainda paralelos e semelhanças surpreendentes. (GOFFMAN, 2008, p.143-144)

No caso do indivíduo com retardo mental leve, justamente por não ter marcas corporais visíveis que denunciem o seu estigma, espera-se que esta relação entre caracteres do estigma e de normalidade, se mostre ainda mais dinâmica, tornando a sua investigação um ponto fundamental para elucidar a construção social do estigma nesses indivíduos.

#### **2.4. A Carreira Moral de um Indivíduo com Retardo Mental Leve e sua Relação com o Estigma: Uma Hipótese Teórica**

Goffman (2010), no livro: “Manicômios, Prisões e Conventos” inicia o capítulo sobre a Carreira Moral do Doente Mental, explicando que o termo carreira comporta uma ambivalência, no sentido de que, se o termo era inicialmente utilizado com a ideia de progressão, principalmente relacionada à vida profissional de um indivíduo, toda carreira indica necessariamente “*uma trajetória percorrida por uma pessoa durante a sua vida*” (p.111), podendo ser uma trajetória de sucessos ou fracassos que se sucedem na vida de um

indivíduo ao longo do tempo. Esta trajetória pode ser considerada tanto em relação à posição social do indivíduo, como na sua vida pessoal e imagem do eu.

A carreira moral de uma pessoa de determinada categoria social inclui uma sequência padronizada de mudanças em sua maneira de conceber os eus – entre os quais se coloca, de maneira importante, o seu próprio. Essas linhas semi-esquecidas de desenvolvimento podem ser acompanhadas pelo estudo de suas experiências morais – isto é, acontecimentos que marcam um momento decisivo na maneira pela qual a pessoa vê o mundo – embora possa ser difícil verificar as particularidades dessa interpretação. E é possível notar estratégias manifestas – isto é, posições que efetivamente assume diante dos outros qualquer que seja a natureza oculta e variável de sua ligação íntima com tais apresentações. Ao notar as experiências morais e as posições pessoais, podemos obter um traçado relativamente objetivo de assuntos que são relativamente subjetivos. (GOFFMAN, 2010, p.143)

O conceito de carreira moral foi inicialmente elaborado por Goffman (2010) no contexto das pesquisas com doentes internos em hospitais psiquiátricos, porém, as especificidades quanto a esta população não se enquadram no presente estudo. Assim, pretende-se discutir o conceito de carreira moral em linhas teóricas mais gerais, contextualizando-o para a problemática do indivíduo estigmatizado com retardo mental leve, no sentido de se tentar construir algumas hipóteses teóricas de base que permitam compreender a construção social de seu estigma.

Goffman (2010) considera que a carreira moral de um doente mental possui três fases principais: o período de pré-paciente, a fase de internamento e a fase de ex-doente. No caso do indivíduo com retardo mental leve, verifica-se que a idéia de internação (referencial adotado para a construção das três fases da carreira moral) não é cabível para permitir a compreensão da sua carreira moral, porém, pode-se questionar: Em que medida a sua passagem por serviços de saúde e educação específicos para a população com retardo mental permitiria algum tipo de comparação com a internação, quanto aos efeitos de prejuízo nas relações sociais destes indivíduos? Para tentar discutir este questionamento, faz-se necessário descrever estas três fases, do ponto de vista teórico.

Goffman (2010) indica duas possibilidades de reconhecimento do eu que podem conduzir um indivíduo para um hospital psiquiátrico:

A primeira possibilidade implica num reconhecimento do próprio indivíduo de estar mentalmente doente, por estar experienciando vivências que são qualitativamente e quantitativamente incomuns ou até mesmo bizarras, tais como: alucinar, perder a orientação espacial e temporal, sentir-se perseguido, encontrar-se dominado por intensos e prolongados sentimentos de desânimo e perda do prazer nas atividades do dia a dia. Estas vivências, na maioria das vezes acabam por gerar intensa angústia e sofrimento psíquico que, por sua vez, podem levar o indivíduo a buscar um serviço de apoio em saúde mental.

A segunda possibilidade se refere a indivíduos que ingressarão no serviço de saúde mental pela vontade de outros, sejam eles, familiares, autoridades e/ou instituições. Nesta situação, que engloba a maioria dos pacientes dos serviços, a carreira moral é marcada por uma gradativa expropriação de seus direitos e relações sociais. Para que um indivíduo seja encaminhado a um serviço de internação psiquiátrica, deve ter cometido algum tipo de transgressão social diferente das que levam a outros tipos de expulsão, porém, Goffman (2010) afirma que *“aparentemente pouco se sabe a respeito de tais fatores diferenciais; quando estudamos internamentos reais, freqüentemente parecem possíveis outros resultados (p.116).*

O processo de internação num hospital psiquiátrico ocorre com a contribuição de uma série de agências e agentes, que Goffman (2010) divide em três categorias: A pessoa mais próxima do indivíduo, usualmente um parente próximo, de quem o indivíduo mais pode depender nos momentos de crise e que tem a intenção de ajudá-lo; o denunciante, que inicia o percurso da pessoa para o hospital e os mediadores, através dos quais, o indivíduo será levado àqueles que o internam.

Goffman (2010) ressalta que no processo de passagem da condição de pré-paciente para paciente, caso o indivíduo não procure o serviço de apoio por vontade própria, é usual que ele seja enganado e sensibilizado pela pessoa próxima, chegando ao serviço de apoio sem nenhuma consciência do desfecho de seu encontro com o denunciante.

Frequentemente, o pré-paciente vai à entrevista pensando que está indo como igual a outra pessoa (...). Ao chegar ao consultório, o pré-paciente descobre que ele e a pessoa mais próxima não receberam os mesmos papéis e que, aparentemente, o especialista e a pessoa mais próxima tiveram um entendimento prévio contra ele. No caso mais extremo, mas comum, o especialista inicialmente vê o pré-paciente sozinho, no papel de examinador e diagnosticador, e depois vê a pessoa mais próxima, também sozinha, e então no papel de conselheiro, ao mesmo tempo em que, cuidadosamente, evita falar com os dois juntos. (GOFFMAN, 2010, p.119)

Neste ponto é possível começar a ler a carreira moral da pessoa com retardo mental leve à partir dos pressupostos teóricos propostos por Goffman (2010). Para isso, serão retomadas duas afirmações de Guarido (2007) no texto: A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação”.

O discurso médico difundido na mídia leiga, em forma de artigos simplistas que naturalizam o sofrimento da criança e seus ‘problemas de aprendizado’, apresenta-se atualmente na escola de forma marcante. É comum que professores e coordenadores professem diagnósticos diante da observação de certos comportamentos das crianças, especialmente de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), e as encaminhem para avaliação psiquiátrica, neurológica e/ou psicológica. É comum também que agentes das equipes escolares insistam em perguntar aos pais, quando se encontram diante de alguma manifestação não conhecida (ou não desejada) de uma criança que está em tratamento, se ela foi corretamente medicada naquele dia. (GUARIDO, 2007, pp.157-158)

A afirmação de Guarido (2007) expressa alguns pontos interessantes que permitem compreender alguns aspectos da fase de pré-paciente em qualquer criança que estude em escola regular. Inicialmente, os fatores de motivação para o encaminhamento para tratamento estariam ligados ao comportamento da criança na escola, ou seja, esta constitui a sua principal transgressão, considerando que, neste caso, seu rendimento escolar também seria consequência de seus comportamentos, afinal, só pode ser reconhecido por eles.

O agente denunciador, neste caso, a escola que é personificada nas figuras de autoridade do ambiente escolar, por exemplo: professor, supervisor, psicólogo, etc. encaminha a criança que se comporta de maneira anormal ou possui baixo rendimento escolar

para um especialista da área de saúde, que normalmente é um médico ou psicólogo, e este realizará com a criança uma série de exames e testagens com finalidade diagnóstica.

Os exames, segundo Patto (1997), na maioria das vezes, fundamentam a conclusão pela presença de algum distúrbio mental ou deficiência e o destino da criança será determinado de acordo com a classe social a que pertença, visto que, se a criança tiver uma origem social nas classes economicamente desfavorecidas é muito provável que receba o diagnóstico de retardo mental leve, caso seus comportamentos transgressores incluam algum prejuízo à sua produtividade acadêmica e que este diagnóstico sirva como justificativa para a sua exclusão da escola regular.

A criança não chega à avaliação por livre vontade e nem tem controle sobre a sua carreira moral, visto que, ela será determinada pela família, pela escola e pelos especialistas da área de saúde. Neste caso, o sentimento de engano também está presente, visto que a criança chega ao serviço sem conhecer as razões pelas quais está sendo encaminhada, afinal, uma criança dificilmente consideraria que não prestar atenção às aulas, perder média numa prova, fazer bagunça em sala, ou qualquer outro comportamento transgressor, seriam sintomas de uma doença ou retardo mental.

Goffman (2010) também relata que o sentimento de traição pelas pessoas mais próximas do indivíduo podem resultar em conflitos que virão a modificar e diminuir as relações sociais entre o pré-paciente e estas pessoas. Este processo marca o início da diminuição das relações sociais do indivíduo, bem como, de sua passagem para a fase de internado.

Goffman (2010) afirma que a fase de internação se inicia pelo ingresso do indivíduo na instituição hospitalar, sendo marcada por sentimentos de abandono, perda das relações sociais com as pessoas mais próximas e desejo de não ser reconhecido como um indivíduo

nas mesmas condições daqueles que também se encontram internados, como uma forma de proteção para não se transformar num interno.

Após esta fase de isolamento inicial, Goffman (2010) aponta que existe uma tendência a se abrir às relações sociais com outros internos, na medida em que vai se adaptando à rotina da enfermaria. Nesse momento, a vida do paciente também vai sendo gradativamente institucionalizada e atividades cotidianas como comer e dormir passam a ser controladas por normas onipresentes à instituição. O interno deve obedecer à estas normas, estando sujeito a uma série de castigos severos nesse caso, assim como, pode estar sujeito a alguns privilégios caso siga as regras impostas.

O fato de aprender a viver sob condições de exposição iminente, e com grandes flutuações de consideração, com pouco controle da obtenção ou perda de tal consideração, é um passo importante na socialização do paciente, um passo que diz algo importante a respeito do que significa ser um internado em hospital psiquiátrico. (GOFFMAN, 2010, p.139)

No hospital psiquiátrico, o ambiente e as regras da casa recordam ao paciente que é, afinal de contas, um caso de doença mental que sofreu algum tipo de colapso social no mundo externo, tendo fracassado de alguma forma global e que aqui tem pequeno peso social, pois dificilmente é capaz de agir como uma pessoa integral. (GOFFMAN, 2010, p.130)

Para Goffman (2010), a condição de interno implica em viver num ambiente estranho e que promove a progressiva degradação do eu. Quanto mais tempo passa no hospital mais poderoso se torna esse processo de degradação, chegando ao ponto de que o interno se torna incapaz de reconhecer a si-mesmo como indivíduo, tornando-se totalmente desmoralizado e sem quaisquer ideais quanto a si-mesmo ou sua vida. A consequência de todo este processo implica que o interno passa a naturalizar a sua condição de possuidor de um eu doente e socialmente inadequado, deixando de dar importância às restrições morais, humilhações e punições que vai sofrendo, se adequando ao sistema que o oprime.

Pensando no exemplo da criança diagnosticada com retardo mental leve que é encaminhada para a escola especial, seria no mínimo infundado afirmar que o nível de

degradação do eu experimentado por esta criança seja tão crônico quanto o do interno em um hospital psiquiátrico, porém, também seria infundado afirmar que uma criança com o estigma do retardo mental leve não sofrerá nenhum tipo de degradação no seu eu. Afinal de contas, tomar esta última afirmação como verdade implicaria em contradizer os efeitos do estigma na identidade real e virtual deste indivíduo. Portanto, cabe um questionamento sobre qual seria a medida desta degradação para um indivíduo estigmatizado com o retardo mental leve.

A resposta a esta questão implica em pensar na relação entre estigma e carreira moral. Segundo Goffman (2008), o conceito de Carreira Moral evidencia a maneira como o estigma é incorporado pelos indivíduos estigmatizados, levando a um aprendizado sobre a sua condição, o qual, implica em mudanças na concepção acerca do próprio eu que levará a uma série de ajustamentos sociais em função desta mudança. Assim, pensar na carreira moral do indivíduo estigmatizado implica, fundamentalmente, em pensar nas mudanças processadas em sua história de vida, em função do estigma que lhe é imputado, ao invés de se pensar na história da construção social do estigma. Estas mudanças na história de vida podem ser captadas empiricamente à partir das transformações nas formas de socialização destes indivíduos.

Uma das fases desse processo de socialização é aquela na qual a pessoa estigmatizada aprende e incorpora o ponto de vista dos normais, adquirindo, portanto, as crenças da sociedade mais ampla em relação à identidade e uma idéia geral do que significa possuir um estigma particular. Uma outra fase é aquela na qual ela aprende que possui um estigma particular e, dessa vez detalhadamente, as conseqüências de possuí-lo. A sincronização e interação dessas duas fases iniciais da carreira moral formam modelos importantes, estabelecendo as bases para um desenvolvimento posterior, e fornecendo meios de distinguir entre as carreiras morais disponíveis para os estigmatizados. (GOFFMAN, 2008, p.41)

Goffman (2008) propõe a existência de 4 modelos que expressam o desenvolvimento das relações sociais do indivíduo estigmatizado, a partir da interação entre as duas fases: de incorporação e aprendizado das conseqüências de ser possuidor de um estigma, indicando possíveis linhas de desenvolvimento nas relações sociais destes indivíduos.

