

A MEDICALIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO INFANTIL E NO ENSINO FUNDAMENTAL E AS POLÍTICAS DE FORMAÇÃO DOCENTE

A medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal*
MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso¹ – UNICAMP

Será necessário que a medicina tome como seu objeto todas as esferas possíveis da vida humana, regendo-as e normatizando-as, para que a aprendizagem seja incluída, legitimamente, pelos campos, de saber e de atuação, médicos.

Atribuindo a si própria não mais o estudo das doenças, mas o estudo e a definição da normalidade, a medicina se atribui todo o universo de relações do homem com a natureza e com outro homem, isto é, a vida. Legislando sobre hábitos de alimentação, vestuário, habitação, higiene, aplica a esses campos a mesma abordagem empregada frente às doenças. Adotando um discurso genérico, aplicável a todas as pessoas, porque neutro, apóia-se na invariância da determinação biológica do homem e na pretensa invariância das relações que ela própria, a medicina, estabelece com cada homem, ou grupo de homens, em particular.

Com o consentimento da sociedade, que delega à medicina a tarefa de normatizar, legislar e vigiar a vida, estão colocadas as condições históricas para a medicalização da sociedade, aí incluídos comportamento e aprendizagem.

Embora o discurso médico aponte as condições insalubres de vida como causas de doenças e epidemias, também abole as condições de vida concretas de cada pessoa, sua inserção social e nos modos de produção. Abole, ainda, as particularidades de cada um; é preciso abolir as particularidades, o subjetivo, a imprecisão, para que o pensamento racional e objetivo se imponha.

Não se esqueça que o discurso médico, nesse momento - aliás, o discurso científico, em qualquer momento - está afinado com as demandas dos grupos hegemônicos. Ao capitalismo que surgia, as desigualdades sociais constituíam tema a ser omitido dos fatores *determinantes*, transformado em *determinado*.

As transformações políticas e econômicas que ocorrem na fase inicial do capitalismo demandam transformações também nas formas de se organizar a vida das pessoas e, mais ainda, nas formas de pensar essa organização. É necessária uma nova

* Este texto foi produzido em co-autoria com a Professora Cecília Azevedo Lima Collares – Professora Livre-Docente em Psicologia Educacional, Faculdade de Educação da UNICAMP (aposentada).

¹ Professora Titular em Pediatria, Depto de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

conformação de sociedade e de família, antecedendo o advento do capitalismo para que a nova ordem política e social se estabeleça.

Essa nova concepção de família será estruturada por pregações moralistas, que enaltecerão a nova ordem. De grandes agregados familiares, com divisão, e conseqüente diluição, de responsabilidades, evolui para a família que conhecemos.

Entenda-se que, sem entrar no mérito de suas qualidades e defeitos, sem especular sobre como poderia ser, esta é a organização de família adequada e necessária à consolidação de uma nova ordem política e econômica. Nesse novo contexto, nessa nova família, constrói-se a concepção de infância. Até aí, também a criança não existia conforme a conhecemos hoje. (Ariès, 1978; Donzelot, 1980)

As transformações demandam ainda uma nova forma de ocupação do espaço físico, surgindo as cidades, com novos problemas, destacando-se, desde o início, as doenças, agora com propagação amplificada, porque facilitada pelas urbes e pelas trocas comerciais.

A preocupação com as doenças interpõe-se à necessidade de construir o papel da criança, resultando no surgimento do movimento que viria a ser conhecido por *puericultura*. Atribuindo as doenças à ignorância da população, tem por objetivo básico ensinar. Ou, em suas próprias palavras, *civilizar os novos bárbaros*. E centra suas orientações sobre a figura da criança. (Boltansky, 1974)

Nessa maneira de pensar o processo Saúde/Doença, não há espaço para determinantes como políticas públicas, condições de vida, classe social. A ignorância seria a grande responsável pelas altas prevalências de doença. Daí, a solução só poderia ser pelo ensino. A medicina exercerá seu papel normatizador com grande eficiência, difundindo idéias que perduram até hoje, inclusive na formação de profissionais.

Em que momento se fecha o raciocínio circular, tautológico, *para ter saúde é preciso ter conhecimentos e para aprender é preciso ser sadio* e seu reverso, *a causa da doença é a ignorância e a causa de não aprender é a doença*? Impossível precisar, porém sem dúvida é modo de pensar a sociedade e seus problemas presente já no início da *puericultura*.

Se a medicina, desde suas origens, cumpre o papel social de normatizar a vida de indivíduos e de grupos sociais, a partir da consolidação do capitalismo passa a fazê-lo em maior intensidade e com mais eficiência. Segundo Cecília Donnangelo,

(...) a redefinição da medicina como prática social aparece já marcadamente no século XVIII, através de sua extensão institucionalizada para o âmbito de toda a sociedade, permeando o processo político e econômico de forma peculiar. Não é o cuidado médico que então se generaliza e sim o que se poderia considerar, de maneira aproximada, uma extensão do campo de normatividade da medicina através da definição de novos princípios referentes ao significado da saúde e da interferência médica na organização das populações e de suas condições gerais de vida. (Donnangelo, 1976: 47)

No século 19, a medicalização da sociedade expressava-se pela interferência direta e explícita do Estado na vida das pessoas, em todos seus aspectos. Foucault (1977) afirma a medicina moderna, que nasce no final do século 18, como medicina social, porque prática social, que tem por fundamento uma tecnologia do corpo social.

“O capitalismo, que se desenvolve em fins do século XVIII e começos do XIX, socializou um primeiro objeto, que foi o corpo, em função da força produtiva, da força laboral. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas se exerce no corpo, com o corpo. Para a sociedade capitalista, o importante era o biológico, o somático, o corporal, antes de tudo. O corpo é uma realidade biopolítica; a medicina é uma estratégia biopolítica.” (Foucault, 1977: 5; tradução pessoal)

A normatização da vida tem por corolário a transformação dos *problemas da vida* em doenças, em *distúrbios*. Aí, surgem, como exemplos atuais, os *distúrbios de comportamento*, os *distúrbios de aprendizagem*, a *doença do pânico* e os diversos e crescentes *transtornos*. O que escapa às normas, o que não vai bem, o que não funciona como deveria... Tudo é transformado em doença, em problema biológico e individual.

A medicalização é fruto do processo de transformação de questões sociais, humanas, em biológicas. Aplicam-se à vida as concepções que embasam o determinismo biológico, tudo sendo reduzido ao *mundo da natureza*.

A pessoa passa a ser vista apenas como corpo biológico. Não *o seu corpo*, mas *um corpo*, genérico e abstrato. A aprendizagem torna-se um dos elementos constitutivos desse corpo biológico, em pensamento reducionista, que pretende tomar o

todo pelas partes. Se é parte de um corpo biológico, a aprendizagem será, também, olhada como algo biológico. Abstrata, genérica e biológica.

