

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

KATIA CRISTINA SILVA FORLI BAUTHENY

Transtornos de aprendizagem: quando “ir mal na escola”
torna-se um problema médico e/ou psicológico

SÃO PAULO

2011

KATIA CRISTINA SILVA FORLI BAUTHENEY

Transtornos de aprendizagem: quando “ir mal na escola” torna-se um problema
médico e/ou psicológico

Tese apresentada à Faculdade de Educação
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Educação

Área de Concentração:
Educação Especial

Orientadora: Profa. Dra.
Rosângela Gavioli Prieto

São Paulo

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo

37.046 Bautheney, Katia Cristina Silva Forli

B352t

Transtornos de aprendizagem: quando “ir mal na escola” torna-se um problema médico e/ou psicológico / Katia Cristina Silva Forli Bautheney ; orientação Rosângela Gavioli Prieto. São Paulo: s.n., 2011.

279 p. : il., fotos.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Educação. Área de Concentração: Educação Especial) – Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo)

1. Foucault, Michel, 1926-1984 2. Transtornos de aprendizagem 3. Psiquiatria infantil - Educação 4. Fracasso escolar I. Prieto, Rosângela Gavioli, orient.

Nome: BAUTHENEY, Katia Cristina Silva Forli

Título: Transtornos de aprendizagem: quando “ir mal na escola” torna-se um problema médico e/ou psicológico

Tese apresentada à Faculdade de Educação
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Educação

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Para as crianças e adolescentes, cujo estigma de “portadores de distúrbios de aprendizagem” lhes privou do direito à educação.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Rosângela Gavioli Prieto, pela atenção, rigor e profissionalismo em sua orientação, que permitiram que esta tese pudesse ser concluída.

À Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), cujo apoio financeiro viabilizou materialmente a execução desta pesquisa.

À Equipe do serviço de Saúde Escolar, pela abertura para que eu pudesse acompanhar a rotina de trabalho da instituição, tivesse acesso aos prontuários dos pacientes, e principalmente pela disponibilidade em escutar e refletir sobre um outro discurso.

À Secretaria de Educação e aos orientadores pedagógicos da Rede Municipal de Educação do município onde realizamos nossa pesquisa de campo, pela possibilidade de poder compartilhar algumas ideias apresentadas nesta tese.

À Profa. Dra. Maria Aparecida Moysés e à Profa. Dra. Marilene Proença Rebello de Souza pelas importantes contribuições feitas ao meu trabalho em minha banca de qualificação. Agradeço também por terem permitido que eu percebesse que minha tese podia ser situada num movimento político de luta contra os excessos na medicalização do aprender.

À profa. Dra. Ana Laura Godinho Lima, cujo exemplo e amizade foram para mim uma fonte de inspiração.

Aos meus alunos, pela interlocução, pelos exemplos de “casos” e por permitirem que eu “pensasse em voz alta”.

Aos companheiros do grupo de orientandos da profa. Rosângela, pela acolhida e possibilidade de compartilhar ideias e angústias.

Aos meus amigos e amigas pelo suporte afetivo e pela torcida.

À Andréia Tenório pelo carinho com que fez a revisão de meu trabalho, e pelo apoio no momento “intenso” da finalização do mesmo.

Aos meus pais, Elcio e Neyde, por sempre terem permitido que eu fosse mais longe...

Ao meu marido Stéphane, pelo apoio amoroso, pela companhia, pela admiração, base sem a qual este trabalho não poderia ter sido concebido nem sustentado.

À minha querida filha Laura, pela paciência nos momentos que não podia estar com você, pelo amor e pelos beijinhos nas horas de cansaço, e por ter aceitado que eu “não podia ser só mamãe”.

– Notícias do nosso povo? Perguntou o boticário com a voz trêmula.

O alienista fez um gesto magnífico, e respondeu:

– Trata-se de coisa mais alta, trata-se de uma experiência científica. Digo experiência, porque não me atrevo a assegurar desde já a minha ideia; nem a ciência é outra coisa, Sr. Soares, senão uma investigação constante. Trata-se pois, de uma experiência, mas uma experiência que vai mudar a face da Terra. A loucura, objeto de meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente.

Machado de Assis, *O alienista*.

RESUMO

BAUTHENEY, K. C. S. F. **Transtornos de aprendizagem: quando “ir mal na escola” torna-se um problema médico e/ou psicológico.** 2011. 279 f. Tese (doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

A expressão “transtornos de aprendizagem” pode ser encontrada tanto no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 2000) quanto na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 1993) – obras de referência, no Brasil, na taxonomia dos ditos “transtornos” ou “distúrbios” psicológicos. Esses textos apresentam em seu conteúdo a descrição de uma sintomatologia e diagnóstico diferencial de “perturbações” que se manifestariam pela primeira vez na infância ou adolescência. Dentre esses “problemas” estão os que envolvem os processos de aprendizagem e/ou escolarização. Parte da nomenclatura nosográfica utilizada nessas obras aparece incorporada ao discurso de alguns educadores para designar entraves vivenciados pelos alunos na escola, silenciando em categorias o que é considerado “inadequado” no comportamento desses sujeitos. Neste trabalho de doutorado, procuramos analisar, sob uma ótica foucaultiana, diferentes formas de articulação entre *saber* e *poder* como fundamentação para o surgimento de conceitos e orientação de uma *práxis*. Buscaremos traçar, especialmente, uma genealogia do emprego do *discurso psiquiátrico* no campo da educação, partindo do pressuposto de que existe uma correspondência imaginária entre loucura e fracasso escolar, o que será demonstrado por meio do estudo dos desdobramentos desta relação em algumas práticas pedagógicas, sobretudo a escrita de relatórios sobre alunos que “vão mal na escola”. Na primeira parte da tese, estudaremos como as afecções – hoje entendidas como “transtornos de aprendizagem” – descendem de categorias que ao longo do século XIX (o qual assistiu o surgimento da psiquiatria moderna e da psicologia experimental) eram consideradas um tipo de loucura na forma de idiotia e imbecilidade. Visamos destacar como o uso de procedimentos pedagógicos tomados como terapia ou profilaxia dos transtornos mentais permitiu a importação do discurso psiquiátrico para as instituições escolares. Na segunda parte, à luz do conceito de *poder psiquiátrico* formulado por Foucault, analisaremos o solo epistemológico e as forças que permitem a circulação de um discurso médico e psicológico acerca dos fenômenos escolares. A última parte da tese versará sobre formas como se tecem as tramas entre loucura, doença mental, transtorno psicológico, “inadequação” de comportamento, discurso psiquiátrico e insucesso escolar. Para exemplificar esse movimento partiremos da análise documental e de relatórios de educadores e profissionais de saúde sobre alunos com supostos problemas de aprendizagem – produzidos estes no âmbito de um serviço de Saúde Escolar, localizado num município da Região Metropolitana de São Paulo e coletados em Pesquisa de Campo realizada entre 2007 e 2010. Esse material será analisado dentro de uma abordagem qualitativa, na perspectiva de Albuquerque (1986) e Maingueneau (1997, 2008a, 2008b) de análise do discurso institucional. Ao término deste trabalho demonstraremos como a circulação do discurso psiquiátrico no campo da educação gera o esvaziamento do ato educativo, e é por ele alimentado.

Palavras-chave: Distúrbios de aprendizagem. Discurso psiquiátrico. Fracasso escolar. Poder psiquiátrico. Problemas de aprendizagem.

ABSTRACT

BAUTHENEY, K. C. S. F. **Learning disorders: when “doing poorly at school” becomes a medical and/or psychological problem.** 2011. 279 f. Tese (doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

The expression “learning disorders” may be found both in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, 2000) and in the International Classification of Diseases and Health Related Problems (ICD-10, 2000) – reference works, in Brazil, in the taxonomy of then so-called psychological “disorders” or “disabilities”. In their content, these texts present the description of symptoms and differential diagnosis of "disorder" that would appear for the first time in childhood or adolescence. Among these "problems" are those that involve the processes of learning and / or schooling. Part of the nosographic nomenclature used in these works are incorporated in the discourse of some educators to refer to barriers experienced by students in school, hiding in categories what is considered "inappropriate" behavior in these subjects. In this doctoral work, we analyze, from a Foucauldian perspective, different forms of articulation between knowledge and *power* as the basis for the emergence of concepts and guidance of *praxis*. We will try to draw, especially, one genealogy of the use of psychiatric discourse in education, on the assumption that there is an imaginary correspondence between madness and school failure, which will be demonstrated through the study of the consequences of this relationship in some teaching practices, especially writing reports on students who "do poorly in school." In the first part of the thesis we will study how the diseases - nowadays understood as "learning disorders" – come from categories that throughout the nineteenth century (which saw the emergence of modern psychiatry and experimental psychology) were considered a kind of madness in the form of idiocy and imbecility. We aim to highlight how the use of pedagogical practices taken as therapy or prophylaxis of mental disorders has allowed the introduction of psychiatric discourse to the schools. In the second part, in the light of the concept of *psychiatric power* formulated by Foucault, we will analyze the epistemological ground and the forces that allow the circulation of a medical and psychological discourse about school phenomena. The last part of the thesis will focus on the ways madness, mental illness, psychological disorder, "inappropriate" behavior, school failure and psychiatric discourse are produced. To exemplify this movement, we will use the analysis of documents and the reports about students with alleged learning problems – that were produced as part of a school health service, located in a town of the metropolitan region of São Paulo, and collected from field research conducted between 2007 and 2010. This material will be analyzed in a qualitative approach, under the perspective of Albuquerque (1986) and Maingueneau (1997, 2008a, 2008b) of institutional analysis of discourse. At the end of this work, we will demonstrate how the circulation of the psychiatric speech in the field of education produces the emptying of the educative act and nurtures itself.

Keywords: Psychiatric discourse. School failure. Psychiatric power. Learning problems.. Learning disorders.

RÉSUMÉ

BAUTHENEY, K. C. S. F. **Troubles d'apprentissage: quand "aller mal à l'école" devient un problème médical et/ou psychologique.** 2011. 279 f. Tese (doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

L'expression « troubles d'apprentissage » peut être rencontrée aussi bien dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV, 2000) comme dans la Classification Internationale des Maladies et Problèmes Relationnés à la Santé (CID-10, 1993) – oeuvres de référence, au Brésil, dans la taxinomie des dits « troubles » psychologiques. Ces oeuvres présentent dans leur contenu la description d'une symptomatologie et d'un diagnostic différentiel de « perturbations » qui se manifesteraient pour la première fois dans l'enfance ou l'adolescence. Parmi ces « perturbations » on trouve celles qui impliquent les processus d'apprentissage et/ou de scolarisation. Une partie de la nomenclature nosographique utilisée dans ces oeuvres apparaît incorporée au discours de quelques éducateurs pour désigner les entraves vécues par les élèves à l'école, passant sous silence les catégories de ce qui est considéré « inadéquat » dans le comportement de ces sujets. Dans ce travail de doctorat, nous cherchons à analyser, sous une optique foucaultienne, différentes formes d'articulation entre *savoir* et *pouvoir* comme fondement du surgissement de concepts et d'orientation d'une praxis. Nous chercherons à tracer, tout spécialement, une généalogie de l'emploi du *discours psychiatrique* dans le champ de l'éducation en partant du pré-supposé qu'il existe une correspondance imaginaire entre la folie et l'échec scolaire, ce qui sera démontré au moyen de l'étude des dédoublements de cette relation au sein de quelques pratiques pédagogiques, surtout l'écriture de dossiers sur des élèves qui « vont mal à l'école ». Dans la première partie de la thèse, nous étudierons comment les affections – aujourd'hui comprises comme des « troubles d'apprentissage » – viennent de catégories qui, au cours du XIX^{ème} siècle (lequel a assisté au surgissement de la psychiatrie moderne et de la psychologie expérimentale) étaient considérées un type de folie, comme, par exemple, l'idiotie, la stupidité et l'imbécillité. Nous cherchons à mettre en lumière comment l'usage de processus pédagogiques pris pour thérapie ou prophylaxie des troubles mentaux a permis l'importation du discours psychiatrique pour les institutions scolaires. Dans la seconde partie, à la lumière du concept de *pouvoir psychiatrique* formulé par Foucault, nous analyserons le soubassement épistémologique et les forces qui permettent la circulation d'un discours médical et psychologique autour des phénomènes scolaires. La dernière partie de la thèse concernera les façons dont se tissent les trames entre la folie, la maladie mentale, le trouble psychologique, l'« inadéquation » de comportement, le discours psychiatrique et l'échec scolaire. Pour exemplifier ce mouvement, nous partirons de l'analyse documentaire et des discours d'éducateurs et de professionnels de la santé – présents dans les dossiers sur les élèves ayant de supposés problèmes d'apprentissage – ceux-ci étant produits dans le champ d'un service de santé scolaire, localisé dans la municipalité de la Région métropolitaine de São Paulo et collectés dans la Recherche de Terrain réalisée entre 2007 et 2010. Ce matériel sera analysé au sein d'un abordage qualitatif, dans la perspective de Albuquerque (1986) et Maingeneau (1997, 2008a, 2008b) d'analyse institutionnelle du discours.

Mots-clés : Trouble d'apprentissage. Pouvoir psychiatrique. Discours psychiatrique. Échec scolaire.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Pranchas-modelo para identificação e classificação de patologias por meio da medida do crânio.....	49
Figura 2 –	O doutor Pinel fazendo cair as correntes dos alienados.....	51
Figura 3 –	“A nave dos loucos” de Bosch.....	53
Figura 4 –	“A extração da pedra da loucura” de Bosch.....	62
Quadro 1 –	Transtornos das funções intelectuais e cognição em crianças na CID-10 e DSM-IV.....	180
Esquema 1 –	Ascendência genealógica dos ditos transtornos de aprendizagem	122
Fotografia 1 –	Refeitório.....	145
Fotografia 2 –	Dormitório.....	145
Fotografia 3 –	Alunos da Escola Pacheco e Silva.....	146
Fotografia 4 –	Alunas da Escola Pacheco e Silva.....	146
Figura 5 –	Planta da fachada da Escola Pacheco e Silva.....	148
Fotografia 6 –	Aula de cálculo na Escola Pacheco e Silva.....	149
Fotografia 7 –	O médico escolar na Escola Pacheco e Silva.....	148
Figura 6 –	Ficha de anamnese.....	171
Figura 7 –	Ficha de anamnese.....	172
Quadro 2 –	Relatório de encaminhamento de aluno à Saúde Escolar – Sujeito 1.....	174
Quadro 3 –	Relatório Saúde Escolar após triagem psicopedagógica – Sujeito 1.....	174
Quadro 4 –	Carta de encaminhamento a especialistas – Sujeito 1.....	175
Quadro 5 –	Relatório de evolução de atendimento – Sujeito 1.....	176

Quadro 6 –	Relatório de encaminhamento de aluno à Saúde Escolar – Sujeito 2.....	178
Quadro 7 –	Relatório Saúde Escolar após triagem psicopedagógica – Sujeito 2.....	178
Quadro 8 –	Carta de encaminhamento a especialistas – Sujeito 2.....	178
Quadro 9 –	Relatório de evolução de atendimento – Sujeito 2.....	179
Quadro 10 –	Relatório de encaminhamento de aluno à Saúde Escolar – Sujeito 3.....	180
Quadro 11 –	Relatório Saúde Escolar após triagem psicopedagógica – Sujeito 3.....	181
Quadro 12 –	Carta de encaminhamento a especialistas – Sujeito 3.....	182
Quadro 13 –	Relatório de evolução de atendimento – Sujeito 3.....	182
Quadro 14 –	Relatório de encaminhamento de aluno à Saúde Escolar – Sujeito 4.....	183
Quadro 15 –	Relatório Saúde Escolar após triagem psicopedagógica – Sujeito 4.....	184
Quadro 16 –	Carta de encaminhamento a especialistas – Sujeito 4.....	185
Quadro 17 –	Relatório de evolução de atendimento – Sujeito 4.....	185

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADNPM	Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor
CAPs	Centro de Atenção Psicossocial
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CRP	Conselho Regional de Psicologia
Dedalus	Banco de Dados Bibliográficos da USP
DSM	Disfunção cerebral mínima
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EEG	Eletroencefalograma
EUA	Estados Unidos da América
FAU	Faculdade de Arquitetura e Urbanismo
FEUSP	Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo
FFLCH-USP	Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas - USP
FSP-USP	Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo
Inep	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IPUSP	Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
LCM	Lesão cerebral mínima
MEC	Ministério da Educação e Cultura
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAC	Processamento Auditivo Central
PCNs	Parâmetros Curriculares Nacionais

Prof.	Professor
Profa.	Professora
QI	Quociente Intelectual
RNF	Reorganização Neurofuncional
Saeb	Sistema de Avaliação da Educação Básica
TDAH ou TDA/H	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
VNI	Variação Normal de Inteligência
WPPSI	Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence [Escala Wechsler de Inteligência para a Idade Pré-Escolar e Primária]

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
INTRODUÇÃO	22
1. MARCOS NA CONSTRUÇÃO DA PSICOPATOLOGIA A PARTIR DO SÉCULO XIX, COM ÊNFASE NAS CATEGORIAS RELACIONADAS À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA E SUA ESCOLARIZAÇÃO	42
1.1 O surgimento da psiquiatria no século XIX: entre a medicina e as ciências sociais	43
1.2 A especificidade da psiquiatria moderna: o tratamento moral como terapia pedagógica	50
1.3 A idiotia e a imbecilidade como a face “burra” da loucura: bases para a construção da psiquiatria infantil	60
1.4 Algumas observações sobre a construção de categorias nosográficas: um percurso para se chegar à psiquiatria infantil e seus “transtornos”	66
1.5 O surgimento da psiquiatria infantil	76
1.6 Confluências do pensamento, prática psiquiátrica e educação.....	87
1.6.1 Séguin e a educação como tratamento moral	87
1.6.2 Ortofrenia e a pedagogia “emendativa”	95
1.7 A função profilática da psiquiatria chega à escola: os agentes escolares e a promoção da higiene mental”	100
1.8 Uma história conceitual dos “distúrbios de aprendizagem”	106
2. A CONSTRUÇÃO DE UM SOLO EPISTEMOLÓGICO	125
2.1 Algumas considerações sobre o discurso psiquiátrico e a construção do solo positivo para a edificação dos saberes “psi”	126
2.2 Poder psiquiátrico, infância e educação.....	135
2.3 A criança anormal, a criança-problema e sua escolarização.....	139
2.4 A convergência do “sujeito anormal” em “criança-problema”: distúrbios escolares e a produção do aluno (a)normal.....	155
3. ANÁLISE DOS DISCURSOS SOBRE OS “DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM” QUE CIRCULAM NUM SERVIÇO DENOMINADO “SAÚDE ESCOLAR”	164
3.1 A institucionalização de um discurso médico e “psi”.....	165
3.2 Organizando os dados: apresentando o discurso sobre as crianças que “vão mal na escola”	172
3.3 Uma análise institucional do discurso que circula num serviço de Saúde Escolar.....	185
CONSIDERAÇÕES FINAIS	201
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	210
ANEXOS	221

APRESENTAÇÃO

O alvo de uma história crítica da Psicologia deveria tornar visível a profunda relação de ambiguidade entre a ética da subjetividade, verdade da Psicologia e o exercício de poder. Com tal história crítica poderíamos abrir espaço no qual repensaríamos as linhas constitutivas entre Psicologia - como forma de conhecimento, um tipo de *expertise* e, um campo ético - e os dilemas do governo da subjetividade que enfrenta hoje a democracia liberal (ROSE, 1998, p. 66, tradução nossa).¹

Por que escrever mais uma tese que versa sobre a problemática do insucesso escolar? A despeito dos vários trabalhos publicados sobre o tema², bem como o aumento do contingente de psicopedagogos e outros profissionais atuando junto a sujeitos que supostamente apresentam “distúrbios de aprendizagem”³, não há uma diminuição dos casos de alunos considerados fracassados nas escolas, pelo contrário, segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), mesmo com alto índice de matrículas (superior a noventa por cento das crianças em idade escolar) na Educação Básica⁴, “o desempenho dos estudantes brasileiros aferidos por meio dos exames de avaliação do Ministério da Educação demonstra que a aprendizagem dos alunos está abaixo dos padrões adequados” (BRASIL, 2005, p. 4).

Conforme indicadores do Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb) de 2005, 55% das crianças na 4ª série do Ensino Fundamental apresentavam dificuldades na leitura de textos simples, curtos e escritos em ordem direta; e, em relação à matemática, “grande parte das crianças brasileiras não consolidam plenamente os algoritmos da soma, da subtração, da

¹ “The aim of a critical history of psychology would be to make visible the profoundly ambiguous relation between the ethics of subjectivity, the truths of psychology, and the exercise of Power. Such a critical history would open a space in which we could rethink the constitutive links between psychology – as a form of knowledge, a type of expertise, and a ground of ethics – and the dilemmas in the government of subjectivity that confront liberal democracies today” (ROSE, 1998, p. 66).

² Uma pesquisa no Banco de Dados Bibliográficos da USP – Dedalus (efetuada em 26 de julho 2010) permitiu-nos localizar 370 referências à expressão “fracasso escolar”. Especificamente, quando buscamos por dissertações e teses, nos deparamos com 93 produções; aí encontramos uma estatística que indica um incremento no interesse pelo assunto. Na década de 1980, localizamos seis produções (6,45% das pesquisas catalogadas na USP sobre o tema), nos anos 1990 foram 19 produções (20,43%) e, a partir do ano 2000, há 68 trabalhos de mestrado e doutorado que fazem referência ao tema (73,11%).

³ Neste trabalho empregamos as expressões “transtorno de aprendizagem”, “problema de aprendizagem”, “distúrbio de aprendizagem” e “déficit de aprendizagem” sempre em referência a um mesmo sentido: enquadrar sob um conceito supostamente científico aquilo que é considerado como insucesso escolar, que indicaria uma condição patológica do sujeito. A questão será aprofundada no capítulo 2.

⁴ Conforme resultado do Censo de Educação Básica de 2010, o total de matrículas era 51, 5 milhões. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/download/censo/2009/TEXTOS_DIVULGACAO_EDUCASENSO_20093.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2011.

multiplicação e da divisão” (BRASIL, 2005, p. 14). Na análise das causas desse cenário, busca-se pensar nos fatores extraescolares e institucionais, tais como as consequências da enorme extensão territorial do Brasil e suas disparidades regionais, a baixa renda *per capita*, a má distribuição de renda, a inabilidade das gestões escolares, problemas na formação de professores e dificuldades no acesso dos alunos à Educação Infantil.

Entretanto, quando esses “dados” tornam-se alunos em carne e osso e que não conseguem, por exemplo, escrever, ler ou fazer as contas passadas na lousa, ao se excluir a possibilidade de que tais dificuldades sejam oriundas de transtornos neurológicos, ou de déficit “real” (MANTOAN, 1997)⁵, existe uma tendência a converter esta impossibilidade de aprender – que pode ser resultado de inúmeros fatores como apontado anteriormente – em um diagnóstico⁶ que classificaria esse sujeito em categorias agregadas a algum tipo de distúrbio ou déficit que perturbaria o processo de aprendizagem convencionalizado como normal.

Essa abordagem patologizante do insucesso escolar aparece no discurso tanto dos profissionais de educação, quanto na fala dos próprios alunos e de seus familiares; ora na informalidade de uma crítica, fofoca ou desabafo (“*João é muito burro*”, “*este aluno é cabeça oca*”, “*ela não raciocina direito*”, “*meu filho deve ter alguma coisa na cabeça*”), ora envolta numa pretensa formalidade científica, amparada numa nosografia médica e/ou psicológica; encontramos aí uma profusão de disléxicos, hiperativos, dislálidos, dentre outras supostas afecções. Sobre esses alunos ditos fracassados ou problemáticos, são escritos artigos e livros; reunimo-nos em congressos ou colóquios; e nas escolas, profissionais são convidados para palestrar a pais e professores.

No caso das instituições escolares, o receio do agravamento das patologias e a busca de uma forma de prevenção das mesmas reforçam o pressuposto da necessidade de um “conhecimento especializado” para lidar com esses alunos. Muitos profissionais de educação, mesmo quando recorrem a cursos e capacitações, não sentem apaziguada sua angústia de saber “tudo” o que se passa na cabeça de seu aluno para só então poder atuar; ocupando muitas vezes, uma posição inoperante, pois não conseguem escapar do pêndulo imaginário do tudo saber ou nada poder fazer.

⁵ Para Mantoan (1997), é preciso estabelecer uma diferença entre *déficit real* e *déficit circunstancial* quando falamos, por exemplo, em deficiência intelectual. O conceito déficit real faz referência aos sujeitos cuja deficiência intelectual esteja relacionada a comprometimentos causados por fatores orgânicos (alterações genéticas, problemas estruturais [anatomia] ou fisiológicos [funcionais]). O déficit circunstancial é a condição de sujeitos que são colocados num lugar de deficiência por determinantes sociais, resultando numa obstacularização da relação destes com o meio.

⁶ Diagnóstico, por sua vez, é um termo “importado” do campo das ciências médicas (e da psicologia) empregado com frequência no discurso pedagógico como sinônimo de “avaliação”, por exemplo: diagnóstico das hipóteses das crianças sobre escrita; diagnóstico da entrada no ensino fundamental, etc.

Esse discurso psychologizante e medicalizante⁷, que circula a “boca miúda” também está presente nos laudos clínicos, relatórios pedagógicos, atas de conselhos de classe, nas conversas na sala dos professores e revela a força de uma forma de *poder disciplinar*, denominada por Foucault (2006) **poder psiquiátrico** – uma modalidade específica de articulação saber/poder e seus desdobramentos em práticas institucionais.

O germe deste trabalho surgiu em 2005, ao término de minha pesquisa de mestrado, intitulada: “Psicopedagogia: da ortopedia psicopedagógica a uma clínica do aprender”, também desenvolvida na Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (FEUSP). Essa dissertação teve como objeto de estudo as implicações pedagógicas e clínicas das particularidades de um campo conceitual sobredeterminado e impreciso nomeado “psicopedagogia”. Falarei brevemente sobre esse trabalho.

Na primeira parte da pesquisa, analisei artigos do periódico *Revista Psicopedagogia* (números publicados entre os anos de 1991 e 2002), com o objetivo de destacar a dificuldade de se definir os limites da psicopedagogia e as direções de sua prática (ou melhor, práticas), pois calcada em *slogans*, seu uso gera um esvaziamento nas atividades docentes quando pretendem funcionar como orientação metodológica. Na análise desses artigos deparei-me com a fragilidade de um campo, sustentado em jargões e rótulos, que buscava para si a função de fundamento da prática pedagógica, fundamento esse comprometido por conta do próprio mal estar que sustenta a psicopedagogia: ter de eliminar os “problemas de aprendizagem” que ela mesma legitima.

Definir o “solo epistemológico” que possibilitou a existência da psicopedagogia foi a estratégia utilizada para compreender a multiplicidade dessas práticas ditas psicopedagógicas e sua implicação na esfera educacional. A produção teórica de Foucault (1994, 2000, 2002a, 2002b, 2003) foi utilizada não apenas como fundamentação nesse trabalho, por meio de um estudo da arqueologia de seus conceitos, mas também como paradigma investigativo. Isso me levou à construção de uma genealogia conceitual do campo da psicopedagogia: esta herdou o traço híbrido das Ciências Humanas nascentes no século XIX e foi constituída no interstício dos saberes produzidos pela pedagogia, medicina, psicologia e direito.

Na segunda parte da referida pesquisa, busquei estabelecer uma cronologia da fundação da psicopedagogia como engrenagem produtora da exclusão escolar, a despeito de seu discurso oficial que indica o contrário. Assim, fiz uma aproximação da estratégia de pesquisa de Foucault (2006) e sua concepção de história como produto das articulações entre

⁷ Não estamos aqui falando do discurso médico e psicológico em si, mas de uma apropriação do mesmo pelo campo pedagógico.

saber e poder. O estudo das classificações nosográficas que faziam referência aos ditos problemas de aprendizagem foi utilizado apenas como um exemplo dessa imbricação no campo da psicopedagogia.

Ao término da pesquisa de mestrado prossegui meus estudos na área de taxonomia dos transtornos mentais, e interessei-me, particularmente, pela forma como a psiquiatria moderna nascente no século XIX definia e classificava a loucura. Em agosto de 2007 ingressei no Programa de Pós-Graduação em Educação na FEUSP (na linha temática de pesquisa educação especial) com o intuito de desenvolver, em meu trabalho de doutorado, uma análise sobre as formas como essas descrições nosográficas, que entendem o insucesso escolar como uma afecção psíquica, descendem de um certo tipo de compreensão da loucura como dano à inteligência e à capacidade de produção e/ou desvio de comportamento. Tal correspondência acaba influenciando procedimentos clínicos e algumas práticas pedagógicas, sendo transferido para esse sujeito que fracassa na escola uma carga imaginária (“esse aluno que não aprende deve ter algum problema mental/psicológico”) que permite a sustentação do discurso psiquiátrico nas instituições escolares. A categorização patológica dos sujeitos, as prescrições sobre as condutas que os mesmos devem ter ou formas como devem agir funcionam como discurso (anônimo) que, quando enunciado por alguém numa determinada posição institucional de autoridade, pode cristalizar esse mesmo sujeito numa condição de difícil escape.

Para desenvolver este trabalho de doutorado, busquei fundamentação teórica por meio de pesquisa bibliográfica, e cursando disciplinas na FEUSP, no Instituto de Psicologia (IPUSP) e na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH-USP).

Na Faculdade de Educação cursei “A criança transformada em aluno: a emergência da psicopedagogia moderna e os cenários de subjetivação das escolas a partir do último quartel do século XIX – Brasil e Portugal”, ministrada pelo professor Jorge do Ó, e a disciplina ministrada pela minha orientadora, professora Rosângela Gavioli Prieto – “Políticas governamentais e não governamentais de Educação Especial”.

No IPUSP cursei “História da Psiquiatria”, ministrada pelo professor Francisco Assumpção Jr.; “A concepção de clínica psicanalítica na obra de Jacques Lacan”, pelo professor Cristian Dunker; “As concepções de sublimação e criação na psicanálise”, por Daniel Kupermann; “Análise do discurso como método de pesquisa em psicologia”, pela professora Marlene Guirado; e “Sintoma e laço social contemporâneo”, pelo professor Jean Luc Gaspard.

Na FFLCH-USP cursei “Teoria das Ciências Humanas II – fetichismo, reificação, corporeidade: análise de uma patologia social”, ministrada pelo professor Vladimir Safatle. Muitas questões e parte das referências bibliográficas estudadas nessas disciplinas estarão presentes neste trabalho.

Outro eixo importante de sustentação de minha pesquisa foi construído por meio da interlocução estabelecida em cursos, palestras, aulas e comunicações em congressos onde pude apresentar algumas ideias que serão aqui desenvolvidas. A possibilidade de conversar com professores, discutir os “casos” de alunos com supostas dificuldades para aprender, o trabalho de campo desenvolvido num serviço de Saúde Escolar em um município da Região Metropolitana de São Paulo, o contato com esses alunos que são considerados “problemáticos” e suas famílias serviram para dar um rosto e ilustrar algumas das situações que analisarei. A partir desses encontros certas questões que apareciam na forma de indignação (Há alguma saída diante da massificação do discurso psicológico e psiquiátrico nas escolas, exclusão dos alunos, angústia docente e esvaziamento do ato educativo?) foram lentamente cedendo espaço... a uma tese.

INTRODUÇÃO

Dra.

CRM

PhD em Psiquiatria Infantil pela Universidade
Diploma em Psiquiatria Infantil pela
Médica do Hospital

Caro Sr

Gostaria de sugerir uma estratégia para auxiliar a I nas discussões em grupo.

Se possível, posicionar-se próximo a I e combinar com ela alguma tática para avisá-la se ela for falar antes da sua vez (ex: um pequeno toque). Também ajudá-la a seguir a discussão com curtas interferências; ex: olha I, agora o _____ vai falar...

Coloco-me à disposição

Atenciosamente,

Caro Sr _____. Gostaria de sugerir uma estratégia para auxiliar a I nas discussões em grupo.

Se possível, posicionar-se próximo a I e combinar com ela alguma tática para avisá-la se ela for falar antes de sua vez (ex. um pequeno toque). Também ajudá-la a seguir a discussão com curtas interferências; ex: olha I, agora o _____ vai falar...

Coloco-me à disposição.

Atenciosamente,⁸ _____.

⁸ Carta enviada (em folha de receituário) por uma psiquiatra a um professor cuja aluna, diagnosticada como “hiperativa”, era sua paciente. Além das “dicas” dadas pela médica ao professor, a própria criança alertava seus colegas: “Você deveria fazer como eu, para prestar mais atenção, deveria tomar Concerta” (estimulante usado no tratamento dos chamados transtornos hiper-cinéticos cujo princípio ativo é o metilfenidato).

A carta acima sinaliza algumas questões fundamentais que serão desenvolvidas nesta tese. Poderíamos nos perguntar por que razão e a partir de que posição um médico psiquiatra faria uma prescrição a um professor, instruindo-o acerca da forma como deve se posicionar e agir em relação a seus alunos. Imaginar o contrário parece improvável, um professor orientando um médico no modo como o mesmo deve diagnosticar ou tratar seus pacientes...