O primeiro modelo se refere aos indivíduos que possuem um estigma congênito e, em função disto, são socializados numa situação social de desvantagem, mesmo quando estão aprendendo os padrões e normas sociais frente aos quais fracassam. Isto implica que neste modelo a expectativa do fracasso está colocada e será incorporada pelo indivíduo desde o seu nascimento e as formas de socialização deste indivíduo serão marcadas por este rótulo. (GOFFMAN, 2008)

O segundo modelo está ligado à proteção e controle de informação, oferecidos pela família e vizinhança local ao indivíduo estigmatizado, que podem, em maior ou menor grau se constituir em uma “*cápsula protetora*” ou um “*círculo encantado*” (p.42), que impedem o indivíduo protegido de entrar em contato com quaisquer definições que o diminuam enquanto permite o acesso a outras concepções sociais mais amplas que fazem o indivíduo se considerar inteiramente qualificado, ou inteiramente normal. Neste caso, haverá um momento crucial na vida do indivíduo, que está ligado ao seu ingresso na escola, onde, longe da sua cápsula protetora, será obrigado a tomar contato com o estigma que até então lhe era desconhecido. Mas, mesmo que a criança e adolescente consigam atravessar este momento ainda cercados de ilusões, chegará inevitavelmente, o momento em acabará por se defrontar com o estigma, mesmo que através de alguma revelação incidental. (GOFFMAN, 2008)

O terceiro modelo está ligado aos indivíduos que se tornarão estigmatizados numa fase mais avançada de sua vida ou aprenderão que sempre foram desacreditados, somente nesta fase. “*O primeiro caso não envolve uma reorganização radical da visão de seu passado, mas o segundo sim*”. Neste modelo os indivíduos possuem consciência sobre a existência de normais e estigmatizados, porém, não se identificam com a condição de estigmatizado, ao mesmo tempo em que tendem a se autocensurar. (GOFFMAN, 2008)

O quarto modelo engloba os indivíduos que foram socializados numa comunidade diferente, inserida ou não na sociedade normal, devendo aprender uma nova maneira de ser

que seja socialmente validada. Este indivíduo também tende a reconhecer tardiamente o seu ego estigmatizado e no choque entre as duas formas de socialização suas dificuldades podem estender às suas relações sociais anteriores, visto que, na mesma medida em que as pessoas do círculo dos “normais” podem vê-lo apenas como um indivíduo defeituoso, os membros do seu antigo círculo de relações, ainda ligados ao que ele foi, podem encontrar dificuldade em se relacionar com este indivíduo, visto que estas antigas formas de socialização já não são válidas para o indivíduo. (GOFFMAN, 2008)

Todos os modelos tocam, de alguma forma, nas maneiras como indivíduo aprende a reconhecer o seu estigma, sendo que este aprendizado pode se dar por algumas vias: pelos companheiros que possuem um estigma semelhante e acabam por compartilhar a sua experiência com o indivíduo recém admitido ao grupo social; ou pela sua admissão em uma instituição específica, onde, a transmissão se dá pela convivência do indivíduo estigmatizado com os companheiros da instituição, gerando no indivíduo uma ambivalência, pois, ao mesmo tempo em que é identificado como portador do estigma, este indivíduo percebe que nem todas as características daqueles que deve considerar como seus semelhantes se aplicam a ele, criando diversas oscilações quanto a sua identificação e participação no grupo dos estigmatizados, que se manifesta por estremecimentos nas relações sociais. (GOFFMAN, 2008)

Dada a ambivalência da vinculação do indivíduo com a sua categoria estigmatizada é compreensível que ocorram oscilações no apoio, identificação e participação que tem entre seus iguais. Haverá "ciclos de incorporação" através dos quais ele vem a aceitar as oportunidades especiais de participação intragrupal ou a rejeitá-las depois de havê-las aceito anteriormente. Haverá oscilações correspondentes nas crenças sobre a natureza do próprio grupo e sobre a natureza dos normais. (GOFFMAN, 2008, p.47)

Estas oscilações quanto à participação no grupo geram crenças específicas sobre estigmatizados e normais, bem como, formas de participação em grupo que são determinantes na carreira moral do indivíduo estigmatizado, conforme consiga reconhecê-las ou não, pode modificar a forma como este indivíduo vai se adaptar aos grupos sociais com os quais

convive, dependendo da maneira como se posicionar diante das suas crenças e experiências. (GOFFMAN, 2008).

Em relação a um indivíduo com o estigma do retardo mental leve, podem-se traçar breves considerações acerca da relação entre o estigma e a carreira moral, no intuito de fornecer algumas pistas que permitam compreender o percurso de sua carreira moral numa escola especial.

Para Kaplan & Sadock (2007) o retardo mental leve tende a ser diagnosticado na idade pré-escolar, visto que, não se costuma notar a presença de déficits significativos na comunicação ou habilidades sociais nessas crianças, durante os anos pré-escolares. Esta afirmação evidencia que o estigma do retardo mental leve nasce na escola e se relaciona diretamente à produtividade acadêmica do aluno.

A incorporação do estigma é consequência direta do diagnóstico, porém, não implicará necessariamente em seu reconhecimento por parte do estigmatizado, visto que, dependendo da maneira como a família e a comunidade próxima lidem com o diagnóstico, ele pode ser inserido no segundo modelo de socialização passando a viver numa cápsula protetora, na qual, desconhece o seu estigma.

O aprendizado sobre o estigma se daria na fase pós-diagnóstico e ocorre de maneira concomitante ao desenvolvimento de novas relações sociais do indivíduo, estando ligado às consequências diretas da incorporação da marca corporal. Caso o diagnóstico implique em exclusão da escola e encaminhamento para escola especial, o nível de degradação do eu poderá ser ainda maior, visto que obrigará a criança a uma reformulação de suas relações sociais, a partir do estigma sendo que, o seu percurso daí em diante está na dependência de como a escola lidará com a sua condição.

Goffman (2010) não abordou especificamente a terceira fase da carreira moral, ou seja, a fase pós-paciente, porém, afirma que a consequência da alta de um hospital psiquiátrico:

No entanto, para conseguir sair do hospital pode esconder seu descontentamento com essa disposição e, pelo menos até o momento em que esteja seguramente livre dos registros do hospital, pode fingir aceitar voluntariamente esse tipo de custódia. Portanto, esses processos de alta dão uma lição implícita quanto à aceitação manifesta de um papel, sem, ao mesmo tempo, exigir sua aceitação íntima, e parecem separar ainda mais a pessoa dos mundos que os outros aceitam seriamente. (GOFFMAN, 2010, p.142)

Neste caso pode-se pensar que as marcas do estigma incorporado dificilmente podem ser apagadas pelo próprio indivíduo que se encontra numa posição de ser obrigado a aceitá-las para poder conviver em sociedade, porém, estas mesmas marcas, ao remodelarem as suas relações sociais, acabam por separar o indivíduo destas mesmas relações, visto que, ele passa a ser reconhecido pela expectativa do fracasso e pela degradação do eu que o estigma lhe imputou. Estudar a constituição social do estigma e as consequências destas marcas na vida social de um indivíduo diagnosticado com retardo mental leve será o principal objetivo da pesquisa empírica deste estudo.

### **CAPÍTULO III**

## **ALIANDO TEORIA E MÉTODO: A ETNOGRAFIA DAS SITUAÇÕES DE CONTATO MISTO**

Estabelecer uma relação entre o estigma do retardo mental leve e a sua influência na vida escolar do indivíduo implica não somente pensar na relação entre o estigma e seus efeitos sobre a identidade social real e virtual do estigmatizado, colocando-o numa posição de desacreditável, porém, também implica em pensar na carreira moral do indivíduo com retardo mental leve, principalmente, verificando as conseqüências do estigma nas relações sociais do indivíduo estigmatizado. Assim, o presente estudo tem como problema de pesquisa:

As relações sociais do indivíduo com retardo mental leve, enquanto portador uma marca corporal invisível e socialmente atribuída, são afetadas pelo estigma de modo a configurar uma carreira moral no ambiente escolar?

Para tentar responder a esta questão, estabeleceu-se três objetivos para o presente estudo:

- 1- Investigar como se configuram as relações sociais de um indivíduo com retardo mental leve incluído numa escola regular.
- 2- Verificar como o estigma do retardo mental leve interfere na vida escolar do indivíduo estigmatizado.
- 3- Examinar como estigma é construído nas relações sociais estabelecidas no ambiente escolar.

O presente estudo parte da hipótese de que o estigma do retardo mental leve interfere de maneira negativa nas interações sociais de contato misto do indivíduo com retardo mental leve, estabelecidas no espaço escolar, sendo manifestadas a partir de reconfigurações na maneira como indivíduo se insere nestas relações. Estas reconfigurações serão proporcionais ao nível de degradação do eu e marcadas pelo conflito individual diante do contato social.

Goffman (2008) fornece algumas pistas metodológicas que permitem estruturar e balizar a investigação empírica do estigma e a base para este procedimento metodológico implica em observar as relações sociais do indivíduo em situações chamadas de contato misto, ou seja, as situações de relação social, nas quais, os estigmatizados e os normais estão na mesma "situação social" (p.22). *“Quando normais e estigmatizados realmente se encontram na presença imediata uns dos outros, especialmente quando tentam manter uma conversação, ocorre uma das cenas fundamentais da sociologia porque, em muitos casos, esses momentos serão aqueles em que ambos os lados enfrentarão diretamente as causas e efeitos do estigma”*.(p.23)

Para realizar a observação destas relações sociais de contato misto optou-se pela etnografia como abordagem metodológica. Segundo Castro & Silva (2007) a etnografia como abordagem metodológica em pesquisas educacionais busca tornar evidentes as instâncias escolares que não podem ser compreendidas de maneira imediata, fundamentando as explicações no cotidiano dos participantes, a partir da observação de seus gestos, falas e comportamentos manifestos no ambiente escolar.

Viégas (2007) afirma que a etnografia se caracteriza por não possuir uma metodologia fechada o que implica no estabelecimento de um plano de trabalho flexível, implicando na revisão dos métodos de coleta e interpretação dos dados durante o desenvolvimento da pesquisa, de modo a propiciar uma profunda compreensão das relações intersubjetivas e da representação que o sujeito pesquisado faz de si-mesmo. Esta revisão constante permite a construção de uma descrição exaustiva do estudo de caso de um sujeito e em termos de plano de trabalho, normalmente envolve métodos de observação participante, entrevistas e análise documental, buscando-se levantar o maior volume de dados possível acerca do tema pesquisado.

Na pesquisa etnográfica, os procedimentos de coleta e interpretação dos dados ocorrem paralelamente, buscando-se estabelecer relações de multi-determinação entre o caso estudado e o ambiente escolar, evidenciando contradições e momentos de ruptura presentes nas relações sociais. Para o presente estudo, as interpretações focaram-se nos momentos em que se pôde observar a influência do estigma nas relações de contato misto observadas. (VIÉGAS, 2007)

### **3.1. O Campo de Pesquisa:**

A pesquisa foi realizada numa Escola Pública, cujo nome não será identificado para preservar o sigilo quanto a identidade dos membros da instituição e do próprio sujeito de pesquisa. Esta escola localiza-se no município de Santa Rita do Sapucaí-MG e caracteriza-se por receber boa parte dos alunos com deficiência do município, principalmente, crianças e adolescentes egressos da APAE (Associação de Pais e Amigos do Excepcionais) de Santa Rita do Sapucaí.

### **3.2. Critérios para Escolha do Sujeito de Pesquisa**

O sujeito de pesquisa foi escolhido com base em três critérios:

- 1- O sujeito deve ter recebido o diagnóstico de retardo mental leve em algum momento da vida, não importando por qual profissional de saúde nem sob que condições o diagnóstico foi dado.
- 2- Optou-se por escolher um adolescente, que para efeitos desta pesquisa, considera-se o sujeito acima de 12 anos de idade. Tal escolha se justifica por considerar que a

observação das interações sociais mistas e o contato com o sujeito de pesquisa seriam facilitados devido ao fato dele se encontrar neste período de desenvolvimento, visto que a observação de interações sociais com crianças envolveria uma série de especificidades dos contatos sociais na infância, que precisariam ser levados em consideração e discutidos teoricamente, o que poderia se constituir em um complicador tanto do ponto de vista teórico como prático.

- 3- O sujeito não poderia ter qualquer marca corporal visível que se relacionasse ao estigma da deficiência, visto que o presente estudo foca-se justamente no estigma do desacreditável e sua relação com o diagnóstico de retardo mental leve, considerando que a presença de um estigma invisível torna mais clara a possibilidade de observação da construção do estigma nas relações sociais dentro do contexto escolar, visto que, estas relações assumirão um papel fundamental na sustentação da marca corporal invisível, permitindo que ela se evidencie nas interações sociais mistas.

Não se utilizou qualquer critério de exclusão quanto ao sexo, raça ou classe social de origem, embora tais fatores possam ser considerados na análise dos dados, de acordo com a sua relevância.

### **3.3. Procedimentos de Coleta dos Dados:**

Para a realização do presente estudo, optou-se por observar as atividades de um aluno diagnosticado com retardo mental leve e encaminhado para uma escola inclusiva, pois, este espaço se constitui num lócus privilegiado para a ocorrência de relações sociais de contato misto e possui estreita relação com o estigma do retardo mental leve, visto que, a atribuição

desta categoria diagnóstica está ligada diretamente ao baixo desempenho escolar do indivíduo.