A aprendizagem, assim como a inteligência e o comportamento, é apreendida como objeto inato, abstrato. Abstraído e independente do próprio sujeito, que passa a ser, apenas, elemento de perturbação. Entidades abstratas, a que se tem acesso direto, pela identidade absoluta, sem excessos e sem resíduos, entre significante e significado. Transformada em elemento de um corpo biológico — um corpo a ser silenciado para que a clínica possa debruçar seu olhar sobre ele, também a aprendizagem e, principalmente, a não-aprendizagem — será tomada, em processo de abstração, por objeto biológico a ser silenciado, para que o olhar clínico possa se efetivar com toda sua racionalidade e objetividade. (Moysés e Collares, 1997)

Ao tomar para si todo o campo das relações humanas, a medicina os olhará, ora pelo lado da saúde, ora pelo lado da doença. Esse constante movimento de idas e vindas é uma das características da instituição medicina, a de poder se mover por um campo de amplitude infinita, dada exatamente pelo fato de definir seu objeto pelo par de opostos saúde-doença (Guilhon de Albuquerque, 1978). Da proposição inicial, de normatizar, legislar e vigiar o cumprimento das normas preconizadas para garantia da saúde e da aprendizagem saudável, um rápido giro do olhar possibilitará a criação das *doenças da aprendizagem*, ou melhor, as *doenças do não-aprender*.

A partir daí, desses movimentos de ajuste de foco do olhar clínico, as atividades de classificar, pelo diagnóstico, e de diagnosticar, pela classificação prévia, questões que não se inscreviam no campo da medicina serão incorporadas ao ato médico, sem conflitos.

Aprendizagem, comportamento, inteligência são apenas exemplos de questões que são incorporadas ao pensamento e atuação médicos. Junto a essas categorias, quase que com o objetivo de articulá-las, surgem as *aptidões*, a expressão mais inequívoca do ideário de determinismo genético das condições de vida e do acesso a bens materiais e não-materiais produzidos pela sociedade.

A crítica que Bisseret faz, ao discutir os pressupostos ideológicos dos significados históricos das aptidões, desconstruindo esse conceito, é extensível às demais categorias.

Após a Revolução Francesa (...) a noção de aptidão serve progressivamente de suporte para justificar a manutenção das desigualdades sociais e das

desigualdades escolares que as traduzem e perpetuam. Como a nova sociedade e as instituições escolares são colocadas como igualitárias, a causa das desigualdades só pode ser atribuída a um dado 'natural'. (...) A história da palavra 'aptidão', sua apropriação por um ramo da psicologia e a frequência crescente de sua utilização nos projetos de reforma do ensino e na linguagem corrente permitirão apreender como essa palavra se tornou o suporte e o veículo de uma ideologia nascida no século XIX e ainda agora eficiente. (Bisseret, 1979: 31)

O comportamento será o primeiro, entre as categorias mencionadas, a ser tomado como objeto biológico. Sua precedência é perfeitamente previsível, pois, em um tempo em que a escolarização é destinada exclusivamente às classes da elite, o *comportamento desviante* já constitui um problema a ser controlado. E a definição do comportamento desviante, ou anormal, será feita pela oposição ao *modelo de homem saudável*, ou *homem médio*, estatisticamente definido. A normalidade estatística, definida por frequências e um raciocínio probabilístico, não por acaso coincidente com a norma socialmente estabelecida, é transformada em critério de saúde e doença.

Por meio dessa atuação normatizadora da vida, dessa concepção biologizada do viver, a medicina assume, na nova ordem social que surge, um antigo papel. O controle social dos questionamentos, até então exercido pela religião.

Até o advento da ciência moderna, a legitimação da segregação dos que incomodavam foi sustentada pela religião, responsável pela definição da maioria dos critérios que permitiam identificar os que deveriam ser excluídos do convívio social.

Com o estabelecimento do estatuto de ciência das ciências biológicas e, mais especificamente, da medicina, os critérios religiosos passaram a ser substituídos por critérios oriundos da área médica. No início, foi no campo da psiquiatria, logo secundada pela neurologia, que surgiram os *diagnósticos*, que legitimavam e até mesmo prescreviam a segregação.

Segundo Franco Basaglia, psiquiatra italiano que revolucionou as teorias e práticas da psiquiatria, não se distinguia, no início, doentes de criminosos, alienados de delinqüentes.

Os muros da prisão circunscreviam, continham e ocultavam o endemoniado, o louco, como expressão do mal involuntário e irresponsável, junto ao

delinqüente, expressão do mal intencional, voluntário. Alienação e delinqüência representavam, assim, conjuntamente, a parte do homem que devia ser eliminada, circunscrita e ocultada até que a ciência não decretasse a clara separação entre ambas, através da individualização de suas características específicas. (Basaglia, 1986: 74)

Não mais possuídos, mas loucos, epiléticos... Delinqüentes no lugar de endemoniados...

Assim se inicia o processo de medicalização do comportamento humano. Transformando em objeto biológico algo social e historicamente construído. Reduzindo a própria essência da historicidade do objeto — a diferença, o questionamento — a características inerentes ao sujeito-objeto, inatas, biológicas; a uma doença, enfim.

A partir desse momento, o processo de medicalização da sociedade, transformando questões sociais em biológicas, como reflexo da extensão da normatividade da medicina, tornar-se-á bastante freqüente.²

Mas, voltemos ao início do processo de medicalização da aprendizagem.

Na transição entre os séculos 19 e 20, já existem as condições históricas para que a medicina tome para si, por seu objeto, a aprendizagem. O olhar clínico pode agora se debruçar sobre o aprender e, principalmente, sobre o não-aprender. E o fará guiando o olhar pelo mesmo ideário usado desde seu início, bem discutido por Foucault (1980). Afirmando a existência das *doenças do não-aprender* (aliadas às *doenças do comportamento*), colocar-se-á como capacitada a resolvê-las, apregoando a necessidade de disseminação médica pelos ambientes escolares como garantia de aprendizagem adequada, ou, da *salvação*; ao mesmo tempo, acena, para o futuro, com a possibilidade de um tempo em que sua atuação, sua própria existência (da medicina) será dispensável, pois terá eliminado as doenças.

² Nos momentos de tensões sociais, de movimentos reivindicatórios importantes, as respostas da sociedade passarão a ser no sentido de biologizar as questões sociais que se haviam transformado em foco de conflitos. E nesse processo, haverá o respaldo de uma ciência positivista, cujos interesses coincidem com os de uma determinada classe social. Assim, nos anos 1960, período de intensa agitação social em todo o mundo, as *“pesquisas científicas” comprovaram*: a) a natural superioridade intelectual do homem branco sobre o negro; b) uma diferença neurológica, também natural, explicaria as diferenças intelectuais e de papel social entre o homem e a mulher; c) os efeitos benéficos e necessários da psicocirurgia (lobotomia), preconizada como solução para os conflitos sociais nos guetos. No final do século 20, outro momento de tensionamentos, a biologização retorna com força, agora ancorada em uma genética mais reconhecida e divulgada, o que lhe empresta maior cientificidade. (Moysés, 2008)

Essa extensão da normatividade médica ao campo da aprendizagem pode ser percebida em alguns movimentos, simultâneos e entrelaçados. Dirigindo-se ao ambiente escolar, preconiza a higiene escolar; Binet e Simon instrumentalizam o ideário psicométrico inaugurado por Galton; o determinismo biológico alicerça, pseudocientificamente, o racismo; o estudo do cérebro, de sua anatomia e funcionamento orgânico, firma-se como especialidade médica, a neurologia. Na encruzilhada de todos esses movimentos, a medicina preconiza a instituição de classes especiais para os alunos que, segundo ela, não irão aprender na escola quando nela conseguirem entrar.

