



MEMÓRIA DISCURSIVA DA ANORMALIDADE: DE CANGUILHEM E FOUCAULT À “EDUCAÇÃO INCLUSIVA”

Stela de Jesus *

Anderson de Carvalho Pereira **

RESUMO

O presente artigo discute o funcionamento da memória discursiva em torno do binômio inclusão/exclusão por meio dos marcos históricos do tema no Ocidente e a partir de Foucault (2010) e Canguilhem (2014). De acordo com o referencial utilizado (Análise de Discurso pecheutiana), a memória discursiva perfaz retroações que marcam o simbólico. No plano da enunciação, o analista parte da materialidade linguística; ao nível dos enunciados, por sua vez, remete esta materialidade ao jogo de sentidos envolvido nas operações que regulam a circulação dos discursos. Neste trabalho, queremos mostrar de que modo esse jogo estabelecido pela memória e materializado no binômio inclusão/exclusão se estabelece por meio de um jogo de sentidos, versados na nomenclatura: “anormalidade, anormais, patologia, deficientes”; entre o que fica calado e o que retorna, movimentamos a interpretação, em termos da interdição como parte desse processo de funcionamento da memória discursiva.

PALAVRAS-CHAVE: Memória, Discurso, Inclusão.

INTRODUÇÃO

Neste artigo discutimos o funcionamento da memória discursiva, principalmente da memória em torno do binômio inclusão/exclusão a partir de Foucault (2010) e Canguilhem (2014). Propomos aqui uma breve análise sobre a memória discursiva da materialização dos diferentes sentidos em torno deste binômio veiculada em vários termos que permitem diversas interpretações e que movimentam discursos díspares. Em Canguilhem (2014) aparecem os termos “patológico, normalidade e anormal”, diretamente vinculados ao discurso médico. Em Foucault (2010) a “anormalidade” é um reflexo dos discursos médico, jurídico e religioso em momentos históricos distintos. Estes discursos reaparecem na atualidade por meio do jogo que se processa na memória discursiva, mas que passam despercebidos pelos sujeitos que o movimentam. Cabe



perguntar: Os termos que nomeiam os anormais de hoje são paráfrases dos que nomeavam os anormais de outrora? Ao evidenciar que a educação inclusiva (doravante EI) é perpassada pelo discurso médico, religioso e jurídico, interpretamos traços destes discursos do século XVIII na atualidade que são materializados nas enunciações e na legislação referentes a essa modalidade educacional.

ANORMALIDADE: DE CANGUILHEM A FOUCAULT.

Canguilhem (2014) em seu livro “O normal e o patológico” busca discutir sobre os conceitos do termo normal, trazendo alguns autores que definem este termo. Destaca que esse termo segundo estes autores sempre esteve ligado ao padrão, uma média, um julgamento de valor, uma definição de capacidade. Ele discute os termos doença e saúde na medicina, e busca entender quem os alimentou em seus discursos, se a Fisiologia ou a própria Medicina.

Canguilhem (2014) afirma que há na Medicina uma confusão analógica em que o estado normal designa o estado habitual dos órgãos e seu estado ideal, sendo que o médico é quem menos procura o sentido das palavras saúde e doença. Quem determina o que se chama de doença são as ideias dominantes do meio social, sendo que a palavra doença carrega valores negativos.

Canguilhem (2014) também discute em sua tese o conceito de normal e patológico, trazendo à tona a carga de valores ao patológico e ao fisiológico. Para tal, ele diz que da palavra normal derivam dois sentidos: o primeiro está relacionado com aquilo que deve ser; o segundo sentido se refere ao que se encontra na maior parte dos casos de uma determinada espécie ou o que constitui a média de uma característica mensurável.