As observações foram realizadas semanalmente, sempre às segundas ou terças feiras, no interior da sala de aula e no pátio durante o recreio. O pesquisador acompanhou todas as atividades do sujeito de pesquisa na escola, durante cada sessão de observação que durou das 13h às 17h.

No sentido de tentar minimizar os efeitos da interferência do pesquisador nas relações sociais do sujeito de pesquisa, comunicou-se previamente ao professor e aos alunos que o pesquisador tinha o objetivo de “conhecer a sala de aula e as pessoas que ali se encontravam”, tendo a cautela de não se realizar qualquer menção à observação de determinado indivíduo específico, das manifestações do retardo mental ou qualquer aspecto que faça referência direta ou indireta ao estigma.

Durante as observações em sala de aula, o pesquisador sentou-se à distância do sujeito de pesquisa de modo a poder observar seus gestos, falas, atitudes, expressão corporal e facial, porém, sempre tentou manter-se o mais distante possível do sujeito de pesquisa, para não influenciá-lo, nem revelar ao professor e colegas de sala quem era o sujeito que estava sendo observado.

Todos os gestos, falas, expressões faciais, comportamento durante as atividades escolares, contato com os colegas, professores e funcionários, durante as aulas e o recreio, foram registrados manualmente, de forma exaustiva e sistemática. Para estruturar registro das sessões de observação, foi elaborado um protocolo com sete categorias de registro, organizadas em forma de tabela: Data, Hora, Atividade, Local, Participantes, Contexto Ambiental e Relações Sociais, descritas a seguir:

- Data – Data da sessão de observação, no formato: dia/mês/ano

- Hora – Descrição da hora e dos minutos em que ocorreu o registro
- Atividade - Descrição exaustiva de cada atividade realizada nos contextos sociais do participante da pesquisa.
- Local – Descrição do local onde se realiza cada atividade.
- Participantes – Descrição da quantidade e identificação dos indivíduos que participam das atividades, permitindo situar os participantes das relações de contato misto, verificando se a atividade se dá num contexto relacional que envolve apenas o grupo de pares, apenas o professor, grupo de pares e professor, outros membros da escola, etc.
- Contexto Ambiental – Descrição do contexto ambiental onde se deu a atividade. Como era o ambiente do local, quem estava presente e como as pessoas estavam distribuídas neste ambiente. Esta categoria visa evidenciar a influência de possíveis variáveis ambientais nas relações de contato misto do sujeito de pesquisa.
- Relações Sociais – Descrição exaustiva das relações sociais ocorridas no contexto ambiental do sujeito de pesquisa, envolvendo-o diretamente ou indiretamente. A sua participação direta ou indireta nessas relações sociais foi registrada minuto a minuto, bem como, os seus comportamentos e reações corporais manifestados diante da ocorrência destas relações sociais, de modo a tentar captar qualquer indício que permita localizar o sujeito diante destas relações.

Após cada sessão de observação, os registros foram transcritos de maneira detalhada e organizados em ordem cronológica.

Além das observações em sala de aula, realizou-se um levantamento documental sobre a vida escolar do sujeito de pesquisa, no sentido de se obter dados relevantes acerca de sua história de vida e desempenho acadêmico, no intuito de complementar os dados sobre as relações sociais estabelecidas no cotidiano escolar.

### **3.4. Referenciais para Análise dos Dados**

As transcrições e citações dos protocolos de observação passaram por uma análise de seu conteúdo (Bardin, 2002), por meio do embate permanente com a teoria do estigma, como forma de mostrar como as relações sociais mistas estabelecidas no ambiente escolar podem contribuir para o processo de introjeção do estigma de desacreditável por parte do sujeito de pesquisa, configurando a sua carreira moral.

No primeiro momento da análise do conteúdo, serão analisadas as transcrições dos protocolos de observação e alocaremos cada sentido numa categoria emergente do texto. Optou-se por não manter uma predefinição na construção categórica, como uma forma de privilegiar os dados obtidos nas observações e guiar a discussão pelo processo de construção social do estigma, não o inverso.

A primeira categorização foi alocada a partir da categorização de qualidades atribuídas às relações sociais do sujeito de pesquisa, estabelecidas com base nas transcrições das observações empíricas. Estas categorias foram quantificadas conforme proposta de Bardin (2002) e disposta numa tabela, fornecendo uma visão do todo da produção. Este procedimento permite observar, em termos percentuais, como o sujeito se posiciona diante das relações sociais de contato misto, revelando possíveis caminhos, pelos quais, o estigma pode interferir na totalidade destas relações.

Após análise quantitativa, as categorias foram sistematizadas, interpretadas e problematizadas em subcategorias. Nesse momento da análise, retomamos a revisão da bibliografia acerca do tema, para tecer apontamentos acerca do processo de construção social do estigma corporal do retardo mental leve e de como o estigma pode configurar a carreira moral do indivíduo.

## **CAPÍTULO IV**

### **A CARREIRA MORAL DE UM INDIVÍDUO COM O ESTIGMA DO RETARDO MENTAL LEVE NO CONTEXTO DO ESPAÇO ESCOLAR**

O sujeito desta pesquisa recebeu o nome fictício de João, mas também poderia ter sido José ou qualquer outro destes nomes muito comuns que se encontram espalhados por aí. O presente estudo é o recorte de uma pequena parte da história de vida deste um rapaz comum, procurando mostrar os caminhos pelos quais este pequeno fragmento de história foi afetado pelo estigma do retardo mental leve e quais os efeitos disto nas relações sociais estabelecidas no ambiente escolar. O estigma, neste caso, é marca corporal, e como tal, funciona como um fator de distinção, porém, carrega um paradoxo: quando mais funciona como um fator de distinção individual, maior será o seu poder de apagar a existência do próprio indivíduo, que passa a ser considerado, exclusivamente, em função do estigma.

O indivíduo retratado brevemente nesta pesquisa é um garoto de 16 anos com aproximadamente 1,70 m de altura, pele levemente morena, como que bronzeada, olhos castanhos, cabelos lisos e curtos. João é um garoto tímido, de poucas palavras, típico mineiro do interior, meio matuto, de olhar desconfiado. Suas roupas também não chamam a atenção, pois, anda sempre com a indumentária típica do aluno adolescente das escolas públicas: calça jeans, tênis, camiseta do uniforme escolar e boné estampado com a logomarca de algum rodeio. Assim como muitos garotos da sua sala, João tem predileção por sertanejo universitário, um estilo musical que também é ouvido por boa parte de seus colegas e que serve de fundo musical no horário de recreio da escola onde João estuda.

João estuda numa escola pública localizada no município de Santa Rita do Sapucaí, sul de Minas Gerais. Esta cidade de aproximadamente 30.000 habitantes é conhecida nacionalmente como o Vale da Eletrônica e se constitui num importante pólo de pesquisa e produção industrial neste segmento, possuindo várias indústrias de produtos e componentes

eletrônicos, bem como, o Instituto Nacional de Telecomunicações (INATEL), uma tradicional instituição de ensino superior que é referência nacional na área de engenharia elétrica e de telecomunicações.

O INATEL se localiza próximo à região central de Santa Rita do Sapucaí, rodeado por amplas casas bem construídas, de classe média alta. Esta é a região, onde, também se localiza a escola pública, na qual, João estuda, porém, a realidade desta escola é um pouco diferente e bem menos tecnológica e até mesmo, um tanto incomum, pois, se trata de uma escola “inclusiva” que atende praticamente toda a demanda de excluídos do sistema educacional do município, criando uma espécie de inclusão excludente.

João estuda em uma escola pública que é considerada pela Secretaria Estadual de Educação como instituição de referência em educação inclusiva para o município de Santa Rita do Sapucaí. Em algumas conversas com a supervisora da escola, pude conhecer um pouco da história da instituição, porém a falta de documentos sobre a história da escola impede a realização de uma construção mais detalhada deste aspecto da instituição.

Esta escola pública foi fundada na década de 50 e atendia, basicamente, aos filhos dos operários da ferrovia que, na época cortava o município. Desde então, tem sido uma escola que se caracteriza por atender a população das classes populares deste município. Atualmente, a escola estendeu as suas atividades para o presídio municipal de Santa Rita do Sapucaí, abrindo duas salas de ensino fundamental no interior do presídio.

Portanto, ser referência em educação inclusiva, neste caso, implica em duas coisas: Ser uma escola que atende, principalmente, a indivíduos de das classes populares e alunos egressos da APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) de Santa Rita do Sapucaí, sendo que João se encaixa nestas duas categorias. É um garoto que vem das classes populares e também é egresso da APAE.

Este não foi o meu primeiro contato com João, pois, já nos conhecíamos do período em que trabalhei na APAE de Santa Rita do Sapucaí, como psicólogo. Apesar de João se lembrar de mim, ressalto que nunca tive qualquer tipo de contato profissional ou pessoal mais estreito com ele, sendo que nossas relações sociais se limitavam apenas a breves conversas no consultório de fisioterapia, pois, como um dos psicólogos da instituição, eu acompanhava, semanalmente, um paciente que era atendido logo após ele.

João começou a estudar na APAE em 2006, quando tinha 10 anos de idade e foi matriculado no 2º Ano do Ensino Fundamental. Em 2010, já no 6º ano, foi encaminhado para a Escola Pública. Na APAE, João foi diagnosticado com Retardo Mental Leve, provavelmente, em função de seu atraso na relação idade/série. Uma questão que chama a atenção quanto ao diagnóstico de João se refere a um dos principais fatores que, normalmente, motiva a realização do diagnóstico de Retardo Mental Leve, ou seja, o seu desempenho escolar, que é discrepante em relação ao que se espera para a realização do diagnóstico.

A Tabela 01, descreve os dados relativos às notas finais de João em cada matéria escolar, distribuídas por ano escolar, desde que João passou a frequentar a escola pública, até o fechamento do ano de 2011, pois, esta pesquisa foi realizada no segundo semestre de 2012 e as suas notas finais ainda não estavam disponíveis, visto que João estava cursando o 3º semestre do 8º ano.

Tabela 02: Notas Finais no 6º e 7º Ano, distribuídas por disciplina:

	Port.	Mat.	Ciën.	Hist.	Geog.	Ing.	Rel.	Red.	Art.	Ed.F.
6º Ano (2010)	60	60	76	61	60	69,5	91	62	61	-
7º Ano (2011)	60	71	60	67,5	66	68	73	70	65	70

\*Fonte: Histórico Escolar

\*\* Abreviaturas: Port.= Língua Portuguesa; Mat. = Matemática; Hist. = História; Geo.= Geografia; Ing.= Inglês; Rel.=Ensino Religioso; Red.=Redação; Art.=Artes; Ed.F.= Educação Física.

Considerando-se que a nota final para aprovação na Escola Pública de João é de 50 pontos, os dados da tabela XX evidenciam que João possui notas finais acima da média.

Além disso, a escola não propõe nenhum tipo de adaptação curricular para João e a pasta de documentação de João, disponibilizada pela instituição revela que não existe nem mesmo um Plano de Desenvolvimento Individual (PDI), que defina que qualquer tipo de adaptação curricular para ele em função do diagnóstico de retardo mental leve. Isto implica que João realiza as mesmas atividades pedagógicas que seus colegas de turma, o que leva a um questionamento sobre a precisão do diagnóstico de retardo mental leve imputado a João, afinal, não se consegue verificar claramente o critério diagnóstico estabelecido pelo DSM IV (APA-2010), relacionado ao prejuízo funcionamento intelectual, podendo ser caracterizado por baixo rendimento escolar.

No intuito de se obter uma medida ainda mais precisa do rendimento escolar de João, comparou-se o seu rendimento escolar ao dos colegas de sala. Para isso, foram levantados todos os históricos escolares dos alunos da turma e em seguida, as notas dos alunos nos três primeiros bimestres foram tabuladas para cada matéria escolar. Após a tabulação das notas, foi tirada a média aritmética do somatório das mesmas, para cada aluno e os dados foram dispostos em uma tabela, classificando-se os alunos de acordo com média geral individual obtida para todas as disciplinas, partindo-se dos alunos com média geral individual mais alta para os alunos que tinham média geral individual mais baixa, destacando-se a média de João na tabela.

Tabela 03: Médias Gerais Individuais de Alunos do 8º Ano de uma Escola Pública do Município de Santa Rita do Sapucaí-MG.