A situação ilustrada por essa carta só é concebida como viável, porque a pedagogia atual está imersa em um contexto de medicalização e psicologização de seu cotidiano, no qual o aluno é convertido em um “sujeito psicológico” com supostas potencialidades “bio-psico-maturacionais”, que precisariam ser estimuladas e desenvolvidas (LAJONQUIÈRE, 2001). Nesse contexto, os saberes oriundos, sobretudo, do campo da psicologia do desenvolvimento, constituem-se como O fundamento das práticas pedagógicas e sustentam a aplicação de metodologias e determinam padrões de normalidade. Todo esse movimento tem uma história, e apresentaremos neste trabalho a história do processo de construção das formas de subjetivação desse sujeito psicológico.

Na obra *Hermenêutica do sujeito* (2006a), Foucault critica a ideia do conceito de sujeito como uma entidade natural. O “sujeito” é concebido a partir de distintos campos de conhecimento, há o sujeito da medicina, o sujeito da religião, o sujeito da psicanálise, o sujeito da filosofia moderna, etc. O que o leva a afirmar que não existe um sujeito, mas apenas formas de subjetivação, modos de nomear e conceber o sujeito.

O estabelecimento de balizas de normalidade desse sujeito psicológico no ambiente escolar foi uma vertente fundamental na obra de Alfred Binet [1857-1911] e de seu discípulo Théodore Simon [1873-1961]. Conforme sinaliza Jatobá (2002), “desde o final do século XIX, Binet vem apontando o interesse por questões ligadas à infância anormal e desempenho escolar” (JATOBÁ, 2002, p. 48). Foi no campo da educação das crianças, então chamadas de anormais, que Binet pôde aplicar suas teses desenvolvidas no âmbito da psicomетria⁹ e pôde estabelecer as “correlações que devem existir entre o desenvolvimento físico e o desenvolvimento mental; ele perseguiu de uma maneira geral o estudo dos sinais físicos de inteligência” (BINET; SIMON, 1931, p. V, tradução nossa)¹⁰. Por anormalidade, Binet (1907) entendia:

Os anormais são um grupo heterogêneo de crianças, seu traço comum, que é de caráter negativo, é que pela sua organização física e intelectual esses

⁹ Área da psicologia que procura medir os fenômenos psíquicos.

¹⁰ “corrélations qui doivent exister entre le développement physique et le développement mental; il a poursuivi de façon générale l’étude des signes physiques d’intelligence.” (BINET; SIMON, 1931, p. V).

sujeitos tornam-se incapazes de desfrutar dos métodos comuns de ensino e educação que são usados nas escolas públicas. Os tipos mais comuns são constituídos pelos surdos-mudos, os cegos, os epiléticos, os idiotas, os imbecis, os débeis, os instáveis, etc. (BINET, 1907, p. 7, tradução nossa).¹¹

O foco de interesse do trabalho de Binet, para com as crianças ditas anormais, estará naqueles sujeitos tidos como débeis mentais, ou seja, nos que “não apresentam ausência completa de inteligência, mas não são suficientemente dotados para se beneficiarem de um trabalho comum com os normais”¹² (BINET, 1907, p. 8, tradução nossa). Binet (1907), alertava sobretudo quanto ao processo de escolarização desses sujeitos, que não deveria acontecer mais no interior dos hospitais, destinados às pessoas com desordens nervosas graves, mas em uma escola especial, com um “ensino adaptado à sua forma de inteligência, [...] de uma maneira metódica e completa, em classes pouco numerosas para permitir um ensino individual”¹³ (BINET, 1907, p. 10, tradução nossa). Essas classes seriam formadas tendo em vista resultados oriundos de testes psicométricos padronizados.

Essa ideia de adaptação do ensino ao “ritmo de desenvolvimento da criança” e o pressuposto de que classes homogêneas favorecem o desempenho dos alunos produziram um encantamento não só aos educadores das escolas especiais, mas à pedagogia de modo geral, sobretudo com o impulso fornecido pelos ideais educativos do movimento escolanovista¹⁴ (COTRIN, 2010). A própria noção de desenvolvimento como uma sucessão de fases com maior nível de complexidade das funções mentais, as quais deveriam ser alcançadas numa determinada idade, impulsionou a organização do currículo escolar em uma progressão que deveria atender as necessidades dos alunos em cada período de sua vida. Claparède [1873-1940], que foi aluno de Binet, traduziu essas inquietações sobre a necessidade de transformação dos sistemas escolares de modo a produzir uma forma de ensino adaptada às necessidades infantis. Segundo o autor (1944):

¹¹ “Les anormaux sont un groupe hétérogène d’enfants , leur trait commun, qui est un caractère négatif, c’est que de par leur organisation physique et intellectuelle ces sujets devienent incapables de profiter des méthodes communes d’enseignement et de l’éducation qui sont utilisées dans les écoles publiques. Les types les plus communs sont constitués des sourds- muets, des aveugles, des épileptiques, des idiots, des imbeciles, des débiles, des instables, etc” (BINET, 1907, p. 7).

¹² “ne présentent pas d’absence complète d’intelligence, mais ne sont pas suffisamment doués pour tirer bénéfice d’un travail commun avec les normaux”(BINET, 1907, p. 8).

¹³ “enseignement adapté à sa forme d’intelligence, [...] d’une manière méthodique et complète, dans des classes peu nombreuses pour permettre un enseignement individuel” (BINET, 1907, p. 10).

¹⁴ Segundo Cotrin (2010), “Os objetivos desse movimento eram a democratização do ensino e a aplicação dos conhecimentos da ciência, especificadamente, da Psicologia, Sociologia e biologia ao sistema educacional, notadamente às metodologias de ensino (p.84). [...] Em síntese, a Escola Nova foi um movimento educacional que aconteceu simultaneamente em várias nações do mundo e também no Brasil” (p. 87).

[...] os professores deveriam levar em conta que há uma diferença entre o pensamento da criança e do adulto. Com muita frequência se induz a criança a pensar seguindo as vias da razão adulta e não as que lhe são próprias [...], em outros termos, e para resumir em duas palavras, nossa didática deveria adotar o ponto de vista *psicológico e genético*. [...] Assim, como a inteligência não se desenvolve sozinha, é necessário colocar a criança em circunstâncias, conforme o ponto de vista psicológico, para favorecer seu crescimento¹⁵ (CLAPARÈDE, 1944, p. 80-81, tradução nossa).

Em seu texto *A escola sob medida* (1953), Claparède propõe uma sobredeterminação entre desenvolvimento e educação (a partir dos conceitos de ritmo, produção, desempenho), já que é claro ao afirmar que a função da escola (muitas vezes reduzida ao desenvolvimento de aptidões, competências e capacidades) é levar em consideração as características individuais de forma a desenvolver em cada um suas aptidões.

Foucault (2002a) afirma que foi graças a esta criança anormal que a psiquiatria infantil surgiu, isto é, buscando determinar as bases fisiológicas e morais das anomalias e determinando as escalas normais de desenvolvimento. Caberia à educação ponderar o rendimento escolar da criança (em referência à idade cronológica e ritmo) e buscar detectar indícios de anormalidade ou possíveis problemas de desenvolvimento; assim, não apenas os alunos encaminhados para as classes especiais receberiam esse olhar meticuloso, pois este procedimento de observação da adequabilidade do desenvolvimento infantil dentro de padrões de normalidade estabelecidos generalizou-se para todas as crianças, uma vez que qualquer uma poderia se tornar anormal devido à ausência de estimulação adequada ou alguma “degeneração mental”.

Essa teria sido a porta de entrada para a consolidação dos saberes oriundos do campo da psicologia e da psiquiatria como fundamento de concepções e práticas pedagógicas. Buscaremos, nesta tese, estudar de que forma se deu este cruzamento entre educação e saberes “psi”¹⁶, focando nosso olhar exatamente nesse aluno que não é considerado com deficiência (intelectual), mas que fracassa na escola por ser considerado como portador de supostos comprometimentos psíquicos que deturpariam o processo de desenvolvimento tido como

¹⁵ “[...] les professeurs devraient prendre en compte qu’il y a une différence entre la pensée de l’enfant et de l’adulte. L’enfant est très fréquemment induit à penser selon les voies de la raison adulte et non selon ses propres moyens [...], en d’autres termes, et pour résumer en deux mots, notre didactique devrait adopter le point de vue psychologique et génétique. [...] ainsi, comme l’intelligence ne se développe pas seule, il est nécessaire de mettre l’enfant dans les circonstances, selon le point de vue psychologique, pour favoriser son développement.” (CLAPARÈDE, 1944, p. 80-81)

¹⁶ “O rótulo “psi” foi o único meio encontrado para agrupar artificialmente um conjunto de teorias, técnicas e práticas terapêuticas, as quais se articulam em torno de uma realidade não muito bem definida que é chamada de psíquica”. In: MATTEO, V. **Ética e o mundo Psi**. Disponível em: <www.ufpe.br/filosofia/arquivos/Etica%20e%20mundo20PSI.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2010. Em nossa pesquisa referimo-nos aos saberes “psi”, sobretudo, em relação à psiquiatria (e psicofarmacologia) e à psicologia e suas vertentes (como a psicanálise) e práticas terapêuticas (como a psicopedagogia e a psicomotricidade).

normal.¹⁷ A partir do conceito de poder psiquiátrico, pretendemos analisar ,numa perspectiva genealógica, o emprego da nosografia “psi” / médica para descrever manifestações do “sujeito-aluno” no ambiente escolar.

Destaquemos algumas questões que nortearam o desenvolvimento deste trabalho: por que algumas manifestações apresentadas desde há muito tempo por crianças e adolescentes na escola deixam de ser expressão de uma pessoa e são tomadas como um “problema” nela localizado que deve ser resolvido clinicamente? De que maneira o discurso psiquiátrico é incorporado pelas instituições escolares e determina uma forma de compreensão do aluno que passa a ser anormalizado por apresentar supostas afecções psíquicas? Como se dá a passagem da criança-problema (RAMOS, 1947) para a criança doente? Como essas concepções de criança e aluno influenciam práticas pedagógicas e clínicas?

Conceber a educação como sinônimo de desenvolvimento de aptidões, justificar o insucesso escolar no aluno como resultado de problemas de ordem psicológica e/ou psiquiátrica, nomear crianças agitadas como hiperativas e encaminhar alunos que “vão mal na escola” para terapia parecem ações absolutamente naturais em nosso tempo, mas queremos questioná-las. Apostamos na busca das origens de tais concepções, amparados num viés histórico, fazendo uso da concepção de história crítica tal qual concebida por Foucault (2000), uma vez que não entendemos o histórico apenas como sucessão de acontecimentos numa ordem cronológica, mas, sim, enquanto meio pelo qual campos de conhecimento são constituídos e sustentam políticas e ações. Notadamente aqui, onde analisamos a manobra que transformou algumas expressões de alunos em problemas clínicos, destaca-se uma concepção de sujeito submetida a uma nova engrenagem de poder nascente no século XIX e nomeada por Foucault (2006b) de *biopoder*. Conforme nos aponta Adorno, S. (2004):

Esta seria uma nova mecânica de poder, que não diz mais respeito exclusivamente à lei e à repressão, mas que dispõe de uma riqueza estratégica porque investe sobre o corpo humano, não para supliciá-lo, contudo para adestrá-lo; não para expulsá-lo do convívio social, senão para explorar-lhe o máximo de suas potencialidades, tornando-o politicamente e economicamente dócil [...]. Esse é justamente o nascimento da biopolítica, a partir do que a questão da vida é problematizada no campo do pensamento político (ADORNO, 2004, p. 58-59).

¹⁷ Vale destacar que não estamos negando a existência de pessoas com sintomas psíquicos e a necessidade de acompanhamento profissional para esses casos. Questionamos a forma como o excesso do emprego do rótulo “problema psíquico” mascara um questionamento acerca de fatores institucionais, políticos e econômicos que influenciam a compreensão de um fenômeno como, por exemplo, a noção de fracasso escolar.

Quando pensamos no aluno que hoje fracassa na escola, devemos levar em consideração que estamos falando de um “sujeito psicológico” construído a partir destas estruturas de biopoder e suas formas de subjetivação, que criaram o solo no qual foi possível o aparecimento e o governo não somente desse aluno tido como fracassado, mas também da noção de família desajustada; da criança problemática; do adolescente instável; do funcionário improdutivo; enfim, uma forma de descrever os fenômenos humanos a partir do crivo da normalidade estabelecida por critérios “científicos” oriundos das áreas médica e psicológica. A biopolítica permite, a difusão de uma modalidade de poder apontada por Foucault (2006b) como poder disciplinar. Vivemos num contexto social ordenado por uma disciplina internalizada que, de forma capilar, determina nossas ações e pulveriza o temor da exclusão oriunda de uma anormalidade tida como sinônimo de patologia seja ela física ou mental.

Não pretendemos nesta tese versar sobre a sintomatologia, formas de tratamento ou possibilidades de intervenções pedagógicas no que diz respeito aos “transtornos de aprendizagem”, buscamos mostrar de que maneira a classificação psiquiátrica infantil é resultado do moderno modo de governo dos sujeitos (através da biopolítica). Assim, deixando de lado a suposta problemática sobre as causas das patologias (o “biológico” *versus* “o social”; o “mental” *versus* “o orgânico”), analisamos diferentes nosografias que nomeiam as “patologias dos escolares”, a partir de um viés histórico, ou seja, partindo da história do conflito entre saber e poder e uma nova modalidade de controle populacional difundida a partir da segunda metade do século XVIII pelo poder disciplinar.

Segundo Lima (2004) e Rose (1998), alguns manejos foram necessários para que houvesse o surgimento desse solo biopolitizado e desse sujeito disciplinar. Esses autores, seguindo uma orientação foucaultiana, entendem que essas manobras estão relacionadas com uma alteração no modo de governo das populações. Essa noção de governo extrapola uma concepção política de administração estatal e está relacionada a uma gerência da população “macro e microcosmicamente” (LIMA, 2004, p. 31). Esta só foi possível devido ao desenvolvimento de dois campos epistêmicos: a economia política e a estatística, e a partir do momento em que o conhecimento dos hábitos de vida populacional tornou-se alvo de interesse da administração pública, com o objetivo de incremento de controle sobre a vida pública e privada dos cidadãos.

Para Foucault (2002a), a noção de governamentalidade está relacionada a uma replicação de técnicas que em diferentes lugares, no dia-a-dia, reproduzem a função de governar, determinando condutas e ações. Todas as palavras, expressões, termos técnicos, modos de instrução, *feedbacks* e avaliações que nomeiam e definem esse cotidiano não são

reflexos de nossas experiências, mas produtoras elas mesmas dessas experiências que, uma vez internalizadas e incorporadas aos nossos modos de vida e às formas como nos reconhecemos, parecem incontestavelmente naturais.

Segundo Rose (2001), todas essas tecnologias¹⁸ seriam tentativas pragmáticas para instalação de um modelo único de indivíduo com um ideal ético que atravessaria diferentes locais e práticas. Agora perguntamos: que balizas são essas que determinam, por exemplo, o conceito de bom aluno como quem tira boas notas e é bem comportado?

Ainda conforme as ideias de Rose (2001), não podemos deixar de lado o estabelecimento de uma relação entre a positividade e prescrição dos saberes “psi” e as políticas econômicas, sobretudo na lógica da economia liberal e sua propaganda, na qual somos indivíduos “livres” (para consumir, para trabalhar, para produzir, para andar conforme regras e normas...). “Existe a tentação em muitos regimes de subjetivação, a enfatizar os elementos de autodomínio e as restrições, em detrimento de nossos próprios desejos e instintos – a exigência para que controlemos ou civilizemos uma natureza interior considerada excessiva” (ROSE, 2001, p. 44).

Os campos de conhecimento “psi” apresentam-se, sobretudo, como uma forma particular de *expertise* da conduta humana. Basta uma olhada rápida nos jornais, nas revistas ou em alguns programas televisivos e encontraremos uma série de dicas sobre como devemos educar as crianças para que elas sejam adultos mais felizes¹⁹; sobre como o professor deve controlar o aluno excessivamente agitado, e ainda, sobre como devemos lidar com a atração sexual no ambiente de trabalho...

Fazendo referência a Deleuze (1998), Rose (2001) demonstra que essa “interioridade” que os profissionais “psi” buscam desvendar não seria a expressão “natural” do psiquismo humano, mas a manifestação de uma série de injunções, conselhos, técnicas, hábitos de pensamento, rotinas e normas, que vieram de uma exterioridade a ser plissada e introjetada. Na perspectiva de Rose (2001), aqueles sujeitos que se recusam a reconhecer-se nas designações que lhes são inculcadas são designados como quem deve “ter algum problema interno”; diagnóstico a ser desdobrado em exames, testes, opiniões de especialistas. Há uma insistência na tentativa de nomeação desse sujeito, agora no campo da patologia: não sabe escrever? É disléxico. Não consegue se concentrar no trabalho? Pode ser sinal de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Não tem pique para brincar todo

¹⁸ Rose (2001) define tecnologia como “qualquer agenciamento ou qualquer conjunto estruturado por uma racionalidade prática e governado por um objetivo mais ou menos consciente” (p. 38).

¹⁹ Vide ANEXO A.

dia com o filho? Talvez seja uma mãe deprimida... Fóbico, portador de síndrome do pânico, dislálico, portador de ansiedade de separação, deficiente, limítrofe, paranoico, bipolar... *louco!*

Numa perspectiva foucaultiana talvez esses sujeitos, enquadrados num lugar de anormalidade, estejam apenas fazendo resistência a esse poder de construção de nossa identidade. Mas algumas vezes eles se cansam de resistir e aceitam uma identificação com a nomeação patológica, que passa então a defini-los: “*olha, eu sou bipolar*”, “*não consigo prestar atenção na aula porque eu sou hiperativo*”. Tal movimento acaba por silenciar tais sujeitos, que aceitam “ser falados” pelos campos de saber aos quais conferem autoridade:

Diz-se quase sempre que o doente mental perdeu sua mente. A cura que a Instituição psiquiátrica oferece é dar-lhe de volta sua mente... vazia. O paciente psiquiátrico hospitalizado [...], a criança molestada por testes psicológicos e ameaçada de rotulação psiquiátrica injuriosa, estão expostos à mesma influência desumanizadora. Comumente aceitam a solução que o sistema lhe oferece: adotam uma identidade circular de modo que não podem ser apanhados ou submetidos por ninguém. Mas tendo se tornado sombras, não projetam sombras. A sobrevivência social é sua morte espiritual (SZASZ, 1980, p. 155).

No que diz respeito ao governo da subjetividade infantil, vemos como esse processo é atravessado pelo histórico escolar da criança, como se fosse determinante a correlação entre o bom aluno (ou o aluno ajustado à escola) e o bom cidadão (ou o cidadão ajustado). A partir do século XIX, é difícil desvincular a imagem de criança da de aluno. Do Ó (2003) chega a afirmar que “a criança foi transformada em aluno” (p. 57). Será na escola que essas crianças serão submetidas a uma série de tecnologias que definem sua subjetividade e ao mesmo tempo generalizam a construção da ideia de criança psicologizada que deverá se enquadrar a um ritmo determinado e provar que está se “desenvolvendo” adequadamente. Esse discurso sobre a subjetividade e a identidade dos alunos não para de aumentar. Seu foco, mesmo camuflado, gira em torno do propósito de gerar alunos (futuros adultos) altamente produtivos. E aqueles que não entram na lógica desse discurso só podem estar com algum problema...

Conforme Lima (2004), a criação da noção de “criança-problema” deu margem à ampliação da vigilância e controle dos níveis de desenvolvimento de todas as crianças, porque afinal, mesmo aquelas que estão momentaneamente ajustadas podem vir a enfrentar problemas futuros.

Esta denominação “criança-problema” teria surgido por volta de 1930 como forma de distinção daquelas consideradas “anormais” devido a fatores biológicos (como as

classificadas de idiotas e imbecis). A criança tomada como problema teria se tornado anormal devido a alguma degeneração moral, demonstrando uma sobredeterminação entre os dois conceitos (criança anormal e criança-problema).

Segundo Pacheco e Silva (1951):

Ao se estabelecer a distinção entre as crianças normais e anormais, cumpre que se tenha em vista não apenas aquelas que apresentam atraso mental, isto é, as idiotas, as imbecis, as simples retardadas, como também as que têm conduta irregular, revelando muitas vezes inteligência viva, mas acusando comprometimento das faculdades morais e anomalias do caráter. Assim, toda criança que apresenta um atraso de inteligência reconhecidamente inferior à média das crianças da mesma idade, ou que tenha comportamento irregular, denunciando anomalia moral, diz-se que é uma anormal (PACHECO E SILVA, 1951, p. 618).

Nesse contexto, não só a criança, mas toda a família deveria ser alvo de cuidados higiênicos, médicos, pedagógicos e psicológicos e caberia à escola a função de “detecção precoce” de sinais que pudessem indicar qualquer alteração comportamental e / ou patologia psicológica. Mas, baseado em que parâmetros o professor identificaria esses sinais? Conforme Lourenço Filho (1962), os professores deveriam ter conhecimento de psicologia e desenvolvimento infantil. Esse pressuposto pode hoje ser reconhecido na alta procura dos docentes por uma formação em psicopedagogia e na demanda por cursos e palestras ministradas por profissionais “psi”.

Esses professores recorrem aos profissionais “psi” amparados em frases como “*eu não sei como agir com meu aluno X*”, “*tenho medo de trabalhar de determinada forma com meu aluno Y e isso desencadear algum problema psicológico*”, “*preciso que vocês me digam o que fazer com S., porque não sou especialista*”. As orientações e dicas provenientes da fala desses especialistas dão muitas vezes a impressão de serem prescrições, isto é, receitas, que embora apresentem o caráter de verdade sobre o sujeito não aplacam a angústia dos profissionais da área de educação de não conseguirem saber “tudo” sobre seu aluno.

Os saberes “psi” também têm lugar importante na emissão dos atestados de normalidade: laudos e avaliações, obtidos por meio da aplicação de testes e experiências. A criança retratada pelos teóricos, sobre a qual se estabelecem determinados padrões de comportamento, fala ela mesma muito pouco. Interessante notar que a forma como se retrata essa criança e seus possíveis problemas reforça uma ideia de “natureza”; pouco se questiona as categorias que as descrevem, bem como a própria noção de subjetividade enquanto

construção²⁰. A exterioridade do comportamento de uma pessoa é vista como reflexo de seu mundo interior. A psiquiatria moderna, a psicologia experimental e a pedagogia higienista, na virada do século XIX para o século XX, passaram então a buscar meios de confirmar essa premissa.

Para desenvolver as questões acima assinaladas amparamo-nos numa abordagem metodológica que pretende ser mais do que apenas uma forma de organizar e analisar dados. A expressão “o método”, empregada por Foucault (1993) para falar sobre seu estudo acerca dos dispositivos de sexualidade, não deve ser entendida apenas como conjunto de regras e etapas que precisam ser seguidas rigidamente na compreensão de um determinado fenômeno. Para esse autor, pensar em um método é estabelecer “prescrições de prudência” (FOUCAULT, 1993, p. 89), isto é, ter cuidado para tratar de uma problemática a ser demonstrada e analisada. Portanto, num trabalho como o nosso, que pretende compreender os modos de produção e circulação (ou seja, de institucionalização) de um discurso médico e psicológico acerca de fenômenos escolares, não podemos reduzir a complexidade da temática a uma busca dos “culpados” pela exclusão e rotulação de crianças e jovens nas escolas. Estamos diante de uma engrenagem, por isso, a escolha da metodologia utilizada nesta pesquisa visa facilitar a compreensão da mecânica de funcionamento dessa entendação.

Neste trabalho, procuramos desenvolver a tese de que a infiltração do discurso médico e psicológico no âmbito escolar patologiza muitos alunos que não conseguem apresentar um rendimento tido como satisfatório; alunos esses que não poderiam ser classificados como deficientes intelectuais ou com problemas neurológicos graves, mas que são considerados comprometidos por apresentarem um suposto transtorno, déficit ou doença mental. A presença de uma certa nosografia “psi” /médica no cotidiano das instituições escolares é inspiradora de práticas que criam e sustentam as condições de entendimento de um aluno que “vai mal na escola” como um aluno com um potencial distúrbio/déficit/problema/transtorno²¹.

²⁰ “A subjetivação é, assim, o nome que se pode dar aos efeitos da composição de forças, práticas e relações que tentam transformar – ou operam para transformar – o ser humano em variadas formas de sujeito, em seres capazes de tomar a si próprios como sujeitos de suas próprias práticas e das práticas dos outros sobre eles” (ROSE, 2001b, 143).

²¹ Empregamos as expressões “transtornos de aprendizagem”, “distúrbios de aprendizagem”, “problemas de aprendizagem”, “déficit de aprendizagem”, “dificuldades de aprendizagem” sem maiores distinções, uma vez para nós é importante assinalar que com um linguajar mais “científico” ou mais “comum” todas remetem a um problema que residiria apenas no aluno, e indicam que algo lhe falta e /ou não funciona “adequadamente”. No dicionário de termos técnicos de medicina e saúde (REY, 2003) encontramos: A) *Distúrbio sm(patol)1) Perturbação; desvio da normalidade; interrupção ou interferência com um estado normal.* 2) *Anomalia da estrutura, da função ou de ambas em um órgão ou sistema, que resulta de uma falha genética ou de desenvolvimento embrionário imperfeito ou, então, de fatores exógenos, quaisquer que sejam suas causas(físicas, químicas,biológicas ou sociológicas).*3) *Agitação psicológica; inquietude.(p.263).* B) *Transtorno*

Para ilustrar e sustentar o desenvolvimento da tese lançada nos apoiamos na análise de documentos e de relatórios confeccionados no interior de um serviço denominado “Saúde Escolar” prestado num município da região metropolitana de São Paulo. Esses relatórios foram escritos por professores da Rede Municipal de Ensino com o objetivo de encaminhar alunos para triagens a serem realizadas por profissionais do mencionado serviço (psicólogos, fonoaudiólogos e psicopedagogos²²); também tomaremos como fonte de estudo os relatórios de avaliação psico (pedagógica) produzidos por esses profissionais, e os relatórios acerca da evolução dos atendimentos dos alunos que foram encaminhados para tratamento.

O material coletado será organizado e analisado numa abordagem qualitativa, e para isso utilizaremos a perspectiva de Albuquerque (1986) e Maingueneau (1997, 2008a, 2008b) de análise do discurso institucional.

Façamos um breve histórico de nosso primeiro contato com o referido serviço de Saúde Escolar. Ele ocorreu em 2004, época em que ministrávamos a disciplina Psicologia Escolar no curso de Pedagogia de uma universidade privada de São Paulo. Muitos estudantes eram provenientes do município em que está alocado o serviço de Saúde Escolar e exerciam docência nessa rede de ensino. A proposta de analisar os mecanismos de exclusão de escolares, prevista no programa da disciplina, levou alguns deles a questionar a institucionalização do mecanismo de encaminhamento dos alunos do município para atendimentos especializados. Para ilustrar suas preocupações esses estudantes trouxeram quadros com tabulação de dados colhidos em sistemáticas triagens psicológicas e psicopedagógicas de alunos daquela rede de ensino (vide **Anexo B**); destacando a repetição de algumas expressões (TDA/H, imaturidade, déficit, variação normal de inteligência - VNI) na descrição dos sujeitos avaliados.

Nesse contexto, discutimos, a partir do material trazido pelos estudantes de Pedagogia, como praticamente todas aquelas crianças avaliadas eram encaminhadas para tratamento com psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos e médicos; discutimos também o fato de que a elas era sugerida a prática de esportes (sobretudo nas modalidades de luta) em detrimento do investimento em um trabalho pedagógico. Aproveitamos todas essas questões como mote para a escrita do nosso projeto de pesquisa com vistas à admissão no Programa de Pós-Graduação na Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo.

(CID): 1) Ato ou efeito de transtornar 2) Desarranjo, desordem 3) Doença ou perturbação mental(p. 877); C) Déficit:1) O que falta para completar determinada quantidade ou valor.2) Falta ou insuficiência de uma substância necessária em determinado nível ou concentração (p. 232). Para a definição de “dificuldades no aprendizado” dada pelo mesmo autor, consultar página 99 de nossa tese.

²² Os psicopedagogos que são funcionários do serviço de Saúde Escolar têm formação inicial em Pedagogia.

Em agosto de 2007, após entrada no Programa, contatamos o então diretor do serviço de Saúde Escolar, que nos autorizou a acompanhar parte da rotina de trabalho dos profissionais responsáveis pela triagem breve dos alunos da referida rede municipal de ensino; também tivemos acesso ao arquivo dos prontuários dos “alunos-paciente”²³. Durante três anos (agosto de 2007 até agosto de 2010), na qualidade de pesquisadores²⁴, passamos pelo menos um dia por semana (no último ano a frequência foi quinzenal) acompanhando a dinâmica de funcionamento do serviço.

O serviço de Saúde Escolar é parte da Divisão Técnica de Saúde Escolar, uma das instâncias do Departamento de Educação Especial, que é subordinada à Secretaria Municipal de Educação. Conforme Informativo elaborado pela chefia do serviço, datado de 12 de maio de 2009, nomeado “Quem somos”²⁵, a proposta de trabalho é assim apresentada:

A saúde escolar tem ação diagnóstica, preventiva, de encaminhamentos, de acolhimento e secundariamente terapêutica, realizando tanto orientações, cursos, vivências e pesquisas. O objetivo é desenvolver recursos adequados às necessidades dos envolvidos. A pesquisa e ampliação da formação do educador de forma a ampliar sua conduta em sala de aula. [...] Otimizando estas ações temos a oportunidade de intervir no processo educativo de forma preventiva para conseguir, no futuro, um adulto mais saudável e apto para participar como cidadão. [...] Nossa equipe é composta de psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogas, médicos (voluntários) e enfermeiro, com vasta experiência profissional na área de Saúde do Escolar: Educação, Instituição, Clínica e Pesquisa. [...] Esta nossa proposta envolve informações teóricas, vivências, visualizações criativas, entre outras, e proporciona modificação natural de comportamentos não produtivos, sempre buscando o bem estar saudável dos envolvidos.

[...]

Avaliamos um grupo de alunos, dentro da escola, junto com a coordenação, damos devolutiva para pais, orientação aos professores. Isso pode ser feito em uma única manhã (ou dia). [...] O intuito é desenvolver na equipe da escola, a capacidade de perceber as dificuldades encontradas com os alunos e desenvolver no professor habilidades para trabalhar com elas, de forma a facilitar o processo educacional, cumprindo o seu papel de professor, muito além e mais do que simplesmente lecionar.(INFORMATIVO- “QUEM SOMOS”, 2009)

O serviço propõe o desenvolvimento dos seguintes programas:

²³ Muitos alunos triados eram encaminhados para atendimentos terapêuticos na sede do serviço de Saúde Escolar.

²⁴ Apresentei-me aos profissionais do serviço de Saúde Escolar como doutoranda em educação, e entreguei para o chefe do serviço meu projeto de pesquisa. Os profissionais foram comunicados que eu estaria realizando uma pesquisa sobre o discurso que circula entre os professores que demandam atendimento para seus alunos e sobre a devolutiva dada por esses profissionais aos professores. Para análise dos efeitos da minha presença e do meu discurso no Serviço, vide “Considerações finais”.

²⁵ Este informativo é direcionado, sobretudo, para diretores, coordenadores e professores para que conheçam o trabalho desenvolvido pela equipe de Saúde Escolar. Para leitura na íntegra vide ANEXO C.

- Triagem psicológica e psicopedagógica dos alunos da Rede Municipal de Ensino;
- Avaliação das dificuldades pedagógicas de alunos mediante solicitação das escolas da rede realizada pela equipe de profissionais da Saúde Escolar;
- Elaboração de diagnósticos e encaminhamentos de alunos para modalidades médicas, esportivas, terapêuticas e pedagógicas;
- Diagnóstico de deficiências (“Para inclusão podem aparecer as deficiências mentais, auditivas, visuais, físicas, múltiplas, as síndromes, além dos casos de doenças mentais e das dislexias” – **Anexo J**) e encaminhamento de alunos para processo de inclusão;
- Orientação a pais;
- Orientação ao corpo docente;
- Terapias psicológica, psicopedagógica e fonoaudiológica;
- Cursos, palestras e vivências.

Dessas modalidades apresentadas pelo serviço de Saúde Escolar, acompanhamos mais detidamente o processo de triagem psicológica e psicopedagógica²⁶. Na condição de observadores, fomos às escolas junto com a equipe do serviço e acompanhamos a aplicação dos procedimentos de triagem (realização de testes com as crianças, anamnese com pais, devolutiva para equipe da escola). Na sede do serviço, outra atividade que desenvolvemos foi a análise de documentos e textos que buscavam explicar a natureza do trabalho prestado. Executamos também a leitura e estudo dos prontuários das crianças e adolescentes encaminhados e atendidos nas modalidades de terapia psicológica e terapia psicopedagógica. Os prontuários das crianças atendidas pelo serviço de Saúde Escolar são compostos de relatório de encaminhamento de alunos feito pela escola (anexo D); ficha de anamnese realizada pela equipe de Saúde Escolar com os pais(anexo E) ; resultados de testes(anexo F); relatórios de avaliação da triagem (psico) pedagógica realizada nas escolas(anexo G) ; relatórios de evolução de tratamento; relatório de encaminhamento para especialistas e produções realizadas pelas crianças alguns desenhos, histórias, produção escrita e, em alguns casos, contas matemáticas.