Dessa maneira o termo define um fato e um valor a esse fato, o que sugere uma lacuna de interpretação, ou abertura a um “equivoco”. Segundo Canguilhem (2014, p.79) esse equivoco foi facilitado pela tradicional filosofia realista, segundo a qual “[...] toda generalidade é indício de uma essência, [...], portanto, uma generalidade observável de fato adquire o valor da perfeição realizada, um caráter comum adquire um valor do tipo



ideal.”. Para a medicina o estado normal do corpo é o estado que se deseja restabelecer. Mas só o é considerado assim, porque o próprio doente o visa dessa maneira, cabendo a medicina corrigir estados ou comportamentos nocivos à vida.

Há, portanto, uma aproximação errônea das palavras anomalia e anormal, esse erro está presente na medicina. Isto porque anomalia designa um fato, ao passo que anormal implica referência a um valor; é um adjetivo. Trazendo a discussão de outros autores Canguilhem (2014) relata que a anomalia está vinculada a fatos biológicos, podendo ser tipo específico e/ou variação individual.

Dessa forma ela é um conceito empírico e descritivo, é um desvio estatístico. Assim, surge a dúvida se os conceitos de anomalia e monstruosidade são equivalentes. Para Geoffroy Saint-Hilaire a monstruosidade é uma espécie do gênero anomalia. Nem toda anomalia é patológica, mas as patológicas possibilitaram a criação de uma ciência específica das anomalias (CANGUILHEM, 2014).

O autor reforça que anomalia é a consequência da variação individual, mas que diversidade não é doença. Dessa forma, o anormal não é o patológico, mas o patológico é o anormal. Mas há como “[...] considerar o patológico como normal, definindo o normal e o anormal pela frequência estatística relativa.” (CANGUILHEM, 2014, p. 90). Sendo assim, uma “saúde perfeita” é anormal. Embora a doença seja algo que esteja ou possa estar no ser, ela é ao mesmo tempo anormal, pois, é preciso lutar contra ela para uma continuidade da vida. Isto se explica porque o fisiologista encontra na média um valor equivalente válido para o conceito de normal e norma. Mas para alguns autores o normal é definido muito mais como tipo ideal do que como média aritmética ou frequência estatística.

Deste modo, os traços revelados nas médias dependem da fidelidade consciente e inconsciente a certas normas da vida, da mesma maneira que as frequências estatísticas não traduzem apenas uma normatividade vital, mas também uma normatividade social. Se se considerar as pesquisas realizadas por paleontólogos em fósseis humanos de outros períodos históricos, percebe-se que o anormal de hoje é o normal de outrora (CANGUILHEM, 2014).



Canguilhem (2014) também define doença, saúde e cura. O autor ressalta que não se pode partir de uma norma resultante da média para se estabelecer um conceito de normal e anormal, mas sim a partir de comparações das condições do indivíduo examinado. A doença, dessa forma, é tida como norma. Pois o estado patológico ou anormal não é consequência da ausência de norma, a doença é uma norma, uma norma inferior. E a cura da doença vem acompanhada de perdas essenciais para o organismo, o que leva a crer que o indivíduo se adequará a novas condições. A doença é privação e reformulação. Já a saúde é a indeterminação inicial da capacidade de instituição de novas normas biológicas. O homem se sente em boa saúde, quando se sente adaptado ao meio e às suas exigências. Essa adaptação ao meio é reafirmada em Canguilhem (2014, p. 142) quando afirma que:

[...] podemos viver, a rigor com muitas malformações ou afecções, mas nada podemos fazer de nossa vida, assim limitada, ou, melhor, podemos sempre fazer alguma coisa, e é nesse sentido que qualquer estado do organismo, se for uma adaptação a circunstâncias impostas, acaba sendo, no fundo, normal, enquanto for compatível com a vida.

O que Canguilhem (2014) chama de malformações em Diniz (2012) é apresentado como lesões. Em seu livro “O que é Deficiência” a autora relata sobre a Liga dos Lesados Físicos Contra a Segregação (UPIAS), a primeira organização política formada e gerenciada por deficientes, que surgiu no Reino Unido, na década de 1970, com o sociólogo Paul Hunt (um dos primeiros precursores do modelo social da deficiência).