	Port.	Mat.	Ciën.	Hist.	Geog.	Ing.	Rel.	Red.	Art.	Ed.F.	Média Individual Geral
Aluno 01	55	62	46	59,5	57,5	51	62	52	61	67	57,3
Aluno 02	59	45	52	47,5	56	50	65	57	56	68,5	55,6
Aluno 03	56	55	58	46	61	53	57	51	57	60,5	55,45
Aluno 04	51	45	63	53,5	58	49,5	58	54	48	48	52,8
Aluno 05	62	47,5	48	49,5	47	49	55	56	48	62,5	52,45
Aluno 06	59	39	53	48,5	50	45	54	46	53	55	50,25
<b>João</b>	<b>45</b>	<b>38,5</b>	<b>50</b>	<b>45,5</b>	<b>52</b>	<b>48</b>	<b>63</b>	<b>41</b>	<b>48</b>	<b>65,5</b>	<b>49,65</b>
Aluno 07	42	46,5	48	46	47	46	55	56	37	67,5	49,1
Aluno 08	51	43	49	42,5	47	41	58	48	51	55	48,55
Aluno 09	44	43	42	41	50	44	61	48	45	67	48,5
Aluno 10	43	28,5	53	56	55	48	43	54,5	48	55	48,4
Aluno 11	47	44	42	44	42	46	54	51	53	56,5	47,95
Aluno 12	52	43,5	46	47	30	50,5	47	45	59	55	47,5
Aluno 13	48	35	42	38,5	51	46	55	50	47	61	47,35
Aluno 14	49	45	41	39	47	49,5	60	48	49	45	47,25
Aluno 15	49	28	39	32,5	49	46,5	64	49	52	57,5	46,65
Aluno 16	38	32,5	43	33,5	57	46	59	44	62	50	46,5
Aluno 17	42	31	48	48	46	46	45	48	47	61,5	46,25
Aluno 18	43	49,5	43	36,5	51	46,5	55	42	38	55,5	46
Aluno 19	41	43,5	43	37,5	48	49	55	45	35	57	45,4
Aluno 20	47	38	42	33,5	46	42,5	56	57	38	41	44,1
Aluno 21	35	42	28	23,5	53	51	59	51	42	48	43,25
Aluno 22	43	55	39	35,5	15	52	67	39	21	54	42,05
Aluno 23	34	34	29	23	47	34	40	31	15	64,5	35,15
Aluno 24	14	32	13	15,5	47	15	57	13	19	70	29,55
Aluno 25	6	5,5	23	19	10	11	24	24	30	30	18,25

\*Fonte: Histórico Escolar

\*\* Abreviaturas: Port.= Língua Portuguesa; Mat. = Matemática; Hist. = História; Geo.= Geografia; Ing.= Inglês; Rel.=Ensino Religioso; Red.=Redação; Art.=Artes; Ed.F.= Educação Física.

Os dados da tabela evidenciam que João obteve a 7ª melhor média geral de um total de 25, com o score bruto de 49,65 pontos quando se considera a média aritmética para as notas de todas as disciplinas, nos três primeiros bimestres de 2012. Considerando-se que 15 alunos da turma obtiveram médias gerais entre 49 e 40 pontos e apenas 06 alunos obtiveram médias gerais com valores acima de 50 pontos, pode-se considerar que o desempenho escolar de João encontra-se no limite superior quando se considera o desempenho escolar de seus

pares em sala de aula. Embora esta medida, por si só, não possua total precisão para explicar o desempenho escolar, visto que desconsidera variáveis de origem social, relações entre pares, critérios pedagógicos utilizados pelos professores e pela escola na distribuição de pontos, dentre outras; ainda assim, pode ser esclarecedora no sentido de evidenciar que João possui um bom desempenho escolar quando comparado ao de sua turma, o que serve para reforçar o questionamento acerca da precisão do diagnóstico de retardo mental leve que lhe fora imputado.

#### **4.1. As Categorias de Análise Emergentes das Observações**

Neste tópico, serão descritas e analisadas as categorizações construídas por meio da análise das observações das relações sociais mistas estabelecidas por José no ambiente escolar. O objetivo é criar subsídios empíricos para problematizar possíveis maneiras pelas quais o estigma do retardo mental leve pode influenciar estas relações sociais evidenciando aspectos que permitam pensar em aspectos destas que relações que configurem uma carreira moral para o indivíduo.

As categorias de análise emergentes das observações das relações sociais de contato misto foram elaboradas de acordo com indicadores qualitativos das relações sociais de João e são as seguintes: Isolamento Social, Rejeição Explícita, Busca de Contato Social e Referência ao Estigma. O quadro abaixo descreve cada uma das categorias de Análise:

Quadro 05: Índice Analítico das Categorias de Análise das Relações Sociais de Contato Misto:

<b>Categorias</b>	<b>Significado</b>
<b>Isolamento Social</b>	Expressa os momentos em que o sujeito de pesquisa encontra-se isolado de qualquer tipo de relação social, seja com professores ou com seus colegas de turma.
<b>Busca de Contato Social</b>	Tentativas de contato social realizadas pelo sujeito de pesquisa no ambiente escolar.
<b>Resposta ao Contato Social</b>	Mostra de que maneiras o sujeito de pesquisa responde às iniciativas de estabelecimento de contato social por outros indivíduos, no ambiente escolar.
<b>Referência ao Estigma</b>	Esta categoria expressa os momentos em que existe uma referência explícita ao estigma do sujeito de pesquisa durante as relações sociais que estabelece no ambiente escolar.

As categorias descritas acima, se analisadas conjuntamente, podem propiciar subsídios para a compreensão do processo de construção social do estigma nas relações sociais de contato misto, evidenciando a degradação do eu de João nestas relações, de modo a permitir compreender aspectos destas relações sociais que se relacionem à carreira moral do sujeito de pesquisa.

Para compreender a distribuição quantitativa destas categorias de análise durante as sessões de observação foi elaborada a tabela abaixo, que visa mostrar a frequência de ocorrência destas categorias em cada sessão.

Tabela 04: Frequência de ocorrência das categorias de análise distribuídas por sessão de observação.

	<b>1ª Sessão de Observação 17/09/2012</b>	<b>2ª Sessão de Observação 24/09/2012</b>	<b>3ª Sessão de Observação 01/10/2012</b>	<b>4ª Sessão de Observação 08/10/2012</b>	<b>5ª Sessão de Observação 29/10/2012</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Isolamento Social</b>	7	1	4	5	4	<b>21</b>
<b>Busca de Contato Social</b>	5	-	1	2	3	<b>11</b>
<b>Resposta ao Contato Social</b>	2	-	4	1	2	<b>9</b>
<b>Referência ao Estigma</b>	-	-	-	-	1	<b>1</b>

Os dados da tabela 03 evidenciam uma predominância de ocorrências na categoria de análise Isolamento Social, em todas as sessões de observação das relações sociais de contato misto. Estes dados evidenciam que o Isolamento Social de João é a característica marcante do lugar que ocupa nas relações sociais do espaço escolar. Apesar disso, os dados também evidenciam onze ocorrências relacionadas à busca do contato social e nove ocorrências de resposta ao contato social em todas as sessões de observação, indicando que apesar da situação de isolamento social experimentada por João, ainda existem momentos em que ele consegue estabelecer relações sociais, porém, faz-se necessário analisar como estas relações se configuram e de que maneira estão ligadas ao isolamento social.

Registrou-se apenas uma ocorrência de referência direta ao estigma de João, na qual, o sujeito de pesquisa não estava diretamente envolvido. Este dado chama a atenção porque permite levantar a hipótese de que o reconhecimento do estigma nas relações sociais de contato não é um processo que ocorra de maneira explícita, com constantes referências diretas à marca corporal, porém, este processo parece estar inserido de maneira subliminar na tessitura de relações sociais, devendo-se buscar o reconhecimento do estigma neste campo, onde, ele à princípio parece não existir.

A seguir, cada uma destas Categorias de análise será analisada e discutida.

#### **4.1.1. Isolamento Social**

Esta categoria descreve os momentos de isolamento social vivenciados por João no ambiente escolar e por ela, procuraremos discutir e apontar as características fundamentais deste estado de isolamento que se caracteriza, essencialmente, por certa invisibilidade experimentada por João em praticamente todos os ambientes que compõem o espaço escolar. Falar em invisibilidade, neste contexto, implica em pensar num estado de não-

reconhecimento pelo outro, como se João, em muitos momentos de seu cotidiano escolar, deixasse de existir no meio social. Neste caso, a famosa frase de Antoine Saint Exupéry, no livro *O Pequeno Príncipe* “O essencial é invisível aos olhos”, perde a sua significação, pois, para que possa se tornar indivíduo, João precisaria aparecer aos olhos do outro, como indivíduo.

Ao longo das observações pôde-se notar que João permanece isolado socialmente durante a maior parte de seu tempo na escola, conforme atestam algumas descrições de seu comportamento.

No primeiro dia de observação (17/09/2012), houve uma palestra de ciências que se estendeu das 13:35h. às 14:10h.; para todas as turmas do 8º ano da Escola Pública, onde, João estuda. Durante a palestra, em meio ao auditório lotado e barulhento, tomado pelas conversas dos diversos alunos que ali se encontravam reunidos entre seus pares. João permaneceu sentado e em silêncio, seu olhar estava fixo no professor, seu cenho estava franzido e sua expressão facial era rígida. Ele realizou poucos movimentos na cadeira e quando algum dos colegas que estava sentado ao seu lado, lhe chamava para fazer algum comentário, respondia com um aceno de cabeça, afirmando ou negando o que estava sendo falado.

Esta situação se repetiu em mais 2 momentos, em que João simplesmente concordou ou não com movimentos de cabeça, além de ter bocejado por duas vezes durante a palestra.

Ao final da palestra saiu sozinho do auditório, pela rampa, com andar rígido, os ombros caídos, mochila nas costas, mantendo sempre a cabeça baixa, o cenho franzido e expressão facial rígida. Durante o trajeto para a sala de aula, passou por diversos colegas mas não os cumprimentou ou lhes dirigiu a palavra, nem foi por eles abordado.

Esse estado de isolamento social de João é constante, pois ninguém parece notar a sua presença. É realmente como se ele não estivesse ali, ou como se não existisse para as pessoas que partilham o espaço escolar com ele.

Durante as aulas, João permanece sempre quieto, realiza poucos movimentos corporais na sua cadeira e mesmo quando alguma ocorrência interfere na execução de atividades ou na explicação do professor, ele não se manifesta. A descrição de sua postura corporal: cabeça baixa, ombros arqueados e cenho franzido, são uma constante no espaço escolar e aparecem com freqüentemente nos relatos de observação.

A transcrição de notas da quarta aula do dia 17/09/12, entre 15:40h. e 16:15h. contém um exemplo de como João permanece impassível diante da maioria das ocorrências em sala de aula, mesmo quando seus colegas não se encontram realizando as atividades propostas pelo professor.

O professor entra na sala com passos firmes, cenho franzido, olhar fixo na turma, não cumprimenta os alunos. Seu olhar volta-se para o pesquisador. Vira-se para a turma. Sua fala se caracteriza por um tom de voz moderado. No início da aula, 16 alunos estão em sala, o restante ainda não chegou do intervalo. O professor faz a chamada e coloca falta para os alunos que não estão em sala de aula.

Após o término da chamada, o professor elogia os alunos pelo bom comportamento durante a palestra. Em seguida, toma o livro de português numa das mãos, abre-o, vira-se para o quadro e começa a escrever alguns exercícios. Após a escrita de cada questão, o professor escreve entre parêntesis o número de linhas que deve ser deixado no caderno entre uma questão e outra, para que elas sejam respondidas.

João estava em sala desde o início da aula. Ao chegar em sala, abriu a mochila, retirou o caderno e o estojo. Colocou a mochila na carteira atrás de si, colocando-a com firmeza. Manteve os ombros arqueados e a cabeça baixa, com o olhar fixo no caderno.

Enquanto passa os exercícios no quadro, o professor é interrompido pelo riso de dois alunos. O professor volta-se para eles com o olhar fixo e diz:

Professor: Vocês aí do fundo!

Aluno: Nós não estamos fazendo nada!

Professor: Já vou avisar heim! Se começar essa brincadeira idiota de um jogar água no outro, vou pegar todas as garrafas e vocês vão ver o que vai acontecer!

Aluno: Mas nós nem tamos jogando água.

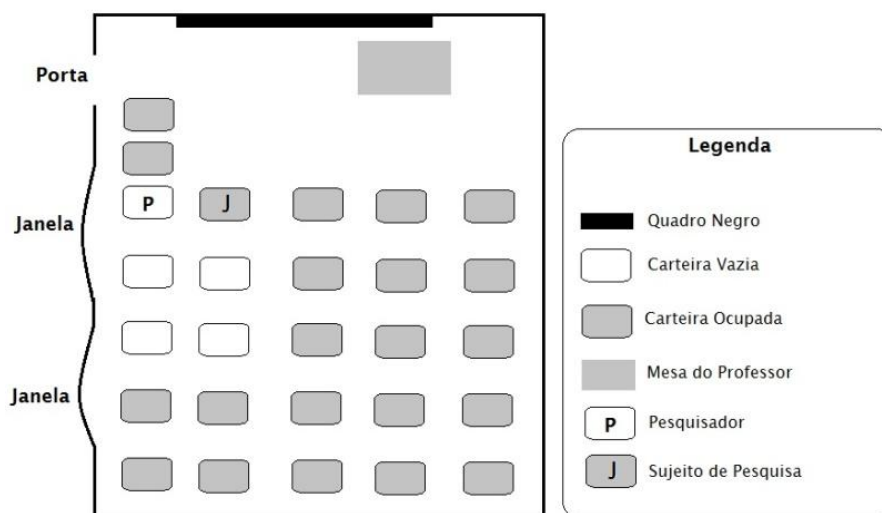
Professor: Estou avisando para preveni-los, porque em toda aula é a mesma coisa.

O professor volta-se para o quadro e cerca de 10 minutos após o início da aula, o restante dos alunos entra em sala. O professor fixa o olhar neles, vira-se para os alunos e diz:

Professor: Estão com falta. E já que não estão aqui mesmo, sosseguem ou vão sair da sala!