Disseminada a forma de pensamento do movimento puericultor, que centra na ignorância das pessoas pobres a causa de praticamente todos os problemas por elas vivenciados, incluindo falta de qualidade de vida, doenças, ignorância, analfabetismo e até mesmo a própria pobreza, está estabelecido o campo para o surgimento de formas de pensamento correlatas. É nesse campo que surge a doutrina da Saúde Escolar, originalmente designada Higiene Escolar.

Em obra modelar sobre a *polícia médica*, cuja publicação, em nove volumes, se estendeu de 1779 a 1821, Johann Peter Frank já tratava, com destaque, da medicina escolar. O autor discorria, sobre como deveria ser o atendimento ao escolar e a vigilância nas instituições educacionais, prevenção de acidentes, higiene mental, programas de atletismo, detalhando regras para iluminação, ventilação e insolação das salas de aula. Na última década do século 18, aprova-se o que, provavelmente, seja o decreto mais antigo acerca da saúde escolar (Lima, 1985).

Em uma época, convenha-se, em que mesmo na Europa, o número de salas de aula é relativamente pequeno. Pelo menos, para as crianças das classes populares. Se a bandeira da revolução burguesa é a igualdade, o conceito de cidadão pressupondo direitos e não mais privilégios, a concepção de igualdade em educação é um tanto desigual. Afirma Filanguieri (1752 a 1788):

“A educação pública exige, para ser universal, que todos os indivíduos da sociedade participem dela, mas cada um de acordo com as circunstâncias e com seu destino... Em resumo, para ser universal, a educação pública deve ser tal que todas as classes, todas as ordens do Estado dela participem, mas não uma educação em que todas as classes tenham a mesma parte.” (Filanguieri, apud Ponce, 1982: 137)

Sem dúvida, nessa época, a educação das classes populares era muito restrita...

“Durante um século a infância continuaria muito curta para as crianças dessas classes, que seriam empregadas nas fábricas e tecelagens já a partir dos cinco anos ou até menos, cumprindo turnos de doze a dezesseis horas e se submetendo a períodos de trabalho noturno, o que sem dúvida deixava poucas possibilidades para a freqüência à escola. (Lima, 1985: 36)

No Brasil, repete-se a mesma história.

O movimento puericultor constitui o primeiro sinal da extensão da normatividade médica que se avizinha, à semelhança dos países europeus, notadamente a França, onde se formavam os médicos brasileiros da época. De volta ao Brasil, traziam consigo a doutrina oriunda de civilizações que tentavam contornar os problemas decorrentes da urbanização e a aplicavam, sem retoques, a uma civilização ainda eminentemente rural. O combate às altas taxas de mortalidade infantil deveria ser feito pelo enfrentamento da ignorância das mães, sua causa primordial; pela educação, se poderia livrar o país da *mortalidade evitável*, aquela devida à falta de asseio e ao não seguimento das regras de boa alimentação. A puericultura tinha, ainda, por objetivos, *“cercando as crianças de todas as garantias, conservar e aperfeiçoar a espécie”*. (Novaes, 1979: 57)

Essa recuperação, ainda que superficial do discurso puericultor, tem por objetivo relevar seu caráter fundante da higiene escolar e, portanto, dos discursos médicos sobre a *doença do não-aprender*.

Em 1889, é promulgado um decreto, pelo Barão do Lavradio, que regulamentava, com detalhe, a inspetoria das escolas. Aí, a escola já aparecia como uma instituição importante, merecendo tratamento diferenciado. (Lima, 1985)

Na primeira década do século 20, a higiene escolar é institucionalizada em alguns estados brasileiros, com destaque para São Paulo e Rio de Janeiro. Surge alertando para a condição precária de saúde do povo brasileiro, em claro discurso eugenista:

“(...) a falta de desenvolvimento do sistema muscular, a queda precoce dos dentes e dos cabelos, a freqüência das deformidades, da surdo-mudez, da cegueira, da loucura, etc — são sinais evidentes da degradação física, que vai

amesquinhando este povo e já tem afetado, sem dúvida, sua virilidade civil e política.” (Souza, 1907, apud Lima, 1985: 99)

E afirmando sua competência para opinar sobre questões pedagógicas:

“Por mais que à pedagogia possa parecer estranha a intervenção da higiene neste assunto, não se pode contestar a sua influência sobre os métodos de ensino porquanto estes atuam em alto grau sobre o desenvolvimento físico e a saúde intelectual da criança. De fato, as faculdades intelectuais e físicas da criança só podem ser harmonicamente desenvolvidas se o educador basear o seu método de ensino nas leis que regem o crescimento, procurando concorrentemente desenvolver todas elas, com especialidade os sentidos, a vontade e a sensibilidade.” (Mello, 1902, apud Lima, 1985: 102)

Refletindo o fato de que, no Brasil, o discurso e a prática médica estavam sintonizados com o referencial europeu contemporâneo, já em 1918, no Hospital Nacional, no Rio de Janeiro, um pediatra aplicava as provas do teste de inteligência Binet-Simon, publicado em 1905. (Patto, 1990)

A higiene escolar normatiza e legisla sobre padrões de construção dos prédios escolares, até mesmo sobre dimensão de corredores e altura de degraus; sobre os móveis escolares e sua distribuição espacial; sobre o currículo e horas de trabalho e de recreio. Prescreve recreios frequentes e ginástica recreativa e restauradora.

É importante destacar que toda essa normatização é praticamente anterior à instalação de escolas. Embora exista um interesse real em aumentar o número de vagas em escolas, por parte do governo e de empresários, a medicina, através da higiene escolar, já estende seu campo de atuação às escolas, colocando-se como a área competente para prevenir e tratar os problemas escolares antes mesmo que surjam. Quase que se poderia falar, antes mesmo que haja escola.

Normatiza também o comportamento adequado, enfatizando que o aluno deve aprender regras à mesa, adquirir hábitos de higiene, fazer exercícios físicos adequados etc; enfim, rompa com a ignorância dos pais, responsáveis pela falta desses hábitos.