Realizamos a leitura de aproximadamente quarenta prontuários; destes selecionamos quatro para análise mais aprofundada²⁷. Tomamos como objeto de estudo os relatórios de

²⁶ Triagem essa denominada “breve” por ser realizada em parte de uma manhã.

²⁷ A escolha da quantidade de relatórios foi aleatória. De modo geral a totalidade dos prontuários lidos apresenta a mesma composição (relatório de encaminhamento da escola, relatório de avaliação pela equipe de saúde

encaminhamento (da criança para o serviço e da criança para outros especialistas), os de avaliação da triagem e os de evolução de atendimento que foram integralmente transcritos no capítulo 3.

Partamos então para as etapas do processo de organização e análise do material recolhido na pesquisa de campo realizada no serviço de Saúde Escolar.

Segundo Lefèvre, A. e Lefèvre, F. (2003), a pesquisa qualitativa é a mais indicada quando se quer conhecer o pensamento de uma coletividade sobre um determinado tema, e ela visa a identificação de qualidades para um determinado agrupamento (o que vale, o que não vale, o que é importante, o que não é importante). Também para esses autores, a resposta do sujeito diante de uma questão (como por exemplo, “qual o motivo do encaminhamento do aluno (a) para o serviço de Saúde Escolar?”) é um discurso, um discurso que não é enunciado de qualquer lugar, mas a partir da posição de um sujeito em uma instituição.

Três princípios orientaram nossa perspectiva de análise do discurso institucional:

1. A noção de discurso como ato (ALBUQUERQUE, 1978), e a noção de que todos os procedimentos institucionais são oriundos e mantenedores de práticas discursivas, tal como preconizado por Foucault (1996).
2. O conceito de instituição, concebido por Albuquerque (1978, p. 68), como “relações sociais concretas que se repetem e, nessa repetição, legitimam-se”.
3. A definição de análise do discurso proposta por Maingueneau (2000), sobretudo a noção de que é preciso analisar o mesmo estabelecendo uma articulação entre o que é dito (texto), dentro de que gênero (contexto), e a partir de qual lugar de enunciação.

Para Maingueneau (2008a) a análise de discurso não pode ser confundida com análise de textos. Não tomamos as palavras, as expressões e buscamos revelar possíveis sentidos ocultos. Na abordagem metodológica que empregamos, buscamos entender de que maneira aquilo que era dito, bem como os não-ditos delimitam identidades, papéis, e o jogo institucional que repousa sobre uma base histórica e ideológica. Ainda conforme esse mesmo autor poderíamos empregar uma metáfora para ilustrar sua proposta em análise discursiva. Para ele, analisar o discurso é como buscar reconstruir um prédio arquitetônico, não apenas o

escolar, relatório de evolução nos atendimentos e cartas de encaminhamento). Escolhemos quatro prontuários cujos sujeitos eram/foram atendidos em terapia psicopedagógica(havia também prontuários de crianças atendidas apenas em terapia psicológica e fonoaudiológica, que não consideramos para este estudo, uma vez que na modalidade terapêutica psicopedagógica esperávamos encontrar maiores referências às questões escolares.

prédio em si, mas, destacadamente, compreender a arquitetura a partir dos usos que as pessoas fazem de um determinado edifício.

Maingueneau (2008a) propõe então uma “reflexão pragmática sobre a linguagem” (p.24), por meio:

- a) de uma passagem da análise do ato verbal enunciado para análise do lugar e modo de enunciação (a posição que cada membro ocupa no discurso, o que determina características desse e a forma como as palavras são ditas);
- b) da passagem de uma análise da linguagem em si para o contexto que a articula;
- c) uma passagem da análise das instituições linguísticas para as instituições sociais.

No nosso entender essa metodologia pode ser utilizada como uma proposta de organização dos discursos apresentados nos relatórios e documentos que circulam na instituição “Saúde Escolar”, pois por meio dela é possível analisar esses discursos sem os reduzir a uma análise apenas de palavras pronunciadas por indivíduos. Vale dizer, a perspectiva foucaultiana que fundamenta teoricamente esse trabalho não permitiria tal extrapolação e não ratificaria a tentativa forçada de buscar uma generalização dos discursos individuais.

Tampouco trabalhamos com uma soma de pensamentos, mas com a representação de modo coletivo do pensamento e das ações de um grupo determinado (em nosso caso, educadores, psicólogos e psicopedagogos) em que seus participantes estão submetidos a uma mesma estruturação institucional no serviço de Saúde Escolar, que prevê ações de encaminhamento, triagem e atendimento. A ideia central na proposta de Análise do Discurso de Maingueneau (2007) é irmos além da interpretação da palavra proferida pelo sujeito individual. A Análise do Discurso seria “uma disciplina que busca pensar a relação entre um lugar social e uma certa organização textual” (MAINGUENEAU, 2007, p. 23).

Os quatro casos de crianças que foram encaminhadas e triadas pelo Serviço de Saúde Escolar e que tomamos para análise serão identificadas, ao longo de nossa exposição, como: *sujeito 1, sujeito 2, sujeito 3 e sujeito 4.*

A escolha de uma estratégia de leitura desses relatórios e documentos amparada numa vertente de análise institucional do discurso deve-se ao fato de que vimos, por meio do material coletado, o emprego de uma linguagem classificatória, calcada em categorias nosográficas ou fazendo referência à descrição sintomatológica que remete a essas categorias. A repetição de termos, expressões e indicações de procedimentos em diversos relatórios

tomados ao acaso e nos documentos analisados, escritos por diferentes profissionais no contexto do mesmo serviço, indicam que para além da expressão individual dessas pessoas, isso que se repete demonstra o enquadramento a um conjunto de regras que esses sujeitos não dominam (MAINGUENEAU, 2007), mas que imprimem uma determinada forma de olhar e agir. Isso que captura o sujeito é o discurso.

Entender a instituição “Saúde Escolar” implicou uma análise de suas práticas (sobretudo as que se repetem e se legitimam ao se repetir), destacadamente a escrita de relatórios e documentos que procuram explicar a natureza dos serviços prestados, pois por meio desses registros pretendemos inferir o tipo de relação estabelecida entre os professores da rede municipal de ensino e os especialistas da Saúde Escolar.

O que há por trás do pedido de encaminhamento de alunos para atendimentos especializados? Com que termos esses encaminhamentos são feitos? A que se propõe a instituição nos relatórios de devolutiva das triagens que serão lidos por professores e coordenadores? De que sujeitos falam esses relatórios? Quais recursos utilizados nesses relatórios são empregados para justificar e legitimar o funcionamento do Serviço?

Na perspectiva da análise do discurso institucional busca-se romper com a ideia de que primeiro precisamos analisar quem é o sujeito, para depois fazermos a caracterização da instituição, uma vez que se entende que os modos de subjetividade são sempre mediados na vida social pelas e nas instituições (ALBUQUERQUE, 1986). Interessa-nos nesse sentido destacar: que tipo de conhecimento a instituição produz e /ou faz circular e a indicação dos mecanismos que permitem a reprodução e o reconhecimento de posições. O *corpus* de nossa análise será o processo de produção e circulação do discurso psicológico/médico em meios escolares, produzindo e acentuando o esvaziamento do ato educativo.

No caso da nossa pesquisa, buscamos indicar quem e sobre quem é articulado um discurso, para quem se propõem práticas clínicas e pedagógicas. Uma vez definido de que sujeito falamos, coube a nós, definirmos a origem das práticas institucionais analisadas, trabalho que desenvolvemos por meio da pesquisa bibliográfica realizada no capítulo um e dois desta tese.

Na discussão acerca dos discursos-síntese formados utilizamos as considerações propostas por Maingueneau (2008b) na abordagem da análise do discurso que circula em uma instituição, por meio da construção de uma cenografia (indicação da disposição dos lugares de enunciação) e da demonstração de como essas falas são constituídas a partir das expectativas geradas em relação a esses lugares. Mais do que apresentar o que foi dito, buscamos indicar de que modo os sujeitos revelam uma realidade por meio de suas formas de agir, pois “falar

não é descrever uma realidade observada/observável; é sim, um modo de agir; a linguagem comum, ordinária, é o horizonte último que se constitui a experiência; e ela é sempre ponto de partida da análise.” (GUIRADO, 2007, p. 207). O foco da análise não está na palavra, e sim nos sentidos do discurso, o qual, ao ser proferido, revela uma história e uma relação de poder articulada a um saber. Após a análise e discussão desses discursos buscamos pôr em questão os métodos e técnicas utilizados pelo serviço Saúde Escolar.

Esta tese de doutorado fará um estudo aprofundado das questões acima enunciadas. Além da apresentação e introdução, ela também é composta por três capítulos: Capítulo 1 – “Marcos na construção da psicopatologia psiquiátrica a partir do século XIX, com ênfase nas categorias relacionadas à infância e adolescência e sua escolarização”. Capítulo 2 – “A construção de um solo epistemológico”, e Capítulo 3 – “Análise dos discursos que circulam num serviço de Saúde Escolar”. As considerações finais, referências e anexos completam o trabalho.

No **capítulo 1**, buscamos compreender as raízes da leitura que temos hoje das ditas dificuldades de aprendizagem como um “transtorno mental”, podendo, portanto, ser alvo de um saber psicológico e / ou médico. Para tanto, traçamos o desdobramento histórico das classificações nosográficas correlacionadas a manifestações tidas como comprometedoras do aprender, por meio do estudo do surgimento da psiquiatria moderna, da psiquiatria infantil e das alianças traçadas com o campo educacional.

Buscamos na ascendência nosográfica das categorias e nos procedimentos “técnicos” apresentados em diferentes manuais psiquiátricos as descrições da sintomatologia e a insistência daquilo que no DSM-IV e na CID-10²⁸ aparece frequentemente relacionado aos problemas de aprendizagem (dificuldades de leitura e escrita; dificuldades nas noções matemáticas; dificuldades de “raciocínio”; dificuldades de concentração; dificuldades de memória; dificuldades de representação e expressão). No estudo das categorias nosográficas, que buscam traduzir em termos clínicos os comportamentos infantis “desviados” ou “inadequados”, percebemos haver uma insistência na referência à função do raciocínio, que estaria comprometido nos referidos “distúrbios de aprendizagem”, sendo estes resultados de uma ausência e/ou mau funcionamento de certas habilidades e capacidades psíquicas. A referência ao “mau uso” da função do raciocínio aparece como predominante em um dos

²⁸ Tomamos o DSM-IV (2000) e a CID-10 (1993) como exemplos manuais psiquiátricos atuais, por serem utilizados como referência no Brasil na classificação dos ditos transtornos mentais, e por dedicarem um espaço para a classificação de problemas apresentados na infância e na adolescência, dentre eles os chamados “transtornos de aprendizagem”.

“eixos de loucura”, nomeado em diversas classificações taxonômicas formuladas a partir do século XIX como sendo manifestação de imbecilidade e idiotia.

Passamos então a analisar a genealogia das concepções de imbecilidade e idiotia como formas de loucura, e a pensar como as categorias nosográficas, que buscam enquadrar o insucesso escolar quando oriundo de um comprometimento “orgânico”, descendem desses conceitos. Nosso objetivo é destacar de que forma esta correspondência imaginária entre “loucura” e “fracasso escolar” é geradora de concepções clínicas, terapêuticas e até de certas práticas pedagógicas. Para tanto, utilizamos a perspectiva de Berrios (2008b) no estudo de história em psicopatologia. Assim, tomamos os manuais de psiquiatrias contemporâneos (CID-10 e DSM-IV) e neles listamos as nomenclaturas e sintomatologias relacionadas aos “transtornos de aprendizagem” (nosso objeto de investigação nesta parte da tese) e a partir daí, analisamos nos tratados de psiquiatria, formulados a partir do século XIX, as constantes conceituais em referência à idiotia, à imbecilidade.

Buscamos também demonstrar, nesse capítulo, de que forma o “Tratamento Moral” idealizado por Pinel (1809/2005), tinha uma orientação pedagógica, e inspirou a prática/tratamento da idiotia e imbecilidade, no contexto de uma Educação Especial. A busca da etiologia das afecções mentais infantis, e sua correlação com “hábitos morais inadequados” lançarão uma inquietação em relação aos procedimentos profiláticos a serem adotados para todas as crianças. Veremos como possíveis “problemas de caráter” (e posteriormente “problemas afetivos”) serão vistos como prenúncio dos transtornos mentais. Nas categorias atuais de “transtornos de conduta” e “transtornos emocionais” ainda encontramos heranças de uma perspectiva higienista de compreensão do funcionamento psíquico infantil.

No **capítulo 2**, buscamos apresentar, guiados pelo conceito de poder psiquiátrico, as formas de articulação saber / poder que permitiram a elaboração e circulação de um discurso psiquiátrico que procura estabelecer os limites entre normalidade e patologia e “administra” formas de subjetividade. Dessa forma, nos auxiliaram na construção desse capítulo cinco obras de Foucault: *A ordem dos discursos* (1996), *História da loucura* (2000), *Os anormais* (2002a), *A hermenêutica do sujeito* (2006a) e *O poder psiquiátrico* (2006b).

Primeiramente procuramos entender quais foram as manobras necessárias para a construção do conceito de sujeito psicológico como objeto de estudo, investimento e controle por parte da medicina e da psicologia, destacando, sobretudo, como o sujeito com “transtornos mentais” foi responsável por fundar o discurso psiquiátrico, com foco na figura da “criança-problema ” ou “potencialmente problemática”. Ao longo desse capítulo, nos concentramos nas considerações sobre a criança a/normal e buscamos estabelecer de que

forma os saberes “psi”, por meio da criação e circulação dos conceitos de normalidade, passaram a se constituir como o novo oráculo do bem viver. Para isso, tomamos a obra *A criança-problema* (1947) de Artur Ramos e buscamos reconstruir de que forma a consolidação do discurso psiquiátrico precipitou a passagem desta concepção de *criança-problema* para a de *criança doente*.

Para entrar em contato com reflexões já feitas sobre esse tema, também nos apoiamos em algumas dissertações e teses. Assim, para definir o conceito de “aluno-problema” e os procedimentos pedagógicos em relação ao mesmo, analisamos a tese de Lima (2004): *O espectro da irregularidade ronda o aluno: um estudo da literatura pedagógica e da legislação sobre a criança-problema*. Foi também objeto de nosso estudo, a dissertação de Guarido (2008) intitulada: *O que não tem remédio, remediado está: medicalização da vida e algumas implicações do saber médico na educação*, que, por meio do estudo de artigos da Revista Nova Escola (Editora Abril), nos apresenta a forma como uma visão biológica dos processos escolares aparece incorporada e naturalizada nos discursos de educadores. Na tese de Jatobá (2002): *A sombra das escalas: um estudo sobre a concepção de anormalidade em Alfred Binet*, acompanhamos um estudo sobre o histórico e o impacto das propostas psicométricas de Binet na pedagogia, e, sobretudo, a construção do conceito de “criança-anormal” articulado à educação especial. Algumas das questões apresentadas nesses trabalhos são por nós retomadas agora sob a ótica do conceito de discurso psiquiátrico tal qual formulado por Foucault (2006), atentando para a forma como é ele que articula as noções de criança-problema, medicalização da infância e a edificação de padrões de (a)normalidade.

Complementa o capítulo 2 o trabalho de Lima (2004), o qual traz a experiência de institucionalização de “crianças-problema” e “anormais” da Escola Pacheco e Silva, inaugurada, em 1929, no Complexo Hospitalar do Juquery, em Franco da Rocha. Ampliamos o estudo dessa experiência por meio de pesquisa que realizamos nos exemplares dos “Arquivos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo”, no *Boletim de Hygiene Mental*²⁹, bem como no material sobre a escola – o que restou do incêndio que ocorreu na biblioteca do Juquery. Essa experiência é analisada como exemplar no tocante à institucionalização do discurso psiquiátrico na educação.

O **capítulo 3** de nossa tese parte do estudo realizado em campo. Assim, como fundamento para as discussões desse capítulo, utilizaremos o material coletado no serviço de Saúde Escolar. A ideia contida no desenvolvimento desse trabalho de campo é a de analisar o modo como esse serviço constitui-se um exemplo atual de institucionalização da articulação

²⁹ Consultados na Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP).

entre o saber médico e psicológico com o discurso pedagógico. Para isso, tomamos como objeto de análise relatórios e documentos produzidos no interior dessa instituição.

CAPÍTULO 1 – MARCOS NA CONSTRUÇÃO DA PSICOPATOLOGIA PSIQUIÁTRICA A PARTIR DO SÉCULO XIX, COM ÊNFASE NAS CATEGORIAS RELACIONADAS À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA E SUA ESCOLARIZAÇÃO

Quando a história natural se torna biologia, quando a análise das riquezas se torna economia, quando sobretudo a reflexão sobre a linguagem se faz filologia e se desvanece esse discurso clássico em que o ser e a representação encontravam seu lugar-comum, então, no movimento profundo de tal mutação arqueológica, o homem aparece com sua posição ambígua de objeto para um saber e de sujeito que conhece: soberano submisso, espectador olhado, surge ele aí, nesse lugar do Rei que [...] durante longo tempo sua presença real foi excluída (FOUCAULT, 2002, p. 430).

Neste capítulo buscaremos apontar de que maneira o discurso psicopatológico atual, que inclui o aluno “que vai mal na escola” como possível portador de um transtorno de aprendizagem ou de um transtorno de conduta, foi sendo elaborado a partir do século XIX com a articulação da psiquiatria como especialidade médica. Partiremos da mítica fundação da psiquiatria moderna por Pinel (1809/2005) e da definição do tratamento moral como especificidade clínica psiquiátrica, a partir de uma concepção de loucura como “excesso de paixão” a ser contida por vias “pedagógicas”, sendo o alienista o professor/corretor da moral. Na busca da adequação do tratamento moral a partir da definição da etiologia dos transtornos mentais, especialmente em relação à idiotia e imbecilidade, foi estabelecida a noção de desenvolvimento (normal), porta de entrada para a edificação da psiquiatria infantil e das ditas patologias da infância.

1.1 O surgimento da psiquiatria no século XIX: entre a medicina e as ciências humanas

Abrimos este capítulo destacando alguns marcos na construção de uma concepção de psicopatologia, iniciada no século XIX, dando ênfase à linguagem da psiquiatria (compartilhada pelos diferentes campos “psi”) que permitiu a construção dos “transtornos” e “distúrbios” da atualidade, dentre estes os relacionados à infância e adolescência, destacadamente os chamados “distúrbios de aprendizagem”. No entanto, mais do que apresentar uma cronologia da psiquiatria e sua nosografia, buscamos entender quais articulações conceituais e práticas possibilitaram que fenômenos como os de uma “criança-aluna” que não corresponde ao rendimento esperado para a sua faixa etária (ou série) pudessem ser descritos nos seguintes termos:

Podemos considerar a hipótese de que X. tenha introjetado as *vivências de ansiedade* e medo que viviam os Estados Unidos na época de seu nascimento, devido ao episódio de 11 de setembro. Essas vivências permearam muito as pessoas que cuidaram dela na primeira infância, num clima de insegurança e pavor.

Considerando a preocupação da escola referente ao *desempenho* de X. no ensino fundamental, foi aplicado o *teste de inteligência WPPSI*³⁰, que mede os QIs verbal e de execução. X. apresentou *média* total superior (*QI. t= 122*) às *crianças de sua idade*, mas apresentou aspectos de *lentidão* no aprendizado devido a sua insegurança, o que comprometeu o resultado nas

³⁰ Teste psicométrico - *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence*.

áreas de execução por *falta de persistência e motivação*. Porém ela compensa essas “limitações” nas provas verbais o que comprova sua *capacidade intelectual*. X. está sendo acompanhada por um *neuro-pediatra*, que fez um *diagnóstico de déficit de atenção* no início de ___.

(Trecho de relatório de avaliação psicodiagnóstica de uma aluna encaminhada pela escola por motivo de “desatenção” e “rendimento escolar insatisfatório”. Grifos nossos).³¹

São objetivos específicos desta seção compreender a articulação histórica e conceitual que permitiu que expressões e termos como: “vivências de ansiedade”, “desempenho”, “teste de inteligência”, “média referente às crianças de uma determinada idade”, “QI”, “lentidão”, “falta”, “persistência e motivação”, “limitações”, “capacidade intelectual”, “neuropediatra”, “diagnóstico” e “déficit de atenção”, pudessem estar todos agrupados no mesmo texto de um profissional “psi” que responde a uma demanda por parte de educadores, os quais solicitaram um parecer sobre uma aluna cujo rendimento escolar é tido como insatisfatório. Não é por acaso que essas expressões aparecem todas juntas...

Em 2008, embora a comunidade médica internacional tenha comemorado o ducentésimo aniversário da psiquiatria, esta só foi sendo reconhecida como uma especialidade clínica no início do século XX³². Para Marneros (2008), a data de inauguração deste ramo da medicina deveria ser determinada pelo emprego inédito da palavra “psiquiatria” (*psychiaterie* mudada poucos anos depois para *psychiatrie*) em 1809, pelo médico alemão Johann Christian Reil [1759- 1813], no texto “Sobre os termos da medicina e suas especialidades, especialmente com relação à retificação do tópico em psiquiatria”³³, publicado na revista “Contribuições no avanço do Método de Tratamento por Meios Psíquicos”³⁴.

Por sua vez, Garrabé e Weiner (1809/2005) destacam que um grande número de historiadores vincula a “paternidade” da psiquiatria ao médico alienista francês Philippe Pinel [1773-1842], sendo a publicação do *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental*³⁵, em 1809, a “certidão de nascimento” da especialidade. Para Postel e Quétel (2000), Reil e Pinel devem ter seus estudos reconhecidos como marcos na fundação da psiquiatria moderna, mas outros pioneiros no campo lhes acompanharam, como Chiarugi [1759-1820] na Itália,

³¹ Esse relatório foi enviado (em 2010) ao professor de uma escola privada de São Paulo que esta aluna frequenta. Este profissional, conhecendo nossa pesquisa, quis discutir conosco a relevância do mesmo para seu trabalho como docente.

³² Segundo Postel (2000), antes de 1900, devemos empregar a expressão alienismo, só podemos falar de psiquiatria a partir de 1920.

³³ “Über den Begriff der Medizin und ihre Verzweigungen, besonders in Beziehung auf die Berichtigung der Topik in der Psychiaterie”.

³⁴ “Beyträge zur Beförderung einer Kurmethode auf psychischem Wege”.

³⁵ “Traité médico- philosophique sur l’ aliénation mentale” .

Daquin [1733-1815] na França, Tuke [1784-1857] na Inglaterra, A. Joly [1748-1812] na Suíça, Held [1848-1905] em Praga e Korsakov [1854-1900] em Moscou, entre outros. Esses teóricos foram responsáveis por introduzir, a partir do século XIX, uma nova forma de enxergar a loucura e de tratar os loucos, a qual rompe a episteme do século anterior em relação à questão. A partir desse período, passa-se a acreditar que em toda loucura há um fundo de sanidade, mudando as perspectivas terapêuticas, tomando como premissa a ideia de que o louco poderia ser curado, desde que pudesse desenvolver autocontrole.

O que ocorre na passagem do século XVIII para o século XIX que precipita o surgimento não apenas da psiquiatria, mas de uma nova forma de concepção de Homem a ser nomeada e interpretada inclusive pelas também nascentes ciências humanas? Para Foucault (2002), na passagem para o século XIX, acompanhamos o surgimento de novos códigos culturais, teorias científicas e interpretações filosóficas que buscam explicar uma outra ordem de discursos e produção de conhecimento precipitada por algumas manobras:

[...] a teoria da representação desaparece como fundamento geral de todas as ordens possíveis; a linguagem, por sua vez, como quadro espontâneo e quadriculado primeiro das coisas, como suplemento indispensável entre a representação e os seres, desvanece-se; uma historicidade profunda penetra no coração das coisas, isola-as e as define na sua coerência própria, impõe-lhes formas de ordem que são implicadas pela continuidade do tempo; a análise das trocas e da moeda cede lugar ao estudo da produção, a do organismo toma dianteira sobre a pesquisa dos caracteres taxionômicos; e, sobretudo, a linguagem perde seu lugar privilegiado e torna-se, por sua vez, uma figura da história coerente com seu passado (FOUCAULT, 2002, p. XX).

Até o século XVIII, o processo de produção de conhecimento passava por um esforço em compor uma linha que caminhava continuamente entre a hermenêutica³⁶ e a semiologia³⁷, num movimento encadeado de estabelecimento de relação, de vinculação entre fatos e ideias através de um trabalho interpretativo. A partir do século XIX, para Foucault (2002), o princípio de ordenação do mundo não estará mais nas similitudes, mas nas identidades e diferenças. O estabelecimento de comparações através de medidas e ordens, da relação entre igualdade e desigualdade são procedimentos que podemos acompanhar no surgimento da psiquiatria moderna e na construção de diferentes nosografias elaboradas no esforço de distinguir gradações entre a “normalidade” e a loucura.

³⁶ “Conjunto de conhecimentos e técnicas que permitem fazer falar os signos e descobrir seus sentidos” (FOUCAULT, 2002, p. 40).

³⁷ “Conjunto de conhecimentos e técnicas que permitem distinguir onde estão os signos e como eles se constituem” (FOUCAULT, 2002, p. 41).

A “fundação” da psiquiatria coincide com o surgimento, no século XIX, das chamadas “ciências humanas”³⁸ e também foi influenciada pelas mesmas transformações que as tornaram possíveis. Para Foucault (2002), a origem das ciências humanas estaria relacionada à articulação de três campos: a biologia, a economia política e a filologia. A biologia surge como um desdobramento da história natural, para qual havia um interesse no estudo dos seres vivos, mas não da própria noção de vida como objeto epistêmico. A economia seria uma transformação do antigo interesse na análise de riquezas para a construção da noção representacional de valor das mercadorias³⁹. O apogeu da ideia de “representação que representa a si mesma” precipita o aparecimento da filologia em que a linguagem é tomada como um novo objeto cognoscitivo (junto à nova noção de vida e capital). A psiquiatria nascente no século XIX torna-se uma instituição conceitual, social e econômica que incorpora esses princípios epistemológicos de seu tempo, alinhando as noções de vida (saúde *versus* doença; normal *versus* patológico) e capital (relação entre transtornos mentais e capacidade de produção), numa linguagem psicopatológica que possui um léxico, uma gramática e regras para sua aplicação.

Em nosso entender, a psiquiatria moderna surge ancorada num mal-estar relacionado a uma tensão pendular vinculada ao próprio contexto epistêmico que circunda seu surgimento. Por um lado se esforça por ser reconhecida como ciência médica, buscando recursos e técnicas que possam legitimar seus constructos teóricos, afastando-se do estigma de prática “charlatã” ou “metafísica”; por outro, compartilha das características que Foucault (2002) atribui às ciências humanas: toma o homem como objeto empírico de estudo. Mas, em se tratando destas últimas, é difícil identificar com precisão seu campo de conhecimento, uma vez que este se localiza nos interstícios das ciências matemáticas e físicas, das ciências da linguagem, da vida, da produção e distribuição de riquezas e da reflexão filosófica.

O que explica a dificuldade das “ciências humanas”, sua precariedade, sua incerteza como ciência, sua perigosa familiaridade com a filosofia, seu apoio mal definido sobre outros domínios do saber, seu caráter sempre secundário e derivado, como também sua pretensão ao universal, não é, como frequentemente se diz, a extrema densidade de seu objeto; não é o estatuto metafísico ou a indestrutível transcendência desse homem de que elas falam, mas, antes, a complexidade da configuração epistemológica em que se acham colocadas (FOUCAULT, 2002, p. 481).

³⁸ “O conjunto de discursos que toma por objeto o homem no que ele tem de empírico” (FOUCAULT, 2002, p. 475).

³⁹ Para Foucault (2002b), “O capital” de Karl Marx (1867) não poderia ter surgido em outro momento da História; destacamos nessa obra, a seção três do capítulo um “A forma do valor (ou o valor de troca)” e a seção quatro do capítulo um “O fetichismo da mercadoria e o seu segredo”.

Entre a tentativa de criar procedimentos médicos e a perspectiva de uma abordagem terapêutica mais humanizada, a psiquiatria nascente no século XIX buscou desdobrar esse novo homem e seu mundo a partir da noção de função e norma, conflito e regra, significação e sistemas articulados em domínios com limites imprecisos, como o psicológico, o sociológico ou o domínio da análise das linguagens. No que diz respeito ao “domínio psicológico”, território que será reivindicado pela psiquiatria e demais campos “psi”, ele é orientado pelo “estudo do homem em termos de funções e de normas (funções e normas que podem, de maneira secundária, interpretar a partir dos conflitos e das significações, das regras e dos sistemas)” (FOUCAULT, 2002, p. 427).

Na psiquiatria, o estudo das funções e normas está bem caracterizado nos esforços nosográficos e na criação de terapias balizadas entre a normalidade e a patologia. Para Berrios (2008a), a classificação psiquiátrica parte sempre de conceitos e não do “doente” em si. Parece-nos que as várias nosografias e terapias formuladas ao longo da história da psiquiatria falam de diferentes perspectivas da relação entre normalidade e patologia, construídas num determinado contexto, não devendo, portanto, ser entendidas como categorias naturais, isto é, como a tradução da verdade, mas, sim, como tentativas arbitrárias de descrever uma verdade de um tempo.

As categorias nosográficas formuladas a partir do século XIX só passaram a fazer sentido dentro de outra concepção de loucura e, destacadamente, numa nova terapêutica: o tratamento moral. Enfatizaremos a obra de Pinel (1809/2005), a qual será tomada como exemplo para ilustrar como a psiquiatria nascente no século XIX é moldada a partir de um formato predominantemente pedagógico, tornando-se talvez por conta disso tão palatável ao gosto das instituições escolares, já que nestas houve uma transposição desse modelo como diretriz para se pensar sobre os sujeitos “que vão mal na escola” (mal de rendimento e/ou mal de comportamento).

Para Postel e Quérel (2000), o que marca a especificidade e prática da psiquiatria moderna é a instauração do tratamento moral como proposta terapêutica, criada esta a partir de uma concepção de loucura como falta de domínio sobre si mesmo. Para esses autores, as raízes da psiquiatria moderna estariam na Antiguidade Clássica, uma vez que, assim como os pensadores da antiguidade, Pinel e seus discípulos estabelecem uma articulação entre corpo e alma por meio da produção de uma teoria que pretende pertencer, ao mesmo tempo, ao campo da medicina e da filosofia. Tal sobredeterminação está explicitada no título da obra de Pinel (1809/2005): *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental*.

Na introdução dessa obra, encontramos muitas referências feitas por Pinel aos pensadores gregos precursores de seu trabalho, como, por exemplo, Hipócrates [460-377 a.C.]: “A imensa carreira que foi aberta por Hipócrates não lhe permitiu formular observações particulares sobre a mania; mas ele deu o exemplo geral de um método descritivo mais severo” (PINEL, 1809/2005, p. 69, tradução nossa).⁴⁰ De Areteu de Capadócia [81-138], Pinel resgata a noção de que a alienação mental seria produto de “excitação psíquica e moral” (PINEL, 1809/2005, p. 70)⁴¹, de Célio Aureliano (século V), a noção de que o louco não deveria ser exposto a excitações sensoriais, enquanto, a partir das considerações de Celsius [30 a.C.-38 d.C.], produz um princípio terapêutico:

Os preceitos dados por Celsius trazem ainda mais diretamente o caráter de uma utilidade imediata para a cura dos alienados [...] regras para lhes dirigir, ou para retificar em certos casos suas falsas ideias; indicações de meios de repressão a serem colocados algumas vezes em uso, ou vias de benevolência e doçura muitas vezes próprias a lhes desarmar (PINEL, 1809/2005, p. 70, tradução nossa).⁴²

Postel e Quérel (2000) chegam a falar de um neoclassicismo em Pinel, pois, além das referências explícitas aos pensadores clássicos em seu texto, é possível inferir a influência de outros como Cícero [106a.C.- 43d.C.], Sêneca [4a.C.- 65d.C.] e Virgílio [70a.C.- 19 a.C.] que dão respaldo à apropriação médica de um conceito discutido tradicionalmente no âmbito filosófico: “as consequências patogênicas das paixões”. O excesso de paixão seria responsável pela produção de turbulência e debilidade. A alienação mental seria uma exaltação extrema das paixões que produziria efeitos na moral e no psiquismo. Pinel (1809/2005), na primeira seção de seu livro, buscará indicar as causas dessa alienação mental por meio do estabelecimento de quatro tipos diferentes de paixão: espasmódicas, debilitantes, opressivas e expansivas. Caberia então ao alienista indicar quais seriam as boas, indiferentes ou más paixões. O médico alienista assume, a partir de então, a antiga função de conselheiro, antes associada à figura do sábio e do filósofo.

A antiga questão filosófica sobre as *origens* da paixão (na alma? no corpo?) é diminuída diante da descrição dos *efeitos* da paixão na alma (alienação mental) e no corpo (a partir do desenvolvimento do estudo de anatomia patológica). Pinel (1809/2005) assevera que

⁴⁰ “L’immense carrière que s’ouvrit Hippocrate ne lui permit point de porter des vues particulières sur la mania; mais il a donné l’exemple général de la methode descriptive la plus sévère” (PINEL, 1809/2005, p. 69).