A UPIAS foi formada por deficientes e se articulou como resistência política e intelectual ao modelo médico de compreensão da deficiência. Assim, a UPIAS redefiniu lesão e deficiência em termos sociológicos. O marco teórico desse grupo foi o materialismo histórico, o que os fez formularem a tese política de que a discriminação pela deficiência era uma forma de opressão social. Desse modo, Diniz (2012) defende que Michael Oliver e Colin Barnes afirmaram que quem se beneficia com essa opressão é o capitalismo, pois os deficientes fazem parte do exército de reservas (função econômica) e na posição de inferioridade (função ideológica).



Sobre isso Diniz (2012, p. 08) ratifica que “[...] A anormalidade é um julgamento estético e, portanto, um valor moral sobre os estilos de vida. [...]”. A própria sociedade não se adéqua para as diferentes deficiências e se limita ainda hoje aos discursos médicos tão criticados pela UPIAS. Pois para o modelo médico a deficiência é consequência natural da lesão em um corpo, e conseqüentemente o deficiente deve ser objeto de cuidados biomédicos.

A UPIAS tinha como principal objetivo redefinir a deficiência em termos de exclusão social. Eles passaram a entender a deficiência como uma forma particular de opressão social. Assim, “[...] a opressão não era resultado da lesão, mas de ordenamentos sociais excludentes. Lesão era uma expressão da biologia humana isenta de sentido, ao passo que deficiência era resultado da discriminação social [...]” (DINIZ, 2012, p. 19).

A UPIAS via na ação política as alternativas para romper com o ciclo de segregação e opressão e que esta seria capaz de denunciar a ideologia que oprimia os deficientes muito mais do que os recursos biomédicos. Mas a UPIAS embora quisesse opor-se à ideia de deficiência como algo anormal, não ignorava que um corpo com lesão necessitasse de recursos médicos e de reabilitação.

Assim, para o modelo médico o problema estava na lesão; para o modelo social, por sua vez, a deficiência era resultado da organização político-econômica que padroniza um tipo ideal de sujeito produtivo. Ou seja, o deficiente pode e deve ser capaz de seus próprios atos, ações e escolhas. Em suma, não se deve fazê-lo passar por inválido se ele não o é. Pois, para ele pode haver atividades possíveis. Sobre isso Canguilhem (2014, p. 92) afirma que:

[...] No entanto, a limitação forçada de um ser humano a uma condição única e invariável é considerada pejorativamente, em referência ao ideal humano normal que é a adaptação possível e voluntária a todas as condições imagináveis. É o abuso do possível da saúde que constitui a razão do valor que se dá a saúde [...]

O ideal construído acarreta nas pessoas deficientes uma cobrança de ser semelhante aos demais e uma discrepância com relação ao seu potencial e suas



habilidades. Para os teóricos do modelo social não havia recusas dos benefícios dos avanços biomédicos para o tratamento do corpo com lesões, mas a ideia era ir além da medicalização da lesão e atingir as políticas públicas para a deficiência. Sobre isso Diniz (2012, p. 24) ratifica que:

O modelo médico, ainda hoje hegemônico para as políticas de bem estar voltadas para os deficientes, afirmava que a experiência da segregação, desemprego e baixa escolaridade, entre tantas outras variações da opressão, era causada pela inabilidade do corpo lesado para o trabalho produtivo.

Na década de 1990, surgiram as teóricas feministas que foram as primeiras a apontar o paradoxo que acompanhava as premissas do modelo social. Elas por um lado criticavam o capitalismo e a tipificação do sujeito produtivo e por outro lado, lutavam pela retirada das barreiras e para a permissão da participação dos deficientes no mercado de trabalho. Buscavam na inclusão o rompimento da exclusão e da discriminação, diferentemente do modelo social antecessor que apostava na crítica profunda aos pressupostos morais da organização social em torno do trabalho e da independência (DINIZ, 2012).