“Fica flagrante o distanciamento e o olvidamento das condições reais que esses mesmos filhos de operários, que se queria higienizar, enfrentavam em seu dia-a-dia, vivendo em cortiços de ruas lamacentas, não servidas de água,

esgotos ou fossas, dormindo em cômodos apertados e superlotados ou se estafando em jornadas de até doze horas de trabalho diário que não permitiam tempo de sobra para a escola ou para a higiene ou sabe-se lá se para as necessidades fisiológicas. (...) O trabalho das crianças nas fábricas de tecidos (...) tratava-se de esgueirar-se pelos apertados espaços entre os teares para recuperar fios ou retirar bolas de algodão, em posições desajeitadas e incômodas, e os médicos escolares dedicaram páginas e páginas aos inconvenientes dos vícios de postura, da adequação do mobiliário escolar à anatomia infantil, para prevenir os distúrbios de coluna.” (Lima, 1985: 104)

O discurso higienista, inclusive escolar, mostrava-se impregnado pelas idéias do eugenismo e do racismo. Após Darwin, Spencer e Comte, o racismo é cientificizado, maquiado por teorias genéticas e sociológicas, aparentadas ao reducionismo biológico e ao darwinismo social.

No campo médico brasileiro, essas teorias terão a adesão de Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906), professor de Medicina Legal na Faculdade de Medicina da Bahia, que ficou “(...) *fortemente aderido aos componentes biológicos das teorias racistas, mesmo quando se dedicou ao estudo das produções culturais dos negros escravos brasileiros.*” (Patto, 1990: 68)

Nina Rodrigues dedicará boa parte de sua vida à tese da inferioridade do negro, atribuindo-lhe, como característica dominante, a *mentalidade infantil*. Afinado ao darwinismo social, mesmo após a abolição, apregoava que não cabia ao negro destino diferente. Como professor de medicina, influenciará várias gerações de médicos brasileiros, formados e impregnados por suas idéias racistas. Fornecerá a fundamentação científicista da medicina à ideologia racista e, portanto, às concepções negativas acerca do caráter do povo brasileiro. A aprendizagem e a escola serão apreendidas por um olhar clínico fundado no pensamento de Nina Rodrigues.

Além dos médicos, vários intelectuais de renome, sentirão sua influência, entre os quais, Euclides da Cunha, Oliveira Vianna, Paulo Prado e Arthur Ramos; este último exercerá grande influência no pensamento educacional brasileiro, constituindo o elo de ligação mais visível entre as teorias racistas e a educação.

Por outro lado, é nesse momento, também, que a neurologia começa a reivindicar para si, como objetos de estudo e campo de trabalho, a aprendizagem e o

comportamento. Em 1896, na Inglaterra, inicia-se a longa trajetória dessa apropriação, com Hinshelwood especulando sobre a existência de uma doença, inata ao organismo, que impediria a criança de aprender: a *cegueira verbal congênita*. Em 1918, Strauss, neurologista americano, propõe a *lesão cerebral mínima*, como explicativa dos comportamentos desviantes e da não-aprendizagem na escola.³

Se já havia ocorrido a substituição de possuídos e endemoniados por loucos e criminosos, está emergindo a época dos *inaptos* e dos *cérebros disfuncionais*...

Ao estender seu campo de atuação ao ambiente escolar, a medicina passa a atuar sobre esse ambiente segundo sua própria concepção. Ao normatizar preceitos para a aprendizagem adequada, estende-se para o não-aprender. Medicaliza a educação, transformando os problemas pedagógicos e políticos em questões biológicas, médicas. Cria as entidades nosológicas das *doenças do não-aprender-na-escola* e para elas propõe solução. Antecipando-se, prevê que os problemas irão ocorrer e se coloca como portadora das soluções.

A medicalização, de acordo com Cecília Donnangelo, ocorre pela extensão da normatividade da medicina, indissolivelmente vinculada à extensão da prática médica. “*Ambos os aspectos manifestam-se quer através do cuidado médico individual, quer através das chamadas ‘ações coletivas’ em saúde, tais como medidas de saneamento do meio, esquemas de imunizações, programas de educação para a saúde, entre outros.*” (Donnangelo, 1976: 33)

A prática médica, tal como é feita, traz em si mesma a medicalização. A extensão dos cuidados médicos é indissolivelmente ligada à extensão da

³ Neste trabalho, não cabe aprofundar essa trajetória, toda a história de construção artificial de uma entidade nosológica, pois nosso objetivo é a maneira da medicina olhar a aprendizagem. Sem qualquer fundamentação, empírica ou teórica, indo mesmo contra todas as evidências em contrário constantemente colocadas pela realidade, constitui-se uma espiral viciada, em que, a partir de um olhar balizado por uma crença, deforma-se a realidade e a realidade deformada passa a ser apresentada como a comprovação empírica da crença. Ao longo de mais de um século, vêm sucedendo-se as explicações e os nomes, sempre sem comprovação; a cada crítica, transforma-se em uma nova entidade, com explicações fisiopatológicas mais sofisticadas, mais atraentes, omitindo-se a ausência de alicerces científicos. E a lesão cerebral mínima é substituída pela disfunção cerebral mínima, que dá lugar aos distúrbios por déficit. de atenção, que cedem espaço aos transtornos por déficit. de atenção e hiperatividade... A cegueira verbal congênita, por sua vez, é transformada em strephosymbolia, que vira dislexia específica de evolução... Esta história já foi objeto de estudo, sendo publicada, em 1992, no artigo *A história não contada dos distúrbios de aprendizagem*, de nossa autoria. O que é importante ressaltar é que, ao longo desses 112 anos, ocorreram apenas mudanças de nomes; a forma como a aprendizagem foi vista, transformada em doença do não-aprender pelo olhar clínico, mantém-se inalterada até nossos dias... (Moysés e Collares, 1992)

normatividade médica. Esse é o grande desafio para os médicos que pretendem atuar segundo uma concepção crítica e desmedicalizante.

E uma de suas conseqüências é a criação de demandas pelo próprio serviço de saúde. A demanda por serviços, mesmo que aparentemente espontânea, é conformada pelo serviço, que define, *a priori*, seus critérios de inclusão/exclusão, enfim, suas prioridades. Posteriormente, a população se enquadra nesses critérios. (Singer, 1988).

Como se articulam todos esses movimentos, simultâneos, em um único discurso? O discurso médico irá apregoar a existência de crianças incapazes de aprender, a menos que submetidas a uma intervenção especial. Uma intervenção médica.

Muitos autores consideram que os altos índices de fracasso surgem no Brasil com a expansão da rede educacional e o conseqüente acesso de crianças oriundas da classe trabalhadora. Na mesma linha, tende-se a atribuir à medicalização da aprendizagem as mesmas causas. Nessa concepção, tudo se passa como se a escola, atordoada e impotente com o fracasso escolar das crianças das classes populares, desencadeado com a democratização da escola, tivesse recorrido a especialistas que a socorressem. A criação de classes especiais, ou de aperfeiçoamento, seria, assim, conseqüência da entrada maciça de um segmento social que jamais havia freqüentado a escola.

Entretanto, a análise histórica das áreas da educação e da saúde desvela o contrário.

No Brasil, repete-se, mais uma vez, a história originalmente acontecida na França, na transição para o século 20, estudada por Monique Vial (1983) e por Francine Muel (1991).