⁴¹ “excitation physique et morale” (PINEL, 1809/2005, p. 70).

⁴² “Les préceptes que donne Celse portent encore plus directement le caractere d’une utilité immediate pour la guérison des aliénés, et d’une certaine habitude d’être spectateur de leurs écarts: règles pour les diriger, ou pour rectifier dans certains cas leurs fausses idées; indications des moyens de repression à mettre quelquefois en usage, ou des voies de bienveillance et de douceur si souvent propres à les désarmer” (PINEL, 1809/2005, p. 70).

conseguiu, graças aos avanços nos estudos em anatomopatologia e junto com seus seguidores, chegar mais longe que os estudiosos clássicos nas afirmações quanto aos danos que as paixões gerariam no corpo.

Segundo Postel e Quézel (2000), a noção grega do belo e da harmonia corporal também teria influenciado as origens da psiquiatria moderna, sobretudo nos estudos de mensuração de crânios e na busca de medidas que indicassem simetria corporal. Na última seção de seu livro (“Causas da incurabilidade”), Pinel (1809/2005) apresenta uma série de imagens de medidas de crânio (**Figura 1**)⁴³ que seriam úteis aos alienistas, pois lhes ajudariam a discernir quais seriam os sujeitos dotados para a ciência e para a arte e os chamados idiotas (considerados incuráveis).

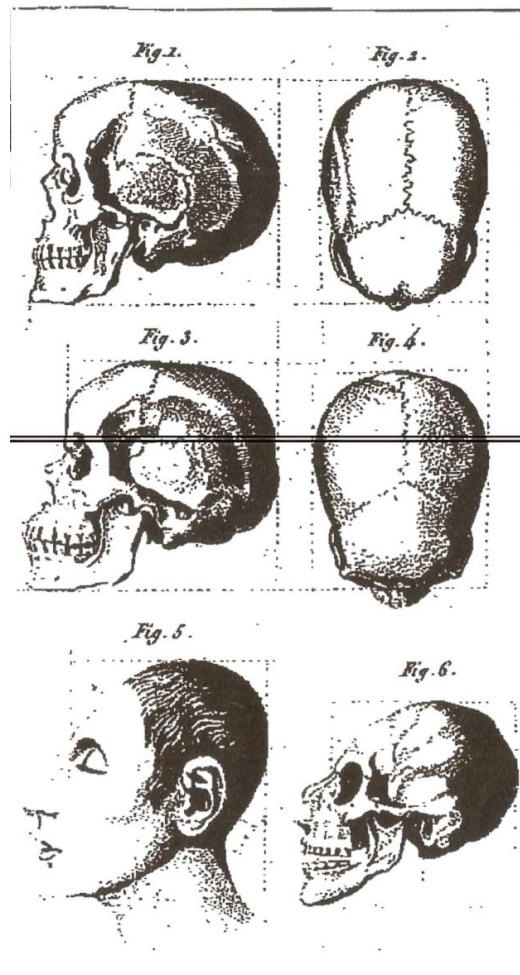


Figura 1 – Pranchas com representações que serviriam de modelo para identificação e classificação de patologias por meio da medida do crânio: fig. 1 – forma da cabeça de uma louca, morta aos 49 anos; fig. 3 – crânio de uma pessoa sã, morta aos 29 anos; fig. 5 e 6 – crânio de uma pessoa, completamente idiota, morta aos 11 anos.

⁴³ Fonte: PINEL, Philipp. *Traité médico-philosophique sur l’alienation mentale*. Paris: Le Seuil, 2005. Publicado originalmente em 1809.

É esse homem enlouquecido pelos excessos da paixão que será tomado, pela primeira vez na História, como um sujeito a ser tratado por um médico alienista. Esse ser que sofre de alienação mental já não é mais considerado um insano, uma vez que é possível ao alienista comunicar-se com ele, partindo-se do pressuposto de que nunca há uma perda total da razão, sendo preciso apenas resgatá-la. Para Pinel (1809/2005), essa nova visão da loucura exigia uma nova forma de tratamento, mais humana, que, ao mesmo tempo, identificava todo alienado a um homem potencialmente “sensato”. Mais do que aconselhar o sujeito, a proposta do tratamento moral era sacudir moralmente o dito “alienado”, através de um processo de equilíbrio e educação das paixões.

1.2 A especificidade da psiquiatria moderna: o tratamento moral como terapia pedagógica

Pinel participou ativamente da Revolução Francesa⁴⁴; engajado politicamente, suas propostas enquanto alienista estavam impregnadas pelos mesmos princípios que a sustentaram, sobretudo os de individualidade e liberdade. Conforme Postel (2000), a célebre cena da libertação dos alienados de suas correntes, ilustrada, por exemplo, no quadro *O doutor Pinel fazendo cair as correntes dos alienados*⁴⁵ (**Figura 2**), de Tony Robert Fleury, seria a imagem mítica do lançamento da pedra angular da psiquiatria:

⁴⁴ Ele foi eleito administrador de Avranches em 1790 e deputado para a Convenção (que determinaria o destino de Luís XVI), em 1792, pelo departamento de “La Manche”.

⁴⁵ “Le docteur Pinel faisant tomber les chaînes des aliénés”. Disponível em: [<http://connect.in.com/tony-robert-fleury/images--pinel-faisant-tomber-les-chaînes-des-alins-tony-robertfleury-1-991415698220.html>]. Acesso em: 20 jun. 2011.



Figura 2 – O doutor Pinel fazendo cair as correntes dos alienados

Essa nova disciplina médica pretendia provocar uma verdadeira revolução no tratamento dos alienados, que deveriam ser atendidos, a partir de então, por meio do emprego de um método humanizado que primaria por práticas de liberdade: o tratamento moral. Para “figurabilizar” sua proposta terapêutica, Pinel (1808/2005) utiliza a imagem das correntes, ao afirmar que o tratamento moral, mais do que libertar os alienados dos elos de ferro, poderia curar a loucura ao liberar os loucos de uma outra corrente, sobretudo a ideativa (*chaîne vicieuse des idées*). No entanto, apesar de possibilitar um tratamento moral, Pinel acabou por atarraxar os ditos alienados em uma outra “corrente”...

Ao longo do tratamento moral, o louco deveria aprender a ser são. Interessa-nos estudar os princípios que regiam o emprego dessa terapêutica, destacando quão pedagógico foi o método que inaugurou a psiquiatria moderna, lançando as bases da relação entre psiquiatria e pedagogia.

Para anular a desordem mental por uma reestruturação da personalidade do louco, é preciso adotar *uma atitude educativa* frente a ele, com tudo o que isso traz consigo em matéria de desigualdade entre o *médico, pedagogo-adulto*, e o *paciente, aluno-criança* (POSTEL, 2000, p. 158, grifos e tradução nossos).⁴⁶

⁴⁶ “Para anular el desorden mental por una reestructuración de la personalidad del loco, es preciso adoptar una actitud educativa frente a él, con todo lo que esto lleva consigo en materia de desigualdad entre el médico, pedagogo-adulto, y el paciente, alumno-niño” (POSTEL, 2005, p. 158).

Quando Pinel foi nomeado, em 1795, médico-chefe do hospital Salpêtrière, mais do que assumir a direção administrativa daquela instituição, ele tinha o propósito de desenvolver uma terapêutica capaz de curar as pessoas insensatas (*personnes insensées*) – terminologia que empregou para substituir a designação “loucos” (*fous*), uma vez que partia do pressuposto teórico de que na condição de alienação mental não havia uma perda total da razão, da inteligência ou da vontade. A alienação mental deveria ser entendida como uma contradição no interior da razão que precisava ser corrigida, ajustada, educada, uma vez que o alienado percebesse o “erro” em seu funcionamento mental, acreditava-se que ele poderia enquadrar-se. O médico, portanto, ocuparia um lugar de professor da moral.

Para Pinel (1809/2005), o tratamento moral era uma prática com ensejo de atingir a dimensão mental dos pacientes, abrindo mão de antigas terapêuticas que incidiam apenas no corpo do doente, como o emprego de castigos físicos. O suporte “científico” para fundamentar essa proposta foi construído a partir da vinculação do tratamento a uma etiologia das enfermidades mentais, ao afirmar que a origem dos transtornos psíquicos estaria relacionada à ausência de moral. Além disso, segundo Craplet (2005), Pinel teria sido o primeiro teórico a desenvolver um método numérico a ser aplicado a estudos referentes à psicopatologia, usando a estatística⁴⁷ e o cálculo de probabilidade de cura para medir a eficácia do método, como tentativa empírica de legitimar o emprego do tratamento moral.⁴⁸

Acreditamos ser importante fazer um assinalamento em relação à polissemia da palavra “moral”, uma vez que sua sobredeterminação léxica pode ter permitido o estabelecimento de uma relação entre psiquismo e moralidade, reduzindo, grosso modo, o tratamento moral a uma moralização psíquica, de caráter ortopédico e corretivo – marca ainda presente em muitas propostas terapêuticas atuais, como nas diferentes abordagens psicopedagógicas que buscam apenas corrigir os problemas de aprendizagem de modo a ajustar o aluno a um modelo de “bom aluno”, conforme índices de rendimento, ou ensinando-o a se comportar.

No contexto em que a obra de Pinel (1809/2005) foi escrita, o termo “moral” (em francês, substantivo masculino, *le moral*), segundo Garrabé e Weiner (1809/2005, p.12, tradução nossa)⁴⁹, deveria ser entendido como “o oposto complementar de ‘físico’, e nada teria a ver, como creem os filósofos contemporâneos, com ‘a moral’” (em francês substantivo

⁴⁷ A 6ª Seção do *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental* é dedicado à exposição dos “resultados de observação e construção de quadros para servir à determinação do grau de probabilidade de cura dos alienados”.

⁴⁸ Inaugurando a relação entre estatística e psicopatologia, explicitado, por exemplo, no título do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 2000).

⁴⁹ “L’ opposé complémentaire de “physique” et n’a rien à voir, comme l’ont cru des philosophes contemporains, avec ‘la morale’” (GUARRABÉ; WEINER, 2005).

feminino *la morale*). No francês atual, os verbetes *moral*, *moral* (*morale*, *moraux*) e *morale* aparecem separadamente. “Moral”, como substantivo masculino (*le moral*), representa: “1. Conjunto de faculdades mentais, da vida psíquica. *O físico influencia o moral*. 2. Estado de espírito, disposição a suportar qualquer coisa. *Ter um bom moral*” (LAROUSSE, 1990, p. 654).

Por sua vez, quando consultamos o verbete “moral” enquanto adjetivo, encontramos as seguintes definições:

1. *Moral, morale, moraux adj. (lat. mores, modos)*. Que concerne às regras de conduta usadas em uma sociedade. *Um julgamento moral*.
2. Conformidade a essas regras, ser tido como honesto e justo. *Ter senso moral*.
3. Relativo ao espírito, ao pensamento (por oposição ao material, ao físico). *Ter a força moral de lutar* (LAROUSSE, 1990, p. 654)⁵⁰.

Já o substantivo feminino “a moral” (*la morale*) é assim definido:

1. Conjunto de regras de ação e de valores que funcionam como normas em uma sociedade. *Dar uma lição de moral a alguém*, *lhe adereçar exortações, recomendações morais, repreender*.
2. (filos) Teoria das finalidades das ações dos homens.
3. Preceito, conclusão, prática que podemos tirar de uma história (LAROUSSE, 1990, p. 654).⁵¹

Consultando o *Dictionnaire de L'Académie française* (1798) contemporâneo à publicação do Tratado de Pinel (1809/2005), vemos como os três termos “*le moral*”, “*la moral*” e “*morale*” aparecem condensados em num mesmo verbete:

MORAL, ALE. Adj. Que concerne aos modos. Um discurso moral. Doutrina moral. Teologia Moral. *As obras morais de Plutarco Sentido moral. Preceitos morais. Reflexões morais*.

Chamamos *Virtudes morais*, as que têm como principio as únicas luzes da razão. *Não é suficiente ter as virtudes morais, ainda tem que ter as virtudes cristãs*.

Falamos *Isto é muito moral*, para dizer, Isto inclui uma moral muito sadia.

Falamos de Um Predicado, que *Ele é muito moral*, para dizer, que Ele trata bem, o que diz respeito aos modos, e que é nisto ele se concentra mais.

⁵⁰ “1. Qui concerne les règles de conduite em usage dans une société. Un jugement moral. 2. Conforme à ces règles, admis comme honnête, juste. Avoir le sens moral. 3. Relatif à l’esprit, à la pensée (par opp. à matériel, à physique). Avoir la force morale de lutter” (LAROUSSE, 1990, p. 654).

⁵¹ “1. Ensemble des règles d’action et des valeurs qui fonctionnent comme normes dans une société.- Faire morale a qqn, lui adresser des exhortations, des recommandations morales, le réprimander. 2. (philos) Théorie des fins des actions de l’homme. 3. Précepte, conclusion pratique que l’on veut tirer d’une histoire” (LAROUSSE, 1990, p. 654).

Falamos *Certeza moral*, para dizer, Certeza fundada sobre fortes impressões, tais como as que podemos encontrar nas coisas comuns da vida. E, nesse sentido, Certeza moral opõe-se comumente à Certeza física. *Não temos demonstração rigorosa, mas somente uma certeza moral.*

Falamos substantivamente e no masculino *O moral*, para dizer, A disposição moral. *O físico influencia muito o moral e o moral, o físico.*

Moral, sing. Fem., A Doutrina dos modos. *Boa moral. Moral malvada. Moral corrompida. Moral depravada. Moral perigosa. Moral relaxada. A Moral dos Pagãos. A moral cristã. A moral de Jesus Cristo. A moral do Evangelho. Ele derruba toda a moral. Tratado de moral. Ele construiu um estranho sistema de moral.*

Moral, tomamos, às vezes, por Um tratado de Moral. *A Moral de Aristóteles. Aristóteles nas suas Morais.* (DICTIONNAIRE [...], 1798, p. 2049, tradução nossa).⁵²

Pensamos que o emprego da palavra “moral” por Pinel (1908/2005), tinha mais de uma acepção. Em alguns momentos é utilizada como contraposição à dimensão física, entretanto essa esfera mental ou psíquica podia ser entendida como instância que regia o comportamento, os modos, a conduta social, cujo padrão de normalidade deveria ser estabelecido por princípios de temperança.

Para Pinel (1809/2005), uma série de fatores, tais como: disposição hereditária; certas afecções morais (psíquicas); um sofrimento profundo; um amor contrariado; a exaltação extrema de princípios religiosos; uma imoralidade grave; fatores físicos como inflamações ou intoxicações; lesões na cabeça; resquícios de uma doença; razões de família (influência de uma instituição supostamente viciosa na vida de um sujeito); irregularidades na forma de viver; paixões espasmódicas; paixões debilitantes ou opressivas; paixões expansivas e uma constituição mental melancólica, poderia tirar o sujeito de um estado de moderação e equilíbrio psíquico, causando alienação mental,

A definição desses fatores teria sido oriunda de um sistema de pesquisa realizado por Pinel (1809/2005) na tentativa de determinar as causas que precipitavam o asilamento. Para

⁵² “MORAL, ALE. Adj. Qui regarde les moeurs. Un discours moral. Doctrine morale. Théologie morale. Les OEuvres morales de Plutarque. Sens moral. Préceptes moraux. Réflexions morales.

On appelle Vertus morales, Celles qui ont pour principe les seules lumières de la raison. Il ne suffit pas d'avoir les vertus morales, il faut encore avoir les vertus chrétiennes.

On dit, Cela est fort moral, pour dire, Cela renferme une morale fort saine.

On dit d'Un Prédicateur, qu'il est fort moral, pour dire, qu'il traite bien ce qui regarde les moeurs, et que c'est à quoi il s'attache davantage.

On dit, Certitude morale, pour dire, Certitude fondée sur de forte probabilités, telle qu'on peut l'avoir dans les choses ordinaires de la vie. Et dans cette acception, Certitude morale s'oppose ordinairement à Certitude physique. On n'en a point de démonstration rigoureuse, mais seulement une certitude morale.

On dit substantivement et au masculin, Le moral, pour dire, La disposition morale. Le physique influe beaucoup sur le moral, et le moral sur le physique.

Morale. s. Fé. La doctrine des moeurs. Bonne morale. Méchante morale. Morale corrompue. Morale dépravée. Morale dangereuse. Morale relâchée. La morale des Païens. La morale chrétienne. La morale de Jésus-Christ. La Morale de l'Évangile. Il renverse toute la morale. Traité de morale. Il s'est fait un étrange système de morale. Morale, se prend quelquefois pour Un traité de Morale. La Morale d'Aristote. Aristote dans ses Morales ” (DICTIONNAIRE [...], 1798, p. 2049).

melhor estudar e ajustar o tratamento às necessidades dos alienados, ele esboçou uma classificação realizada a partir da observação das diferenças entre os sintomas apresentados pelos alienados, que eram classificados, de uma maneira geral, com base nos diferentes tipos de “lesões fundamentais do entendimento e da vontade” (PINEL, 1809/2005, p. 88, tradução nossa⁵³). Essas lesões do entendimento e da vontade teriam sido geradas pelo desgaste produzido principalmente pelos excessos das paixões, capazes de gerar “modificações desconhecidas da sensibilidade física e moral” (PINEL, 1809/2005, p. 88, tradução nossa⁵⁴), exteriorizadas nos signos sintomáticos definidos como categorias:

Um delírio mais ou menos marcado sobre quase todos os objetos se junta, na maioria dos alienados, a um estado de agitação e furor: isso que constitui propriamente a mania. O delírio pode ser exclusivo e tanger a uma série particular de objetos, com um tipo de torpor e afecções vivas e profundas: é o que nomeamos melancolia. Algumas vezes uma debilidade geral derruba as funções intelectuais e afetivas, como na velhice, e forma o que chamamos demência. Enfim, uma obliteração da razão com instantes rápidos e automáticos de arrebatamento é designado pela denominação de idiotismo. (PINEL, 1809/2005, p. 88, tradução nossa).⁵⁵

Pinel (1809/2005) divide, com seu discípulo Esquirol [1772-1840], o crédito pela elaboração do tratamento moral. Esquirol repete, no hospital Bicêtre, quando assume sua direção, a proposta clínica do tratamento moral utilizada em Salpêtrière; no entanto, ele dá mais ênfase que Pinel à patogenia das paixões. Em sua Nosografia, Esquirol assinala as semelhanças entre os estados de alienação mental e as paixões; a diferença entre os dois seria apenas quantitativa, a exaltação das paixões, seus excessos gerariam a alienação mental.

Segundo Alexander e Selesnick (1966), Esquirol deve ser reconhecido na história da psiquiatria por ter inventado um novo sentimento de eu, um eu reflexivo, capaz de dobrar-se sobre si mesmo para se conter. O tratamento moral deveria visar a construção e/ou o fortalecimento desse eu reflexivo que dominaria a força patógena da paixão por meio de uma modulação da relação do sujeito com suas paixões.

Em de 30 de junho de 1838, é aprovada na França a Lei que autoriza a criação dos asilos para alienados, mas a ideia de seu funcionamento por Pinel e Esquirol é anterior a ela.

⁵³ “lésions fondamentales de l’entendement et de la volonté” (PINEL, 1809/2005, p. 88).

⁵⁴ “Modifications inconnues de la sensibilité physique et morale” (PINEL, 1809/2005, p. 88).

⁵⁵ “Un délire plus ou moins marqué sur presque tous les objets se joint, chez la plupart des aliénés, à un état d’agitation et de fureur : ceci qui constitue à proprement parler la manie. Le délire peut être exclusif et manquer de respect à une série particulière d’objets, comme un type de torpeur et d’affections vives et profondes : c’est ce que l’on nomme la mélancolie. Quelquefois une débilité générale met à terre les fonctions intellectuelles et affectives, comme dans la vieillesse, et forme ce que l’on nomme la démence. Enfin, une oblitération de la raison avec des instants rapides et automatiques d’abattement est désignée par la dénomination d’idiotisme” (PINEL, 1809/2005, p. 88).

O modelo de asilamento e tratamento proposto por esses dois alienistas multiplicou-se e foi implantado em muitas regiões francesas na primeira metade do século XIX, chamada de “idade de ouro do alienismo”. Foi Esquirol (1838) por sua vez quem propôs a substituição do nome “hospital” para “asilo” por considerar esse termo menos pejorativo.

Nesse momento, o asilo era tido como uma borda física, um ambiente, que por ser pautado em regras rígidas, teria o poder de organizar a loucura e amenizar as paixões, por isso passa-se a destacar a importância de sua construção através de um plano arquitetônico que favorecesse a aplicação do tratamento moral. O asilo teve um papel importante para psiquiatria nascente, sua disposição arquitetônica era expressão concreta da ideia de classificação nosográfica, uma vez que os alienados eram agrupados em alas distintas, conforme o plano de Esquirol de classificar e separar os diferentes tipos de doentes, levando em conta a expressão de seus sintomas.

O internamento asilar permitiria, de modo geral, um fortalecimento e desenvolvimento das faculdades do entendimento. Para que isso acontecesse, de acordo com Pinel (1809/2005) e Esquirol (1838), alguns preceitos deveriam orientar o tratamento moral. Assim, os internos deveriam ser submetidos a uma ordem constante e invariável para desenvolverem e fortalecerem as faculdades do entendimento, da racionalidade. O médico alienista seria a autoridade máxima da instituição, orientando como o pessoal de serviço deveria exercer a autoridade (com “firmeza e brandura”) junto aos internos e definindo quais as “justas” repressões contra os alienados turbulentos ou muito agitados.

Caberia também ao alienista definir o regime de visitas e saídas da instituição. Segundo Pinel (1809/2005), o médico ocuparia a função de “*juiz* supremo, supervisor da *polícia* interior” (p. 243, tradução e grifos nossos)⁵⁶ pois partia-se do princípio que o enfraquecimento moral levava os internos a agirem como crianças birrentas e hedonistas e, portanto, deveriam ser tratados tal qual se educava uma criança: com firmeza mas de modo condescendente e afetuoso, no entanto, jamais complacente diante dos “caprichos” dos alienados internos. Eles precisavam aprender que quem mandava era o médico e que quando este desagradava seu paciente, fazia isso “para seu próprio bem”.

Esse médico alienista, deveria ser dotado de um caráter firme, uma voz potente mas ao mesmo tempo pouco ameaçadora, capaz de fazer valer sua autoridade. Em caso de desobediência, deveria agir de forma rápida aplicando uma “justa” punição, contanto que não houvesse violência física, já que, na lógica do tratamento moral, as punições deveriam ser apenas um recurso secundário, porque o mais importante era conquistar a confiança, o

⁵⁶ “Ce juge suprême doit être le surveillant de la Police intérieure” (Pinel 1809/2005, p. 243).

respeito e a admiração dos internos; com os quais adviria a obediência. Os alienados deveriam reconhecer a “superioridade do discernimento” do médico em relação à loucura e, espelhando-se nessa “lúcida figura”, querendo tornar-se como ele.

Parte do tratamento deveria passar pelo esforço do médico (numa função pedagógica) em convencer e explicar quão confusas e sinistras eram as ideias dos alienados, e como elas derivavam de impressões sensoriais equivocadas e que precisavam ser corrigidas. Do mesmo modo, os asilados deveriam ser expostos a ocupações classificadas pelo médico como diversificadas e agradáveis, como exercícios físicos variados, apreciação de músicas doces e harmoniosas (aos doentes faltaria exercício e cultura), num ambiente espaçoso, cercado de plantas e árvores (que transmitiria a alegria e calma do meio campestre), na medida do possível, o ambiente asilar deveria ser organizado de modo a “prevenir a raiva e a exasperação dos espíritos” (PINEL, 1809/2005, p. 250)⁵⁷. Por ser um homem supostamente sábio e lúcido, o alienista e sua equipe não deveriam se sentir atingidos pela provocação dos alienados, deveriam resistir ao que Pinel chamava de “vontades supremas dos internos”, algo como uma teimosia, uma birra (em não querer obedecer e se curar...).

Para Pinel (1809/2005), a presença de crenças falsas ou delirantes nos pacientes não era o maior problema a ser enfrentado pelo médico, mas sim, o furor⁵⁸, isto é, a força oriunda das paixões, esta deveria ser controlada. Em última instância, o tratamento moral ao ser centralizado numa neutralização e submissão converte-se numa relação de poder, de forças, em que o médico deveria dominar o paciente, contradizendo, assim, o princípio de liberdade no qual teoricamente a proposta de tratamento moral fora construída.

Ao longo da história do processo de asilamento, vemos que as situações de intimidação e humilhação não permitiram a construção, em saúde mental, de uma experiência de tratamento menos violento. Além da violência simbólica, da relação de submissão, o controle intensivo sobre os alienados não abriu mão de recursos de contenção física, por exemplo, o emprego da camisa de força. Pinel (1809/2005) justificou-o como um artifício capaz de curar certos estados maníacos ao oferecer ao alienado uma “liberdade limitada” no interior do hospício, onde “livres ao movimento e a uma efervescência não perigosa” haveria uma “repressão suave” ao mesmo tempo em que outras regras do tratamento moral eram transmitidas. Segundo Morel e Quétel (2005, p. 309), “a camisa de força ocupa pouco a pouco o lugar das correntes de ferro em todos os asilos do mundo ocidental no final do Iluminismo”.

⁵⁷ “[...] prevenir les emportemens et l’exaspération des esprits” (PINEL, 1809/2005, p. 250).

⁵⁸ Força proveniente das paixões e dos instintos que se aplicava ou a uma ideia particular reforçada exageradamente ou invade o entendimento em todo seu conjunto (delírio geral).

Conforme Postel (2000), o tratamento moral não pode ser considerado como um procedimento específico da medicina clínica que vai se desenvolvendo a partir do século XVIII, ele se aproxima mais de uma prática de direção moral da qual o médico estará encarregado (p. 161). A fusão dos papéis de diretor moral e agente de saúde concentrará na figura do médico alienista, e depois na do psiquiatra e demais profissionais “psi”, muito poder: poder de dizer o que é normal ou inadequado, não apenas em termos médicos, mas também em termos de conduta social.

A difusão das nosografias psiquiátricas, para além dos muros dos asilos, ganha impulso com a crescente associação entre loucura e criminalidade e a entrada dos médicos alienistas no campo jurídico, criando as bases de construção de uma psiquiatria médico-legal que se impõe tanto aos juízes quanto aos outros responsáveis pela moral: filósofos, pedagogos, confessores, políticos.

Assim, com a loucura “rondando” a sociedade como um perigo, era preciso compreendê-la, classificá-la, preveni-la e tratá-la. Por conta dessa faceta de domínio de “condutas indesejáveis”, todo delito, todo crime poderia transformar-se em sintoma de loucura e só o médico estaria apto a diagnosticá-la. Esse médico, no lugar de agente de saúde, passou também a fazer alertas em relação à prevenção das condutas anti-sociais que precisariam ser então prevenidas por meio de uma série de ações profiláticas, as quais deveriam ser cultivadas no seio das famílias, nas escolas, na sociedade de modo geral.

A Lei francesa de 30 de junho de 1838, anteriormente referida, pode ser tomada como importante na concretização das formulações de Pinel e Esquirol, na medida em que ela possibilitou que essas formulações fossem absorvidas por segmentos outros da sociedade, para além dos interesses médicos. Em função dessa Lei, o louco passa a ser sujeito de direito, sai da categoria abstrata de insano e passa a ser um sujeito que tem, potencialmente, uma parte de sanidade que precisa ser investigada.

Essa Lei permitiu a conversão do médico em uma peça essencial no laço entre os sistemas jurídicos e médico. Os juízes, para a atribuição de imputabilidade, passam a demandar dos médicos alienistas um parecer acerca da cota de sanidade dos réus. Algumas sentenças passam a considerar os delitos, por exemplo, o homicídio, como decorrência de um estado de alienação mental.

Entre os anos de 1800 e 1810, o tratamento moral foi o método terapêutico mais aplicado na França, mas as condições estruturais (e porque não, as ideológicas) não sustentaram a idealização da prática. O tratamento moral falhou, segundo Craplet (2005), em parte porque não havia médicos suficientes para aplicar a proposta tal qual projetada por Pinel

e Esquirol, já que, nesses tempos de asilo lotado, havia apenas um médico para quatrocentos ou quinhentos internos. Na ausência de pessoal e tempo suficiente para o exercício do processo de “racionalização da paixão”, suprime-se a abordagem discursiva e foca-se apenas na contenção, inclusive no uso de práticas de coerção física violentas.

Dessa forma, no decorrer do século XIX, o tratamento moral será simplificado em intimidação e contenção. Longe de possibilidades de trabalhos individualizados, o próprio asilo e o processo de asilamento em si será entendido como tratamento, sobrando apenas uma ocupação ativa, trabalho obrigatório e regras rígidas que são convertidas em medidas morais por si mesmas. Tal como ilustra a história de Machado de Assis, *O alienista* (1822/2011)⁵⁹, os asilos foram ficando lotados e com uma perspectiva muito mais de cerceamento da loucura que de preocupação terapêutica.

Em reação a esse processo, no final do século XIX e início do século XX começam a surgir críticas ao asilamento como instrumento de fabricação de incuráveis e aparecem outros formatos de internamento como as colônias familiares e agrícolas, conforme nos aponta Alexander e Selesnick (1966). No mesmo período, surgem novas abordagens terapêuticas, denominadas “psicodinâmicas”, conduzidas pela busca dos sentidos dos sintomas.

Segundo Prévost (2000), uma segunda revolução psiquiátrica passa a acontecer, a partir de 1880, com o incremento da observação descritiva das anomalias do comportamento e com a escuta das mensagens do inconsciente – influência das referências desenvolvidas por Janet [1859-1947] e, posteriormente, pela psicanálise freudiana, embora elas também tenham sido, em parte, absorvidas e utilizadas com fins de moralização por uma das vertentes do tratamento moral: a proposta de higiene mental.

Por fim, a experiência de asilamento no século XIX serviu como base para a construção do discurso da psicopatologia e sua terapêutica, na tentativa de especificar diferentes tipos de loucura e diferentes tipos de “lesões”⁶⁰ que produziriam manifestações sintomáticas diversas. A fim de possibilitar “a cura” da loucura, tornou-se necessário pesquisar sua etiologia para que seus agentes causadores pudessem ser controlados pelos princípios que regiam o tratamento moral.

⁵⁹ ASSIS, Joaquim Maria Machado de. **O alienista**. Porto Alegre: L&PM, 2011. Publicado originalmente em 1822. A versão da obra em domínio público está disponível em: [\[http://virtualbooks.terra.com.br/freebook/port/download/O%20Alienista.pdf\]](http://virtualbooks.terra.com.br/freebook/port/download/O%20Alienista.pdf). Acesso em: 30 maio 2011.

⁶⁰ Partindo do modelo clínico, sintomas psíquicos seriam as manifestações de diferentes alterações nos tecidos humanos.

Em relação à psicopatologia infantil, ela também surge nos asilos, mas na contemplação de um grupo específico de loucos, os idiotas⁶¹. Nesse sentido, a idiotia e a imbecilidade são afecções relacionadas a um comprometimento nas faculdades intelectuais, sendo a busca por sua etiologia o que inaugurará o campo das patologias que afetam o desenvolvimento, uma das bases de fundação da psiquiatria infantil, juntamente à inquietação no que se refere às condutas.

1.3 A idiotia e a imbecilidade como a face “burra” da loucura: bases para a construção da psiquiatria infantil

Percorrendo a obra a *História da loucura*, deparamo-nos ao seu término com a seguinte afirmação de Foucault (2000, p. 522): “ao fazer a história do louco, o que fizemos foi a história daquilo que tornou possível o próprio aparecimento de uma psicologia”

A *História da loucura* (2000) começa falando de um lugar de exclusão: os leprosários, que no final da Idade Média passam a ser ocupados pelos incuráveis e loucos. A ocupação desse espaço atribuiu aos loucos valores e imagens que antes eram destinados aos leprosos (pecaminosos, infectos; era preciso afastá-los...). Se, por um lado, o agrupamento social desejava o afastamento dos “pobres, vagabundos e cabeças alienadas” (FOUCAULT, 2000, p. 6), por outro, havia todo um sentimento religioso que valorizava estes sujeitos, pois sua miséria humana acabava por servir como um *passaporte para a salvação*. Havia também uma preocupação em se evitar a proliferação de doenças venéreas (causadoras de loucura), o que despertou uma tentativa de compreensão *médica* da questão da loucura, a partir de referenciais morais.

O surgimento de produções artísticas como as de Bosch (séc XV) e Erasmo (1508/1927) ilustram os sentimentos ambíguos que a questão da loucura despertava na época: aversão e admiração. Na obra de Bosch “Nau dos insensatos”, também conhecida por “Nave dos loucos” (**Figura 3**)⁶² é possível visualizar uma prática daquele tempo – a necessidade de banir a loucura (e a imoralidade) para terras longínquas, devido à lotação dos antigos

⁶¹ Tanto adultos idiotas, quanto crianças idiotas também internadas; mas há uma associação entre idiotia e “infantilismo”, uma vez que os sujeitos dito idiotas, por conta da suposta inexistência de desenvolvimento intelectual seriam “crianças para sempre”.