Em meio a todas estas ocorrências, João não esboçou qualquer reação ou mesmo mudou a sua postura corporal. Continuou sentado em silêncio, cabeça baixa, ombros arqueados, copiando os exercícios em caneta vermelha. João deixa exatamente o número de linhas estipulado pelo professor para a resolução dos exercícios, entre uma questão e outra.

O isolamento de João é evidenciado também pela maneira como ocupa o espaço social de sua sala de aula. Na primeira sessão de observação, realizada no dia 18/09/2012 foi construído um esboço com o intuito de mostrar sua localização neste espaço:



Não se observou quaisquer modificações nesta localização ao longo das outras sessões de observação. Percebe-se claramente que João se senta num lugar isolado da sala de aula,

mantendo-se afastado da grande maioria dos colegas, não observei qualquer tentativa de aproximação ou estabelecimento de vínculo espontâneo entre João e algum colega de sala, bem como, não pude observar a mesma iniciativa por parte de algum colega, exceto quando havia alguma necessidade decorrente da rotina da própria sala de aula, tal como, emprestar uma borracha, um lápis ou coisa parecida.

Como foi mencionado anteriormente, eu conhecia João do período em que trabalhei na APAE de Santa Rita do Sapucaí. Um trecho de uma conversa que tive com ele em sala de aula no dia 17/09/2012 sobre este assunto, deixa clara a sua dificuldade de se integrar no grupo de pares, bem como, se adaptar ao ambiente escolar:

João: Ah! (olha fixamente para o pesquisador) Eu tenho saudade da APAE, gostava mais de lá do que daqui.

Pesquisador: É mesmo? E do que você gostava mais?

João: Eu não sei direito. Mas lá era mais legal que aqui, mas, eu também acho essa escola legal.

Pesquisador: Você tem amigos aqui?

João: Eu tenho sim.

Pesquisador: Mas você tem mais amigos aqui ou lá na APAE?

João: Acho que é a mesma coisa.

Pesquisador: Então do que é que você gostava mais lá (na APAE)?

João: Eu não sei direito, só sei que lá era mais legal.

Este pequeno relato evidencia que João sente saudades da escola especial e parece mostrar uma maior integração com seus pares naquela instituição do que na escola pública, dando sinais de clara desadaptação ao ambiente escolar e o conseqüente desejo não permanecer ali inserido, embora nem o próprio João pareça ter consciência ou consiga nomear com clareza aquilo que o incomoda no espaço da escola pública.

Neste ponto, pode-se estabelecer um paralelo com o conceito de Carreira Moral, proposto por Goffman (2010), ao apontar que no ingresso a uma instituição de tratamento, verifica-se uma tendência do paciente em se abrir para as relações sociais com outros internos da instituição, na medida em que a sua vida vai sendo tomada pela rotina institucional. No caso de João esta relação parece fazer muito sentido no intuito de compreender seu isolamento social, visto que seu relato de descontentamento com a escola e a dificuldade no

estabelecimento de vínculos sociais no espaço escolar parecem mostrar que, anteriormente, havia outros tipos de relação, mediadas pela rotina da instituição e incorporação de um estigma que João parece desconhecer.

Neste caso, a incorporação do estigma de João, aos seus olhos, parece estar muito mais ligada à incorporação de um conjunto de comportamentos e formas de estabelecer relações sociais com outros indivíduos também estigmatizados, mediados por uma rotina institucional que cria um ambiente diferente do qual ele se encontra inserido atualmente; do que pelo reconhecimento de que é portador de retardo mental leve.

Se para Goffman (2010), o paciente de uma instituição é enganado pelo clínico que o diagnostica, ou seja, vai ao clínico procurando ajuda, porém, desconhece as intenções encobertas daquele momento, que culminarão num diagnóstico e no encaminhamento para uma determinada instituição de tratamento, pode-se afirmar que para João a incorporação do estigma se relaciona muito mais à incorporação de modos específicos de se comportar que são preconizados pela escola especial e mesmo que, para ele, o estigma não possua um nome, ainda assim manifesta em seu corpo, na medida em que o estigma se revela pelo modo de agir no meio social.

O desejo de João voltar para a APAE parece evidenciar outro aspecto importante da carreira moral deste indivíduo. Goffman (2010), no segundo modelo que expressa o desenvolvimento das relações sociais do indivíduo estigmatizado, propõe a idéia de que alguns indivíduos são socializados em meio a um ambiente de proteção e controle de informação que se constitui numa cápsula protetora que impede o acesso do indivíduo ao estigma. O desejo de João voltar para a APAE e a sua afirmação de que lá era mais legal, parecem mostrar o papel da cápsula protetora exercido por esta instituição na vida de João, mais uma vez, manifestado a partir de modos específicos de relações sociais com indivíduos estigmatizados, que foram aprendidos ao longo de sua permanência naquela instituição.

A degradação do eu, no caso de João, tem um ônus e um benefício que podem ser encontrados no estabelecimento de suas relações sociais.

O ônus está ligado à afirmação de Goffman (2008) de que, uma vez fora da instituição que o protegia, o indivíduo será obrigado a se defrontar com o estigma, mesmo que através de uma revelação incidental, porém, o isolamento social de João leva a um questionamento sobre em que medida este encontro com o estigma implica num reconhecimento imediato de ser portador do diagnóstico de retardo mental leve, visto que, João não possui qualquer marca corporal que denuncie a presença do diagnóstico, ocupando uma posição social de desacreditável, ou seja, de alguém a quem a sociedade espera que fracasse diante das exigências que lhe recaem.

Neste caso, o reconhecimento do estigma encontra-se no reconhecimento da desadaptação, na percepção de sua dificuldade em permanecer num ambiente, onde todos parecem enxergar uma marca ou uma característica que João ignora e não sabe nomear, porém, que ele parece suspeitar que existe, dadas as suas dificuldades em estabelecer relações sociais noutro ambiente escolar, diferente da escola especial. Este é o preço que João paga pela degradação do eu durante a sua permanência na APAE.

Por outro lado, o benefício obtido pela degradação do eu liga-se diretamente aos efeitos da cápsula protetora sobre o indivíduo, que lhe confere reconhecimento e proteção, pelo controle de informação, mas também, pelo próprio contato com outros indivíduos estigmatizados que se tornam um modelo de identificação. Além disso, considerando a institucionalização das relações sociais e a rede de proteção e controle de informação oferecida pelos profissionais de saúde, pode-se pensar no ambiente da escola especial como um local que oferece uma ilusória sensação de segurança diante das inúmeras contradições que permeiam as relações sociais fora dela.

Portanto, João faz uma passagem dolorosa do ambiente protegido da escola especial para a escola inclusiva, onde permanece isolado e não-reconhecido e, até mesmo, invisível aos olhos de seus pares, numa situação em que se a presença de João em sala de aula não é notada, o mesmo se dá com a sua ausência.

Na segunda sessão de observação realizada no dia 24/09/2012, João havia faltado à aula. Apesar disso, resolvi permanecer em sala por algum tempo e pude registrar uma ocorrência relacionada ao não-reconhecimento da ausência de João. Neste dia, além de João um outro colega havia faltado à aula e a professora ao fazer a chamada, pergunta à turma porque o outro colega faltou. O nome de João simplesmente não foi mencionado pela professora, ou seja, até mesmo para a professora João não é um aluno como os demais.

Outra ocorrência marcante do isolamento social de João no espaço escolar e seu não-reconhecimento pela professora, foi obtida na 3ª sessão de observação, realizada no dia 01/10/2012, durante a aplicação de uma avaliação.

Por volta das 15:03 h. alguns alunos que não estavam respondendo às questões da começaram a conversar alto na sala de aula. Suspiravam e diziam estar sem lápis ou sem o livro didático. A professora encostou no quadro negro, olhou para a turma, dizendo que era para, pelo menos, tentarem ler às questões para poderem estudar em casa e fazerem a prova na próxima terça-feira. Enquanto a professora falava com os alunos, João ergue a cabeça e disse:

- Professora!

Ela olhou para ele e continuou falando com a turma. João ficou sem resposta.

Às 15:05, o professor da matéria cuja prova estava sendo aplicada em sala e que, naquele momento, estava dando aula em outra sala, dirige-se até a porta da sala de aula onde João estuda e chama a atenção dos alunos pela conversa durante a prova. Em seguida,

pergunta se alguém tem alguma dúvida quanto às questões da prova. Neste momento, João ergue a cabeça e olha para a professora que estava aplicando a prova. Ela não percebe o seu olhar e continua olhando para a turma. João pigarreja, abaixa a cabeça e volta a responder as questões.

Às 15:11, João chamou novamente a professora. Ela não respondeu ao seu chamado. João abaixou a cabeça e continuou a responder às questões da prova.

Às 15:15, João disse:

João: Professora!

Professora: Sim! E foi até a sua carteira.

João: Você pode chamar o professor (nome do professor) pra eu tirar uma dúvida?

A professora sai da sala, chama o professor da matéria cuja prova estava sendo aplicada e ele respondeu à dúvida de João.

Os relatos de observação evidenciam que João não permanece passivo diante do isolamento que experimenta no espaço escolar. As observações realizadas no presente estudo também procuraram abordar a maneira como João se posiciona diante das relações sociais e que mecanismos ele utiliza para tentar estabelecê-las. Para averiguar estes mecanismos, criou-se as categorias de análise: Busca de Contato Social e Resposta ao Contato Social, indicando duas formas de se posicionar diante das relações sociais. Quando se fala em Busca de Contato Social, considera-se os momentos de interação nos quais João assume uma posição ativa demandando o encontro com o outro. Já a categoria Resposta ao Contato Social explicita os momentos em que João é demandado pelo outro, procurando evidenciar como ele recebe e reage diante desta demanda.

#### 4.1.2. Busca do Contato Social

Para Goffman (2010) o estabelecimento de contatos sociais pelo indivíduo que é egresso de uma instituição de tratamento, será marcado por conflitos e dificuldades em função da degradação do eu e da carreira moral. A degradação do eu implica que o indivíduo assuma formas de relação social que são estereotipadas, visto que, são transformadas pela incorporação dos padrões de comportamento aprendidos na instituição de tratamento. As sucessivas incorporações destes padrões implicam no aprendizado de ser portador de um estigma, o que modificará a sua maneira de participar nos grupos sociais, conforme vá se posicionando diante deste aprendizado, na medida em que pode ter consciência dele ou não.

O estigma afasta os indivíduos do convívio social e no caso específico daqueles diagnosticados com retardo mental leve, retomando as características da interação social destes indivíduos, propostas por Kaplan & Sadock (2007), verifica-se que paira sobre eles uma expectativa de fracasso nessas relações, com falta de espontaneidade, baixa auto-estima, pouca aceitação e nenhuma expectativa de que obtenham prestígio social. Estas expectativas negativas permitem compreender empiricamente os efeitos de degradação promovidos pelo estigma no eu do indivíduo, bem como, o lugar de desacreditável que lhe é reservado nas relações sociais.

As sessões de observação das relações sociais de contato misto estabelecidas por João corroboram estas afirmações, pois, são marcadas por dificuldades de se aproximar do seu grupo de pares, bem como, de professores. Além disso, João parece conseguir manter relações sociais no espaço escolar apenas com indivíduos que possuem um menor envolvimento com as atividades pedagógicas, tais como, o porteiro e auxiliares de serviços gerais.

As observações de João durante os horários de recreio fornecem bons indicativos da maneira como ele busca estabelecer relações sociais com os indivíduos no espaço escolar.

Relato das observações do recreio de João, obtidas durante a primeira sessão de observação, do dia 17/09/2012:

15:31 h.: Enquanto a maioria dos alunos comia o lanche fornecido pela escola: arroz branco e legumes cozidos, João permanecia no portão de entrada junto ao porteiro, conversando com ele, abrindo e fechando o portão para algumas pessoas que chegavam ou saíam da escola durante o recreio. João não comeu o lanche. (...) João estava imitando a expressão corporal do porteiro da escola, numa relação especular. O porteiro está apoiado numa mureta de aproximadamente 1m, próxima ao portão, mantendo os braços cruzados. João estava na mesma posição sempre à esquerda do porteiro, enquanto conversava com o porteiro. Alguns minutos depois, o porteiro coloca uma das mãos sobre o queixo, mantendo o outro braço cruzado sobre o peito e João fez a mesma coisa. Ambos permaneceram nesta posição até o final do recreio.

Na terceira sessão de Observação, realizada no dia 01/10/2012, João repete o mesmo comportamento no horário do recreio.

15:30 h.: João se encontra ao lado do porteiro. Conversa com ele. Os dois se encontram sentados na mureta próxima ao portão da escola. Estão próximos. Seus ombros se tocam. A postura corporal de João imita a do porteiro. Ambos estão sentados na mureta próxima ao portão com os braços esticados e as mãos apoiadas na mureta.

15:32 h.: João abre o portão para a entrada de um indivíduo com uma bicicleta. Ele carrega uma caixa de ferramentas na garupa. João o cumprimenta.

15:33 h.: João abre o portão de entrada para um professor. João abaixa a cabeça. Eles não se cumprimentam enquanto o professor passa por ele.

Os fragmentos acima evidenciam que João mantém uma dupla identificação com o porteiro da escola, tanto no nível pessoal, pois, passa as horas de recreio conversando com ele, como com a sua função, visto que, imita o gesto de abrir e fechar o portão da escola, durante este momento. Além disso, João imita a postura corporal do porteiro. Pode-se constatar que durante as conversas com o porteiro, João muda completamente seu comportamento: dá risadas, sua postura corporal torna-se menos rígida, gesticula, enfim, emite sinais corporais que parecem denotar que João possui certa intimidade com o porteiro da escola.