Embora, na França, o ensino fosse formalmente obrigatório, a partir da promulgação da lei em 28/3/1882, a escola, por muito tempo ainda, teria que lutar pela freqüência às aulas, principalmente das crianças das classes populares. Nesse contexto, os especialistas ofereceram — muitas vezes, impuseram — ajuda à escola, iniciando a testagem de alunos, a preconização de exclusão da sala regular, ou mesmo da escola, com encaminhamento às classes especiais. (Vial, 1983) O olhar clínico estava, então, instrumentalizado pelo teste de Binet-Simon, que se propunha, exatamente, a identificar as crianças que não se beneficiariam da escola regular e deveriam ser submetidas a exercícios de *ortopedia mental*.

Na verdade, esse movimento vincula-se apenas pela superfície à obrigatoriedade do ensino e a preocupações com a aprendizagem das crianças de classes populares. Sob essa aparência, desvelam-se outras motivações: o combate aos asilos e hospitais psiquiátricos, à internação de crianças nessas instituições, que, de modo muito semelhante ao que conhecemos em nossos tempos, cumpriam apenas a função de *depósitos de corpos quase-vivos*. Na luta contra essa forma de institucionalização, extremamente freqüente e sem critérios, os *especialistas* propunham *hospitais-escola* — que aliariam a educação ao tratamento — e as *classes especiais*, para as crianças atrasadas, defasadas, ou com debilidade mental leve, desde que não apresentassem perversão de instintos. Ao hospital tradicional e ao asilo, seriam encaminhadas somente as crianças que realmente necessitassem da internação. As propostas de classes especiais filiam-se às reivindicações alienistas e tinham, por objetivo, não a escolaridade e a aprendizagem, mas forçar o estado a assumir seus deveres, cuidando dos *deserdados da vida* e *velando pela sorte dos anormais*. (Vial, 1983)

O movimento em favor da infância anormal, como o denomina Muel (1991), decorre de múltiplas demandas, que se manifestam a partir de 1890, por meio de congressos, associações beneficentes e internatos, discursos e intervenções de médicos e professores. É oficializado em 1904 na França com a criação, pelo Ministério de Instrução Pública, de comissão com objetivo de definir medidas que garantam instrução primária, não apenas a cegos e surdos-mudos, mas a todas as crianças anormais e retardadas. Em 15 de abril de 1909, promulga-se a lei que cria as *classes* e os *internatos de aperfeiçoamento*, destinados a essas crianças.

Entretanto, sob esse movimento, declaradamente inspirado por razões humanitárias, desvelam-se motivações não tão solidárias aos *deserdados da vida*.

Dois fenômenos, simultâneos e, até certo ponto, independentes, ajudam a entender o ideário fundante desse movimento, que representará a constituição de um novo campo científico, o *campo médico-pedagógico*.

O primeiro fenômeno constitui a Comuna de Paris, ou melhor, o ideário francês imediatamente após a Comuna. Nesse período, a sociedade francesa, atemorizada pela possibilidade de outros movimentos semelhantes, caracteriza-se pelo desdobramento de instituições no campo da educação social; aí, a instrução primária, gratuita, obrigatória e laica será um dos alicerces. Essas instituições voltar-se-ão, em

discursos e práticas, à ordem social e ao controle da desordem do lar e do local de trabalho; das vestimentas, da rua e dos costumes; do corpo e de seus movimentos. (Muel, 1991)

Nesse contexto, surge o ideário de salvar a infância (pobre) dos perigos, por ações filantrópicas, individuais ou institucionais, para preservar a própria sociedade, isto é, as classes privilegiadas. O movimento em defesa da *infância anormal* vinculasse a outro movimento, mais amplo, voltado à *infância em perigo*, que se caracteriza por várias ações: a da higiene contra o leite contaminado; a da moral contra a rua contaminante; a do patronato contra a debilidade dos pais e contra a delinqüência.

Posta a idéia de salvar a criança pobre dos perigos que a cercam, para evitar cataclismos futuros, começa o embate para definir as competências. A partir de 1894, realizam-se congressos nacionais de assistência pública e de beneficência privada, onde se debate o direito — e o poder — da Igreja e do Estado sobre a caridade. Nesses congressos, percebe-se substituição da caridade pela filantropia e o surgimento do conceito de *previsão social*, em nome do qual se pretende fabricar indivíduos cujo comportamento seja *previsível*.

O enquadramento da infância será feito por um conjunto institucional, formado pela escola primária, pela medicina e pelo judiciário, em uma luta aberta contra os pais (trabalhadores) e contra a rua (crianças abandonadas).

Entre os médicos, advogados, filantropos e educadores que engrossam as fileiras desses congressos e das instituições filantrópicas, voltadas à *elevação moral de meninos e meninas pobres*, surgirão os especialistas do campo médico-pedagógico, ainda em formação. Muel (1991) identifica como um dos maiores símbolos dessa afinidade entre instituições e do surgimento de um novo campo, a criação, em 1925, da Clínica de Neuropsiquiatria Infantil, sob a dupla égide do Patronato da Infância e da Adolescência e da Faculdade de Medicina de Paris.

O campo médico-pedagógico cientificiza a previsão social, transformando-a em *previsão médico-pedagógica*.

Nesse período da história francesa, a luta de classes manifesta-se abertamente e a ideologia científica ainda não tenta — ou não consegue — ocultar as funções sociais das instituições. Tudo se passa de uma forma que não se distingue muito dos dias atuais. “*Tudo acontece como se os eruditos, ao mesmo tempo em que se formam*

mercados novos e bem defendidos, definissem, para o cidadão, o reino ideal da paz social.” (Muel, op. cit: 124; tradução pessoal)

Os especialistas da infância anormal serão, com frequência, também os divulgadores e defensores dos patronatos; também as crianças serão, com frequência, as mesmas, na escala social; *endireitamento moral, ortopedia mental, crianças anormais* serão apenas variações de nomeação de um mesmo dado: será sempre entre os pobres, entre os mais pobres dos pobres que se abriga e se esconde o perigo social futuro. Serão eles que, desde então, não cessarão de entrar na escola primária e dela sair com o rótulo de *anormais*.

A afinidade com a ideologia dominante, a adesão aos interesses das classes no poder revelam-se em todo o discurso médico acerca das crianças que *irão* apresentar inadequação à escola, para quem se preconiza a *classe especial*, a classe onde se faria a *ortopedia mental*. Binet e Simon, psicólogo e médico, assim falam, em 1907, em seu manual sobre a admissão de crianças anormais nas classes de aperfeiçoamento:

Este dever é ademais exigido por nosso maior interesse já que, se em um determinado prazo de tempo, não se der satisfação ao que têm de legítimo as reivindicações dos nove décimos da sociedade (...), se pode prever uma revolução violenta na qual os que possuem não terão muito a ganhar e que transtornaria, de baixo para cima, a organização atual da sociedade. (Binet e Simon, apud Muel, op. cit: 130; tradução pessoal)

É esse futuro perigo social que o campo médico-pedagógico, recém-criado, fiel às suas raízes clínicas, promete controlar.

Mais uma vez, a clínica se apresenta como a promessa de salvação para os problemas que afligem a sociedade.