⁶² Fonte: BOSING, Walter. **A obra de pintura Bosch**. Taschen, 2001.

leprosários, além da tentativa simbólica do artista de mostrar que a loucura não tem lugar fixo, pode chegar a qualquer um.



Figura 3 – “A nave dos loucos” de Bosch

Já na obra “Extração da pedra da loucura” (**Figura 4**)⁶³ o que há, a nosso ver, é a demonstração de uma preocupação com a terapêutica da loucura, pois é possível visualizar o esforço em se localizar a causa (pedra) da loucura, extirpando-a.

⁶³ Fonte: BOSING, Walter. **A obra de pintura Bosch**. Taschen, 2001.



Figura 4 – “A extração da pedra da loucura” de Bosch

A obra de Erasmo, *Elogio à loucura* (1508/1972), é um exemplo do movimento de contemplação da loucura que ocorre no final da Idade Média. O fascínio exercido pelos loucos manifestava um ideal de felicidade: a possibilidade de chegar mais perto da “verdade” pelo enlouquecimento e não pela via da racionalidade. Se “o louco lembra a cada um sua verdade” (ERASMO, 1508/1972, p.14), uma aproximação a esse universo passa a ser então desejada e valorizada. Mas havia algo de terrível na loucura – sua ligação com a morte –, porém, parecia que a loucura zombava da morte, tinha um jeito de lidar com ela.

Erasmo (1508/1972), ao longo de seu texto, ao tecer o elogio à loucura, tenta construir uma argumentação contra o excesso de valorização da razão, apontando que esta é uma estratégia elaborada pelos homens para se defenderem do enlouquecimento. O autor busca demonstrar que não se pode alinhar a sabedoria à razão, como afirmavam os estóicos, já que para estes o sábio é aquele que vive de acordo com as regras da razão, enquanto o louco, é aquele que se deixa arrastar ao sabor de suas paixões. Foucault (2000) chega a afirmar que “a loucura fascina porque é um saber” (p. 20), um *saber ser* e um *saber fazer* no mundo.

O ápice desse movimento que eleva a loucura ao patamar de revelação ocorrerá durante o Renascimento. No Classicismo a relação entre razão e loucura torna-se estreita, uma vez que em toda razão haveria algo da ordem da loucura, e vice-versa. Aí parte-se do pressuposto de que a loucura era uma forma própria de razão; o que acabou por instituir uma

primeira classificação para a loucura: a “loucura sábia” e a “loucura louca” (FOUCAULT, 2000, p. 36), sendo a primeira alvo de admiração e a segunda, de recriminação e afastamento. É nesse eixo de consideração que Foucault passa a analisar a experiência da loucura no Classicismo.

Há nesta “loucura louca” que assusta, incomoda, algo que precisa ser silenciado. O grande movimento de internação do século XVII veio de certa forma corresponder a essa expectativa. Os ruídos produzidos pela loucura passam a incomodar demais, cogita-se que ela possa impedir a capacidade de pensamento, e não há mais espaço para uma convivência ‘pacífica’ entre loucura e razão. O Racionalismo é o reflexo de um movimento em que “a loucura será exilada para o bem da razão” (FOUCAULT, 2000, p. 47).

Em consonância com este movimento de silenciamento, no século XVII, do que poderia atrapalhar o processo racional e conseqüentemente a capacidade de trabalho e produção, são criadas várias casas de internamento nas quais os “insanos” são confinados. Estes estabelecimentos, entretanto, também são usados como depositórios correcionários dos pobres e desempregados, ou seja, daqueles que são considerados socialmente como seres de pouca capacidade de exercício do pensamento racional e da produção.

Não é pouca coisa pensarmos na força deste movimento de associação entre sabedoria e razão, quando o que se havia, ao lado da loucura, era a irracionalidade e a incapacidade de pensar e produzir. E podemos considerar que tais associações ainda estão presentes, por exemplo, na escola, nos discursos referentes aos alunos que não aprendem. Retomemos os adjetivos que aí lhes são atribuídos: “burro”, “débil”, “avoador”, “cabeça-oca”, “lento”... Também é comum: “Ele (a) não raciocina direito”, “Ele (a) erra porque faz o exercício sem atenção, se tivesse mais concentração conseguiria acertar”, “Fulano (a) não se esforçou bastante, tem muita preguiça”. Parece-nos ocorrer aí uma sobredeterminação equivocada entre pensamento, racionalidade e produtividade⁶⁴.

Dessa forma, se o aluno “vai mal” na escola pode ser porque ele “não raciocina”, pensar e raciocinar são tidos como sinônimos, duas ações que foram fundidas. Entretanto, é importante assinalar que o termo “razão” é um conceito que possui um lugar no âmbito da nosologia psiquiátrica, podendo vir daí a confusão de que quem não “raciocina” direito tem “problema na cabeça”; ou nas palavras de alguns profissionais ‘psi’: *quem não consegue aprender na escola deve ter algum problema “afetivo” e/ou “cognitivo”, precisando,*

⁶⁴ As considerações de Lacan (1992), em seu *Seminário XVII*, podem contribuir na direção desta reflexão. Seu questionamento ao cogito cartesiano “Penso, logo existo” (em francês: *Je pense donc je suis* – “Eu penso, logo eu sou”) vem exatamente no momento em que todo o eixo de organização do Eu precisa ser revisto, uma vez que para este autor: “Eu sou lá onde não penso”.

portanto, de tratamento. É importante destacar que, alicerçada a esse aspecto, a esse discurso, a loucura é construída enquanto doença, sempre com definições que remetem ao que falta (de razão) e ao mal que ela deflagra.

Buscando percorrer diferentes classificações às quais a loucura foi submetida, percebemos a existência de uma certa regularidade na criação de suas categorias, embora com algumas variações. As faces da loucura costumam girar ao redor de pelo menos quatro categorias recorrentes: mania, melancolia, idiotia (e imbecilidade) e demência. Destas classificações, analisaremos especialmente as descrições relacionadas à imbecilidade e idiotia, tentando demonstrar como as noções e descrições sintomatológicas de “estupidez”, “deficiência”, “retardo mental”, “transtorno de raciocínio”, “problema de aprendizagem” e “problema de desenvolvimento” descendem desses eixos categóricos.

Ao buscarmos os pontos de contato entre a fabricação da “loucura” e do “fracasso escolar”, pelo processo de transformação dos fenômenos apresentados pelo louco e pelo “mau” aluno em objeto de intervenção médica, psicológica e psicopedagógica, percebemos que esse processo foi atravessado pela construção de classificações nosográficas. Ao analisarmos a nosografia psiquiátrica, especificamente no que diz respeito ao aspecto “idiotia” e “imbecilidade” em suas manifestações clínicas, encontramos descrições de que estas demonstrariam um “empobrecimento” ou “mau uso” das capacidades racionais e intelectuais.

No texto *Os anormais* (2002a), Foucault afirma que as categorias nosográficas são definidas em torno de três figuras que agem como círculos tipológicos, dentro deles o problema da anomalia vai se colocando de distintas formas para a psiquiatria. Estas três figuras são: o *monstro humano*, capaz de cometer afrontas morais que chocam as normas sociais; o *masturbador*; e o *incorrigível*, a quem faltam as capacidades intelectuais e morais ou quem apresenta um mau funcionamento delas, como resultado de uma falha biológica (nasceu sem) ou social (não foi bem estimulado, educado). Das três figuras, o incorrigível nos interessa particularmente, pois nela se apresentarão os sintomas de idiotia e debilidade.⁶⁵

Dentro da nossa temática, o incorrigível é aquele que, mesmo a despeito dos esforços de seus professores, continua “insistindo em não aprender”. Aquele a quem “faltou uma estimulação adequada” e que, por isso, “precisa de reforço ou de terapia” para então fazer despertar “o leão adormecido” de sua mente considerada preguiçosa.

⁶⁵ Esta categoria de incorrigível, que abarcaria também o idiota e demente, também será alvo de estudos e intervenções no campo da neurologia. Esta, vale a pena destacar, é a especialidade médica para a qual se costuma encaminhar muitas crianças e adolescentes que apresentam dificuldades na escola. O sujeito será submetido então a uma bateria de testes com o objetivo de averiguação dos fatores orgânicos que poderiam estar influenciando na dificuldade de aprendizagem.

Essas três figuras apontadas por Foucault (2002a) foram constituídas num movimento de integração da psiquiatria com o saber judiciário na tentativa de buscar a razão que justificasse a ocorrência de um crime, uma busca por suas origens, ou seja, por sua natureza. A psiquiatria, contudo, se afasta do direito quando toma como referência não mais a lei, mas um saber, sendo sua primeira especialização a higiene pública, a qual Foucault (2002a) chamará de higiene do corpo social.

Para a psiquiatria (e seu ramo positivo, a psicologia) poder existir e ser reconhecida como instituição de saber, foi preciso a execução das seguintes manobras: codificar a loucura como perigo e codificar a loucura como doença. Tais manobras abriram espaço para duas frentes de trabalho, uma da higiene-profilaxia (campo da psicologia / psicopedagogia e higiene social) e outra da cura (campo da psicofarmacologia e terapêuticas). Essas frentes de trabalho, por sua vez, abriram espaço para a constituição de um campo disciplinar que foi estabelecido primeiramente nas famílias e posteriormente nas escolas e demais instituições sociais.

Família, escola, vizinhança e casas de correção passam a ser objeto e alvo de intervenções médicas, alvos da psiquiatria. Sendo esta a “ciência e a técnica dos anormais, dos indivíduos anormais e das condutas anormais” (FOUCAULT, 2006, p. 205), ela passa a contar com o auxílio de “agentes de saúde” (médicos, professores, terapeutas e os próprios pais) capazes de identificar possíveis problemas e encaminhar os sujeitos afetados para os tratamentos adequados.

Uma questão central para a psiquiatria é a dos instintos. Com a figura do *masturbador*, o que está em jogo é o excesso de instinto. Com o *incorrigível* a questão é outra. Neste caso, trata-se de uma falta de desenvolvimento dos instintos, o que inibiria a “correta” ação deles. Uma vez estabelecida uma relação entre o “incorrigível” e uma falha no processo de desenvolvimento, a psiquiatria (tendo como parceiras a psicologia e a pedagogia) volta sua atenção para a infância, partindo do princípio que o problema dos adultos teria suas raízes nesse tempo.

Wacjman (2000) assinala que o campo da infância, depois do século XVIII, e sob a ótica de uma psiquiatria infantil, passa a ser “a questão do corpo, (...) da educação e dos cuidados a serem dados a uma criança”⁶⁶ (p. 538, tradução nossa), questões estas que passam a ser administradas por um grupo de profissionais que o autor chama de “pedagogos-psicopatologistas”⁶⁷, que abrem então o campo para o que posteriormente vai ser chamado de

⁶⁶ “La question du corps et des soins à être prodigués à un enfant” (WACJMAN, 2000, p. 538).

⁶⁷ “Pedagogues-psychopathologues” (WACJMAN, 2000, p. 538).

psicologia do desenvolvimento. Na próxima seção da tese, buscaremos demonstrar os aspectos na construção da psicopatologia psiquiátrica moderna que foram essenciais para a construção de uma compreensão da etiologia e tratamento da idiotia e imbecilidade, e elaboração de uma nosografia dos ditos transtornos psíquicos infantis, destacadamente os “distúrbios de aprendizagem”.

1.4 Algumas observações sobre a construção de categorias nosográficas: um percurso para se chegar à psiquiatria infantil e seus transtornos

A despeito do título escolhido para esta seção, não apresentaremos ou faremos comparações acerca das diferentes nosografias construídas ao longo do desenvolvimento da história da psiquiatria⁶⁸, uma vez que nosso objetivo específico aqui é entender quais são as bases históricas e os desdobramentos conceituais que permitiram a construção da noção atual de “distúrbio de aprendizagem”, capaz de considerar que o rendimento escolar insatisfatório de uma criança ou adolescente possa ser indício de alguma desordem psiquiátrica.

Concordamos com Berrios (2008a) quando ele afirma que devemos “considerar as classificações psiquiátricas como produtos culturais” (p. 9) que respondem a questões de um determinado tempo, num certo contexto político, social e econômico⁶⁹, tornando difícil qualquer forma de comparação ou defesa de uma ideia de evolução das nosografias. Embora elas possam “servir a um certo número de funções descritivas e de organização” (BERRIOS, 2008a, p. 3), não devem ser entendidas como entidades naturais. Sendo assim, não analisaremos a categoria “distúrbios de aprendizagem” em si, mas buscaremos demonstrar como sua articulação tornou-se possível pelo desdobramento de alguns aspectos no constructo da psiquiatria: o desenvolvimento de uma psicopatologia infantil; a relação entre transtornos mentais e desenvolvimento da inteligência; a origem da ideia de que os problemas de aprendizagem podem revelar um comprometimento de cunho emocional e / ou neurológico e a noção da necessidade de uma profilaxia dos transtornos mentais com início na infância.

Destacaremos então cinco momentos pinçados da história da psiquiatria que influenciaram na formulação do conceito atual de distúrbios de aprendizagem:

⁶⁸ Para o estudo descritivo das mesmas remetemos os leitores à obra de Pessotti (1999).

⁶⁹ Daí surgirem alguns problemas referentes à “importação” de padrões diagnósticos, como no caso do Brasil que adota como referência de classificação dos transtornos mentais apresentados por brasileiros o DSM, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria.

1. *A dissociação entre loucura e perda da razão.* No início do século XIX, as palavras “alienação”, “mania”, “melancolia” e “demência” eram utilizadas no senso comum como sinônimos de loucura. Pinel (1809/2005) propõe um cuidado no emprego dessa terminologia e introduz o uso da expressão “alienação mental” como termo que poderia abarcar uma grande variedade de manifestações mentais, descritas com uso de nomes que serviam para designar, especialmente, suas categorias nosográficas, conforme suas particularidades sintomáticas. O maior objetivo de Pinel na descrição dessas categorias era o de discriminar os sujeitos considerados curáveis dos que tinham recaídas e dos tidos como incuráveis. A nosografia de Pinel (1809/2005) tinha apenas quatro categorias: mania, melancolia, demência e idiotismo.

Será Esquirol (1838) quem tornará essa descrição categórica mais complexa. Para ele os asilos funcionavam como um “jardim das espécies” (em nítida referência à taxonomia botânica), lugar em que, através de observação e tratamento clínico, era possível traçar os quadros das principais formas de loucura. A *Nosografia filosófica* de Esquirol é mais descritiva que classificatória, ele a ilustra com alusões clínicas e não com definições *a priori*, buscando formular gradações de normalidade ao distinguir as paixões “normais” dos excessos patológicos.

Antes de Esquirol (1838), o termo “mania” era o mais empregado indiscriminadamente como sinônimo de loucura; ele propõe então uma especificação, uma vez que nem todo tipo de loucura era de ordem maníaca. Por meio de um refinamento conceitual, Esquirol (1838) rompe a ligação de loucura com falta de razão, o que será muito importante para o desenvolvimento das nosografias modernas. Ele propõe a divisão da antiga categoria de *melancolia* em duas formas de afecção: *lipemia* (um tipo de depressão sem perda da razão, que depois será novamente chamada de melancolia, mas com sentido renovado) e *monomania* (psicose delirante crônica produzida em função de uma lesão parcial da inteligência, dos afetos e da vontade). A partir daí, será possível considerar a existência de loucura mesmo no sujeito com razão, como nos portadores de *lipemia*; nesses sujeitos haveria, por exemplo, a presença de um transtorno de inteligência, este, no entanto, não mais será considerado fruto de um desatino, mas, sim, resultado de um embotamento intelectual, efeito secundário da melancolia. Como falamos anteriormente, a idiotia também passa a ser vista não como uma loucura *strito sensu*, mas uma falha no processo de desenvolvimento.

O alienista, e posteriormente o psiquiatra, deixa assim de ser o profissional que trata apenas os sujeitos que perderam a razão; de modo mais amplo, diferentes manifestações psíquicas passam a fazer parte da alçada dos saberes psiquiátricos. Assim, o enfoque deixa de

ser o desatino e passa a ser uma preocupação na distinção entre o que é normal e o que é patológico. Entretanto, os transtornos mentais de modo geral podiam ainda ser vistos como “tipos de loucura” (loucuras com e sem delírios), persistindo, ainda hoje, a associação imaginária da psiquiatria como a especialidade médica que trata “quem tem problema de cabeça”.

Essas observações são relevantes para sustentar nosso argumento de que existe uma sobreposição imaginária entre “loucura” e “distúrbios de aprendizagem” e explica em parte a insistência nos encaminhamentos aos profissionais “psi” de crianças e jovens em dificuldades escolares. Quando estes são encaminhados aos médicos, as duas especialidades consultadas costumam ser a psiquiatria e a neurologia (retomaremos a relação com a neurologia adiante). De modo geral dois pedidos feitos ao psiquiatra se sobressaem: que ele avalie se há algum problema nas faculdades intelectuais ou no processo de desenvolvimento que possa estar atrapalhando o processo de aprendizagem (se o sujeito raciocina direito) e /ou se há algum “problema afetivo” que pode estar gerando um “mau comportamento”, ou embotamento intelectual.

2. *A criação de uma vertente neuropsiquiátrica e a busca de explicações de cunho orgânicogenético para os transtornos mentais.* Outro movimento importante produzido pelos desdobramentos nosográficos acontece com o surgimento da categoria “paralisia geral” por volta de 1825. A partir daí, segundo Postel (2000), podemos acompanhar a passagem de uma psiquiatria moral para uma psiquiatria mais orgânicogenética e o surgimento da abordagem neuropsiquiátrica, dividindo a psiquiatria em duas vertentes.

O termo “paralisia geral”, empregado para descrever um quadro de associação dos transtornos mentais com a paralisia, seria uma complicação neurológica intercorrente da loucura, convertida em modelo de enfermidade mental orgânica (com lesões cerebrais patológicas), que afetaria tanto a inteligência quanto o movimento. Moreau de Tours (1804-1884), tido como fundador de uma abordagem organicista em psiquiatria, apoiado nos avanços da neuropsiquiatria devido ao desenvolvimento de técnicas de necropsia, utiliza a categoria de paralisia geral (que, para ele, seria resultado de uma afecção direta do ou no córtex cerebral) como prova da causalidade orgânica sobre a patologia psiquiátrica, criando uma vertente neuropsiquiátrica que se dizia “cansada dos excessos do tratamento moral”, conclamando assim um realinhamento da psiquiatria com os cânones da medicina e suas técnicas mais biológicas.

Em 1826, Bayle (1799-1858) publica o *Tratado das doenças do cérebro*⁷⁰ no qual defende a tese de que a loucura seria gerada por comprometimentos orgânicos. No entanto, nesse momento, destacam-se duas tendências em psiquiatria: uma mais organicista com Bayle e uma mais dualista com Baillarger (1809-1890), que afirma que não eram apenas os aspectos orgânicos que determinavam a loucura. Assim, sob este outro ponto de vista, o de Baillarger, passou a ocorrer uma série de discussões que versavam a respeito de como questões morais poderiam causar ou determinar uma deterioração orgânica.

Essas duas correntes vão se desdobrando. Por um lado foi elaborado o diagnóstico de pseudoparalisia geral: a psiquiatria viria, então, para separar os doentes “verdadeiros” dos “falsos”, fazendo valer a ideia recorrente do campo de que era preciso “desmascarar” os fingidores, os falsos loucos, isto é, aqueles que possuíam “apenas” uma falha no caráter. Por outro lado, numa tendência mais organicista, na busca da etiologia dos transtornos mentais, a psiquiatria, com a evolução técnica e prática das necropsias, permite localizar a presença, por exemplo, de treponemas nos cérebros dos paráliticos gerais⁷¹, passando-se daí a associar os transtornos mentais às doenças venéreas (como a sífilis), informação usada por sua vez como reforço na corrente moralista para ativar e destacar uma preocupação de ordem moral e os excessos.

A pergunta sobre a origem dos transtornos mentais gera uma tensão que cria diferentes tendências teóricas e práticas em psiquiatria, embora, como vimos anteriormente, essas tendências se interpenetrem, resultando num embate (artificial) entre as dimensões orgânicas e psíquicas.

Essa questão sobre a origem dos transtornos mentais também estará presente nos questionamentos acerca das origens de outros transtornos, o dos “distúrbios diagnosticados pela primeira vez na infância e adolescência” (DSM-IV). Seriam de origem genética? Uma disfunção no nível da captação da serotonina? Uma disfunção cerebral mínima? Ou falta de limites, de educação, de modos?

3. *O desenvolvimento de teorias sobre a “degeneração mental”*. Desde o começo do século XIX, procura-se descobrir formas diferenciadas de manifestação da alienação mental e os tipos de “danos” que elas acarretavam. Se a mania e a melancolia geravam alterações que

⁷⁰ *Traité des maladies du cerveau*.

⁷¹ O uso da penicilina depois da 2ª Grande Guerra para tratamento da sífilis passa a evitar o comprometimento das afecções a ponto de que as mesmas chegassem ao grau de paralisia geral.

afetavam principalmente a afetividade; a paranoia⁷² era um tipo de transtorno que incidia sobre a inteligência, podendo surgir na infância ou na vida adulta, com ou sem alucinação, e seus excessos teriam um poder degenerativo sobre o psiquismo, levando o sujeito à demência.

Kraepelin [1856-1926] relaciona paranoia à demência precoce e identifica na realidade social suas raízes de propensão à anormalidade; mais do que relacionada aos delírios, essa categoria estaria vinculada a uma patologia do caráter. Em seu *Tratado de Psiquiatria*, Kraepelin (1856/1907) propõe um modelo médico para enquadrar a loucura, nele parece interessar-lhe menos o sujeito em si e mais o seu sintoma.

Em seu texto, Kraepelin (1856/1907) também formula uma proposição acerca da distinção entre enfermidades curáveis e incuráveis, sendo sua definição construída a partir de um critério evolucionista. As enfermidades endógenas (de origem orgânica) seriam incuráveis, uma vez que acreditava que de forma degenerativa só havia piora nesses tipos de quadro; a internação desses sujeitos era indicada como forma de apenas amenizar os sintomas e proteger a sociedade (como nos casos de idiotia). Para Kraepelin (1856/1907), o destino da paranoia como doença degenerativa era a demência. Bleuler [1857-1939], em seus estudos sobre demência precoce, orienta suas investigações para um caminho mais organicista, num primeiro momento, numa abordagem neuroanatômica e depois, numa neurobiológica.

Por volta de 1840, Morel [1809-1873] formula a “teoria da degenerescência”, uma primeira tentativa de explicação global da loucura que ganha adesão no solo da psiquiatria e da criminologia. O autor elabora sua teoria pautando-se em uma “reflexão filosófica e médica”; para ele, a psiquiatria deveria pautar-se em uma lei inerente ao processo de evolução e degeneração dos fenômenos. Morel, na formulação de sua teoria, tem influência de Buffon [1707-1788] e Lamarck [1744-1829]. Estes tomavam o conceito de degeneração como “desvio natural da espécie”, convertido por Morel em um “desvio insano da espécie”. Para ele, uma transformação patológica que agisse no sistema nervoso teria o poder de corrompê-lo. Assim, formas distintas de degeneração levariam a diferentes tipos de loucura. As loucuras produzidas por intoxicação ou dependência alcoólica e toxicomania levariam a uma degeneração psíquica e moral; as hereditárias, a uma degeneração da inteligência em diferentes graus, desde um exagero no temperamento nervoso até a idiotia, imbecilidade e cretinismo.

⁷² Em 1879, Krafft-Ebing [1840-1902] diz que a paranoia é um tipo de alienação mental que concerne às questões de juízo e raciocínio. A paranoia é uma categoria relevante na história da psiquiatria porque ela é marcada pela ausência do fenômeno psicossensorial, sua evolução ocorreria fora da demência.

Magnan [1835-1916], em seus trabalhos sobre alienação mental, afirma tentar se afastar do caráter mais religioso presente na obra de Morel (embora tenha resgatado dele o conceito de degenerescência e uma perspectiva do caráter evolutivo dos transtornos mentais), aproximando-se das teorias evolucionistas de Darwin, traduzidas na ideia de que algo de uma estrutura mental degenerada poderia ser transmitida para gerações subsequentes. Para Magman (1891), cada lesão corresponderia a uma patologia precisa e constante. Sua teoria permitiu o estabelecimento de uma relação mais biunívoca entre loucura e criminalidade, nela se apoiou, por exemplo, Lombroso [1835-1909], que defendia a ideia da existência de um criminoso nato.

Essa noção de degeneração mental que poderia ser herdada pelos filhos dos sujeitos alienados permite a construção de uma das facetas fundamentais da psiquiatria na divulgação da importância de condutas e hábitos “corretos” e “normais” capazes de prevenir os transtornos mentais. A prevenção da suposta degeneração psíquica, através de modificações nas condutas, fornece o argumento teórico que sustentará o desenvolvimento de algumas ideias eugênicas e dos trabalhos de cunho profilático em prol de uma suposta higiene mental e social. A única forma de romper o círculo vicioso da degeneração seria através de medidas de esterilização dos asilados e aconselhamento eugênico.

Se por um lado, as crianças consideradas idiotas e os jovens considerados portadores de hebefrenia⁷³ passam a ser vistos por um novo prisma, são filhos de sujeitos psíquica e moralmente degenerados que precisavam ser contidos em seus excessos sexuais para evitar uma proliferação de seus problemas. Por outro lado, a propaganda eugênica passa a alastrar o medo da geração de um filho doente mental, de acordo com as regras de conduta higiênicas. Essa perspectiva higienista ganha força após a Primeira Guerra na divulgação, em diferentes veículos de comunicação, da importância dos fatores educacionais e sociais na formação da personalidade. No período entre guerras criadas, em diferentes nações, as Ligas de Higiene Mental (por exemplo, na França em 1920, nos EUA em 1924, e no Brasil em 1923).

Ainda hoje, no discurso de pais e educadores (como veremos no capítulo três), deparamo-nos com a circulação da noção de que os supostos transtornos mentais precisam ser detectados precocemente, para que uma intervenção rápida possa evitar um agravamento do quadro. Em nossa pesquisa de campo ouvimos no discurso dos professores, no que diz respeito aos argumentos em defesa do encaminhamento de “alunos-problema” para tratamentos especializados, um conteúdo que remete à ideia da degeneração psíquica

⁷³ Seria uma perturbação mental de caráter demencial que ocorreria ao término da puberdade.

produzida por fatores ambientais. Para alguns, uma “criança-problema” é filha de um lar “desajustado”.

No contato com professores ouvimos frases como esta: “*Também, com esse pai e essa mãe que esse menino tem, só podia dar nisso*”. Alguns docentes, por sua vez, em pedido de avaliação de seus alunos aos especialistas, expressavam não conseguir agir com determinados alunos “problema”, pois tinham receio de que suas ações fizessem com que houvesse uma “piora no quadro” (sic) de um determinado aluno, estando somente o especialista apto a intervir em tais situações.

4. *A definição do conceito de neurose e da noção moderna de inconsciente.* No texto de Cullen [1710-1790] *neurose* foi definida como “conjunto de enfermidades nervosas”. Uma primeira articulação desse conceito foi feito com um caráter mais neurológico, abarcando posteriormente as enfermidades mentais. Não por acaso, a expressão “*fulano sofre dos nervos*” é ainda empregada como sinônimo de transtorno psiquiátrico. Esse movimento de distanciamento da concepção de neurose como uma afecção orgânica e sua progressiva aproximação ao campo “psi” também ocorrem ao longo do século XIX.

Axenfeld [1825-1876] assinalou que toda classe de neurose deve ser descrita sempre a partir do princípio de que algo falta ao doente. No entanto, Charcot [1825-1893] esforçou-se, em sua clínica, para demonstrar que a histeria não era apenas teatralização feminina, mas uma enfermidade legítima, um tipo de psiconeurose. O termo psiconeurose é introduzido por Charcot para indicar que a etiologia da referida doença não era orgânica, senão psicológica, reacendendo a velha questão sobre as origens dos transtornos psíquicos.

Janet tomou para si a tarefa de tentar distinguir as implicações do corpo, da mente e a influência de um sobre o outro na formação dos transtornos mentais, numa abordagem declaradamente filosófica (a psicologia seria um ramo da filosofia). Janet define o inconsciente como uma instância psicológica e dinâmica (termo antes impreciso, que para alguns médicos queria dizer corporal) e introduz o termo subconsciente referindo-se à existência de uma instância psíquica que estaria abaixo da consciência. As determinações inconscientes seriam produtoras dos transtornos psíquicos e as neuroses seriam enfermidades de caráter funcional e não orgânico, mas, no entanto, teriam incidência patógena no corpo.

Para Prévost (2000), Janet apresenta uma solução de compromisso entre o corporal e o psíquico ao falar dos transtornos mentais numa perspectiva evolucionista, estabelecendo uma hierarquização das funções mentais que seriam posteriormente corporificadas. Essas funções estariam relacionadas a ações, que partiriam dos atos perceptivos para os intelectuais

elementares, para os atos intelectuais afirmativos e, por fim, para os atos intelectuais reflexivos (pensamento interior). Os transtornos mentais indicariam uma parada ou uma conduta regressiva em relação a essas funções mentais predominantemente intelectuais.

A despeito do colocado acima, vale assinalar que a noção de inconsciente e sua importância serão mais destacadas no âmbito da psicanálise, a partir de sua invenção, por Freud [1856-1939].

Roudinesco (1997) utiliza a expressão “invenção” ao afirmar que a Psicanálise é fruto do processo de criação de uma proposta teórica e clínica em relação aos transtornos mentais. A autora afirma, contudo, que a obra de Freud foi marcada pela ideia de determinação inconsciente de Janet e que está intimamente ligada às questões de seu tempo – Viena do final do século XIX ao início do século XX. O inconsciente freudiano é, entretanto, elevado à instância máxima e determinante da vida psíquica. A definição freudiana de pulsão (*trieb*), em oposição a instinto (*instinkt*), busca pôr fim à celeuma entre o orgânico e o mental, ao situar o aparelho psíquico no limite entre o somático e o psíquico.

A psicanálise produziu grande influência na psiquiatria na virada do século XIX para o século XX. Além do destaque à função determinista do *inconsciente* na etiologia dos transtornos mentais, a perspectiva de uma *Psicopatologia da vida cotidiana* (1901), numa tentativa de demonstração de que os traços neuróticos estariam presentes mesmo nos sujeitos “normais”, levará Freud a constatar, mais para o final da sua vida que “de perto, ninguém é normal”, e sustentará uma posterior construção da nosografia psicanalítica, que se articulará em torno da noção de estrutura: o psiquismo se estruturaria então a partir de uma organização neurótica, psicótica ou perversa.

Os conceitos psicanalíticos foram incorporados de forma ideológica aos discursos higienistas e tomados como argumentos para reforçar propostas de cunho moralista, de repressão e vigilância em relação a atos considerados promíscuos. Isso se deu em função de uma distorção no destaque atribuído por Freud (1905) à etiologia da sexualidade nos quadros de psicose⁷⁴. Isso causou ainda um olhar “mais apurado” para as manifestações da sexualidade infantil, a criança deveria, então, ser vigiada e sua sexualidade desviada, sublimada para fins “superiores”, como esportes ou artes.

A noção de inconsciente também foi utilizada de forma ideológica para implicar apenas o sujeito com seu sintoma, como no caso de um fracasso escolar. Atribuir um insucesso escolar apenas a uma experiência “traumática”, à rejeição e / ou ao abandono dos pais, à exposição a abusos de diferentes ordens são exemplos de argumentos que desimplicam

⁷⁴ Reduzidos apenas ao seu caráter genital.

de uma crítica sobre os fatores institucionais e políticos em torno do fenômeno “ir mal na escola”⁷⁵. Esses argumentos são empregados majoritariamente quando se fala no insucesso escolar de crianças oriundas de camadas populares, num elo preconceituoso entre pobreza e “desvio” ou “distúrbio” de conduta.

Em última instância, o termo neurose, mais precisamente psiconeurose, acabou servindo como uma categoria “guarda-chuva”, sob a qual poderiam ser classificados todos os quadros que não poderiam ser explicados como resultado de algum comprometimento orgânico.

5. *O desenvolvimento da neurologia.* A partir do século XX, com o surgimento dos avanços no campo da neurologia, a relação entre psiquiatria e sistema nervoso central torna-se mais estreita. A psiquiatria começa a se separar do alienismo fazendo pontes e alianças com a neurologia e a psicologia experimental. Ballet [1853-1916] propõe a aproximação entre neurólogos e alienistas, uma vez que não acreditava mais que apenas a domesticação de uma natureza rebelde pudesse garantir a eficácia do tratamento de um transtorno mental.

Segundo Laura e Boitier (2000), a clínica neurológica se organizou mais tarde que a clínica psiquiátrica e, enquanto ramo da medicina, foi sendo articulada no interior da psiquiatria a partir das relações que esta estabeleceu entre as doenças mentais e o cérebro. Para Pinel (1809/2005), partindo do pressuposto que a alienação mental estava relacionada ao pensamento e este, ao cérebro, as paixões produziam lesões no cérebro que levavam o sujeito à loucura,

Os estudos de Lavoisier [1743-1794] sobre lesões histológica e os de Georget [1795-1828] sobre enfermidades infecciosas que geravam uma afecção no cérebro, como a meningite, serviram de suporte para teorias como as de Griesinger [1817-1868]. Esse autor buscou estabelecer uma relação entre loucura e anormalidade do cérebro, definindo a patologia cerebral como alvo de estudo da psiquiatria. Os sistemas psicométricos tomaram como modelo os sujeitos ditos idiotas, atrasados e dementes para o estabelecimento de padrões de normalidade em medidas de crânio.