Há três pontos que resumem a força da argumentação feminista nos estudos sobre deficiência: a crítica ao princípio da igualdade pela independência; a emergência do corpo com lesões; a discussão sobre o cuidado. Acreditavam que mesmo com o rompimento das barreiras, alguns deficientes jamais poderiam trabalhar ou ser independentes. Introduziram a ideia da igualdade pela interdependência. E o maior desafio era o de mostrar a possibilidade de haver um projeto de justiça que considerasse o cuidado em situações de extrema desigualdade de poder.

Foucault (2010) carrega o legado da obra de Canguilhem ao discutir em seu livro “Os anormais” sobre três figuras que ele considera como base do problema da anomalia; são estas: “o monstro humano”, “o incorrigível” e “o masturbador”. Estas figuras se constituíram no século XVIII e no século XIX é que será dada maior ênfase nos discursos da anomalia.



Sobre a primeira figura, o seu contexto da referência é a lei (poderes jurídico-político), a natureza e a sociedade. Seu campo de aparecimento é jurídico-biológico, uma vez que o “monstro humano” é a combinação do impossível com o proibido, é o ponto de inflexão da lei. Essa noção de monstro é jurídica-natural, pois o monstro viola as leis da sociedade e as leis da natureza. Está presente no século XVIII, e tem como pano de fundo o Direito Romano. O monstro originário da noção jurídica está em duas categorias distintas: a categoria da deformidade, enfermidade e defeito; e a o mostro numa tradição jurídico-científica, que é o misto: de dois reinos (animal e humano); de dois indivíduos (o que possui duas cabeças); de sexos (hermafroditismo); de vida e morte (o feto que nascia e vivia por alguns minutos ou alguns dias) e misto de formas (sem membros).

Portanto a monstruosidade e a enfermidade se diferenciam, mesmo que a enfermidade abale a ordem natural ela não é monstruosidade, pois ela “[...] tem seu lugar no direito civil e no direito canônico.” (FOUCAULT, 2010, p.54). Quando o direito canônico não pode mais resolver sozinho os problemas relacionados ao monstro, a ordem jurídica é abalada e cabe ao Direito a responsabilidade de um problema muitas vezes sem solução.

Nos séculos XVI ao XVII, os monstros eram condenados pelo simples fato de serem, como por exemplo, no caso do hermafroditismo, que os indivíduos com tais características eram condenados e queimados, pelo fato de o serem. No século XVII eram reconhecidos e pediam-lhe que escolhe um dos sexos para se comportar segundo o sexo escolhido. No século XIX, começa a elaboração da noção de monstruosidade sem a mistura dos sexos, há somente esquisitices, espécies de imperfeições, deslizos da natureza. Eles serão julgados a partir de suas condutas, de seus comportamentos. Inicia-se a criminalidade monstruosa. Sendo então, a monstruosidade vinculada à criminalidade de tal forma que há suspeita de monstruosidade em qualquer crime.

No século XVIII, por sua vez, há uma nova tecnologia do poder como características peculiares que Foucault (2010, p. 78) ressalta: “o poder de punir servirá de exemplo; a punição será pública e cada crime terá sua devida punição; punição para que o crime não recomece”. Surgiu a partir dessas regras da economia do poder a patologia da conduta criminosa. “[...] se punirão indivíduos que serão julgados como



criminosos, porém avaliados, apreciados, medidos, em termos de normal e patológico.” (FOUCAULT, 2010, p. 78).

A segunda figura, por sua vez, é o “indivíduo a ser corrigido” predominante nos séculos XVII e XVIII. Diferente da primeira figura, o contexto de referência é a família, ela aparece no conflito entre a família, a escola, a oficina, a rua, a igreja, a polícia, etc. Esta figura foi mais recorrente do que o monstro. Será corrigido pelas instituições específicas, já que não pode ser corrigido pelas técnicas familiares. Foucault (2010) ressalta que este é o ancestral do anormal do século XIX.

A terceira figura, o “masturbador”, é quase universal, o segredo da masturbação é algo incomunicável, mas que sua prática é sabida. No século XVIII essa prática estava associada aos males desse século, os médicos a associava às doenças do corpo, as doenças nervosas e psíquicas.