O outro fenômeno que ajuda a entender o surgimento do movimento em favor da infância anormal e a criação do campo médico-pedagógico refere-se a questões bem mais prosaicas ou, talvez seja mais adequado dizer, menos humanitárias.

Em 1898, Berenger publica um grito de alerta na *Revue des revues*, sobre a ascensão social do que chama *proletariado intelectual*: o número de portadores de títulos universitários havia se multiplicado rapidamente na França, passando de 4.000 a 8.800 os estudantes de direito, de 1.200 a 8.500 os de medicina e de 200 a 3.500 os de letras. Entre os 2.500 médicos parisienses, a metade ganha menos de 8.000 francos

de salário, sendo considerados, pelo autor, proletários; dos 150.000 professores, dois terços vivem em situação próxima à miséria e existem 15.000 solicitações para as 150 vagas no judiciário. “São homens nascidos pobres (...) que pedem para entrar nos quadros sociais com o benefício de seus diplomas, não são boêmios, nem refratários, mas sim, pelo contrário, submissos, aspirantes a burgueses e que terminam por ser candidatos à fome.” (Berenger, apud Muel, op. cit.: 129; tradução pessoal)

As denominações são mudadas, como já vimos, sem diferenças conceituais entre a *ortopedia mental* e o *endireitamento moral*; cria-se um aparato judiciário e penitenciário para cuidar da criança em perigo, ou delinqüente; afirma-se, cada vez mais, a autonomia da infância, separando-a do mundo adulto... Justifica-se, enfim, a criação de um corpo de especialistas que, por sua vez, deverão inventar um sistema classificatório e um corpo científico, e que passarão a exercer suas funções no entorno da escola.

Cria-se, assim, um *mercado da infância*, na convergência dos interesses dos grupos sociais em ascensão — os profissionais universitários proletarizados — e de uma sociedade temerosa.

Defendendo a criação de classes especiais, ou, de aperfeiçoamento e, principalmente, dos patronatos de aperfeiçoamento, cria-se uma nova nosografia, distinguindo-se os *anormais médicos* dos *anormais pedagógicos*.

Porém, nem tudo é tranqüilo entre as diferentes categorias profissionais. Desde o início, surgem as disputas por áreas de competência e de atuação, confundindo-se discursos corporativistas e discursos pseudocientíficos.

Binet e Simon⁴, por exemplo, criticam essa distinção entre anormais: “Seria preferível evitar o equívoco do termo médico e dizer, simplesmente, ‘anormais de hospício’ e ‘anormais de escola’, para mostrar claramente a diferença de seus destinos.” (Binet e Simon, apud Muel, op. cit: 132; tradução pessoal)

O discurso médico-pedagógico reforça a crença no caráter natural das aptidões e, principalmente, das inaptidões. Nesse momento inicial, ainda de instituição do novo campo e do corpo científico que o sustentará, o discurso científico ainda não adquiriu a opacidade que lhe será peculiar, no ocultamento da pertença de classe e das relações de produção...

⁴ Em sua publicação *Les enfants anormaux: guide d'admission pour les classes de perfectionnement*, de 1907. Lembre-se que seu teste foi publicado dois anos antes.

Clínicos tentam, de todos os modos, diferenciar suas competências das dos psiquiatras e, de outro lado, afirmar a necessidade de sua atuação para o trabalho adequado do educador. Os professores da escola pública, os mesmos que afirmam a impossibilidade de ensinarem as *crianças anormais*, conseguem ser nomeados para as classes especiais, que tanto defendem.

E quem define a linha fronteira que separa a *criança anormal* e o aluno perturbador? Como distinguir os *anormais de escola* e os *anormais de hospício*? “*Os futuros psicólogos se converterão nos especialistas do traçado desta fronteira.*” (Muel, 1991: 133; tradução pessoal)

Em síntese, o *anormal de escola* não pode estar demasiadamente louco, porém deve estar suficientemente louco para que possa ser detectado por ações médicas, destinadas a encontrar a doença oculta. Alguns já os chamam de *subnormais*.

Até então, a nosografia médica dedicara-se apenas aos *anormais de hospício*, com as categorias de transtornos profundos, *idiotas* e *imbecis*. O discurso médico-pedagógico acrescenta os transtornos menos profundos, os *retardados* e os *instáveis*.

Publicações do início do século 20 empregam duas categorias para se referir a crianças com problemas na escola: aos considerados inaptos para acompanhar o nível de instrução adequado à sua idade, reservavam-se os termos *atrasados*, *defasados* ou *débeis mentais leves*, revelando a influência dos testes psicométricos; os considerados incapazes de se submeter à disciplina escolar, por *debilidade de suas capacidades morais*, denominavam-se, inicialmente, *instáveis*, vindo posteriormente a integrar a categoria ampliada de *crianças difíceis*. (Vial, 1983)

Entretanto, é preciso ressaltar que, já desde essa época, existem vozes discordantes internas à própria medicina. Alguns médicos criticam as novas nosografias, que pretendem classificações e distinções tão facilmente perceptíveis.

Procurando na criança, em características suas, a origem do não-aprender-na-escola, a medicina, já acompanhada pela psicologia, falará de *debilidade intelectual*, *fraqueza moral*. Falará em *anormais da escola primária*, ou *atrasados*, que se distinguem dos *enfermos psicológicos* e dos *débeis profundos*, ou *alienados*.

Desde o início, havia a preocupação com as condições de vida, na tentativa de relacionar a *anormalidade* da criança com sua inserção social. Porém, tudo que se buscava era encontrar as causas do comportamento considerado inadequado, em um

meio visto, *a priori*, como pernicioso, imoral, onde só se poderiam desenvolver *crianças anormais*.

Já nessa época, a medicina fala da fome, descreve a situação de fome das pessoas mais pobres entre os pobres, de sua precária condição de vida. Em 1903, um médico, Dr Jacquin, falará em um congresso realizado em Bordeaux, sobre um fato que considera importante para o entendimento *dos anormais psíquicos de escola*: a alimentação insuficiente de suas famílias. (Muel, 1991)

Meio século depois, médicos de renome internacional, como Cravioto, Monckeberg, Dobbing entre muitos outros, iniciarão um novo campo de estudo: a interferência da desnutrição sobre o cérebro. Seus trabalhos serão incorporados de modo deturpado, tanto pelo senso comum, como pelos futuros médicos, que se formarão sem ler o que foi escrito por esses autores, mas afirmarão, em seu nome, o que nunca disseram: que as crianças não aprendem na escola por causa da desnutrição⁵.

Assim como os resultados da aplicação do teste de Binet e Simon, as classificações dos especialistas do campo médico-pedagógico coincidirão com as da escola.

Aos *retardados*, embora continuem freqüentando as classes especiais, não mais será possibilitado o acesso à instrução; com apenas meia hora de aula diária, a eles será reservada a aprendizagem profissionalizante, lições de economia doméstica e de comportamento. “*A partir de agora, os futuros trabalhadores poderão viver na cidade sem perigo.*” (Muel, op. cit: 142; tradução pessoal)

Em menos de quinze anos, a escola deixa de ser para todos, criando dejetos a serem expelidos para as classes especiais, tornados constituintes da elaboração de um novo aparato: o campo médico-pedagógico.