Conforme Laura e Boitier (2000), o tratamento clínico em neurologia teria sido inaugurado a partir de pesquisas sobre a afasia, bem próximo da abordagem psiquiátrica, ainda sem a aplicação de exames e ferramentas que definissem sua especificidade técnica. A criação de uma neuropsiquiatria é marcada pela tentativa de busca de laços entre as funções

77 Não estamos afirmando aqui que estas experiências não produzam efeitos subjetivos. Nossa crítica reside no fato de haver uma redução da análise dos problemas escolares a um problema do e no sujeito, isenta de uma crítica mais abrangente.

cognitivas superiores e as histofisiológicas do sistema nervoso central. Tal abordagem é desenvolvida graças a experimentos com animais, aos estudos dos transtornos de linguagem, e das doenças do cérebro, como a “disfunção cerebral mínima (LAURA e BOITIER, p. 295)”.

No século XX, a importância da função do córtex será destacada como resultado das produções no campo da anatomia, da anatomia patológica, da anatomia comparada e da embriologia.

Segundo Laura e Boitier (2000), antes de 1833, o cérebro era visto como matéria viva. A partir das pesquisas de Ehrinberg em 1833 começa-se a cogitar que ele pudesse ser constituído por células. Algumas datas importantes marcam essa evolução. Golgi fez investigações sobre a existência da célula nervosa entre 1880 e 1886; a definição de neurônio teria sido sistematizada em 1891 por Von Waldeyer e de sinapses em 1897. Apenas em 1900, houve a organização de uma histologia nervosa.

O desenvolvimento da neuroquímica e a descoberta dos neurotransmissores no final do século XX facilitarão a criação de modelos para interpretar fenômenos, não mais a partir da perspectiva de um órgão (o cérebro), mas da articulação entre núcleos de neurônios. Isso favorecerá o desenvolvimento pela psiquiatria de medicações (LAURA E BOITIER, 2000, p. 298) apropriadas. Paralelamente, Ribot [1939-1916] funda a psicologia como ciência autônoma numa busca da identidade entre os mecanismos psicológicos “normais” e os patológicos, que variariam apenas no aspecto quantitativo e não mais no qualitativo.

A aproximação da neurologia e seus procedimentos, auxiliados pelo desenvolvimento da microscopia, trazem à psiquiatria um respaldo de “comprovação científica” há muito almejado, inclusive a perspectiva de que as enfermidades dos nervos pudessem ser medicamentosamente curadas. Ao mesmo tempo, conforme Laura e Boitier (2000) inicia-se uma tentativa de distinção entre neurologia e psiquiatria. A primeira cuidaria das alterações do sistema nervoso sem alterações do psiquismo e a segunda, das situações em que alterações nas relações interpessoais seriam resultado de um transtorno psíquico.

Ajuriaguerra (1983) fala da psiquiatria como um campo não nítido, atravessado por muitas correntes teóricas, como a sociologia, psicologia, psicanálise, linguística e neurofisiologia, tornando inespecífica a definição de seus limites. Nos tempos atuais, com a grande redução dos hospitais psiquiátricos e o avanço da psicofarmacologia, o psiquiatra vai cada vez mais ocupando o posto de mediador entre a loucura e sociedade, acalentando um processo de psiquiatrização do cotidiano, aumentando o risco de que o louco perdido seja privado de cuidados.

Na próxima seção, buscaremos demonstrar como esses aspectos foram integrados na forma de uma especialidade da psiquiatria – a psiquiatria infantil, que fundiu de vez, as experiências de um campo nomeado “educação especial”, pedagogia e o tratamento moral.

1.5 O surgimento da psiquiatria infantil

O interesse inicial do alienismo e, posteriormente, da psiquiatria para com a infância está relacionado com a compreensão das categorias de idiotia e imbecilidade, com a face “burra” da loucura, incorrigível, incurável capaz de manter o sujeito numa condição de infantilidade que não teria fim. A criança ganha espaço nos domínios da alienação mental na categoria de idiotia e demência, passando da perspectiva da demência precoce infantil para a demência precocíssima (conceito formulado, em 1906, por Sancte de Sanctis [1862-1935]), com a ideia da possibilidade de uma debilidade mental evolutiva. A demência seria o fim de todas as patologias mentais incuráveis; um desgaste psíquico gerado por alto grau de excitação, podendo ser iniciada de forma “precocíssima” na infância, devido a uma suposta incompetência da educação na contenção dos excessos contidos nessa etapa da vida. O conceito de demência infantil ou precocíssima remete a crianças com um desenvolvimento, aparentemente, normal até determinado momento da vida, e que, por algum motivo, regridem e têm seu desenvolvimento deteriorado. Diversas classificações de deficiência mental como forma demencial surgem e incitam a busca pelo *locus* anatomopatológico.

Platter [1536-1614] e Willis [1621-1675] foram os inspiradores de uma corrente de tratamento médico, denominada “médico-pedagógica”, que tinha como característica uma tentativa de articular trabalhos do médico com os do pedagogo na terapêutica da idiotia, de modo que a inteligência desses sujeitos tidos como idiotas pudesse ser corrigida e reconduzida para o uso da razão. Foi Platter o primeiro médico a afirmar, em 1665, que a debilidade era uma condição gerada por fatores hereditários e que o único tratamento possível era o pedagógico (em sua modalidade de contenção e correção). Willis esclarecia os pais sobre como eles poderiam gerar problemas mentais nos filhos ao forçarem demais seus estudos.

Para Pinel (1809/2005), o estado demencial poderia ser entendido como sinônimo de obliteração do pensamento, cujos principais sintomas seriam leveza extrema, distração, inconveniência, extravagâncias, repetições. Tal estado seria gerado por um esgotamento causado em função de um “abuso extremo dos prazeres” (p. 38). Nessa condição, o sujeito

estaria preso a objetos quiméricos apresentando incoerência de pensamento, uma vez que esses objetos não teriam relação com os objetos externos.

Uma lesão na capacidade de memória e de julgamento tornaria o sujeito considerado como idiota incapaz de articular noções como as de propriedade ou decência. Não havendo associação de ideias e nem ponto de julgamento, essas ideias seriam como que isoladas. Nas palavras de Pinel, o pensamento dos sujeitos, classificados dentro dessa categoria, poderia ser assim descrito:

[...] sucessão rápida ou intermitente das ideias isoladas e de emoções leves e disparatadas, movimentos desordenados e atos sucessivos de extravagância, esquecimento completo de todo estado anterior, abolição da faculdade de percepção dos objetos por impressões a partir dos sentidos, obliteração do julgamento, atividade contínua sem objetivo, nenhum sentimento interior de sua existência (PINEL, 1809/2005, p. 197, tradução nossa).⁷⁶

No que diz respeito à idiotia, essa categoria deveria ser entendida, para Pinel (1809/2005), inserida numa escala de variação de loucura: do *louco* para o *extravagante*, e deste para o *insensato*, em uma última instância para o *idiota/imbecil*. Essa escala seria construída a partir das variações na racionalidade, na prudência, da capacidade de penetração do espírito. A idiotia revelaria um defeito na capacidade de conhecimento e uma “abolição mais ou menos absoluta seja das funções do entendimento, seja de afecções do coração” (p.197). Para o autor, o sujeito idiota agiria como os animais, devido à presença de um instinto cego que os governaria.

Ainda conforme esse autor, a idiotia poderia ser gerada em função de abuso dos prazeres enervantes, uso de bebidas narcóticas, golpes violentos recebidos na cabeça, vivência de um sofrimento profundo e concentrado, estudos forçados e dirigidos sem um princípio, tumores no crânio, ataques de apoplexia, abuso excessivo de sangrias. Do ponto de vista orgânico, a idiotia seria diagnosticada graças a marcas na fisionomia e por meio de análise de medidas do crânio que apontassem uma determinada desproporção na cabeça. Poderia também ser considerado sinal de idiotia a ausência de inteligência até os doze anos, aliada a um desenvolvimento muito lento da faculdade de articulação (para Pinel, sujeitos surdos e mudos eram também idiotas). As faculdades afetivas dos idiotas eram consideradas nulas; eles não teriam afeto, apenas uma busca constante de prazer, sendo comum o onanismo.

⁷⁶ “[...] succession rapide, ou plutôt alternative non interrompue d’idées isolées et d’émotions légères et disparates, mouvemens désordonnés ate actes sucessifs d’extravagance, oubli complet de tout état antérieur, abolition de la faculté d’apercevoir les objets par des impressions faites sur les sens, oblitération du jugement, activité continuelle sans but et sans dessein, et sentiment intérieur de son existence” (PINEL, 1809/2005, p. 197).

Em torno da noção da etiologia das deficiências intelectuais articula-se a própria ideia da psiquiatria infantil. Assim como a cena mítica de Pinel libertando os loucos das correntes em Bicêtre faria uma alusão à inauguração da psiquiatria; o tratamento do menino Victor, o selvagem de Aveyron, é indicado por Gineste (2000) como sendo a origem mítica da psiquiatria moral infantil. Victor é a primeira criança louca/idiota a ser submetida a um tratamento especializado e Jean Itard [1774-1838] é o idealizador de seu tratamento. Itard foi discípulo de Esquirol e sua abordagem terapêutica com o “menino selvagem” foi declaradamente inspirada no modelo de tratamento moral proposto por Pinel (1809/2005) em seu *Tratado* (BANKS-LEITE, 2000).

Os primeiros dispositivos de cura das afecções mentais infantis estão associados primeiramente a uma medicina moral de nítida influência pedagógica incorporados depois, aos tratamentos idealizados por Itard e seus seguidores. As intervenções medico-pedagógicas com crianças tornaram-se cada vez mais frequentes no século XIX.

Em 1826, Ferrus [1784-1861] abriu um serviço para idiotas em Bicêtre e Voisin, em 1831 na Salpêtrière atendendo uma clientela de crianças idiotas e epiléticas. O procedimento utilizado nessas instituições era a aplicação do tratamento moral por meio da pedagogia, de modo a despertar e sacudir o corpo cujos órgãos dormiam.

Embora, nesse período, a idiotia fosse entendida como sendo o resultado de uma deterioração somática que levava a más formações ou patologias, sendo tal situação atribuída às más condições de educação e cuidados maternos, havia, nesse momento, uma preocupação menor em torno da etiologia em si da idiotia e mais com um debate em torno de um tratamento que possibilitasse a sua cura. Ferrus considerava a idiotia como uma espécie de embotamento que não minguava “a humanidade dos enfermos” e Séguin afirmava que patologias graves poderiam ser corrigidas através do tratamento médico-pedagógico.

Bourneville [1840-1909] buscou nos sinais físicos, pedagógicos, psicológicos as marcas aparentes de uma deficiência mental. Nos asilos-escola foi aplicado o tratamento médico-pedagógico, de cunho higienista, preconizado por Bourneville, buscava-se com ele alcançar o desenvolvimento das faculdades preservadas nos idiotas. Na segunda metade do século XIX, praticamente em todos os países da Europa foram construídos centros de hospitalização para crianças chamadas de idiotas.

Régis (1914) criticou o excessivo destaque dado à perspectiva pedagógica na compreensão da criança idiota. Em torno de uma perspectiva mais experimental aproximaram-se Binet e Simon, criando uma escala que pudesse medir em graus a capacidade global de inteligência, um procedimento de intervenção supostamente mais científico para

utilizar junto aos sujeitos tidos como idiotas. Em 1907, houve a criação de classes de aperfeiçoamento na França, e para identificar os mais inteligentes dentre os idiotas e imbecis, isto é, identificar os sujeitos considerados educáveis, foram aplicadas as escalas métricas de inteligência de Binet e Simon.

Segundo Assumpção (1994), ao longo do século XIX, as ligações entre criança e loucura foram estabelecidas menos em relação à “criança louca”, propriamente dita, e mais a partir de formulações acerca das afecções, resultantes de uma freada do desenvolvimento, que pudessem atingir a inteligência e suas faculdades, associando-se então loucura às oligofrenias⁷⁷.

Os primeiros trabalhos publicados de “psiquiatria infantil” que versaram sobre as chamadas oligofrenias (MAUDSLEY, 1867; MOREAU DE TOURS, 1888; MANHEIMER, 1899; EMINGHAUS, 1887; IRELAND, 1898) apresentam, na opinião de Assumpção (1994) uma visão adultomorfa da alienação mental na criança. O termo oligofrenia será importante no desenvolvimento da psiquiatria infantil, ao tentar explicar as origens e procedimentos terapêuticos e educacionais em situações de “retardo mental”, incluindo os casos de idiotia e imbecilidade. Nas palavras de Cesar (1942), retardo mental seria assim definido:

Os mais variados processos mórbidos que afetam o cérebro da criança, em qualquer que seja a fase de sua evolução, podem determinar uma interrupção e mesmo uma certa regressão do desenvolvimento mental, tornando o indivíduo afetado inferior, sob o ponto de vista psíquico, à média dos indivíduos da coletividade que pertence. Assim considerada, a “Oligofrenia” não pode ser encarada como uma entidade mórbida, pois não depende ela de um fator etiológico específico e nem de um único processo patogênico[...] a Oligofrenia deve ser tida como um “*síndrome mental*”, isto é, um complexo de sintomas resultante de etiologia e patogenia várias (CESAR, 1942, p. 291).

O critério para considerar um sujeito oligofrênico era a comparação de seu desenvolvimento intelectual com uma média, isso se dava conforme a aplicação de testes psicológicos que objetivavam medir a inteligência estabelecendo uma relação entre idade mental e desenvolvimento intelectual, partia-se, para isso, de critérios quantitativos criados com base nas escalas métricas idealizadas por Binet e Simon.

O potencial cognitivo foi traduzido em quociente intelectual (QI). Assim, em sujeitos “normais”, ele deveria permanecer inalterado ao longo do desenvolvimento. Conforme Cesar (1942), esse potencial cognitivo deveria ser analisado levando em conta a seguinte

⁷⁷ Tomadas como sinônimo de deficiência, retardamento mental, ausência de inteligência, geradas por fatores diversos.

distribuição: QI acima de 0,80, sujeitos normais; QI de 0,80 até 0,70, sujeitos débeis mentais; QI entre 0,70 e 0,20, sujeitos imbecis (idade mental que variava de 3 a 7 anos) e QI abaixo de 0,20, sujeito idiotas (idade mental inferior a três anos). A deficiência mental era o principal sintoma da oligofrenia e ela era classificada em três diferentes níveis: severo (idiotas), moderado (imbecis) e leve (débeis mentais).

Nos casos mais graves de idiotia, considerava-se que não havia vida psíquica no sujeito, apenas a presença de atividades vegetativas. Esses idiotas severos se comportavam como bebês de poucos meses, com linguagem precária e apresentando reações automáticas. Nos casos moderados de idiotia, supunha-se que o sujeito poderia adquirir conhecimentos rudimentares, por exemplo, compreender algumas palavras, mas ele seria dotado de maior capacidade para atos práticos.

Os idiotas eram descritos como portadores de movimentos estereotipados e, partindo-se da perspectiva de que esses indivíduos viviam uma vida instintiva não reprimida, alguns eram considerados violentos e perigosos, e inclinados a atividades sexuais despudoradas. Por meio desses indícios, os sujeitos idiotas eram classificados dando-se ênfase à sua aparência e comportamento, como expresso por Cesar (1942, p. 317): “tudo isso dá ao idiota um aspecto profundamente grotesco que permite o diagnóstico à distância”.

Os graus mais severos de imbecilidade eram considerados semelhantes à idiotia. O sujeito enquadrado como imbecil poderia chegar, no máximo, a uma idade mental de uma criança entre um e quatro anos. Suas possibilidades cognitivas eram limitadíssimas, sendo comparadas ao pensamento infantil pré-lógico. No entanto, aqueles tidos como mais evoluídos adquiririam conhecimentos com indicação para que fossem aproveitados em trabalhos práticos que não exigissem esforço intelectual, pois se supunha que não conseguiam fazer análise ou compreender leis que regiam fenômenos, por conta disso, esses sujeitos eram utilizados como mão de obra barata. Também havia indicação para que os sujeitos imbecis fossem contidos nos seus excessos de excitação sexual.

Débil mental, segundo César (1942), seria o sujeito apto a receber instrução primária, desde que fosse realizada em escolas especiais. Ele teria pensamento lógico, no entanto, com falhas no juízo crítico. Poderia realizar trabalhos variados, mas se dava ênfase aos manuais, principalmente artesanato. A “laborterapia” era uma abordagem muito empregada no trato com oligofrênicos. O atraso cognitivo só ficaria evidente com a escolarização, por não conseguir acompanhar os colegas, quando numa escola regular, esse sujeito poderia desenvolver “complexo de inferioridade e tendência à delinquência” (CÉSAR, 1942, p. 53), um dos argumentos para encaminhamento dessas crianças para educação especial.

Retoma-se, novamente, o princípio de que para poder tratar e educar crianças era preciso identificar a etiologia de sua síndrome. De modo geral as oligofrenias eram consideradas como resultado de uma falta de desenvolvimento psíquico, efeito de uma falha no amadurecimento do sistema nervoso central ou na estimulação ambiental (teria maior desenvolvimento a criança que vivesse em um ambiente mais culto). Nesse sentido, Cesar (1942, p. 303) especifica as condições “morbígenas que podem comprometer o desenvolvimento harmônico do sistema nervoso central encefálico e, portanto, determinar uma Oligofrenia” Desde fatores hereditários, infecciosos, tóxicos (endógenos e exógenos), traumáticos, carências alimentares e vitamínicas até os “traumas emotivos”. Todos esses elementos agiriam e deformariam a formação encefálica.

Dentre esses fatores, havia um destaque para os hereditários, nos quais o potencial de morbidade seria transmitido geneticamente, daí o reforço na ideia eugênica de esterilização dos “deficientes mentais”. Mas também será alvo de destaque o comportamento dos pais dos sujeitos tidos como oligofrênicos: a desnutrição materna, o uso de álcool, a presença de sífilis e traumas sofridos na gestação também poderiam ter influência “sobre o sistema nervoso do ser em formação” (CESAR, 1942, p. 308). Em relação aos aspectos não congênitos, a ênfase era dada aos agentes mórbidos (sífilis, tuberculose, tifo, paludismo, gripe etc.), aos processos infecciosos, às quedas e aos problemas endócrinos. Enfim, a oligofrenia também poderia ser gerada por uma degeneração psíquica por aspectos morais.

Segundo Gineste (2000), com a criação da Escola Ortofrênica na França em 1834 [inspirada nas proposições teóricas sobre a idiotia formuladas por Voisin (1794-1892)], foi possível acompanhar uma das primeiras classificações nosográficas infantis, através da descrição dos tipos de alunos que frequentavam essa escola:

- a) crianças pobres de espírito de nascimento, entre o homem comum e o idiota.
- b) crianças que nasceram bem, mas uma educação mal dirigida as fez tomar um rumo vicioso.
- c) extraordinários: sujeitos com tendência aos grandes vícios ou grandes virtudes, grandes crimes ou ações elevadas.
- d) crianças nascidas de pais alienados (GINESTE, 2000, p. 369, tradução nossa).⁷⁸

⁷⁸ “a) los niños pobres de espíritu de nacimiento, y que eran intermedios entre el hombre común y el idiota; b) los niños que eran como todo el mundo al nacer, pero a los que una primera educación mal dirigida había hecho adquirir una dirección viciosa; c) los niños extraordinarios: aptos para los más grandes vicios lo mismo que para las mayores virtudes, grandes crímenes lo mismo que para acciones más elevadas; los niños nacidos de padres alienados” (GINESTE, 2000, p. 369).

A psiquiatria infantil só é reconhecida oficialmente como especialidade médica em 1937, no I Congresso de Psiquiatria Infantil realizado em Paris. Como apontamos anteriormente, questões relacionadas à idiotia e a demência formaram o alicerce que sustentou sua construção. No entanto, a partir do século XX outras indagações sobre a saúde mental das crianças passaram a aparecer. Entretanto, conforme Gineste (2000, p. 379): “toda psicopatologia infantil é um desdobramento dos quadros de idiotia e demências infantis”.

Para além de questões relacionadas à inteligência, a busca pelas origens dos transtornos mentais infantis impulsiona a psiquiatria infantil a tomar para si a tarefa de pensar na (a)normalidade do comportamento infantil. Segundo Kanner [1894-1981], na formulação de uma etiologia dos transtornos mentais infantis, destacavam-se as questões sobre as falhas nos processos de educação. As crianças tinham problemas porque os pais erravam. O discurso médico nomeia esses problemas infantis na forma de possíveis transtornos de conduta com consequências que apontavam para dois caminhos: loucura através de um processo de debilitação mental e/ou criminalidade. Os sentimentos, emoções e capacidades das crianças precisavam ser vigiados, modulados e medidos (KANNER, 1966).

Na primeira década do século XX, acompanhamos o desenvolvimento de estudos no âmbito da psicomетria, exatamente quando a obrigatoriedade da educação lança questões sobre o que deveria ser feito com as crianças que não aprendiam na escola.

Binet e Simon (1931) estabeleceram uma escala de mensuração com o nome de teste de inteligência, teste mental ou teste psicométrico “instituinto uma norma operativa com respeito à capacidade escolar. Mediante este procedimento foi possível averiguar até que ponto os alunos, individualmente, coincidiam com a norma ou termo médio, ou se apartavam dele” (JATOBÁ, 2002, p. 29). No ano de 1905 ocorre na França a publicação do primeiro projeto de escala para ser aplicado por professores na avaliação da idade mental das crianças, de modo que a partir dos resultados eles mesmos pudessem ajustar o ensino às necessidades e possibilidades de assimilação dos alunos. Esse “ajuste” girava em torno da ideia de formação de classes homogêneas.

Contraпondo-se a uma abordagem mais descritiva e nosográfica, surge uma tendência, em psiquiatria, denominada psicodinâmica. A invenção da psicanálise por Freud, no início do século XX, tem como um de seus textos fundamentais os “Três ensaios para uma teoria da sexualidade” (1905) em que o autor destaca a importância da sexualidade infantil no processo de construção do aparelho psíquico e na etiologia dos sintomas neuróticos. Do ponto de vista clínico, a psicanálise destaca a importância na exploração biográfica do paciente. Pela via da psicanálise a questão “afetiva” toma destaque, a ideia das relações primitivas da criança

e, sobretudo, a noção de trauma são incorporadas ao discurso dirigido a pais e professores na tentativa de lhes ensinar a melhor forma de educar uma criança, evitando que “traumas futuros” gerassem falhas no desenvolvimento e na inserção social do sujeito. Melanie Klein e Anna Freud foram nomes de influência psicanalítica e de destaque na psiquiatria da infância.

Nessa perspectiva preventiva dos problemas infantis, o advogado Beers [1876-1943] funda, em 1909, nos Estados Unidos o Comitê Nacional de Higiene Mental e o Instituto Psicopático Juvenil. Com a inauguração dos tribunais de menores, os juízes, não apenas emitiam sentenças, mas passaram a se endereçar aos psiquiatras para que eles emitissem laudos que justificassem porque o menor teria cometido um ato delinquente.

A aproximação do sistema judiciário da psiquiatria é efeito da intensificação do movimento de higiene mental, cujo lema era “a prevenção da insanidade e da delinquência” (COSTA,1981). Os higienistas conclamavam que se prestasse atenção aos sinais de insanidade e delinquência que apareciam na infância. Os psiquiatras tinham a função, nesse movimento, de apontar quais eram os sinais indicadores de deficiência mental ou problemas de conduta em relação aos quais, pais, professores e demais agentes sociais deveriam estar atentos.

Ao longo do século XX, acompanhamos a criação de vários tipos de instituições que articulavam bem as tendências em psiquiatria infantil, através de uma preocupação com a prevenção delinquencial: a) casas de criança (abrigos com pais substitutos) e a b) liberdade vigiada (3ª possibilidade entre a sentença ou absolvição).

As clínicas de orientação para crianças surgem, conforme Kanner (1966), entre a segunda e terceira década do século XX, e são o local para onde as crianças com “conduta desordenada ou estranha” (KANNER, 1966, p. 35) deveriam ser encaminhadas. O destaque dado às terapêuticas da atitude é grande. Wickman publicou, em 1928, um livro em que pedia aos professores de duas grandes escolas primárias uma lista dos problemas de conduta de cada criança. Sua recomendação era que os professores deveriam ser ensinados a reconhecer e tratar os problemas de conduta de seus alunos, considerando os fatores emocionais e experimentais que provocavam tais problemas. Também enfatizou a necessidade de se prestar atenção especial à adaptação emocional e social dos professores.

Médicos e professores vão se aproximando, cada vez mais, uns dos outros; aqueles oferecendo e estes “consumindo” os saberes normativos da medicina psiquiátrica. Esses saberes serão aplicados na prática pedagógica na seleção dos alunos desviantes, no encaminhamento deles, na profilaxia do retardo mental e de conduta. Nesse contexto, o

médico deverá “ensinar” ao professor como se comportar para melhor desenvolver uma educação moral.

Algumas práticas ilustram esse movimento de orientação dos professores pelos médicos (convertidos em agentes sociais). Em 1925, Sancte de Sanctis [1862-1935] publica um livro em que lança o conceito de “professor visitante”. Para ele, além do trabalho em sala de aula, o professor deveria visitar a casa dos alunos, detectar falhas no ambiente e na educação das crianças, indicando correções necessárias e repassando os saberes que apreendeu do discurso médico.

Entretanto, nenhuma ideia produziu tanto impacto na história da psiquiatria infantil, com ampla adesão e circulação em âmbito social, como a noção da existência de um padrão normal de desenvolvimento. Tal conceito está presente tanto no trabalho “O desenvolvimento mental da criança pré-escolar; linhas gerais do desenvolvimento normal do nascimento aos seis anos. Incluindo um sistema de diagnóstico do desenvolvimento”⁷⁹ de Gessel (1925), quanto em diversas publicações atuais voltadas para pais e professores. Para as quais são endereçadas algumas questões: “Meu filho é normal?”, “Meu aluno é normal?”, “Como detectar problemas no desenvolvimento da criança?”, “O que fazer com a criança que não está dentro do padrão de desenvolvimento normal?”, “É normal uma criança de 9 anos não saber ler?”. Poderíamos escrever páginas de perguntas sobre essa questão...

Em 1926, Homburger amplia a nosografia psiquiátrica infantil ao citar o termo “esquizofrenia infantil”. Agora não há apenas a criança anormal, com problemas de desenvolvimento indicados pelo retardo mental; passa-se a falar também da criança louca em si, ampliando-se os estudos sobre psicoses infantis e autismo.⁸⁰

Como dito anteriormente, a psiquiatria infantil é reconhecida como especialidade médica, em 1937, no I Congresso de Psiquiatria Infantil realizado em Paris. Este congresso teve como tópicos principais a autointoxicação genital, o autismo infantil precoce e a esquizofrenia infantil.

Nesse mesmo período surgem técnicas psicoterápicas específicas para crianças de caráter ludoterápico sob influência psicanalítica, inspiradas também pelo primeiro livro versando sobre psiquiatria infantil por Emminghaus [1845-1904], publicado em 1887.

Diferentes setores sociais passam a buscar orientação dos psiquiatras (e demais profissionais “psi”), que passam a agir como especialistas indicando a forma como um adulto

⁷⁹ “The mental growth of the pré-school child; a psychological outline of normal development from birth to the sixth year. Including a system of developmental diagnosis” (GESSEL, 1925).

⁸⁰ Não contemplaremos neste trabalho os desdobramentos de questões relacionadas à psicose e autismo no âmbito da psiquiatria infantil.

deve dirigir-se a uma criança de modo a não gerar “traumas” e agravar problemas psíquicos. Kanner [1894-1981] destaca, em 1935, que o organismo se adapta ao meio, e sendo a escola um ambiente onde a criança passa boa parte de seu dia, ele deveria passar a ser alvo da investida médica (não apenas os alunos, mas a forma como as instituições escolares se organizam: da disposição do mobiliário às práticas pedagógicas).

O Tratado de Nobécourt, firmado, em 1939 na França, reforça a importância de se buscar os aspectos etiológicos da deficiência mental e estabelecer uma profilaxia para os mesmos; nesse documento é definido que as patologias infantis sejam agrupadas como: transtornos de inteligência, transtornos afetivos, delinquências e más formações físicas.

A respeito da importância da profilaxia destacada pelo Tratado de Nobécourt, (1966, p. 42) afirma que “ao redor da criança em perigo se criaram consultórios de guia infantil, de conselho, de detenção, de orientação médico-pedagógica, matrizes das futuras oficinas públicas de higiene social da imediata pós-guerra”. Paralelamente, há a criação de internatos e, logo, externatos para as crianças com problema de caráter e também a ampliação dos centros médico-pedagógico. Em 1948, em Paris, é criada a primeira cátedra de neuropsiquiatria infantil.

Em 1950, Micheaux afirma que os transtornos psicomotores, de inteligência e afetividade, com ênfase nas questões afetivas, seriam o corpo principal da psiquiatria infantil. Será a partir de 1970, sob a influência de teorias em psiquiatria infantil de origem anglo-saxônica, que uma tendência funcionalista e pragmática avançará em relação a uma abordagem mais “afetiva” dos distúrbios infantis, promovendo, cada vez mais, a medicalização da criança e criando um estreitamento da relação entre mente e cérebro.

A Associação Americana de Psiquiatria lança, em 1980, o DSM-III numa tentativa de sistematização teórica das patologias mentais, num movimento chamado por Assumpção (1994) de neo kraepelliniano, com um enfoque no que seria uma psicopatologia descritiva; lá aparecerá pela primeira vez uma seção destinada às afecções psíquicas infantis.

Para Lippi (1994, p. 5), “a psiquiatria infantil se estrutura numa interface médica, com preocupações nosológicas e etiológicas numa visão predominantemente biológica”; outra interface é a psicologia do desenvolvimento, com as abordagens familiares e com a pedagogia. Essa fusão de áreas resulta na psiquiatria infantil atual.

O desenvolvimento da psiquiatria infantil no Brasil acompanha os movimentos internacionais e é influenciado, num primeiro momento, pelas escolas francesa e alemã e, mais recentemente, pelas formulações norte-americanas. Inicia-se com formulações acerca da idiotia (em 1900, C. Eiras publica a primeira monografia sobre o tratamento de idiotas) e

ganha espaço no debate sobre a importância de acolhimento dos “menores” anormais nos asilos, separados dos adultos.

No Brasil, no Juqueri, a partir de 1921, é aberto um primeiro serviço para menores sob direção de Vicente Baptista. Tanto aqui, quanto nos primeiros anos do século XX, com a criação do Pavilhão Bourneville sob a direção de Juliano Moreira e Fernandes Figueira podemos acompanhar a aplicação da cartilha da educação moral, sobretudo para os chamados idiotas. Em 1929 em Belo Horizonte Antipoff funda um laboratório de psicologia inspirado nas concepções de educação moral de Séguin. Nessa mesma linha é criada a Sociedade Pestalozzi em 1932 e o Instituto Pestalozzi em 1935, polos propagadores para todo Brasil dos referenciais da psiquiatria infantil para educação/tratamento do então chamado “retardo mental”

A ideia de aproximação entre “anormalidade” infantil e delinquência também ganha terreno fértil em nossas terras. No *Decreto Governamental n. 7680* de 1927, encontramos o “Regulamento da assistência e proteção dos menores abandonados e delinquentes”. Nele, por criança anormal era entendida “toda criança que por razão qualquer se acha em condição de inferioridade e não pode adaptar-se aos meios sociais que se destinam a viver (anormais por déficit sensorial, por déficit intelectual e por déficit nas faculdades afetivas)” (ASSUMPÇÃO, 1994, p. 123).

Essa aproximação com o temor da delinquência e criminalidade apoia-se e é apoiada por medidas “preventivas”, através da propagação de modelos de controle moral e social, amparados nas teorias eugênicas, higiene mental e estudos sobre hereditariedade.

Em 1967 é fundada a Associação Brasileira de Neuropsiquiatria Infantil que estabelece em nosso país uma abordagem neurológica dos “transtornos infantis” e a difusão da necessidade de tratamento dessa clientela com uso de medicação. Mas essas crianças “problemáticas” não circulavam apenas em instituições e clínicas médicas, era preciso pensar também em como (e se) era possível educá-las. A entrada dos saberes médicos no meio escolar é também pela via da educação especial, com ponderação sobre os critérios para composição de classes especiais para crianças que apresentassem impedimentos para aprender, a partir da definição de graus de “educabilidade”. Séguin foi o teórico que iniciou o movimento de convergência entre psiquiatria e educação (especial), com uma proposta metodológica que segue o princípio de aplicação do Tratamento Moral para educação.

1.6 Confluências do pensamento, prática psiquiátrica e educação

Como dissemos anteriormente, a entrada dos saberes “psi” no campo da educação ocorreu pela via da educação especial, juntamente às crianças consideradas idiotas e imbecis, tidas como “anormais de asilo”. Entretanto, o conceito de anormalidade infantil expande seu território para as afecções que incidem não apenas na inteligência, mas também na “afetividade” e no “caráter”. O atraso escolar era um fenômeno entendido como manifestação desse tipo de anormalidade, e os sujeitos que o apresentavam nomeados de “anormais de escola”. Vejamos como a fusão de tratamento moral e educação, idealizada por Séguin, e a criação da corrente ortofrênica em pedagogia foram os dois acontecimentos que viabilizaram a transposição dos saberes “psi” para a escola.