As observações do recreio evidenciam claramente a diferença de comportamentos manifestados diante de um professor e indivíduos que não estão diretamente envolvidos nas atividades pedagógicas, que neste contexto são o porteiro e o indivíduo de bicicleta. João busca o contato social com ambos, porém, quando um professor chega à escola, João não consegue nem manter contato visual com ele.

A relação entre João e o porteiro tornou-se ainda mais clara quando, na 4ª sessão de observação, realizada no dia 08/10/2012, pude participar da conversa entre ambos, percebendo que, durante o horário de recreio, ambos falavam sobre a intenção de João ir ao show de uma cantora de sertanejo, na cidade de Pouso Alegre:

15:25-Porteiro: E aí João, então cê vai no show da Paula Fernandes?

João: Eu não sei ainda. O dinheiro tá meio curto.

João: Esse aqui é o Ismael, ele tá lá na sala assistindo as aulas lá na sala.

Pesquisador: (Aperta a mão do porteiro) Oi, tudo bem?

Porteiro: (Aperta a mão do pesquisador) Tudo bem. Eu tô vendo aqui com o João se ele vai no show da Paula Fernandes, pra ver se arruma umas meninas. (risadas)

João: Ahhh sai fora! Muié dá muito trabalho! (risadas)

Porteiro: Mas tem muita mulher bonita nesses shows de sertanejo num tem?

João: Oh se tem, mas eu tôsussegado, num quero sabê de muié não.

Pesquisador: Mas onde vai ser esse show?

João: Lá na sua cidade, no estádio do Manduzão. Cê num ficou sabendo não? Cê não vai?

Pesquisador: Num sei ainda não. Se eu tiver em Pouso Alegre pode até ser que eu vá.

João: A Paula Fernandes é boa. Eu gosto das música dela.

Porteiro: (em tom de ironia) A Paula Fernandes é boua mesmo! (risadas)

João: Oh, mais cê num tem jeito, vou contar pra tua mulher que cê acha ela boa, aí eu quero vê você dormir fora de casa! (risadas)

O sinal toca. O porteiro se despede e dirige-se à cantina da escola. Neste dia acompanho João até o seu retorno à sala e pergunto a ele:

Pesquisador: João, cê não lancha na escola?

João: Eu num gosto de lanchar não, lá tem muito barulho dessa mulecada. Eu sou mais sério sabe? Num gosto de bagunça. Lá na sala mesmo, você já deve ter visto que eu fico mais quieto, porque o povo é bagunceiro demais e eu sou mais sério. Eu venho na escola é pra estudar e pronto. Agora o povo fica lá só conversano na sala. As vezes é tanto barulho que eu num consigo nem prestar atenção. Vou ali no banheiro, depois eu subo pra sala.

Pesquisador: Então ta, até mais.

João: Até.

A conversa de João com o porteiro da escola elucida a relação de identificação e intimidade que ambos possuem, a qual é de uma natureza muito diferente do tipo de relação social que João mantém com colegas de sala e professores, que por sua vez, é marcada pelo constante isolamento social. O relato de João sobre o seu desgosto quanto ao barulho, a bagunça e a constante conversa dos colegas evidencia a sua dificuldade em pertencer e construir laços sociais com o grupo de pares, sendo que as pessoas com quem João, na maioria das vezes, busca estabelecer algum tipo de relação social, são aquelas que não estão diretamente envolvidas nas atividades pedagógicas. Além do porteiro, João procura manter uma relação de aproximação com uma das auxiliares de serviços gerais da escola e com o pesquisador.

Ao final do recreio, na primeira sessão de observação, realizada no dia 17/09/2012, pude registrar a seguinte ocorrência:

15:40-Ao tocar o sinal indicando o fim do recreio, João subiu as escadas sozinho, mantendo a cabeça baixa, andar rígido e ombros arqueados. Seu olhar estava disperso. Andava rapidamente. Perdi João de vista na escada que leva à sua sala. Ao chegar no alto da escada, reencontrei João conversando com uma funcionária da escola, me dirigi até o interior da sala e fiquei observando pela janela, que fica há aproximadamente a 4metros de distância.

João conversou com a funcionária até a chegada do professor de português. João se despediu da funcionária da escola e entregou-lhe uma bala que tirou do bolso, acompanhou o professor, entrou na sala e ocupou o mesmo lugar.

A bala parece constituir-se num artifício utilizado para facilitar o estabelecimento de relações e demonstrar afeto. Na terceira sessão de observação, realizada no dia 01/10/2013, pude observar duas ocorrências relacionadas a isso:

13:33- João vira-se para trás, olha para o pesquisador. Cumprimenta-o com um aceno de cabeça. Abre a mochila e tira uma bala, estica o braço e entrega ao pesquisador. O pesquisador pega a bala e agradece. João sorri, volta-se para frente, abaixa a cabeça e continua a desenhar as bandeiras. Coloca o Atlas na posição vertical cobrindo totalmente o seu rosto.

13:35- João vira-se para trás, abre a mochila e tira outra bala. Estica o braço para frente e entrega a bala para a professora. A professora sorri e agradece.

Os relatos de observação evidenciam duas características fundamentais na maneira como João busca Contato Social. A primeira característica se refere às pessoas com quem mantém contato, ou seja, são pessoas que, em sua maioria, possuem em comum, a característica de não estarem diretamente envolvidas nas atividades pedagógicas. A segunda característica se refere ao meio que emprega para buscar algumas destas relações: entregar uma bala. Estas duas características podem ser compreendidas de maneiras distintas segundo a teoria do estigma.

O ato de buscar estabelecer relações sociais com pessoas que não estejam diretamente envolvidas nas atividades pedagógicas parece representar uma reação à ambivalência causada pela percepção do estigma. Goffman (2008) afirma que mesmo sendo socialmente identificado como estigmatizado, o indivíduo percebe que nem todas as características de outros indivíduos com estigma semelhante se aplicam a ele, levando-o a vivenciar uma

relação de ambivalência com o próprio estigma. Neste caso, a busca por se relacionar com indivíduos que não possuam envolvimento direto nas atividades pedagógicas implica numa tentativa de se relacionar com indivíduos que não tenham um reconhecimento imediato do estigma do retardo mental leve.

Quando se propõe esta idéia de reconhecimento imediato, não se está afirmando que estes indivíduos saibam ou não, nomear o estigma. Para além desta questão de nomeação, mais uma vez, se percebe que, no caso de João, o reconhecimento ou não da presença do estigma se dá a partir do lugar social em que ele é tomado na relação com o outro, ou segundo Goffman (2008) na maneira como o estigma limita as suas possibilidades de circular por determinados espaços sociais. O porteiro da escola, a auxiliar de serviços gerais e o pesquisador seriam percebidos por João como indivíduos que podem se relacionar com ele, de uma maneira diferente e que não passa diretamente pela produtividade escolar. De certa forma, estas pessoas seriam estrangeiras em relação à sala de aula e, portanto, pessoas que podem situá-lo em um lugar diferente do isolamento que caracteriza a sua permanência no espaço escolar.

A segunda característica, entregar uma bala, chama a atenção pelo seu caráter incomum. A entrega da bala parece carregar dois sentidos fundamentais: o de dar algo a alguém, ou seja, para manter uma relação social com o outro, é preciso oferecer-lhe algo em troca, porém, como se encontra isolado socialmente este “algo” a ser oferecido não será uma característica que remeta diretamente a individualidade e sim um objeto que pode tornar o outro mais aberto à presença do indivíduo. A bala, neste sentido, adquire a função de demonstrar o desejo de busca do contato social, porém, sem que remeta diretamente ao indivíduo.

Entregar uma bala é um ato que mostra uma tentativa de aproximação e, ao mesmo tempo, de defesa para o contato com o outro, evitando uma abertura imediata a ele. Assim,

este ato pode adquirir a significação de manter o indivíduo numa posição de segurança no estabelecimento de relações sociais, propiciando uma aproximação do outro, na qual João também pode se preservar, ou seja, há uma aproximação que também o distancia do outro. Assim, a necessidade de segurança parece constituir-se em uma evidência do conflito que João experimenta nas relações sociais, visto que toda aproximação do outro acaba sendo feita de maneira superficial, na tentativa de preservar a si-mesmo.

Os dados das observações sustentam esta hipótese quando se considera as reações de João às tentativas de seus colegas em estabelecer contato social com ele. Nestas situações, o conflito nas relações sociais permanece e se caracteriza, principalmente, pela brevidade de sua duração e pouca reatividade de João à essas tentativas de contato social.

#### **4.1.3. Resposta ao Contato Social**

Amaral (1998) no texto: “Sobre Crocodilos e Avestruzes: Falando de diferenças físicas, preconceitos e sua superação”, ao analisar as atitudes das pessoas sem deficiência para com os indivíduos estigmatizados pela marca corporal da deficiência, afirma que existe uma progressão histórica de atitudes das pessoas sem deficiência indo do extermínio ao assistencialismo de cunho paternalista, mostrando que esta progressão culmina no momento atual com o surgimento de atitudes de *investimento nas potencialidades e reconhecimento da cidadania*. (p.16). Apesar disso, estas atitudes de reconhecimento ainda não são predominantes, pois, encontra entraves institucionais ou individuais por parte das pessoas sem deficiência, os quais acabam por impedir o reconhecimento dos estigmatizados para além do estigma que as próprias pessoas sem deficiência lhes imputaram. Estes entraves são os mitos que cercam a questão da deficiência e as barreiras atitudinais individuais.

Para ilustrar as tensões na relação entre normais e estigmatizados, a autora propõe uma das metáforas que dá título ao texto, propondo que a barreira que separa mito e realidade na questão da deficiência pode ser simbolizada como *os fossos repletos de crocodilos dos castelos medievais* (p.16).

Ainda brincando com a idéia, tenho visualizado uma ponte movediça que possibilita o trânsito entre a cidade e o castelo, permitindo, ao mesmo tempo, escapar dos ferozes animais e conhecê-los a uma distância segura. Esta ponte movediça é toda possibilidade de encontro (“ao vivo e em cores” ou por intermédio de um livro!) de pessoas que vivem a questão ou interessam-se pelo tema; é todo progresso do mundo teórico-científico; é toda vitória no contexto da prática; é todo momento de impasse que leva a reflexões. (AMARAL, 1998, p.16)

A metáfora dos crocodilos é bastante interessante para compreender a situação de isolamento social vivenciada por João no ambiente escolar, porém, um ponto que merece destaque está um pouco para além desta metáfora.

As discussões sobre as relações sociais de contato misto das pessoas com deficiência, muitas vezes, centram-se nas reações dos indivíduos sem deficiência à presença do estigmatizado no mesmo espaço social, porém, a situação de João tem permitido compreender o que acontece na via inversa, ou seja, como o indivíduo que está isolado socialmente ou para além do fosso repleto de crocodilos também encontra dificuldades em se permitir caminhar sobre a ponte movediça, em função de que, muitas vezes, a sua permanência no castelo parece fornecer uma ilusória sensação de segurança devido a se constituir como uma cápsula protetora. Considerando esta metáfora, pode-se pensar que a situação implica em que mesmo fora do castelo da escola especial e olhando para o outro lado da ponte, ainda assim, não consegue fazer a travessia, simplesmente porque enquanto estava dentro do castelo não lhe contaram que havia crocodilos no fosso, bem como, não parecem ter fornecido qualquer coisa que lhe permitisse começar a criar formas de lidar com eles e completar a travessia.

Há situações em que algum indivíduo também tenta cruzar esta ponte estendida no espaço escolar. São os momentos em que João tem que se defrontar com o outro, mas, ao pensar em sua condição do outro lado da ponte, ignorando a existência dos crocodilos, sem saber o que fazer com eles e não conseguindo nem mesmo nomear o que são estes monstros, como João poderia se arriscar a empreender uma travessia?

As transcrições de notas de observação durante diferentes sessões tornam evidente a dificuldade de João em responder e manter contato com o outro, quando este pertence diretamente à sala de aula ou nas atividades pedagógicas. A seguir, colocarei alguns trechos destes relatos de observação com a finalidade de demonstrar empiricamente como João responde aos contatos sociais dos colegas de turma e que tipo de contato é estabelecido entre eles.

Na primeira sessão de observação, realizada no dia 17/09/2012, durante a resolução de exercícios na aula de ciências, uma aluna diz a João:

- 14:41h.: João, me empresta o livro de ciências?

João não responde à pergunta da aluna e simplesmente a ignora. Permanece sentado em sua carteira, com postura rígida, ombros arqueados e olhar voltado para o caderno.

Na mesma sessão de observação, durante a resolução do exercício de ciências, um colega diz a João:

- 14:53 h.: João você me empresta a borracha?

João abre o estojo, pega a borracha e entrega para o colega. Não estabelece contato visual com ele e nem diz nada. Cerca de 2 minutos depois o colega devolve a borracha e diz:

- Obrigado!

João olha para o colega e responde com um aceno afirmativo de cabeça; pega a borracha e guarda no estojo.

Na terceira sessão de observação, realizada no dia 01/10, um colega diz a João:

- Me empresta a borracha?

João responde com um aceno afirmativo de cabeça, pega a borracha no estojo e entrega ao colega. Cerca de 2 minutos após, o colega entrega a borracha a João e diz:

- Obrigado!