Desvela-se, assim, que, de início, a aprendizagem constitui objeto secundário para a medicina, sendo seu objetivo imediato o combate à institucionalização, em asilos e hospitais psiquiátricos; esse objetivo, por sua vez, vincula-se a outros, de ordem política e econômica, que passam ao largo da aprendizagem. A essa

⁵ A discussão das relações entre desnutrição, fome, sistema nervoso central, cognição e aprendizagem é periférica ao objetivo deste trabalho e por isto não será aqui desenvolvida, embora constituam objeto de estudo privilegiado em nossa trajetória acadêmica. Duas publicações sintetizam nossas pesquisas na área: *Desnutrição e fracasso escolar: uma relação tão simples?* (Moysés e Lima, 1982) e *Desnutrição, fracasso escolar e merenda* (Moysés e Collares, 1998).

institucionalização *desumana* e onde as práticas lembram os *tempos da barbárie*, a medicina propõe uma nova forma de institucionalização, mais sutil, as *classes especiais*, ou *de aperfeiçoamento*. Nesse movimento, por um relance, por um fugaz e caprichoso desvio, o olhar clínico descobre a aprendizagem e a toma por objeto...

No Brasil, a história se repete, quase simultaneamente ao que ocorre na França, berço formador de nossos intelectuais no início do século.

A medicalização da aprendizagem (e da não-aprendizagem) não decorre da ampliação do número de vagas nas escolas e conseqüente acesso de crianças oriundas das classes trabalhadoras, com aumento das taxas de retenção e evasão. Decorre não do surgimento de um problema educacional. Ao contrário. A medicina alerta, *a priori*, que as crianças das classes trabalhadoras são debilitadas, mal nutridas, doentes e, portanto, *irão* apresentar problemas na escolarização, a menos que haja uma atuação médica.

A proporção de crianças inaptas para a vida escolar não é muito reduzida, e elas se recrutam principalmente nas classes proletárias, onde as condições de alimentação, de domicílio, de agasalho e asseio tanto deixam a desejar.” (Ferreira, 1909, apud Lima, 1985: 103)

Pretende-se que atuação do médico seria fundamental para melhorar o ensino, “*indicando as condições da escolaridade mais adaptáveis ao grau de sua débil capacidade física ou mesmo mental.*” (Ferreira, 1909, apud Lima, 1985: 103)

Dóris Freire Costa (1993) recuperou, nos documentos oficiais de Minas Gerais, como se processou a criação do ensino especial, já nas primeiras décadas do século 20. Em 1927, é promulgado o Decreto-Lei nº 7970A, destinado a regulamentar o ensino primário no estado; nele, está contida a Parte XI, intitulada *Das Classes Especiais para débeis orgânicos e retardados pedagógicos*. O artigo 377 define no primeiro parágrafo os retardados pedagógicos:

“Crianças de menos de 12 anos, que tenham sido reprovadas três vezes consecutivas numa mesma série, e as crianças de menos de 12 anos, que se revelaram fisicamente inaptas ou marcadamente defectivas, por defeitos de percepção, debilidade de atenção, instabilidade mental e emocional e outros índices de incapacidade de esforço mental.” (Costa, 1993: 31)

No mesmo artigo 377, o segundo parágrafo recomenda que a identificação das crianças a serem encaminhadas para o ensino especial seja feita por meio de testes de inteligência e não apenas pelo critério de reprovações consecutivas, com intuito de “(...) *determinar o quociente de inteligência, depois de que serão os alunos submetidos a exame médico minucioso para verificação da existência de defeitos orgânicos removíveis por meios terapêuticos.*” (Costa, op. cit.: 31)

A partir de então, só se expandiram as categorias incluídas no rol de problemas a serem encaminhados às classes especiais, com o conseqüente aumento do número dessas classes, ainda dentro do ensino regular. Na década de trinta, surgem as escolas especiais.

É nessa época que chega ao Brasil, mais precisamente a Belo Horizonte, Helena Antipoff, russa de nascimento, européia de formação. Psicóloga e educadora, faz sua formação no circuito Paris-Genebra, trabalhando com Theodore Simon (um dos criadores do teste Binet-Simon). Muda-se para o Brasil em 1929 a convite do governo mineiro, tendo por incumbência implantar a Escola de Aperfeiçoamento — considerada por muitos como a primeira Faculdade de Educação brasileira —, o primeiro Laboratório de Psicologia Experimental e o Museu da Criança. Com seu dinamismo, contribui para a difusão do ideário da psicologia diferencial e da psicometria; preconiza o uso de testes para a formação de classes homogêneas no ensino regular, para a seleção de crianças retardadas e anormais, que deveriam ser encaminhadas às classes especiais e para o conhecimento das aptidões. Para ela, a pedagogia deveria submeter-se, hierarquicamente, aos conhecimentos da psicologia. Em pouco tempo, está presente em toda a rede educacional de Belo Horizonte, através de suas alunas da Escola de Aperfeiçoamento, que observam e aplicam testes nos alunos. (Campos, 1977) A partir daí, da testagem de crianças e da homogeneização das classes regulares, as classes especiais surgem como inevitáveis.

Em 1932, Helena Antipoff funda a Sociedade Pestalozzi de Minas Gerais, rapidamente transformada em Sociedade Pestalozzi do Brasil, sob o lema “*Proteger a Infância Anormal é preservar a sociedade e a raça das influências nocivas da anormalidade mental.*” (Antipoff, apud Campos, 1977: 99) Em 1935, refletindo suas concepções sobre normal/anormal, cria o Instituto Pestalozzi de Belo Horizonte, que abrigaria, como externato, crianças que não aprendiam nas escolas regulares.

Sem dúvida, Helena Antipoff só foi convidada pelo governo mineiro a se transferir para Belo Horizonte porque o *campo médico-pedagógico* já estava posto, na mente de educadores e médicos brasileiros. Também sem dúvida, ela reforçaria ainda mais esse campo, dando-lhe maior visibilidade na sociedade. Por uma conjunção especial de fatores, cuja análise escapa aos objetivos deste trabalho, Minas Gerais acabou tornando-se um pólo de difusão desse ideário.

Nessa época, mais precisamente em 1939, Artur Ramos publica seu livro *A criança problema*, referência obrigatória para médicos e pedagogos nas décadas seguintes. Nele, relata sua experiência no Serviço de Higiene Mental da Seção de Ortofrenia e Higiene Mental do Instituto de Pesquisas Educacionais, instalada em 1934, no Rio de Janeiro. Artur Ramos foi discípulo de Nina Rodrigues, porém afastou-se de suas concepções racistas, pela aproximação com a antropologia e a psicanálise, substituindo a concepção de *mentalidade primitiva* pelas de *inconsciente primitivo* e de *cultura primitiva*; associa a *cultura verdadeira* com a *cultura lógica* e as ditas *primitivas* com a *cultura ilógica*. Artur Ramos defendia a substituição do conceito de *criança anormal* pelo de *criança problema*, assim como a mudança dos estudos dos determinantes da personalidade, da hereditariedade para o meio. Adepto da psicanálise, criticava os excessos da psicometria e do peso atribuído à inteligência no entendimento do comportamento e seus desvios. Contrapunha-se às concepções de hereditariedade no desenvolvimento humano, intelectual e emocional, que considerava levarem ao reforço de explicações racistas. (Patto, 1990)

A importância de Artur Ramos para o pensamento educacional e médico brasileiro não deve ser minimizada, sendo responsável por propostas de mudanças do olhar clínico. A substituição da concepção de *anormal* pela de *problema* representa um avanço inegável. Porém, dois pontos merecem ser destacados.