1.6.1 Séguin e a educação como tratamento moral

Em 1846, foi publicada uma obra inaugural para o campo da Educação Especial escrita por Édouard Séguin [1812-1880]: *Tratamento moral, higiene e educação dos idiotas*⁸¹. Este autor apresentou, pela primeira vez na história, um método educacional voltado para os chamados idiotas, que até então eram considerados ineducáveis, aplicando o pressuposto do tratamento moral idealizado por Pinel à educação..

Apesar de ser reconhecido como médico, Séguin era formado em direito, tendo concluído posteriormente seus estudos em medicina. Seu campo de atuação profissional era a educação, atribuindo a si mesmo o título de fundador do tratamento da chamada deficiência mental pela via educacional. Para Maria Montessori [1870-1952], uma de suas discípulas, Séguin era antes de tudo um educador; a medicina estaria presente em sua obra apenas num segundo plano. Entretanto, foi a articulação entre educação e medicina que permitiu que ele criasse sua **pedagogia positiva** (adaptada e nomeada por Montessori, em 1909, de Pedagogia Científica).

Na formação intelectual de Séguin, podemos destacar a forte influência dos trabalhos e da convivência com Jean Itard. A partir de 1837, Itard ocupará o posto de professor e supervisor de experiências pedagógicas realizadas por Séguin, que afirmava buscar seguir a

⁸¹ “Traitement moral, hygiène et éducation des idiots” (SÉGUIN, 1846/1997).

tradição do trabalho de educação que foi realizado com o Selvagem de Aveyron por seu mestre entre os anos de 1801 e 1806. Também devemos citar a influência da obra de Pinel e o seu contato com o discípulo deste, Esquirol, na perspectiva de um trabalho educacional que tivesse uma finalidade terapêutica pela via da transmissão de princípios morais.

Séguin discordava de um consenso geral de sua época, o de que não se podia educar um idiota por conta da ausência ou defeito em seus instrumentos de inteligência. O que ele propunha era um processo de reparação e/ou compensação desses instrumentos pela via educacional.

Em 1837, Séguin realizou uma primeira experiência de tratamento de um idiota por meio da educação. Ao longo de um ano e meio ele tomou como aluno um jovem tido como idiota e lhe ensinou “a usar seus sentidos, a se lembrar, a comparar, a falar, a escrever, a contar, etc.” (PELICIER; THUILLIER, 1980, p. 13), experiência essa comentada e elogiada por Esquirol, então chefe do Hospital da Salpêtrière. Em 1839, Séguin publicou essa experiência, o que lhe abriu caminho para ampliação de seu trabalho. Em 1840, por um ano, Séguin foi o professor (com *status* de médico-professor) de uma classe de crianças com deficiência, a qual foi nomeada por Pelicier e Thuillier como a “primeira experiência do gênero na história da educação especial” (1980, p. 13).

Foi por meio dessa experiência, com um esforço em inculcar em seus alunos as ideias de “dever, obediência e moral” (SÉGUIN, 1843/1980, p. 36) que este autor estruturou o que foi sua proposta de uma educação pela via do tratamento moral. Esse trabalho tinha duplo objetivo: capacitar mão de obra e desenvolver a inteligência dos alunos pelo emprego de uma série de técnicas e materiais pedagógicos nomeados por ele como o “fórceps da inteligência” (PELICIER; THUILLIER, 1980, p. 14). Essa prática foi desenvolvida, em 1842 e 1843, na aplicação do método aos idiotas internos do hospital de Bicêtre e do Hospice des Incurables em Paris.

Trabalhando nos asilos, ambientes predominantemente submetidos a um saber médico de tradição anatomopatológica, Séguin encontrou fortes opositores. Ele foi visto pelos médicos mais como um educador e filantropo do que como um cientista, tendo menosprezadas suas considerações sobre a educação dos idiotas. Assim, sua metodologia será considerada por alguns doutores, tais como Félix Voisin e o próprio Esquirol, como pouco calcada nos saberes oriundos da medicina, portanto, menos científica, rigorosa e válida. Os mesmos autores salientaram que não se deveria gastar tempo com a questão da idiotia, já que esta poderia ser classificada, mas não tratada.

Séguin se defendeu. Buscou conhecer experiências fora da França, como as que ocorriam na Inglaterra sob supervisão de Tuke e Conolly na segunda metade do século XIX. Em seus textos passou a atacar o discurso oficial e administrativo que, segundo ele, não tinha interesse em melhorar as condições de vida dos idiotas asilados. Em 1844, Séguin saiu do sistema público de tratamento e abriu uma escola privada na rua Pigalle, nº 6, em Paris, onde continuou empregando seu método na educação dos ditos idiotas. Para ele, a educação dessa clientela era uma questão social, e havia desinteresse pela causa na França. Os atritos com a “administração” e com a nata da psiquiatria francesa levaram Séguin ao exílio.

Foi nos Estados Unidos, país onde viveu por trinta anos, de 1850 a 1880, que Séguin encontrou um terreno menos hostil para aplicação e reconhecimento de sua metodologia. Na França ele se tornou um teórico praticamente desconhecido, cujas ideias foram retomadas por Bourneville apenas em 1894.

Dois obras capitais buscam explicitar as concepções de Séguin sobre idiotia e seu método de tratamento/educação, nas quais nos amparamos neste trabalho: *Hygiène et éducation des idiots* (1843/1980) e *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots* (1846/1997).

Nos dois referidos textos podemos acompanhar a crítica formulada por Séguin às iniciativas que buscavam transformar os idiotas em “papagaios” por meio da inculcação de práticas mnemotécnicas (mera memorização). Para ele, de nada bastaria que um aluno (não necessariamente idiota) recitasse um poema se não compreendesse o que estava falando.

Séguin foi um entusiasta da educação, acreditava que qualquer sujeito, independente de comprometimento orgânico ou psíquico, sempre poderia aprender, desde que algo lhe fosse ensinado. Para ele não se poderia negligenciar, aos chamados idiotas, uma educação das funções, das faculdades, das atitudes, do senso moral e artístico. Na obra *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots* (1846/1997), acompanhamos o esforço do autor de demonstrar como tais habilidades, capacidades e competências poderiam ser transmitidas aos chamados idiotas por meio do trabalho em três vertentes: educação, higiene e moralidade.

A despeito da identificação com o trabalho de Itard, Séguin diferenciou-se dele ao afirmar que sua proposta extrapolava uma tradição sensualista (originada com Condillac [1715-1780]), já que defendia que a excitação sensorial não era suficiente para produzir ideias e sentimentos morais.

Séguin (1846/1997), em sua metodologia educacional/terapêutica, propõe um trabalho nos seguintes eixos: educação do sistema muscular; educação do sistema nervoso e

dos sentidos; desenvolvimento de noções cognitivas e comportamentais; desenvolvimento de ideias e desenvolvimento da moralidade.

Sua crítica a Condillac consistia em assinalar como o estudo do psiquismo era reduzido quando se partia da perspectiva apenas das sensações. Para Séguin (1846/1997), as faculdades psíquicas se atrofiavam através da inação e se fortificavam pela via da excitação e exercitação. Esse movimento seria desenvolvido graças a uma educação nomeada de **fisiológica**, que deveria ser empregada progressivamente, das propostas mais simples para as mais complexas, seguindo o objetivo de produzir um efeito terapêutico nos alunos.

Vale destacar que, para Séguin (1846/1997), a definição de cura não coincidia com o conceito médico estrito de extirpação dos sintomas e sim com a possibilidade de fazer com que esses sujeitos “possam participar dos benefícios da educação [...], que não se trata para eles de uma educação clássica, que repousa sobre a memória” (p. 69), seria antes uma conceitualização de cura como a possibilidade de saída de um estado de inanição para o estabelecimento de algum laço social. Essa educação terapêutica foi desenvolvida através da metodologia, nomeada por Séguin, de **metodologia positiva**:

Para iniciar a educação de uma criança idiota, ou simplesmente atrasada, devemos empregar uma metodologia que leve em conta as anomalias fisiológicas e psicológicas, um método que para cada criança parta do conhecido e do possível, no nível mais baixo da escala de funções, para levá-la gradualmente e sem lacuna ao conhecido e ao possível de todo o mundo. Deve-se empregar um método que não deixe nada à própria sorte ou à rotina, deve-se empregar enfim um método positivo (SÉGUIN, 1843/1980, p. 55, tradução nossa).⁸²

Nessa metodologia, diferentes tarefas deveriam ser propostas aos alunos, seguindo uma progressão específica. O ponto de partida de qualquer atividade seria o foco na estimulação do sistema nervoso e dos sentidos (1ª etapa), partindo-se então para o desenvolvimento de noções (2ª etapa), de ideias (3ª etapa) e posteriormente da moralidade (4ª etapa). Cada uma dessas etapas deveria ser trabalhada em três níveis:

1. A atividade (“sentimento traduzido em ato” [SÉGUIN, 1846/1997, p. 160]). Segundo Séguin, nenhuma criança seria capaz de desenvolver uma atividade num estado de pura agitação ou inércia absoluta. Em sua progressão pedagógica, o desenvolvimento de qualquer

⁸² Pour entreprendre l'éducation d'un enfant idiot, ou simplement arriéré, il faut posséder une méthode qui tienne compte des anomalies physiologiques et psychologiques, une méthode qui, pour chaque enfant, parte du connu et du possible, si bas qu'il soit dans l'échelle des fonctions, pour l'amener graduellement et sans lacune au connu et au possible de tout le monde. Il faut une méthode qui ne laisse rien au hasard et à la routine, il faut enfin une méthode positive (SÉGUIN, 1843/1980, p. 55).

atividade deveria partir sempre de um trabalho de educação do corpo (contenção e controle, podemos dizer), o que ele chamou de “educação do sistema muscular”. Nesse sentido, havia um espaço importante, na proposta de Séguin, à ginástica, que, segundo ele, consistia numa prática fundamental para todas as crianças, e não apenas às idiotas. Propunha exercícios de imobilização (sobretudo diante das mais agitadas); de marcha; salto em altura e largura; exercícios abdominais; atividades em balanças e outras com pesos.⁸³

Nas aulas de ginástica o professor deveria trabalhar com dois tipos de exercícios: os que gerassem superestimulação e os de resistência. Tal trabalho teria como objetivo o desenvolvimento do sistema nervoso e dos órgãos do sentido. Para Séguin (1846/1997), esses não seriam apenas exercícios físicos, mas fisiológicos, devido a uma suposta capacidade que teriam de compensação ou reparação de estruturas corporais.

A evolução da ginástica muscular e sensorial consistiria na introdução de um aspecto relacional: os exercícios de imitação e a apresentação e, por essa via, um aspecto de representação. Nesse sentido, a imitação pessoal, por exemplo, deveria partir de um gesto espontâneo da criança, como um tique, a partir do qual o professor atrelaria um sentido⁸⁴. Já na imitação impessoal, a criança seria convidada a imitar o professor na forma de colocar os objetos numa posição, dar a ele um uso, imitar um traço que o professor faz num determinado plano; tudo isso dentro de uma rotina, ao que acrescentamos, dentro de uma perspectiva de repetição.

2. A **inteligência** (“função do espírito” [SÉGUIN, 1846/1997, p. 172]). O desenvolvimento da inteligência compreendia o trabalho com noções; com as ideias relativas às coisas ou ideias concretas; com as ideias relativas aos fenômenos mistos, quer dizer, ao mesmo tempo abstratos e concretos, como a representação das imagens, o desenho; a escrita; as letras; a leitura; o cálculo; a memória e as ideias abstratas. Vejamos um exemplo de proposta de trabalho progressivo, do simples para o complexo, aplicado às aulas de desenho propostas por Séguin: primeiramente o professor deveria ensinar ao aluno o que é o plano, sua topografia, através da imitação das linhas a serem traçadas em um quadro pelo professor (partindo da linha vertical para horizontal e depois para oblíqua). Um salto deveria ser dado depois da aquisição do desenho pela criança: a partir do desenho das coisas, o professor deveria passar ao desenho das letras, das sílabas e das palavras.

⁸³ Por exemplo, em uma passagem do *Traitement moral*, Séguin fala como conteve a agitação das mãos de uma criança fazendo-lhe carregar pesos.

⁸⁴ Um exemplo que poderíamos dar: diante de um movimento do corpo para frente e para atrás (estereotipia), o professor aproveitaria para iniciar uma brincadeira do tipo “serra, serra serrador”.

A mesma lógica deveria ser empregada para o ensino da aritmética, por exemplo. O trabalho partiria da composição e decomposição dos números; o estudo da numeração serviria de base para o ensino do cálculo. Primeiro seriam apresentados os números de 1 a 4, depois de 5 a 7 e depois o 8 e 9. Os próximos seriam sempre introduzidos através de decomposição (“1 e 0, chamamos de dez; 10 e 1, chamamos de onze; 10 e 2, chamamos de doze; e assim por diante”). As dezenas seriam ensinadas de forma semelhante (“2 e 0, chamamos de vinte; 3 e 0, chamamos de 30”), mas a unidade seria sempre a base da numeração. O trabalho com cálculo deveria partir da distinção da noção de números pares e ímpares e da noção de precedente e sucessor.

3. A vontade (“espontaneidade moralizada” (SÉGUIN, 1846/1997, p. 186)). Em relação à vontade, o destaque está no desenvolvimento das noções de obediência à autoridade; de liberdade; de antagonismo; do senso de propriedade; dos costumes e hábitos.

Para Séguin (1846/1997), os idiotas eram considerados como não educáveis porque até então não havia sido criado um método adequado e progressivo para lhes ensinar, muito embora na obra *Traitement moral* ele tenha destacado que apenas o método em si não era suficiente para sustentar o processo educacional. Para ele, seria necessário que o método fosse bem empregado por um professor que tivesse a “arte de ensinar”.

A memória ocupa um lugar diferenciado na proposta de Séguin (1846/1997); para este ela não seria uma faculdade intelectual a ser desenvolvida isoladamente, mas sim uma “aptidão que devemos subordinar a cada faculdade intelectual” (SÉGUIN, 1843/1980, p.130). Assim, a própria progressão nas consignas dadas pelo professor, que parte do simples ao complexo, do concreto ao abstrato, seria a via para a construção das estruturas de memória.

A despeito da afirmação de que “o jogo é o ato mais espontâneo da infância” (SÉGUIN, 1843/1980, p. 152), este também é entendido dentro da metodologia positiva como um meio de transmissão de conceitos e hábitos, portanto, sempre dirigido.

Outro aspecto importante na obra de Séguin (1846/1997) é a noção de higiene, que é por ele assim definida: “ciência que nos ensina a nos preservar das doenças regularizando o exercício das nossas funções” (p. 165). Segundo o autor, seria notório o desenvolvimento de princípios higiênicos (higiene do corpo, da moral, social) junto aos idiotas por conta de uma tendência que os mesmos teriam de ficar doentes.

A parte do livro *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots* (1846), destinada às questões pertinentes à higiene, consiste em uma coletânea de orientações. O tema é subdividido em diversos aspectos: higiene do temperamento, da idade (de modo reparador,

compensador), do sexo (do gênero) e dos hábitos. A higiene das crianças deveria variar conforme idade e temperamento.

Resumindo, o objetivo da higiene seria preservar o sujeito das doenças, regularizar o exercício das funções, impedir o mal e organizar as atitudes duráveis e produtivas. Nesse sentido, acreditava-se principalmente que a via curativa do trabalho educacional ocorreria por meio do desenvolvimento das noções de higiene e que o rendimento escolar seria resultado do estabelecimento de um equilíbrio. As práticas de higiene (voltadas à alimentação, excreção) deveriam ser empregadas desde antes do nascimento das crianças pelos pais (que também deveriam ser educados), e o resultado seria a fortificação do aparelho muscular e “moral”.

Mesmo que não houvesse uma educação completa, para (1846/1997), a inculcação de hábitos de higiene daria ao idiota a condição de convívio e circulação social, combatendo o isolamento que era visto como um ato “antieducativo”.

Dentro da proposta de Séguin, o tratamento moral (o tratamento das ideias e das paixões) é o aspecto considerado por ele como o que havia maior chance de sucesso no trato com os idiotas. Para ele, os agentes morais empregados com tenacidade produziram alterações na inteligência e nas paixões dos idiotas e seriam mais eficientes do que os tratamentos que empregavam violência física.

Como se dava essa terapêutica? Da mesma forma que proposta por Pinel (1809/2005), graças à inculcação da obediência à autoridade do mestre; o aluno era incitado a estabelecer um sentido, conhecer a lógica de sua vida instintual. Segundo o autor, sem a internalização de uma ordem moral não seria possível o estabelecimento de nenhuma proposta educacional, uma vez que esta deveria ser fortemente calcada na relação professor-aluno, e, segundo ele, seria a moralidade que mediará qualquer modo de relação.

Para Séguin (1846/1997), o ensino da moralidade se iniciaria pela obediência (o sujeito deveria obedecer para um dia poder comandar). O autor formula uma crítica à falta de firmeza com que os pais de crianças idiotas tratavam seus filhos ou ao excesso de pena em relação aos mesmos, o que os tornava caprichosos e sem limites.

De modo a inculcar a obediência, o professor deveria então ser firme, demonstrar seu poder. Entretanto, na tradição de Pinel (1809/2005), tratava-se mais de uma força moral do que uma força física. Como o professor não deveria tocar no aluno, a palavra seria empregada como instrumento de autoridade. Através das variações dos tons de voz do professor (mais doce, mais rude, mais sonoro), o aluno seria disciplinado. O desenvolvimento da obediência deveria seguir uma gradação: obediência à pessoa que comanda, obediência a uma ordem na presença da pessoa que a proclama e obediência a uma ordem na ausência de quem a dá.

A próxima etapa no ensino da moralidade seria as práticas de liberdade e vontade. Para Séguin (1846/1997), só se é livre quando se pode querer algo, fazer escolhas. Para tanto, propõe também uma educação das vontades, através do desenvolvimento de gostos e preferências (como por exemplo, marcenaria); ele incentivava os alunos a fazerem escolhas. Entretanto, o pré-requisito para que o sujeito fosse livre e desejante estava atrelado à obediência a uma autoridade, em outras palavras, concluímos que Séguin (1846/1997) propunha uma educação da vontade.

Em relação aos chamados idiotas, Séguin (1846/1997) advertia que toda manifestação de vontade que tivesse um caráter instintivo ou negativo deveria ser reprimida num primeiro rompante, para que o interesse do aluno fosse então conduzido para algo “positivo”, “útil”, “intelectual” ou “moral”.

Para desenvolver sua metodologia, ele atribui um papel fundamental ao professor, que tinha de possuir algumas características, como ser, sobretudo, calmo, forte, doce, insinuante, reservado, controlado; sabendo alternar momentos de carinho e serenidade com outros de firmeza. O professor, descrito por Séguin (1846/1997), está envolto em uma “aura missionária”, devendo, portanto, estar muito envolvido com seu trabalho e com seus alunos, de modo a estabelecer uma conexão forte o suficiente para poder marcar, ser escutado, olhado e reconhecido. Jamais deveriam ser usados outros meios coercitivos que não a palavra, o gesto, o olhar. O professor era orientado a não ceder diante de manhas e destemperos e não sentir pena de seus alunos, tudo isso num ambiente de observação constante.

Séguin foi um crítico contundente em relação à internação, nos asilos, dos sujeitos ditos idiotas. Para ele, nesses estabelecimentos a educação não aparecia como uma alternativa terapêutica, o foco estaria apenas na contenção, e não na transformação do comportamento desses sujeitos.

Para ele, baseado no princípio liberal da igualdade todos deveriam ter direito à educação. Em defesa da educação dos idiotas, compara os avanços que foram feitos na França do século XIX com a educação de surdos e cegos, e pregava que da mesma forma como para esses sujeitos idealizou-se uma proposta pautada no princípio de substituição e compensação sensorial, algo poderia ser feito na educação dos idiotas. Com essa clientela não havia como substituir um modo de percepção insólita por outro que não existe, o que deveria ocorrer seria uma regularização do uso dos sentidos, a multiplicação das noções, a fecundação das ideias, dos desejos, das paixões dos sujeitos que se ficassem à sua própria sorte não seriam nada mais que... idiotas. Supunha que uma ginástica intelectual e física poderia modificar a constituição das massas nervosas tirando os alunos de uma astenia pelo emprego de excitantes mecânicos,

intelectuais e passionais, fortificando o sistema muscular, enquanto a obediência fortificaria a moralidade.

Para os sujeitos idiotas, o acréscimo na proposta educacional concentra-se no fato de que ela foi idealizada para ser empregada como tratamento da idiotia; no qual a cura não estaria na estrutura da idiotia, propriamente dita, mas numa inibição dos transtornos associados.

Parece-nos que dos três eixos (educação, higiene e moral) assinalados por Séguin para trabalho com uma clientela com deficiência intelectual, houve historicamente um predomínio de investimento na questão da higiene e moral como princípios educacionais. Para além da garantia do direito de acesso à educação, a pessoa com deficiência precisa ter assegurado o direito de ser ensinada. Nesse sentido, precisamos resgatar um princípio atemporal da obra de Séguin; o de que qualquer sujeito, considerando suas limitações sempre pode aprender desde que haja ensino (e não apenas “treinamento”...), retornaremos a esse questão posteriormente.

Vejam como muitas questões acima destacadas, e a articulação entre o poder psiquiátrico e a educação também estavam presentes nas propostas educacionais para alunos reconhecidos como os anormais de escola.

1.6.2 Ortofrenia e a pedagogia “emendativa”

Segundo Pinto (1938), Herbart teria sido o responsável pela criação da pedagogia chamada “pedagogia científica”. Esta, por sua vez, seria dividida em dois ramos: *pedagogia normal* e *pedagogia anormal e corretiva*. A pedagogia anormal ou corretiva era subdividida em três frentes: a *higiene escolar*, a abordagem *médica-pedagógica* (para os alunos que além de turbulentos, “teriam uma insuficiência ou desequilíbrio de mentalidade”) e a *ortofrenia* que poderia também ser chamada de pedagogia emendativa.

Monarcha (2010) cita do *Dicionário Candido de Figueiredo* (1913) a definição de ortofrenia:

Ortofrenia, Arte de corrigir as tendências morais ou intelectuais. Do gr. *orthos+phen*; conforme o Dicionário di Italiano, de Sabatini Coletti: Parte da psicologia que se ocupa do sujeito afetivo da deficiência mental congênita ou adquirida e estuda o método didático apropriado para a educação destes (MONARCHA, 2010, p. 1).

Ainda conforme Monarcha (2010), o domínio ortofrênico organiza-se na convergência da psiquiatria, pedagogia, psicologia, pediatria, antropometria, higiene mental e exames clínicos. Pinto (1938) afirmava que o ortofreniata deveria trabalhar paralelamente à medicina pedagógica, mas com finalidades diferente: a ortofrenia trataria as crianças que ele nomeava por “anormais de escola” (os idiotas e imbecis eram chamados de “anormais de asilo”), e a segunda deveria ocupar-se da educação e tratamento dos anormais patológicos. Este autor defendia a criação de Institutos Ortofrênicos ou classes diferenciais anexas aos grupos escolares para tratamento desses anormais de escola, que teriam como características “não avançar como as outras, ser incapaz de aprender, está em outra parte, inquieta, lança desordem na classe” (PINTO, 1938, p. 63).

Por criança anormal entendia-se “todas aquelas que se encontram inadaptáveis ao meio social ao qual devem viver” (PINTO, 1938, p. 117). Essa “anormalidade” poderia advir tanto da esfera intelectual quanto moral, entendendo-se que poderia haver três formas de anormalidade: física, do caráter e da inteligência, sendo os dois últimos tipos os apreendidos pelo campo da ortofrenia.

De maneira geral, a infância é entendida como etapa da vida cuja evolução precipitaria o “agravamento de taras hereditárias e adquire defeitos, atitudes e imperfeições corporais, que muito importa combater, atenuar, prevenir” (PINTO, 1938, p.115). Para corrigir tais desvios é proposta então uma educação especial⁸⁵. Essa educação especial não teria a mesma acepção que empregamos atualmente, ela seria a tradução de um processo de individualização da educação, e deveria ser adaptada conforme as necessidades dos “tipos” anormais de escola, divididos conforme a escala de educáveis, semieducáveis e ineducáveis. Esses tipos seriam:

1. Os retardados escolares e os atrasados pedagógicos:

Os retardados pedagógicos são os anormais para fins educativos. Sem serem completamente destituídas de inteligência, estas crianças apresentam grande debilidade mental, que se evidencia na impossibilidade de aproveitar o mesmo ensino que recebem os normais (PINTO, 1938, p. 133).

Os retardados escolares seriam, literalmente, as crianças que estariam atrasadas em relação ao rendimento escolar quando comparadas com seus colegas “normais”, por conta de um “déficit intelectual” de suas faculdades mentais. O trabalho de educação ortofrênica com

⁸⁵ Por vezes, no texto, Pinto (1938) usa o termo educação especializada como sinônimo de educação especial.

essas crianças passaria pelo esforço em fazê-las compreender o quanto estão atrasadas em relação aos demais, ajustando-lhes através de métodos pedagógicos específicos .

Os atrasados pedagógicos eram os alunos considerados com três ou mais anos de atraso nos estudos, mas sem déficit intelectual; deveriam ser encaminhados para escolas especiais ou “classes diferenciais anexas”. Esse atraso seria resultado de uma estrutura patológica a ser tratada no âmbito de uma abordagem médico-pedagógica, com estreita colaboração entre o professor e o médico.

Tanto os “retardados escolares” quanto os “atrasados pedagógicos” seriam, na opinião de Pinto (1938) crianças agitadas, exageradas nas emoções, que não ligavam para os brinquedos, que se machucavam frequentemente, com temperamento colérico e que quando na escola comum “transtornavam a classe”. Em casa desesperavam pais e irmãos, precisando então de um método adequado para educá-las, orientá-las e curá-las, e o ortofreniatra seria o especialista indicado para tal.

2. Os retardados mentais:

O retardamento mental seria resultado de uma parada ou desenvolvimento “inadequado” das funções psíquicas, quadro que poderia ser melhorado por uma educação e instrução técnico pedagógica.

Poderiam ser consideradas retardadas mentais crianças menores de doze anos, com três reprovações consecutivas e/ou aquelas consideradas inaptas nos exames físicos. Entretanto, o diagnóstico também poderia ser formulado a partir de indícios pouco precisos, como: dificuldade de atenção, “anomalias” de percepção, instabilidade mental e emocional, e outros índices que mostrariam “incapacidade de esforço mental”. Nesse tipo de retardamento a anormalidade seria principalmente intelectual, resultado de um defeito no desenvolvimento mental. Entretanto, havia também as crianças consideradas retardadas por modos...

3. Os anormais de conduta e perversos morais:

Seriam as crianças inquietas, excessivamente travessas, incapazes de prestar atenção, que não seriam intimidadas nem diante de castigos ou ameaças, nem seriam sensíveis aos princípios de boas maneiras, seriam incorrigíveis.

Os perversos morais eram as crianças consideradas como potencialmente delinquentes por possuírem “más tendências”; os profissionais do campo da educação precisariam detectar e corrigir esses sujeitos a tempo, evitando assim que ele se tornasse um criminoso.

4. Hipostêmicos e hiperstêmicos:

Eram as crianças que apresentavam hipostenia (que seria hoje a categoria de “déficit de atenção”) tidas como preguiçosas, apáticas, inertes e possuiriam uma ligeira debilidade mental. Já os portadores de hiperstenia (que seria hoje a categoria de hiperatividade), seriam as crianças que, embora apresentassem excelente memória e “juízo”, seriam insuportáveis devido à extrema agitação e motilidade, sendo frequentemente indisciplinados e insubordináveis.

Para Pinto (1938), o “Programa de ortofrenia” consistiria numa proposta de “*psiquiatria aplicada à pedagogia*” (p. 130, grifos nossos), de modo que o profissional da área de educação pudesse conhecer as características dos diferentes tipos de deficiência mental e de reações emocionais que seus alunos pudessem apresentar. A proposta pedagógica ortofrênica consistia em organizar a rotina escolar a partir dos seguintes passos:

1º *Definição do anormal* – Verdadeiros e falsos anormais. Papel das taras hereditárias. Antecedentes mórbidos do retardamento. Influência do meio familiar e escolar anteriores. Plano geral de estudo do retardamento intelectual.

2º *Educação dos anormais* – Exame médico-pedagógico e psicológico. Organização da ficha individual. Classificação. Princípios gerais do método. Ensino coletivo, semi-individual e individual. Emprego do tempo. Programa. Tipos escolares.

3º *Educação física* – Educação dos sentidos, dos movimentos. Ginástica ritmada ao som da música. Jogos e recreio. Excursão. Hidroterapia. Natação. Regimes, adestramento e adaptação à vida prática.

4º *Educação intelectual e moral* – Cultura do sentimento, do julgamento e da vontade. Processo capaz de fixar a atenção dos instáveis. Ginástica da palavra. Lições de coisas. Passeios educativos. Centros de interesse. Cinema educativo. Exposições de objetos. Trabalhos manuais, modelagens, desenho.

5º *Organização interna das escolas* – Material escolar, horário. Merenda ou refeições. Recreio. Número de alunos em cada classe. Recrutamento do pessoal para ensino especializado. Qualidades de um técnico pedagógico ou ortofreniatra.

6º *Aproveitamento dos anormais* – Relatório sobre os resultados obtidos. Discussão dos diferentes modos de utilização dos trabalhos dos anormais. Patronatos e sua comissão (PINTO, 1938, p. 126).

Para execução desta proposta, o professor deveria ter formação em ortofrenia, mas sempre se dirigindo ao médico para saber como agir. Tal perspectiva agregaria a ele, conforme Monarcha (2010), um atributo científico que lhe fundamentaria nas seguintes orientações: avaliar níveis de inteligência, despertar potencial psicológico de regular a vontade, corrigir desvios e formar caracteres.

Sinteticamente, para Monarcha (2010), a ortofrenia teria sido a costura entre os saberes médicos e pedagógicos, produzindo impactos sentidos ainda hoje na esfera educacional, como veremos no capítulo três. Em linhas gerais, esta intersecção:

(i) Transporta a linguagem psiquiátrica para o marco escolar; no transporte, anexa semiologia e prática clínica como técnicas acessórias do tratamento moral; (ii) amplia grandemente o terreno do patológico, nesse caso, o terreno moral recua; (iii) excogita códigos de ortopedia mental e provas de aproveitamento de demérito; (iv) alavanca a defectologia com recurso a clínica psiquiátrica, antropometria descritiva, pediatria e psicometria; (v) e, enfim, concernente a labuta valoração / formalização da ortofrenia como teoria das relações organismo-meio, excede o par normal-patológico, e ao fazer da verdade ortofrênica saber fortemente taumaturgo, esquece-se da ambiguidade e fluidez da condição humana (MONARCHA, 2010, p. 18).

Os princípios ortofrênicos guiaram a estruturação do Pavilhão-Escola Bourneville do Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro, no início do século XX, que, segundo Silva (2008), teria sido o primeiro estabelecimento a realizar atendimento à criança anormal no Brasil, aliando tratamento médico à educação. Os pressupostos que sustentaram a criação desta instituição eram idênticos aos que animavam a psiquiatria da época: a importância de prevenir “degenerações mentais” por meio de cuidados de higiene, veiculados por agentes sociais, como os educadores.

De modo a separar as crianças internadas dos adultos⁸⁶ e evitar que as mesmas fossem prejudicadas pela influência patógena da presença destes, inaugura-se em nas primeiras décadas do século XX o Pavilhão-Escola Bourneville, inspirado nas teorias tanto de Séguin quanto de Bourneville. Do primeiro, aplicou-se o método pedagógico calcado no tratamento moral, e do segundo, práticas ortofrênicas do método de Bourneville:

O método de Bourneville tinha como objetivos ajustar a criança anormal às normas sociais, à aprendizagem de hábitos, da leitura, da escrita, e de uma profissionalização. Através das atividades que empregou podemos perceber qual a concepção que tinha sobre a criança: um ser sensível às influências externas e que, por isso, suas condutas poderiam ser modificadas através de atividades ocupacionais (SILVA, 2009, p. 203).

Os mesmos princípios “ortopédicos” que regiam as instituições especializadas para crianças tidas como anormais circulavam também fora destas; a noção de profilaxia dos

⁸⁶ Sob outra perspectiva, analisaremos no capítulo dois a experiência da criação da Escola Pacheco e Silva no Hospital do Juqueri, que se inicia a partir desse mesmo pressuposto.

transtornos mentais incute a ideia de que era “preciso prevenir desvios o mais cedo possível”, e toda e qualquer criança precisava ser vigiada na manifestação de possíveis sinais de adoecimento, sobretudo na escola, seu meio social, por excelência: essa é a abordagem profilática da psiquiatria.