João responde com um aceno afirmativo de cabeça, sorri e guarda a borracha no estojo.

Na quarta sessão de observação, realizada no dia 08/10, durante a resolução de exercícios na aula de português, num momento em que o professor havia apagado as primeiras questões do quadro, para continuar passando o exercício, um colega diz a João:

- 15:54h.: Me empresta o caderno pra eu terminar de copiar?

João pega o caderno na carteira, olha para o colega e o entrega. Cerca de 4 minutos depois, o colega devolve o caderno a João, que o coloca sobre a carteira, sem olhar para o colega.

No dia 29/10 durante a resolução de exercícios na aula de geografia, um colega diz a João:

- 13:38h.: Me empresta o corretivo?

João abre o estojo, pega o corretivo e o coloca sobre a carteira do colega. Enquanto faz isso, João mantém a cabeça e os ombros arqueados, não olhando ou falando com o colega em momento algum. Cerca de 4 minutos depois, o colega coloca o corretivo sobre a mesa de João.

A transcrição destes sucessivos relatos em diferentes sessões de observação permite elencar algumas características empiricamente observáveis das respostas de João às tentativas de contato social dos colegas. Estas tentativas são: momentos de curta duração, motivadas por alguma necessidade relacionada ao processo pedagógico que não se caracterizam por demandas de manter um relacionamento pessoal, tomadas por seus pares em sala de aula. João sempre responde de maneira afirmativa à estas tentativas, sem dialogicidade, por meio de respostas de João predominantemente motoras e sem expressão de afeto que não funcionam como facilitadores no sentido de promover um maior pertencimento de João ao grupo de pares.

As respostas de João às tentativas de contato social por seus pares evidenciam a manutenção de seu estado de isolamento social. No fim das contas, João parece evidenciar possuir poucas habilidades sociais tanto nos momentos em que busca o contato social como nos momentos em que é solicitado à responder aos mesmos, em situações, nas quais a resposta ao contato social deve ser manifestada para algum membro do grupo de pares.

Os dados qualitativos referentes às respostas de João às tentativas de contato social reforçam a hipótese teórica de que a degradação do eu promovida pelo aprendizado de sua condição de estigmatizado, através da modificação nos seus padrões de relacionamento social promovidas pelo ambiente de controle de informação e proteção da escola especial, podem ter gerado em João padrões de respostas superficiais tanto na busca do contato social como na maneira de se comportar diante das tentativas de interação promovidas pelos colegas, culminando num comprometimento geral de suas habilidades sociais que o coloca numa

situação de constante conflito interno e isolamento diante das relações sociais estabelecidas no espaço escolar.

É importante ressaltar que na maioria dos momentos de estabelecimento destas relações sociais não houve qualquer menção ou reconhecimento direto do estigma de João nas relações sociais de contato misto, porém, isto não significa que a percepção do estigma corporal não ocorra de maneira explícita no espaço escolar. Apesar de haver o registro de uma única situação de reconhecimento direto do estigma em sala de aula, a transcrição do relato deste momento permitirá refletir sobre as formas em que este reconhecimento ocorre no interior do espaço escolar.

#### **4.1.4. Referência ao Estigma**

O único relato de referência direta ao estigma de João se deu na quinta sessão de observação, realizada no dia 29/10/2012 e envolveu uma professora e o pesquisador no interior do ambiente de sala de aula.

Professora: Oi, tudo bem?

Pesquisador: Oi, tudo bom? (me levanto e aperto a mão da professora)

Professora: Me falaram que você tá fazendo uma observação dos alunos aqui na sala né e que você estuda inclusão escolar. Eu lembro que você era psicólogo lá da APAE.

Pesquisador: Sim, eu estou colhendo alguns dados pro mestrado e escolhi essa sala pra observar.

Professora: Então você tá no lugar certo, porque aqui é cheio de alunos com problema.

Pesquisador: É mesmo?

Professora: É sim. Aqui tem muito aluno pobre, que o pai bebe demais, você sabe né. A maioria deles vem de famílias desestruturadas. Aqui na escola também tem muitos alunos que vieram lá da APAE. Até aqui na sala tem um (a professora olha discretamente de lado em direção a João). Coitado né, ele é deficiente e tem muita dificuldade. Mas aqui na escola tem salas que têm alunos com mais dificuldade que ele ainda. Acho que você devia dar uma olhada neles também. Se você quiser depois eu te mostro as salas. Acho que você devia ir lá no 6º ano B. Lá tem um monte de aluno que veio da APAE.

Pesquisador: Então (nome da professora) eu escolhi ficar com essa sala mesmo. Não dá tempo de observar a escola toda, porque eu já tô terminando a pesquisa.

Professora: Então fica à vontade. Você quer o meu caderno pra ver o que eu tô dando na aula?

Pesquisador: Não precisa não. Eu não tô estudando nada relacionado a parte pedagógica. Meu interesse é só conhecer a maneira como os alunos se relacionam entre si. Eu não registro nada da parte pedagógica e também não vou divulgar o nome da escola, dos professores ou dos alunos. Me interessa somente conhecer as relações entre eles.

Professora: Você ta fazendo doutorado?

Pesquisador: Tô no mestrado ainda.

Professora: Nossa! Deve ser difícil heim.

Pesquisador: É bem puxado viu.

Professora: Eu também queria ter continuado os estudos mas acho que já passei da idade. Bom, vou lá continuar a aula pra ver se eles aprendem alguma coisa. Pode ficar a vontade viu?

Pesquisador: Obrigado (nome da professora). Pode ficar dar sua aula tranqüila professora, porque como eu disse, eu não estou preocupado com a aula e sim com a relação dos alunos entre si.

A conversa com a professora me gerou intenso mal-estar a ponto de eu sentir sono em alguns momentos durante a aula da professora. Pela primeira vez em todas as observações tive vontade de não permanecer na sala de aula, o que me levou a sair de sala durante cerca de 5 minutos para que eu pudesse anotar o diálogo e me recompor. Eu fiquei preocupado se João tinha ouvido a conversa, já que se dera próxima à sua carteira, porém, não percebi qualquer reação corporal de João ao meu diálogo com a professora. Fiquei em dúvida se deveria ter ou não encerrado a conversa antes, porém, creio que se tivesse sido muito áspero ou encerrasse subitamente a conversa, isso poderia ter causado um mal-estar com a professora e comprometer o restante das observações durante esta sessão.

O relato de observação aponta claramente a existência de um reconhecimento imediato do estigma de João pela professora, porém, não somente dele como de todos os alunos egressos da APAE. O discurso da professora expressa um dos mitos que os não-estigmatizados possuem sobre as pessoas com deficiência, o qual Amaral (1998) denomina de “correlação linear”, ou seja, se algo é bom ou ruim para um indivíduo com deficiência, também o será para todos. Neste sentido, pode-se pensar que se um aluno egresso da APAE possui dificuldades escolares é esperado que todos os outros egressos também o possuam,

levando a professora a convidar o pesquisador para que os conheça no sentido de poder observar as suas dificuldades.

Os dados acerca da produtividade escolar de João, expostos no início deste capítulo, colocam em xeque a correlação linear estabelecida pela professora, contrariando a lógica de que se o indivíduo é egresso da APAE necessariamente ele terá dificuldades escolares. É claro que as notas de um aluno, por si só, não são medidas suficientemente confiáveis para se poder determinar o nível de aprendizagem, porém, neste caso, se João carregasse mesmo tais dificuldades de maneira tão evidente, não seria esperado que as mesmas aparecessem nas suas notas? Creio que este é um ponto que mereceria um estudo específico e aprofundado, com a construção de um aparelho teórico-conceitual e método específicos. Assim, sua discussão detalhada fugiria aos objetivos propostos no presente estudo.

O discurso da professora também estabelece uma relação direta entre pobreza, deficiência e problemas familiares como fatores explicativos para as dificuldades de aprendizagem e baixa produtividade escolar de indivíduos oriundos das classes populares. Esta correlação é questionada por Patto (1985) quando afirma que temos *muitos preconceitos a respeito dos integrantes das classes subalternas. Esses preconceitos e estereótipos fazem parte de uma visão de mundo ideológica e mistificadora. Precisamos estar atentos para os mitos de que somos porta-vozes.* (p.05). Dentre os mitos apontados por Patto, que se relacionam ao relato da professora, encontra-se justamente a atribuição do fracasso escolar à carência afetiva vivida por crianças das classes populares, devido ao fato de que seus pais não possuem condições socioeconômicas e emocionais suficientes para promover uma formação adequada de sua personalidade, o que reflete na sua produtividade escolar.

Patto (1998) aponta que esta correlação é inconsistente e serve ao propósito de esconder e mistificar o preconceito contra os indivíduos de classes populares na escola pública, endossando as reflexões teóricas propostas anteriormente de que as escolas têm se

valido de diversos mecanismos para poder excluir crianças oriundas das classes populares de seu meio, sendo que, o diagnóstico de retardo mental leve acaba por servir a esta finalidade.

Estas reflexões conduzem a um questionamento: Se o reconhecimento existe de maneira tão explícita e incisiva por que aparece tão pouco nas relações sociais mistas estabelecidas em sala de aula?

Talvez estas manifestações não apareçam de maneira explícita nas relações sociais deste espaço porque ele não constitui o lócus privilegiado para isso, afinal de contas, o próprio lugar de professor inserido numa escola que é considerada como referência em educação inclusiva impede que este discurso apareça de maneira tão explícita em sala de aula, porém, pode ser que o mesmo não se dê quando os professores encontram-se envolvidos em relações sociais com o seu grupo de pares, visto que este seria o lugar ideal para se propagar de maneira segura e longe dos estigmatizados, uma forma de compreensão que mistifica a visão sobre indivíduos com deficiência, garantindo assim, a manutenção de uma construção social silenciosa e sub-reptícia do estigma que, também aparece com estas características na maioria das relações sociais de contato misto que envolvem os professores e o estigmatizado.

Estes foram os achados que pudemos apresentar e analisar com relação às interações sociais de um aluno caracterizado como deficiente intelectual leve e que expressam a permanência de uma marca negativa que abarca todas as atividades escolares, mesmo quando esse estigma não é tão evidente em relação aos seus pares tal como ocorreu com João, demonstrando que, mesmo não visível, ele se inscreve no corpo do estigmatizado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou investigar as relações sociais de contato misto, estabelecidas por um indivíduo com retardo mental leve no espaço escolar, com o intuito de compreender a dialética entre o estigma do retardo mental leve e a configuração destas relações, com o intuito de desvelar os processos pelos quais o estigma do retardo mental leve, socialmente atribuído, adquire o valor de marca corporal, sendo que seus efeitos negativos nas relações sociais do indivíduo evidenciam que, quando o estigma é incorporado nas relações sociais de contato misto, a marca corporal que ele constrói leva o indivíduo a assumir uma posição de desacreditado, mesmo nos casos em que Goffman (2008) considera que o estigma não é imediatamente acessível à percepção dos indivíduos não-estigmatizados.

A atribuição do estigma do retardo mental leve a um indivíduo está calcada em fatores que se relacionam diretamente à sua baixa produtividade escolar, que passa a ser compreendida em razão, exclusivamente, de caracteres individuais, dentre as quais, se destaca a obtenção de um baixo desempenho em testes de inteligência, que por sua vez, caracterizam-se por uma medida do quociente de inteligência cujo valor está 2 desvios-padrão abaixo do valor médio para a população geral, equivalendo a um escore bruto menor ou igual a 70 pontos. Neste caso, a medida que Q.I. se sobrepõe a quaisquer outras características como: origem social, personalidade, interação com o ambiente escolar, dentre outras, como fator explicativo para o não-aprendizado individual, possibilitando que o baixo desempenho escolar seja compreendido como o produto de uma patologia, cuja etiologia se localiza no corpo do indivíduo, mais especificamente, em fatores que se relacionam ao funcionamento e morfologia cerebrais.

A compreensão do retardo mental leve enquanto um transtorno que possui uma etiologia de base orgânica é uma reprodução moderna do discurso médico que se firmou

desde o século XVIII e considerava a hipótese arbitrariamente atribuída de que quaisquer prejuízos no funcionamento intelectual de um indivíduo somente poderiam ser explicadas a partir de um modelo que os consideraria como o sintoma de um mal-funcionamento no cérebro. Esta hipótese foi revalidada pela psicologia do século XX, a partir da criação do conceito de quociente de inteligência e dos testes psicológicos para medi-lo objetivamente.

Ainda que o DSM IV (APA, 2010) não explicita a idéia de que o retardo mental leve é um transtorno mental de etiologia exclusivamente orgânica, os resultados do presente estudo parecem apontar para uma prevalência deste modelo de compreensão no espaço escolar, sendo que a alta incidência de retardo mental leve em indivíduos que possuem origem social nas classes populares é desconsiderada no discurso dos educadores. Assim, o indivíduo com retardo mental leve passa a ser compreendido no meio social unicamente a partir do diagnóstico que lhe foi imputado, gerando um processo de degradação do eu que interfere diretamente na reconfiguração de suas relações sociais.

A degradação do eu em indivíduos com retardo mental leve é apontada por Goffman (2008) como sendo um produto da incorporação do estigma pelo indivíduo estigmatizado, gerando um aprendizado sobre a sua condição. Este aprendizado implica numa reconfiguração de suas relações sociais visando a sua forçada adequação à expectativa de falência diante das mesmas. Esta expectativa é colocada pelos indivíduos não estigmatizados em relação ao indivíduo estigmatizado nas relações sociais em que ambos se encontrem em contato direto.