Dessa maneira descendente dessas três figuras, no século XIX, surge o anormal. Foucault (2010, p.54) fala que “Só há monstruosidade onde a desordem da lei natural vem tocar, abalar, inquietar o direito, seja o direito civil, o direito canônico ou o direito religioso. [...]”, ele apresenta que ao abalar a lei, seja ela natural, jurídica ou religiosa, a monstruosidade será constante e como medida para controlar o que fere a lei coube a família, a escola, a igreja e a medicina que em diferentes momentos se destacaram com técnicas específicas de controle e de correção do anormal.

Para entender o masturbador discutido por Foucault (2010) é preciso entender todo o processo histórico em que a sexualidade está inserida. A Igreja Católica do final do século XV ao início do século XVI lutava contra a feitiçaria e determinava como identificação os sinais no corpo como sendo as marcas da feiticeira. No século XVI a perseguição é contra o corpo possuído, que por sua vez não possui marcas, porém seus atos são pelo fato de o demônio está presente no corpo. Através das técnicas de confissão a Igreja busca solucionar tais situações, porém no século XIX ela mudou o discurso sobre a possessão e conseqüentemente o mecanismo de controle, deixando a medicina se encarregar da busca pela compreensão e soluções para a convulsão, que não seria mais visto como uma ação carnal e corporal.



É nesse contexto de controle que a Igreja possuía do corpo e das ações pecaminosas é que as escolas cristãs terão total controle com a sexualidade. No século XIX houve uma campanha contra a masturbação^{††}, pois esta estava associada às doenças existentes. Cabia aos pais a fiscalização das crianças, às escolas também cabiam essa rigidez e observação. Aqui se percebe que há um discurso religioso sobre a masturbação e que foi passado para a medicina. Até então eram por meio das confissões que se descobriam se a criança se masturbava e os colégios internos a observava e não permitia que essa prática permanecesse para que a vida da criança fosse salva. Quando a medicina assume o controle da masturbação, cabe a família a observação da prática masturbatória e a prevenção e impedimento dessa ação, com a ajuda do médico é que a família vai se empenhar em livrar a criança das doenças que eram provenientes da masturbação.

Neste contexto, a criança é responsável pelas suas doenças futuras, mas a culpabilidade recai aos pais. Assim, desconstrói-se a família parental relacional para se construir a família-celular, tendo o corpo da criança como corpo nuclear da família. Foucault (2010) fala que essa família sólida, afetiva, substancial que surgiu no fim do século XVIII, a partir das observações dos corpos dos filhos e da aproximação do corpo dos pais ao corpo do filho, é ao mesmo tempo uma família medicalizada. Sobre essa aproximação e a ocorrência de incesto, durante um século, a medicina culpabilizou os filhos e tirou dos pais a culpa pelo incesto, dizendo que os filhos desejavam os pais desde a origem. Quando se trata das relações incestivas dos proletariados, no século XIX, o discurso é de afastamento dos corpos dos pais aos corpos dos filhos, a sugestão era que se construísse um cômodo para cada membro da família.

Em síntese, percebe-se que os três autores referidos acima mostram que a palavra normal sempre esteve associada com a ideia de saúde, com a média aritmética ou com a maior parte de como uma determinada espécie se apresenta com suas características específicas. Dessa maneira, vários fatores contribuíram para que esse luar do interdiscurso permanecesse; dentro da zona do discurso médico (científico) que

^{††}A campanha antimasturbatória foi dirigida a burguesia em 1760, e dirigida ao proletariado somente em 1820-1840, com algumas especificidades divergentes da que se dirigiu a burguesia.



ganhou maior força com a Modernidade. Nesse discurso o patológico é anormal, mas o anormal não é patológico. Aquele que se difere da ideia que se tenha do que é uma pessoa, de como deve ser uma pessoa ou ainda das características físicas, psíquicas e mentais que uma pessoa deve ter se enquadra no que está fora do padrão, fora da média, ou seja, não é igual aos demais e por isso pode ser classificado como o anormal.