Em primeiro lugar, essa nova concepção sobre a criança é construída pelo mesmo olhar clínico que criou a *criança anormal*; aconteceu, apenas, um giro desse olhar, significativo sem dúvida, porém apenas um giro... Não se trata de uma nova forma de olhar a criança, que continua abstraída e silente, com suas individualidades transformadas em perturbações ou acidentes. A essência da doença continua centrada em uma abstração, *o quadro*, de que nos fala Foucault (1980); a criança consistirá, ainda, na *abstração da abstração*.

O segundo ponto refere-se ao fato de que não ocorre a substituição de uma concepção por outra; ao conceito de *criança anormal*, agrega-se o de *criança problema* e ambos passam a conviver, aparentemente de forma pacífica, sem conflitos, nos discursos médicos, psicológicos e pedagógicos sobre a criança.

A criação do Centro Psicopedagógico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, nos anos 1940 é exemplo modelar de como a medicina cria sua própria demanda. Foi a primeira clínica pública voltada ao atendimento de crianças com dificuldades de aprendizagem em Minas Gerais, criada por iniciativa médica, com o objetivo de prevenir problemas psiquiátricos futuros. Consta nos documentos de criação do Centro:

Ao instalarmos uma clínica para atendimento gratuito às crianças com problemas de aprendizagem, demos um passo pioneiro na área de assistência psiquiátrica pública (...). Sabíamos que o atendimento à criança, em todas as suas dificuldades, inclusive as escolares, era a mais perfeita e eficaz forma de prevenção de desajustes emocionais e, logicamente, de problemas psiquiátricos na vida adulta. (Costa, 1993: 33)

Não se pode esquecer que a democratização real do ensino brasileiro somente aconteceu nos anos 1960... Além disto, fica evidente o caráter de *promessa de soluções* implícito no discurso médico, caráter que vimos frisando neste trabalho. A proposta tem por objetivo não a garantia de aprendizagem para as crianças das camadas mais pobres, mas garantir um futuro saudável a toda comunidade, pela prevenção de doenças psiquiátricas, o que, em última análise, mais uma vez, justifica os gastos das camadas mais ricas, que nunca irão usar essa clínica...

Porém, a implantação da clínica não foi tarefa fácil, sendo necessário (...) *convocar várias vezes diretores das escolas públicas para falar-lhes dos objetivos da instituição, dos seus serviços, da necessidade de se encaminhar crianças, dos 'problemas' que poderiam surgir em decorrência do 'não-encaminhamento', etc. Foram, ainda, criadas equipes (constituídas de médicos, psicólogos, pedagogos, assistentes sociais) para irem às escolas a fim de explicar sobre o funcionamento da instituição, esclarecer a respeito dos critérios de encaminhamento,*

etc. O que se deu, enfim, foi um verdadeiro recrutamento. (Costa, op. cit: 34)

A atuação medicalizante da medicina consolida-se ao ser capaz de se infiltrar no pensamento cotidiano, ou, mais precisamente, no conjunto de juízos provisórios e preconceitos que regem a vida cotidiana. (Heller, 1989) E a extensão (e a intensidade) em que esse processo ocorre pode ser apreendida pela incorporação do discurso médico, não importa se científico ou preconceituoso, pela população.

A medicina constrói, assim, artificialmente, as *doenças do não-aprender-na-escola* e a conseqüente demanda por serviços de saúde especializados, ao se afirmar como instituição competente e responsável por sua resolução.

A partir deste momento, a medicina se apropriará cada vez mais do objeto aprendizagem. Sem mudanças significativas, apenas estendendo seu campo normativo...

Bibliografia

- Ariès, P. (1978). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Basaglia, F. (1986). O homem no pelourinho. *Educação e Sociedade*, 25, pp. 73-95.
- Bisseret, N. (1979). A ideologia das aptidões naturais. In: J. Durand, *Educação e hegemonia de classe*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Boltansky, L. (1974). *Puericultura y moral de classe*. Barcelona: Laia.
- Campos, M. I. (1977). A educação especial em Minas Gerais: redescobrimo Helena Antipoff. *Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação Unicamp*. Campinas.
- Costa, D. A. (1993). *Fracasso escolar: diferença ou deficiência*. Porto Alegre: Kuarup.
- Donnangelo, M. C. (1976). Saúde e sociedade. In: M. Donnangelo, & L. Pereira, *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades.
- Donzelot, J. (1980). *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal.

- Foucault, M. (1980). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud* , 11 (1), pp. 3-25.
- Guilhon de Albuquerque, J. (1978). *Metáforas da desordem*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Heller, A. (1989). *O cotidiano e a história* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Lima, G. Z. (1985). *Saúde escolar e educação*. São Paulo: Cortez ed.
- Moysés, M. A. (2008). *A institucionalização invisível: crianças que não-aprendem-na-escola* (2ª edição, revista e ampliada ed.). Campinas: Mercado de Letras - Fapesp.
- Moysés, M. A., & Collares, C. A. (1992). A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. *Cadernos Cedes* , 28, pp. 31-48.
- Moysés, M. A., & Collares, C. A. (1998). Desnutrição, fracasso escolar e merenda. In: M. H. Patto, *Introdução à Psicologia escolar* (3ª edição, revista e ampliada ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moysés, M. A., & Collares, C. A. (1997). Inteligência abstraída, crianças silenciadas: as avaliações de inteligência. *Psicologia USP* (8).
- Moysés, M. A., & Lima, G. Z. (1982). Desnutrição e fracasso escolar: uma relação tão simples? *Revista da ANDE* , 5, pp. 56-62.
- Muel, F. (1991). La escuela obligatoria y la invención de la infancia anormal. In: J. Varela, & F. Alvarez-Uría, *Espacios de poder* (2ª ed.). Madrid: La Piqueta-Endymion.
- Novaes, H. M. (1979). A puericultura em questão. *Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da USP* . São Paulo.
- Patto, M. H. (1990). *A produção do fracasso escolar. Histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: TA Queiroz.
- Ponce, A. (1982). *Educação e luta de classes*. São Paulo: Cortez - Autores Associados.

Singer, P., Campos, o., & Oliveira, E. (1988). *Prevenir e curar. O controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

Vial, M. (1983). La création du perfectionnement en 1990 et les dévies des Psychologies - ou comment s'écrit l'Histoire. *Collection CRESAS* . Paris, França: CRESAS.