É importante ressaltar que este processo de reconfiguração das relações sociais do indivíduo estigmatizado é determinado pelas expectativas de fracasso que incidem sobre a identidade social virtual do estigmatizado, sendo que o indivíduo, enredado nestas expectativas e apreendido a partir de um lugar onde, o que se espera dele é a falência, fica a mercê destas expectativas, procurando formas de se adaptar a elas e, ao mesmo tempo,

garantir a sobrevivência da própria individualidade. Assim, as relações sociais do indivíduo estigmatizado passam a ser marcadas pela experiência do conflito entre estas duas instâncias, tornando-se manifesto nas interações sociais de contato misto.

Goffman (2008) estabelece uma distinção conceitual em relação aos efeitos do estigma na degradação do eu, afirmando que caso o estigmatizado constate que sua marca corporal é imediatamente evidente nas relações sociais, ele se tornará desacreditado, possuindo uma maior tendência a naturalizar o fracasso em relação às expectativas sociais que incidem sobre a sua identidade social. Em contrapartida, afirma que caso o estigma não seja imediatamente perceptível, permanecendo desconhecido, o indivíduo se tornará desacreditável, sendo que, neste caso, a expectativa de fracasso incidiria sobre ele apenas nas relações sociais de contato misto, nas quais houvesse o envolvimento de indivíduos que tivessem sido previamente informados sobre a existência do estigma.

As tentativas de apreensão desta distinção no campo empírico a partir da observação das interações sociais de contato misto, estabelecidas por um indivíduo com retardo mental leve, que não possuía qualquer marca corporal visível, evidenciam que, apesar de não haver referência direta ao estigma nestas interações, a sua presença na degradação do eu e reconfiguração das relações sociais, será percebida de maneira sub-reptícia e com efeitos negativos muito similares aos que Goffman (2008) aponta que são válidos para os indivíduos desacreditados, implicando que o indivíduo desacreditável é tomado previamente como fracassado nas relações sociais, em função de uma marca corporal socialmente atribuída, que apesar de se fazer invisível na maioria das produções discursivas dos indivíduos não-estigmatizados, ainda assim, pode ser percebida na maneira como estes indivíduos se relacionam com o estigmatizado, porém, o fato de haver poucas menções diretas à marca corporal fazem com que o estigma se manifeste de maneira encoberta nestas relações sociais,

carregando o mesmo potencial de degradação do eu e reconfiguração das relações presentes no contexto social de um indivíduo desacreditado.

O estudo de caso de João evidencia que por ter sido diagnosticado com retardo mental leve, ele exibe um constante conflito nas interações sociais de contato misto estabelecidas no espaço escolar. Apesar de não possuir qualquer característica que remeta diretamente ao estigma, nem mesmo quando se leva em consideração o seu desempenho escolar e comportamento em sala de aula, ainda assim, colegas e professores encontram extrema dificuldade em reconhecê-lo como um indivíduo igual aos outros.

João é um garoto tímido como muitos de sua escola, tira boas notas, possui bom comportamento em sala de aula e tem interesses semelhantes aos de qualquer garoto de sua idade. Não apresenta qualquer marca corporal evidente que o torne diferente dos demais e ainda assim, encontra dificuldades em se relacionar socialmente com colegas e professores.

O relacionamento social de João com seus professores é marcado pelo seu não-reconhecimento e, conseqüente, não-pertencimento às relações sociais estabelecidas em sala de aula. Esta situação pode ser descrita empiricamente com a afirmação: “É como se João não estivesse ali”. Sua presença ou ausência em sala de aula, suas dúvidas e questionamentos raramente manifestos, simplesmente não são notados pelos professores que, simplesmente, não conseguem enxergá-lo, afinal, ele não manifesta qualquer comportamento ou possui um desempenho escolar que sejam compatíveis com a expectativa social de fracasso nas relações sociais e baixa produtividade, que caracterizariam o estereótipo um indivíduo com retardo mental leve.

O relacionamento social de João com os colegas é breve e objetivo, resumindo-se a situações em que existe alguma demanda de ordem prática, relacionada a sala de aula, tal como, emprestar uma borracha ou um caderno. Nestes casos, João encontra dificuldades em se valer destas situações para estabelecer laços sociais mais íntimos e duradouros com seus

pares, manifestando o seu descontentamento na postura corporal que adota a maioria do tempo: postura corporal rígida, cenho franzido, ombros arqueados e cabeça baixa. Além disso, João relatou o seu descontentamento e reconhecimento de sua desadaptação social ao pesquisador, manifestando o desejo e retornar ao ambiente da escola especial.

Na escola, João só consegue ser reconhecido como indivíduo e estabelecer relações sociais espontâneas com o porteiro e a auxiliar de serviços gerais, levando a formular a hipótese de que João encontra uma maior facilidade em estabelecer relações com estas pessoas pelo fato de que elas não estão diretamente envolvidas nas relações sociais de sala de aula e manifestam um desconhecimento quanto ao estigma que lhe foi atribuído. Para eles, João é apenas um aluno da escola, sendo encarado como tal.

A única manifestação evidente de referência ao estigma de João se deu quando do relato de sua professora sobre ele ser um aluno egresso da APAE, motivo pelo qual a professora considerou que João, necessariamente, seria um aluno com dificuldade de aprendizagem, semelhante a outros alunos da escola que também vieram da mesma instituição. Neste caso, o estigma do retardo mental leve de João assume uma roupagem um pouco diferente no campo empírico, pois, apesar de não aparecer diretamente no discurso enquanto tal, ainda assim, se manifesta pelo reconhecimento de João como um ex-aluno da escola especial, portanto, um indivíduo que carrega algum tipo de marca corporal, mesmo que ela não seja imediatamente acessível à percepção.

Talvez a qualidade das relações sociais e a adaptação de João ao ambiente escolar pudesse ser melhorada se os professores aprendessem a simples lição ensinada pelo porteiro e a auxiliar de serviços gerais, que mesmo não possuindo qualquer formação pedagógica específica na área de educação inclusiva, demonstram atitudes nas relações sociais, largamente preconizadas pelos manuais que se destinam à profissionais envolvidos com este campo de saber e atuação: eles apenas tratam João como qualquer outro indivíduo da escola,

pouco importando seu diagnóstico, sua origem social e seu percurso na escola especial. Talvez esta seja a mais evidente manifestação de equidade observada no ambiente escolar, dependendo de poucos recursos materiais para ser realizada: apenas o olhar do outro para o indivíduo, considerando-o como tal nas suas relações sociais e respeitando aquilo que o faz ser o que é, ou seja, as características de sua própria individualidade, sem quaisquer marcas, rótulos ou diagnósticos que a encubram e degradem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, Lígia Assumpção.(1998). Sobre Crocodilos e Avestruzes: falando de diferenças físicas, preconceitos e sua superação. In. AQUINO, Júlio Groppa. *Diferenças e Preconceito na Escola: alternativas teóricas e práticas*.São Paulo: Ed. Summus. 1998.

AMARAL, Tatiana Platzer do. (2009). O Processo de Escolarização e a Produção de Subjetividade na Condição de Aluno com Deficiência Mental Leve. In: FÁVERO, Osmar;

AMERICAN ASSOCIATION OF MENTAL RETARDATION – AAMR. (2002). *Retardo mental: definição, classificação e sistemas de apoio*. Porto Alegre. Artmed.

ANACHE, Alexandra Ayach. (2002). *Reflexões sobre o Diagnóstico Psicológico da deficiência Mental Utilizado em Educação Especial*. Reunião Anual da ANPED, 2002 - ANPED Caxambú-MG.

BACH, A. (2010). Foucault e Literatura: Arqueologia da Loucura e Escrita Literária. *Dissertatio [31]*, pp.133 – 156. Curitiba-PR: Universidade Federal do Paraná.

BUENO, José Geraldo Silveira. (1993). *Educação Especial Brasileira: Integração/Segregação do Aluno Diferente*. São Paulo: Educ.

CASTRO, Paula Almeida de; SILVA, Aline Leal. (2007). *Estigmatização na Sala de Aula: Aspectos Etnográficos da Relação Professor-Aluno sob a Ótica da Exclusão*. Reunião Anual da ANPED, 2007 - ANPED Caxambú-MG.

CROCHÍK, José Leon. (2000). A Corporificação da Psique. *Rev. Educar*, Curitiba, n. 16, p. 27-41.

DERBLI, M. (2011). Uma breve história das revisões do DSM. *Com Ciência – Revista Eletrônica de Jornalismo Científico*. SBPC. Disponível em: <http://www.comciencia.br/comciencia/index.php?section=8&edicao=64&id=815&tipo=0>, acesso em 01 de agosto de 2012.

EUA. APA - AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (2002). *DSM IV TR.Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

\_\_\_\_\_. (1980). *Diagnostic and statistical manual of Mental disorders*. 3 edition. American Psychiatric Association. EUA: Washington D.C.

\_\_\_\_\_. (1968). *Diagnostic and statistical manual of Mental disorders*. 2 edition. American Psychiatric Association. EUA: Washington D.C.

\_\_\_\_\_. (1952). *Diagnostic and statistical manual of Mental disorders*. 1 edition. American Psychiatric Association Mental Hospital Service. EUA: Washington D.C.

FERREIRA, Windyz; BARREIROS, Débora; IRELAND, Timothy. *Tornar a Educação Inclusiva*. Brasília: UNESCO. 2009.

FLORES-MENDOZA, Carmen; COLON, Roberto. (2008). *Introdução à Psicologia das Diferenças Individuais*. Ed. Artmed: Porto Alegre-RS

FOUCAULT, M. (1975). *Doença Mental e Psicologia*. Ed. Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro-RJ.

\_\_\_\_\_. (2008). *História da Loucura: Na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva

FRAYZE-PEREIRA, João. (1984). *O que é loucura*. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense. (Coleção Primeiros Passos vol. 18).

GARCÍA, M.T. (1986). Algunas Consideraciones sobre los términos retraso mental y oligofrenía. *Revista Cubana de Psicología*. Vol. III. No. 03.

GOFFMAN, Erwing. (2008). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª Ed. Editora LTC: Rio de Janeiro.

GOODWIN, C. J. (2005). *História da Psicologia Moderna*. Ed. Cultrix: São Paulo-SP.

\_\_\_\_\_. (2010). *Manicômios, Prisões e Conventos*. Ed. Perspectiva. São Paulo-SP.

KAPLAN, H.; SADOCK, B. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: ciência, comportamento e psiquiatria clínica*. 9a Edição, Porto Alegre: Artes Médicas.

LLERENA, Juan Clinton & Cols. (2000). Investigação do retardo mental e doenç as genéticas a partir de um estudo transversal em escolas do Estado do Rio de Janeiro. *Inf. Epidemiol.*

Sus, Brasília, v. 9, n. 4 . Disponível em<[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010416732000000400004&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010416732000000400004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 14 set. 2012.

MÄDER, M.J. (1996). Avaliação neuropsicológica: aspectos históricos e situação atual. *Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 16, n. 3.*

OLIVEIRA, E.C. (2006). O Quiiprocuó da Loucura. *Revista Ciente*. Nº 1. 2006.

PATTO, Maria Helena Souza. (1997). Para uma Crítica da Razão Psicométrica. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 8, n. 1. Available from<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65641997000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641997000100004&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Oct. 2012.

PUPPIN, Andrea Brandão. (1999). Da atualidade de Goffman para a análise de casos de interação social: deficientes, educação e estigma. *R. bras. Est. pedag.* Brasília, v. 80, n. 195, p. 244-261.

RUSSO J., VENÂNCIO, A.T.A. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Vol. IX. No.03.

SALGADO NETO, G.; SALGADO, A. (2011). Sir Francis Galton e os extremos superiores da curva normal. *Revista de Ciências Humanas*. Florianópolis. Vol. 45. No. 1.

SANTIAGO, A.L. (1994) Debilidade e déficit: origens da questão no saber psiquiátrico. *CliniCAPS*. Vol.1. No. 3, Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-60072007000300005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-60072007000300005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 21 jul. 2012.

SANTOS, Wederson Rufino dos. (2008). Pessoas com Deficiência: Nossa Maior Minoria. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18 [ 3 ]: 501-519.

SILVA, Luciene Maria da. (2006). O estranhamento causado pela deficiência: preconceito e experiência. *Revista Brasileira de Educação*. v. 11 n. 33 set./dez. 2006

SKRTIC, Thomas M. (1996). La Crisis en El Conocimiento de La Educación Especial: Una Perspectiva Sobre La Perspectiva. In: FRANKLIN, Barry M. *Interpretación de La*

*Discapacidad: Teoría e Historia de La Educación Especial.* Barcelona: Ed. Pomares-Corredor.

SOUZA, Maria Imaculada de. (2002). *O impacto da psicologia na construção histórica do conceito de retardo mental.* Reunião Anual da ANPED, 2002 - ANPED Caxambú

TOLEDO, M.L. (1995). Uma reflexão sobre o retardo mental – I conceitos e definições de inteligência e considerações históricas do retardo mental. *Infanto – Revista de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência.* Vol.3. No.1

VIÉGAS, Lygia de Souza. (2007). Reflexões Sobre a Pesquisa Etnográfica em Psicologia e Educação. *Revista Diálogos Possíveis.* FSBA: Jan/Jun-2007.