A forma como a sociedade está organizada, os conceitos que se disseminam sobre normalidade/deficiência, mobilizam um jogo de sentido com o termo “exclusão”, muitas vezes linearizado às “pessoas deficientes” com seguintes nomenclaturas: deficiente, pessoas com deficiência, portadores de necessidades especiais.

Nesse paradigma da generalidade, todos de uma mesma espécie devem ter todas as características que aquela determinada espécie possui. Com a Modernidade passou-se a construir um ideal de sujeito, o avanço de muitas ciências possibilitou ênfase ao discurso científico, e é ele que passou a delimitar o que é ou não verdade. Assim, diferentes ciências dizem quem é um ser normal ou anormal, materializado no discurso científico.

Foucault (2010) relata sobre esse discurso médico quando afirma das avaliações médicas que eram realizadas com o masturbador e das associações de várias doenças às práticas masturbadoras. Ele afirma também que o anormal é então aquele que abala as leis naturais, jurídicas ou religiosas. Tanto o discurso médico como o religioso e o jurídico em tempos diferentes reforça e delimita quem é o anormal.

Nota-se que Canguilhem (2014) relata a engrenagem do discurso da patologia e da normalidade no século XIX; Foucault (2010), por sua vez, analisa a circularidade do valor discursivo do “anormal”, entre os séculos XVI aos XIX e, por fim, Diniz (2012) aborda o discurso médico e social e os modos de definição da “deficiência” no século XX. Os autores mobilizados relatam diferentes momentos históricos, que apontam como se materializam a construção do anormal/diferente nesses momentos e quais discursos contribuem para tais construções. Ainda hoje tais discursos criam e sustentam evidências na construção do que é ser anormal/diferente/deficiente e de quem deve ser excluído/ incluído.



CONCLUSÕES

Estes discursos (médico, religioso e jurídico) sobre o anormal de outrora contribuem para a construção de um lugar no interdiscurso^{‡‡} acerca do tema da inclusão/exclusão atualizado em um domínio de memória. Isto porque a memória discursiva faz parte da produção do discurso, assim como, o contexto sócio-histórico e ideológico. Sobre isso afirma Orlandi (2013) que a memória é tratada como interdiscurso, quando pensada em relação ao discurso. E define memória discursiva como sendo, “[...] o saber discursivo que torna possível todo dizer e que retorna sob a forma do pré-construído, o já dito que está na base do dizível, sustentando cada tomada da palavra.” (ORLANDI, 2013, p. 31). Para a autora o interdiscurso disponibiliza dizeres que afetam o modo como o sujeito significa em uma dada situação discursiva.

Assim sendo, as escolhas das palavras ao se referir à educação inclusiva, por exemplo, variam dependendo do momento histórico e de como se tem construído socialmente um novo discurso por meio de outros discursos. Dessa maneira o interdiscurso vai sendo construído e os enunciados passam a ter diferenciações de outros enunciados ditos anteriormente sobre um determinado assunto. Um exemplo disso é o uso dos termos: educação especial, excepcionais, aluno especial que foram substituídos por educação inclusiva, deficientes, alunos com necessidades educacionais especiais.

As pessoas envolvidas com a EI a partir da memória discursiva “sabem” que não se deve usar determinado termo, bem como, sabem quais são os termos mais “apropriados” para se referir a EI no momento atual, sendo que faz parte deste jogo de interpretação o lugar da memória reforçado pela legislação que também mudou o uso dos termos referentes à EI.

Atualmente, os discursos médicos estão presentes quando se refere à EI, e isso é evidenciado na legislação, bem como na fala dos profissionais envolvidos com esta modalidade educacional. Ele pode ser percebido na Classificação Internacional de

‡‡ “Este é definido como aquilo que fala antes, em outro lugar, independentemente.” (Orlandi, 2013, p. 31)



Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF) que foi publicado em 2001, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) após revisão do primeiro catálogo oficial de lesões e deficiências publicado em 1980, denominado de Classificação Internacional de Lesão, Deficiência e Handicap (ICIDH), bem parecido com a Classificação Internacional de Doenças (CID).

O discurso médico também está presente nos enunciados de profissionais quando é relatada a necessidade de se ter um laudo clínico para que os estudantes possam ser atendidos no Centro de Atendimento Educacional Especializado (AEE), que atenderá os alunos com necessidades educacionais especiais em turno oposto ao turno em que estes estudam. A EI funciona da maneira em que o educando precisa ser classificado, ter laudo de sua necessidade para ser devidamente encaminhado aos profissionais responsáveis por corrigir/reabilitar determinadas “anormalidades”. Se o aluno tiver algum transtorno, será encaminhado a um psicólogo ou a outro profissional da área, se tiver dificuldade para se locomover, será acompanhado pelo fisioterapeuta, e assim por diante.

Como se pode notar, a ênfase do laudo médico organiza a distribuição de sentidos. É materializado aí a evidência de que o laudo é preciso, bem como, a reabilitação do aluno por meio do atendimento de um profissional específico. O aluno precisa atingir um ideal de sujeito, precisa atingir um ideal de trabalhador, ele deverá sair da escola com determinadas habilidades e competências para se inserir no mercado de trabalho.

Foucault (2010) menciona sobre esse processo de reabilitação quando se refere à segunda figura (o indivíduo a ser corrigido) do século XVII e XVIII, cuja responsabilidade de sua correção cabia à família, a igreja e/ou as autoridades. E após três séculos, ele ainda deve ser “corrigido”. O indivíduo que tem problemas de dicção, que tem uma diferente maneira e diferente tempo de aprendizado, o hiperativo, o introvertido, todos deverão ser reabilitados para se aproximarem ao máximo do padrão de indivíduo exigido pela sociedade capitalista.

Esse processo é específico do sistema capitalista e faz parte do processo mais amplo de homogeneização que tem por foco a padronização dos indivíduos pela



igualdade de direitos e pela homogeneização do operariado. Neste processo a escola tem uma função importantíssima que é a fabricação deste “indivíduo” exigido pelo capital, entendido ao nível da Formação Social (FS) que rege as condições de produção desses discursos.

É nesse processo que a memória discursiva funciona e faz com que os sujeitos movimentem os discursos relacionados à inclusão/exclusão, sejam eles perpassados pelos discursos médicos, religiosos ou jurídicos. E nesse jogo os implícitos e os explícitos se completam para materializar o discurso, o que identificará a qual formação discursiva o enunciador está assujeitado.

Os termos que nomeiam os “anormais” de hoje são paráfrases dos que nomeavam os “anormais” de outrora. A educação inclusiva é perpassada pelo discurso médico, religioso e jurídico, quando reforça a imposição de reabilitação dos ditos “anormais/especiais” por meio dos “especialistas” e “especialidades” da medicina; quando reforça um discurso de “igualdade” como aquele que é apreendido nas religiões cristãs, de um mundo fraterno onde as diferenças não seriam percebidas; e quando a legislação diz como devem ser os indivíduos, o que precisam ter e fazer, o que podem ou não fazer.

Esta profusão de paráfrases pode ser entendida na linha do que Pêcheux (1999) aponta acerca da construção de evidências em cima de uma linearidade, de uma clareza e obviedade semântica que se sustenta a despeito das lacunas da memória discursiva.

É isto que possibilita em torno do não dito, o que (não) pode ser dito; a princípio ao nível da formulação, mas que sinaliza no plano dos enunciados, possibilidades de interpretação construídas sócio-historicamente.

REFERÊNCIAS:

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: fontes Universitária, 2014.



ISSN: 2175-5493

XI COLÓQUIO DO MUSEU PEDAGÓGICO

14 a 16 de outubro de 2015

- DINIZ, Débora. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2012.
- FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. Tradução Eduardo Brandão.
- ORLANDI, Eni P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 11^a ed. Campinas, SP, Pontes Editores, 2013.
- PÊCHEUX, M. Papel da memória. In.: P. ACHARD. (org.) **Papel da memória**. Campinas/SP: Pontes. 1999. 13-25.