1.7 A função profilática da psiquiatria chega à escola: os agentes escolares e a promoção da “higiene mental”

Conforme apontamos anteriormente, o estabelecimento de padrões “normais” de desenvolvimento e a indicação de anormalidade diante daqueles que “desviam na curva”, bem como a pesquisa acerca dos motivos pelos quais os sintomas mentais geram paradas e involuções nessa linha supostamente progressiva de crescimento, é uma temática cara ainda hoje no âmbito da psiquiatria infantil. Nas primeiras décadas do século XX, a ideia de profilaxia dos transtornos mentais e de condutas associadas, por meio da higiene mental de crianças e adolescentes tinha destaque.

O discurso sobre higiene mental buscou sustentação teórica no uso constante dos referenciais e conceitos psicológicos, destacadamente, os psicanalíticos no que diz respeito à constituição do aparelho psíquico. Esse discurso alertava que, como a formação da personalidade se dava na infância e para que um indivíduo desenvolvesse sentimentos saudáveis, era preciso que ele fosse submetido a uma série de procedimentos que “estruturariam seu ego e preveniriam patologias”. Esses procedimentos foram estabelecidos num ramo da psiquiatria chamado de higiene mental, que conclamava agentes sociais na propaganda de suas ideias. O professor seria um desses agentes de higiene mental e deveria promover, conforme Newark (1950), três tipos de ajustes: um ajuste social, o ajuste à autoridade e o ajuste às limitações de sua própria capacidade.

No livro do médico Mielnik (1960), objetivando orientar docentes na prática da higiene mental nas escolas, já na dedicatória encontramos indicação de uma articulação formada entre a psiquiatria e o professor: “ao professor, cuja dedicação ao desenvolvimento da personalidade infantil só é comparável à do médico: este preservando a saúde e aquele estimulando o desabrochar da personalidade” (MIELNIK, 1960, p. 1).

Nessa proposta, a função principal do professor deixa de ser a transmissão de conhecimento⁸⁷ e passa a ser a de orientar as crianças, formar suas personalidades, ganhá-las para convivência social “sem atrito”. No prefácio da obra, o autor prossegue afirmando que, em seu livro, o professor encontrará tudo que precisa para orientar o aluno rumo a uma vida sadia, desembaraçando-o de possíveis desvios de conduta que o levassem a uma vida menos feliz e útil, através de procedimentos pautados nos saberes “psi” e higiene mental:

O professor de hoje está em posição única na história da humanidade civilizada: de seu esforço e compreensão depende a formação de gerações mentalmente sadias, da cultura e progresso humanos, a conservação de um mundo equilibrado e justo. Deve por isso corresponder à confiança que nele depositam os pais, e ao amor e estima que lhe dedicam as crianças, conhecendo e aperfeiçoando seus conhecimentos de psicologia infantil, higiene mental e relações humanas (MIELNIK, 1960, p. 9).

Baseado num princípio de “Educação Moderna”, de inspiração escolanovista, a proposta pedagógica deveria ser desenvolvida de modo a considerar a criança como ser, cuja personalidade está em processo de construção. Para adequar seus ensinamentos às necessidades de cada aluno e auxiliar na expansão de suas potencialidades os professores deveriam ter conhecimento sobre as etapas normais de desenvolvimento. O alvo da pedagogia não deveria ser resumido “apenas” à transmissão de conhecimentos; mais do que instrução, a educação escolar agrega a si a missão de “pleno desenvolvimento da personalidade humana” (MIELNIK, 1960, p. 66), perdendo, em nossa opinião o contorno de sua função e ganhando um estigma “psi”.

Os professores enquanto agentes de higiene mental “devem ser mais que professores” (MIELNIK, 1960, p. 34), assumindo também uma função de terapeutas com a responsabilidade de formadores do “superego infantil”⁸⁸, ao agirem como que representando uma consciência externa da criança.

O professor, dentro dessa perspectiva, deve ocupar o lugar de um exemplo a ser imitado por seus alunos, mas também deverá ser alvo da higiene mental. Por conta disso, deveria ele, conforme Mielnik (1960), ter uma personalidade equilibrada, tomando cuidado com suas atitudes e cacoetes. Deveria ser bem humorado, como estratégia para aproximação com os alunos, dirigir-se a eles com uma voz agradável (evitando gritos), sempre sorrir, ter uma atitude positiva, demonstrar sua capacidade sem dogmatismo, desenvolver sintonia com seus alunos e... ter cuidados com seu vestuário. Para desempenhar a docência o sujeito não

⁸⁷ Voltaremos a esta temática sobre o esvaziamento do ato educativo no capítulo 3.

⁸⁸ Instância psíquica identificada com a moralidade.

poderia ser introvertido, ambicioso, egoísta, ansioso, irritado, neurótico ou excêntrico. Além dos cuidados com a saúde mental, deveria também tomar cuidado com sua saúde física, evitando uma série de erros apontados por Mielnik (1960):

1. consumo insuficiente de água; 2. exercício físico insuficiente; 3. insuficiente consumo de ar puro; 4. uso rotineiro de remédios populares; 5. excesso de doces na dieta; 6. excesso de fumo; 7. sono insuficiente ou interrompido; 8. más condições de trabalho; 9. falta de recreação adequada; 10. mastigação rápida demais (MIELNIK, 1960, p. 39).

A esse professor higienizado e higienizador que deve ser um sujeito realizado não só em seu trabalho, mas também na vida social e no setor sexual (MIELNIK, 1960, p.56), deveria ser exigidos conhecimentos da teoria e princípios de desenvolvimento infantil especialmente conhecimento dos pontos de maturidade psicológica e dos diferentes tipos de personalidade existentes. Ele deveria estar apto a identificar as capacidades e prevenir as dificuldades no comportamento da criança.

Mielnik (1960) destaca a importância de que o professor motive seus alunos, valorize o que cada um tem de próprio, reconheça que cada um é diferente, mas... seja também aquele que saberá detectar os seguintes “problemas de conduta”:

1. imaturidade da criança (“ a criança não está preparada para a escola”); 2. distúrbios emocionais; 3. déficits físicos (visão, audição, ortopédicos, etc.), sócio-econômicos (raciais, religiosos, etc.); 4. superproteção dos pais; 5. pais perfeccionistas; 6. rejeição dos pais; 7. condições familiares instáveis; 8. condições familiares culturalmente baixas e não estimulantes; 9. técnicas escolares inadequadas; 10. contacto insuficiente da escola com a família (desinterêsse unilateral ou mútuo) (MIELNIK, 1960, p. 70)⁸⁹.

Quando o professor detectasse alguma anomalia, o aluno deveria ser encaminhado para avaliação da personalidade e exames físicos, sendo o professor um auxiliar do médico nesse processo. Os alunos deveriam ser encaminhados quando⁹⁰:

- Houvesse suspeita de retardo mental (mediante fracasso na promoção regular), sendo indicada a aplicação do teste de QI;
- Apresentasse problemas de conduta, como medo, timidez excessiva, dependência materna, má vontade, imaturidade, falta de interesse, problemas sexuais, preguiça, fugas da escola,

⁸⁹ Além destes problemas, há um capítulo inteiro para problemas sexuais do escolar.

⁹⁰ Há muitas semelhanças entre os motivos de encaminhamento de alunos descritos por Mielnik em 1960 e as razões que geram encaminhamentos para o serviço de Saúde Escolar relatados no capítulo 3 desta tese. Pouca coisa parece ter mudado neste aspecto em cinquenta anos...

cochilar em classe, escrever bilhetinhos, birra, desafio à autoridade, afronta física, vandalismo, ofensas, embustes, fumar, beber, jogar e “paixonites”;

- Houvesse dificuldade em definir os motivos dos entraves escolares (se seriam de ordem física, mental ou ambas);
- Apresentasse incapacidade de concentração;
- Apresentasse déficit no transtorno da linguagem articulada;
- Apresentasse dificuldades na leitura;
- Defeitos físicos;
- Fadiga;
- Mudanças repentinas de escola.

As dificuldades de personalidade que surgissem no ambiente escolar seriam resultado de atitudes impróprias dos adultos no lar (por isso o professor deveria conhecer o histórico familiar da criança) ou da forma como o professor se relacionava com seus alunos na escola, despertando medo, com uma disciplina muito rígida, aplicando castigos físicos.

Na perspectiva da Higiene Mental o professor deveria agir tal qual o médico sob os princípios de higiene mental preconizados por Pinel, impressionando a criança com a noção de autoridade. Por admirar e respeitar o professor ela o obedeceria. O controle, a repressão, a subordinação dos impulsos deveria ocorrer mediante a autoridade firme, bondosa, razoável e coerente do professor. Sem “pregar moral”, o professor deveria levar a criança a entender porque ela fracassava na escola.

O manejo da disciplina seria fundamental para a proposta de aplicação da higiene mental na escola; a disciplina era entendida como uma necessidade para desenvolvimento tanto das atividades “socialmente orientadas” quanto das “autodirigidas”. Seria por meio da disciplina que a criança aprenderia a se controlar, desenvolveria independência, por isso ela deveria ser imposta antes que os “erros de conduta” pudessem aparecer, de modo que fossem tratados precocemente. Os comportamentos considerados inadequados seriam “sintomas de outras moléstias psíquicas ou distúrbios psicoemocionais” (MIELNIK, 1960, p. 103). A disciplina imposta precocemente “representa um treinamento ou instrução que modela o infantil” (MIELNIK, 1960, p. 103).

A disciplina “firme com brandura” poderia ser desenvolvida com diferentes métodos: elogiando e recompensando os bons alunos (o que provocaria ciúmes nos maus alunos) por

meio de carinhos, fazendo-os compreender de forma “lógica” a importância da disciplina, sendo desaconselhados os castigos e práticas que produzissem medo.

Seria função da escola como agente de higiene mental, ajustar a conduta, o comportamento do indivíduo para gerar um “meio-harmônico” entre alunos e professor e, para isso, a criança deveria ajustar-se à escola, ajustada não teria problemas de conduta. E Mielnik (1960, p. 263) conclui: “Quando surgem, podemos considerar que não houve um ajustamento normal, que devem existir problemas e dificuldades emocionais por parte da criança ou do ambiente, responsáveis pela situação criada”

Conforme Heuyer⁹¹ apud Mielnik, três métodos deveriam ser empregados para reconhecimento de uma criança desajustada:

- método pedagógico: estabelecendo uma comparação dos conhecimentos adquiridos na escola pela criança com os de uma tida como normal.
- método psicológico: executaria a avaliação da personalidade da criança por meio de testes.
- método psiquiátrico:

[...] é onde podemos obter a certeza no referente a um caso de desajuste. Esse método inclui o exame médico completo, testes psicológicos, inquéritos sociais, familiares e escolares, fornecendo uma visão completa do caso em questão e possibilitando, dessa forma, um julgamento científico até certo ponto bastante rigoroso (MIELNIK, 1960, p. 265).

Segundo Costa (1981), quando essa abordagem preventiva acaba por se tornar um dos objetivos principais em psiquiatria, ela se descaracteriza como prática médica propriamente dita. Com um respaldo “científico”, chancelado pela medicina, a psiquiatria busca intervir em questões de cunho político e social. Conforme esse mesmo autor, a questão do poder torna-se mais relevante que o conhecimento propriamente dito. O sujeito considerado louco, anormal, com distúrbios de aprendizagem representa “por excelência aquele que resistia à normatização” (COSTA, 1981, p. 74), que se recusava em enquadrar-se num padrão.

Tomando como objeto de estudo a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM)⁹², Costa (1881), procura demonstrar que a psiquiatria (brasileira), até a metade do século XX,

⁹¹ HEUYER, Georges. **Enfants anormaux et délinquants juvéniles nécessité de l'examen psychiatrique des écoliers**. Paris: G. Steinheil, 1914.

tinha mais interesse em desenvolver suas pesquisas no âmbito da prevenção (no meio escolar, profissional e social) do que em práticas estritamente clínicas.

A sobreposição entre higienismo e psiquiatria teria impulsionado a circulação conceitual da eugenia. Esta teria tido dois tempos: surgindo como higiene mental, mas convertendo-se, posteriormente, em eugenia como higiene social. As medidas eugênicas apropriam-se de algumas inquietações psiquiátricas, mas as ultrapassam, propagando ódio racista e xenofóbico e, para Costa (1981), alimentando e sendo alimentada pelos mesmos fundamentos eugênicos que ampararam ações nazistas.

Em nome do tratamento da doença mental, os eugenistas propagavam métodos policialescos e “o que a LBHM procurava combater não era a doença mental, mas as qualidades morais dos indivíduos doentes mentais” (COSTA, 1981, p. 67), num projeto de redefinição do homem brasileiro a partir da imagem do europeu. A profilaxia social poderia ser entendida simplesmente como moralismo, inculcado a partir de simulacros escolares, como a “pedagogia da sexualidade”. “Os programas eugênicos da LBHM formam a versão psiquiátrica de temas culturais” (COSTA, 1981, p. 99).

Padrões de comportamento que não estivessem de acordo com ideias morais eram tidos como não naturais, contrários à natureza higienista. Tal argumento era (é?) pautado em estatísticas para justificar um pressuposto, como, por exemplo, o de que crianças pobres teriam mais problemas de aprendizagem justamente porque seriam pobres... Vejamos agora quais as patologias infantis precisavam ser prevenidas e tratadas.

1.8 Uma história conceitual dos “distúrbios escolares”⁹³

⁹² Fundada em 1923 por Gustavo Riedel, em consonância com as Ligas de Higiene Mental que surgiam em outros países.

⁹³ No dicionário de termos técnicos de medicina e saúde (REY, 2003) encontramos: A) Distúrbio sm(patol) 1. Perturbação; desvio da normalidade; interrupção ou interferência com um estado normal. 2. Anomalia da estrutura, da função ou de ambas em um órgão ou sistema, que resulta de uma falha genética ou de desenvolvimento embrionário imperfeito ou, então, de fatores exógenos, quaisquer que sejam suas causas (físicas, químicas, biológicas ou sociológicas). 3. Agitação psicológica; inquietude (p. 263). B) Transtornos (CID): 1. Ato ou efeito de transtornar 2. Desarranjo, desordem 3. Doença ou perturbação mental (p. 877); C). Déficit: 1. O que falta para completar determinada quantidade ou valor 2. Falta ou insuficiência de uma substância necessária em determinado nível ou concentração (p. 232). D) Dificuldades no aprendizado (ver p. 99).

Segundo Kanner (1966) os “distúrbios de aprendizagem” aparecem primeiramente no rol das psicopatologias infantis como um tipo de problema de conduta; as outras afecções estariam relacionadas aos problemas de personalidade gerados por doenças físicas ou aos problemas psicossomáticos que afetavam os sistemas e aparelhos.

Diante de notas baixas e/ou “mau comportamento”, era sugerido que os profissionais de educação questionassem as causas de tais “deficiências” que poderiam ser geradas por: impedimentos físicos, perturbações afetivas e/ou insuficiência intelectual. A partir dessas investigações seriam definidos os encaminhamentos; para os mais deficientes, educação especial em internatos ou em casa, para os demais, exames e tratamentos médicos.

Para Kanner (1966), os problemas escolares podiam ser encobridores de algum conflito psíquico, ele chega a afirmar que “tem de haver algo que impeça a criança de querer estudar mais. Seu desejo insuficiente deve ter alguma razão” (KANNER, 1966, p. 555). Tais conflitos psíquicos, por sua vez, seriam gerados por alguns motivos por ele apontados: a exigência extrema dos pais, excesso de ansiedade inibindo o aprender, excesso de atividades extraescolares, morte ou doença em família, brigas dos pais, alcoolismo do pai, rivalidade com o irmão pelo amor da mãe, dureza de um professor para com seu aluno. A inaptidão para aritmética também, estaria relacionada a problemas afetivos, sendo ligada ao lugar que a criança ocupava na família.

No que diz respeito à incapacidade de leitura, a abordagem é diferente, as “cegueiras verbais” (afasia visual, alexia, dislexia) seriam indicação de falhas na dominância do hemisfério cerebral, embora não adquiridas neurologicamente, numa vertente interpretativa mais organicista.

Assumpção (2009) afirma que, até aproximadamente 1950, o aluno que apresentasse alguma dificuldade em seu rendimento acadêmico corria o risco de ser diagnosticado como “retardado mental, socialmente perturbado ou culturalmente negligenciado” (ASSUMPÇÃO, 2009, p. 16). Posteriormente a esse período, o insucesso escolar passa a ser também justificado como resultado de alterações neurológicas, aumentando o número de pesquisas em torno da noção de lesão cerebral mínima – LSM (lesões no cérebro cuja detecção clínica não seria possível) ou disfunção cerebral mínima – DSM (funcionamento cerebral diferente do usual, mas sem lesão).

Ao longo da década de 1970, a suspeita diagnóstica da presença de uma LSM ou DSM foi a principal responsável pelo encaminhamento de pessoas com renda menor pelas dificuldades escolares (renda mais baixa é desnutrição) – possibilidade sedutora para justificar

o fracasso escolar, isentando a escola. Esses dois conceitos teriam dado origem à noção atual de dislexia, disgrafia e discalculia.

O termo transtorno de aprendizagem teria sido formulado de modo a abranger todos esses aspectos; tanto os de ordem emocional e afetiva, quanto os comportamentais e de conduta e os orgânicos.

Para Gutierrez (1994), o emprego do termo “dificuldades escolares” traria uma vantagem, pois:

Por ser bastante amplo e englobar diferentes problemas como: inadaptação, recusa em ir à escola, relacionamento inadequado com professores e colegas, recusa ou resistência ao estudo, desempenho abaixo das expectativas da família ou padrões da escola, reprovações e evasões. Esta possibilidade de englobar questões tão diversas entre si aponta por si mesma as diferentes vertentes que constituem o tema em questão (GUTIERREZ, 1994, p. 252).

Tal termo foi inclusive incorporado aos jargões médicos, de modo tal que a expressão “dificuldades do aprendizado” foi incluída como verbete em um vocabulário de medicina:

(psicol) Problemas que ocorrem em 5 a 15% das crianças em idade escolar, manifestando-se por déficit maior ou menor reconhecidos primeiro pelos pais e mais frequentemente, pelos mestres, requerendo exames médicos para o diagnóstico de possíveis causas orgânicas (sensoriais, neurológicas, nutricionais, infecciosas, tóxicas ou outras), efeitos de medicamentos em uso, etc., ou para exclusão de tais fatores. Além das dificuldades relacionadas com a visão ou audição, os exames podem revelar sinais de imaturidade neurológica, de incoordenação motora, de hiperatividade e falta de atenção, devendo ser completados com indagações sobre problemas familiares (negligência, maus tratos, abusos, separações, etc); e com testes psicoeducacionais para avaliação das potencialidades e debilidades da criança. *Learning difficulties* (REY, 2003, p. 76).

“O déficit de atenção e os transtornos disruptivos do comportamento são as matérias-primas da psiquiatria infantil” (JOHNSON; MYKLEBUST; 1983 p. 432). A partir de 1980, o “distúrbio por déficit de atenção” vem para substituir o espaço, em termos de “distúrbios escolares”, deixado pelo de disfunção cerebral mínima, juntamente com o de dislexia (em interface com a neurologia).

Há duas indicações para a compreensão dos “distúrbios de aprendizagem” no discurso médico atual: como um problema que esbarra em uma disfunção neurológica e afeta, sobretudo, a capacidade cognitiva, e como um problema de conduta que afeta a capacidade afetiva.

Sobre as deficiências de aprendizagem: “presume-se que representam um defeito neurodesenvolvimental ou uma lesão cerebral que afete a região cerebral específica envolvida no desenvolvimento da habilidade acadêmica” (ANDREASEN; BLACK, 2009, p. 425).

Os transtornos de conduta, quando não tratados, poderiam evoluir para os chamados transtornos de personalidade antissocial (no limite com a delinquência), transmitindo a ideia de que ocorre uma evolução, uma piora (degeneração nos termos de Morel) no quadro. O transtorno de conduta seria mais brando que o de personalidade antissocial, mas, mais birrento; o transtorno desafiador de oposição seria uma categoria designada para crianças consideradas com comportamento difícil (ANDREASEN; BLACK, 2009 p. 445).

No discurso de alguns profissionais da educação costuma haver uma referência maior às expressões “dificuldades de aprendizagem” ou “problemas de aprendizagem” quando procuram descrever a posição de alunos que não demonstram rendimento considerado satisfatório na escola. E tal impedimento é relacionado a algum problema de natureza médica e/ou psicológica. Quando o mesmo fenômeno é descrito com uma terminologia médica (também empregada pelos profissionais “psi”) as dificuldades escolares aparecem sob o nome de “transtornos de aprendizagem”, sendo que o prejuízo acadêmico, intelectual, social ou afetivo gerado por tais transtornos passa a ser designado como “déficit”. Eis uma demonstração:

A aluna P. está sendo encaminhada à Saúde Escolar pois apresenta grandes dificuldades de aprendizagem, é muito tímida, tem pouquíssimos amigos e chora muito durante a realização de algumas atividades.⁹⁴

A aluna M. está sendo encaminhada devido à dificuldade de aprendizagem, baixo rendimento escolar e dificuldade de pronunciar algumas palavras.⁹⁵

“Distúrbios de aprendizagem” é um termo que desperta atenção para a existência de crianças que frequentam escolas e apresentam dificuldades na aprendizagem, embora não apresentem defeito físico, intelectual, sensorial ou emocional (ROSS, 1979, p. 13).

Concentrei-me intencionalmente nos distúrbios de aprendizagem, ao invés das incapacidades de aprendizagem, que encaro como um subconjunto dos distúrbios de aprendizagem. O termo distúrbios de aprendizagem inclui tanto

⁹⁴ Relatório de encaminhamento de uma aluna para serviço de Saúde Escolar, redigido pela equipe pedagógica de uma escola na Região Metropolitana de São Paulo. Prontuário arquivado no serviço de Saúde Escolar num município da Região Metropolitana de São Paulo.

⁹⁵ Relatório de encaminhamento de uma aluna para serviço de Saúde Escolar, redigido pela equipe pedagógica de uma escola na Região Metropolitana de São Paulo. Prontuário arquivado no serviço de Saúde Escolar num município da Região Metropolitana de São Paulo.

o retardamento mental como os problemas de aprendizagem devido a etiologias adquiridas (PENNINGTON, 1997, p. XV).

Gostaríamos de destacar que embora sejam empregadas diferentes expressões em relação ao insucesso escolar, todas remetem a um mesmo sentido: uma espécie de desordem, transtorno, patologia que supostamente acometeria um sujeito devido a fatores orgânicos, afetivos, sociais ou culturais, desviando-o da curva de comportamentos e respostas “normais” esperadas para uma determinada faixa etária ou grupo. Dessa forma, encontramos diferentes definições de distúrbios de aprendizagem que remetem sempre a um mesmo sentido:

Entre as crianças portadoras de distúrbios de aprendizagem, muitas – em meio à massa de estímulos sensoriais que as influenciam – parecem ter dificuldade em selecionar o estímulo que é relevante para a tarefa proposta. [...] Algumas dessas crianças parecem impulsivas, outras hiperativas, outras sujeitas à distração, outras pouco motivadas. Existem as que são portadoras de anormalidades que podem ser detectadas nas funções cerebrais e outras que, subsequentemente, adquiriram baixo grau de autoestima, perspectiva de insucesso, alto grau de ansiedade ao se defrontarem com tarefas de aprendizagem, ou problemas de comportamento, como agressividade, ou retraimento (ROSS, 1979, p. 14).

Aos poucos tem surgindo um novo tipo de criança deficiente. Presumivelmente essa criança já existia no passado, mas só quando técnicas aperfeiçoadas para a determinação no processo de aprendizagem tornaram-se disponíveis é que foi possível diferenciá-las daquelas que aprendem normalmente e identificá-las com segurança e precisão. Esse novo tipo de criança deficiente tem um distúrbio de aprendizagem de origem neurogênica (JOHNSON; MYKLEBUST, 1983, p. 1).

Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDA /H) é o nome dado a uma síndrome neurológica. [...] O TDA/H é uma das síndromes neuropsiquiátricas mais comuns. [...] É comum a presença de dificuldades escolares ou de aprendizagem sem que o portador apresente déficit de inteligência (SENA, 2007, p. 9).

Segundo Berrios (2008a), sempre que nos dispomos a estudar os vocábulos psiquiátricos, devemos levar em consideração que os mesmos surgem num contexto ideológico, filosófico e social. Dessa forma, não podemos inocentemente afirmar que eles apenas pretendem descrever uma realidade clínica, já que muitas vezes termos semelhantes têm seus sentidos modificados ao longo dos anos. Nessa perspectiva, esse autor propõe que, no estudo de uma psicopatologia descritiva, tomemos os sintomas dos ditos transtornos mentais, levando em consideração que os mesmos constam de um vocabulário, uma sintaxe e

conjecturas sobre a natureza da conduta que o especialista precisa adotar na orientação do diagnóstico. Em nosso entender, analisar diferentes manuais de psiquiatria foi um caminho favorável para demonstrar as “gramáticas dos transtornos mentais”.

A partir desse recorte epistêmico (alguns manuais psiquiátricos formulados a partir do século XIX), definimos uma constante conceitual⁹⁶ (BERRIOS, 2008b) que conduziu nossa pesquisa: a referência às funções intelectuais, à cognição, em diferentes categorias nosográficas, que assinalam o podemos chamar de transtornos das funções intelectuais.

A noção de que a mente humana é dividida em faculdades é uma herança que a psiquiatria nascente no século XIX ganha do período anterior. Prestar atenção, lembrar, perceber, refletir, seriam algumas dessas faculdades mentais. Para Kant (2005), as enfermidades mentais eram resultado de uma debilidade das faculdades mentais, premissa que abriu margem para se pensar nos transtornos da função intelectual.

Conforme Berrios (2008b), também será no século XIX que ocorrerá a incorporação das experiências subjetivas no repertório dos sintomas, com o desenvolvimento de métodos para obtenção e registro de dados e diferentes formas de avaliação dos estados mentais, como, por exemplo, o método de indagação psicológica (algo como um inquérito ou interrogatório acerca da história de vida do sujeito e da história da doença mental em sua vida). Ganha destaque a ênfase (agora psicologizada) da noção de consciência do sujeito sobre si, sobre sua doença (quando surgiu, como se manifestou, quanto durou etc.). Tais mudanças teriam sido introduzidas graças à experiência asilar do século XIX que permitiu uma observação maior da loucura e suas formas descritivas, o que é percebido com a introdução de subtipos de sintomas nas classificações nosográficas. A psicometria teria surgido com o intento de medir a experiência psicológica, como, por exemplo, o “grau de consciência”, que poderia então ser incluído em uma estatística. Quando falamos em estatística devemos destacar a organização de dados a partir da norma, e seus desvios, tomados como anormalidades.

O que é tomado como o “anormal”, em termos de funcionamento mental, será então objeto das classificações:

Os alienistas procederam a fracionar a “conduta insana” em classes, conceitos, tipos ou unidades individuais de análise [...] “As unidades de análise” podem ser comprovadas estabelecendo que representam um fragmento importante e estável da conduta anormal (por exemplo são

⁹⁶ Uma constante é uma entidade [...] ou um conceito [...] que atua como referente de um sintoma particular e que é forte o suficiente para oferecer uma continuidade transepistêmica” (BERRIOS, 2008b, p. 37, tradução nossa) / “Una constante es una entidad [...] o un concepto [...] que actúa como referente de un síntoma particular y que es lo bastante fuerte como para ofrecer una continuidad transepistémica” (BERRIOS, 2008b, p. 37).

válidas) e que seu surgimento evoca a mesma “força” ou “imagem” na mente dos observadores capacitados (quer dizer, são confiáveis) (BERRIOS, 2008b, p. 57, tradução nossa).⁹⁷

Na perspectiva de nossa constante conceitual (função intelectual, cognição), buscamos compreender quais seriam os sintomas elencados em diferentes nosografias que fazem referência aos ditos transtornos das habilidades de pensamento.

Os disparates falados pelos alienados eram considerados resultado de conclusões estranhas, estabelecidas por uma falta de lógica e por uma articulação linguística deteriorada, ou seja, foi estabelecida uma relação entre pensamento e linguagem, sendo que um pensamento enlouquecido afetaria a função cognitiva da linguagem, no entanto, poderia também ser pensado que a ausência das estruturas de linguagem comprometeria o bom funcionamento mental, como era a ideia de Prichard (1835) em que a incoerência aparecia como sinônimo de demência.

Segundo Berrios (2008b), até 1840, o transtorno de pensamento não havia sido totalmente descrito como sintoma. Será Guislain quem proporá a definição de incoerência de ideias separando transtornos de linguagem e pensamento. Esta cisão permitirá que as questões relacionadas à linguagem sejam analisadas a partir de uma perspectiva de localização da função no cérebro, enquanto o pensamento toma outros rumos, mais psicológicos.

Renée Masselon (1906) foi o primeiro pesquisador a publicar um estudo sobre a demência precoce. Para definição do conceito foram incluídas medidas da atenção, tempos de reação simples e voluntária, memória, motivação e conduta motora. Os transtornos de pensamento passam a ser avaliados a partir do eixo de debilidade e deterioração mental:

O transtorno mais comum afetava o raciocínio e a síntese dos pensamentos em sujeitos que apresentavam fixação em poucos temas, estereotípias, infantilidade, ecolalia, tiques de linguagem e marcada redução de sua capacidade de analisar o ambiente. Masselon concluiu que a demência precoce era uma doença que causava uma deterioração primária das faculdades ativas da mente, com apatia, abulia e perda do poder intelectual (BERRIOS, 2008b, p. 114).⁹⁸

⁹⁷ “Los alienistas precedieron a fraccionar “la conducta insana” em clases, conceptos, tipos o unidades individuales de análisis.[...] “Las unidades de análisis” se pueden comprobar estableciendo que representan un fragmento importante y estable de la conducta anormal (por ejemplo, son válidas) y que su surgimiento evoca la misma “forma” o “imagen” en la mente de los observadores capacitados (es decir, son confiables)” (BERRIOSb, 2008, p. 57).

⁹⁸ “El trastorno más común afectaba el raciocinio y las síntesis de los pensamientos en sujetos que presentaban ‘fijación en pocos temas, estereotípias, puerilidad, ecolalia, tics del lenguaje’ y marcada reducción de su capacidad de analizar el ambiente. Masselon concluyó que ‘la *démence précoce* era una enfermedad que causaba deterioro primario de las facultades activas de la mente, con apatia, abulia y pérdida de poder intelectual [...]’ (BERRIOS, 2008b, p. 114).

Para Kraepelin (1856/1926), muitos dos sintomas psíquicos da demência precoce eram manifestações de transtornos do pensamento, como o dano ao juízo, as estereotípias, a incoerência no curso do pensamento, falhas da expressão linguística, uso de paráfrases e neologismos, e a incapacidade de encontrar a expressão adequada para um pensamento.

Nas referências às categorias designadas como retardo mental, também encontramos alusões a um “mau funcionamento da função pensamento”. O conceito de inteligência como uma função psicológica também é fruto do século XIX. Por inteligência entendia-se capacidade mental para ler o interior da natureza das coisas, poder de conhecimento, poder de aprender, de abstrair e de refletir, sobretudo o de refletir sobre si mesmo. No final do século XIX, os estudos sobre as questões qualitativas da inteligência são substituídos pelos enfoques quantitativos; acompanhamos então os primeiros esforços para examinar e medir a inteligência.

É nesse contexto que ocorre a proliferação de pesquisas e trabalhos sobre o retardo mental. Pinel (1809/2005), no item IV do capítulo III de seu “Tratado” apresenta o termo idiotismo como uma das neuroses das funções cerebrais, definido por uma abolição mais ou menos absoluta das funções de entendimento e das sensações que poderiam ser adquiridas ou congênicas. Para ele, o idiotismo poderia ser construído a partir de uma escala de gradação da razão, e gerava uma obliteração total ou parcial das faculdades intelectuais e de afetos: torpor absoluto, ausência de fala por falta de ideias e, em alguns casos, arroubos de paixão passageira e sem sentido. O conceito de idiotismo para Pinel é baseado na ideia de transtorno da razão ou da faculdade intelectual e ocupa em sua nosografia o mesmo patamar de categorias como a mania, melancolia e demência para explicar a alienação mental.

Esquirol (1838) buscou definir a diferença entre idiotia e demência por meio de uma metáfora: o demente seria um rico que perdeu tudo, o idiota seria alguém que sempre esteve na miséria. A demência seria adquirida; a idiotia congênita seria incurável. Uma das contribuições mais importantes dadas por Esquirol no debate acerca da diferenciação entre idiotia e demência está presente em sua afirmação de que a idiotia não deveria ser considerada uma enfermidade e, sim, um estado no qual as faculdades intelectuais não se manifestam nunca. Esquirol acentua a importância do termo desenvolvimento; para ele idiotia não era loucura, uma vez que em sua época esta estava associada a delírios; idiotia deveria ser considerada uma doença mental.

A ideia de uma escala de desenvolvimento que tinha como polos a idiotia e a normalidade suscitou o estabelecimento das gradações. O conceito de estupidez, por exemplo,

foi definido como um grau “mais leve” de idiotia. A imbecilidade e estupidez seriam níveis de debilidade mental. Se fosse congênita era retardo mental, se adquirido seria demência.

Heinroth (1818/1975) destacava que os idiotas não eram capazes nem de compreender nem de captar, e o intelecto desses sujeitos não poderia reunir nenhuma ideia a partir das sensações, eles teriam o espírito vazio e um instinto sexual mais aflorado, podendo apresentar ataques de fúria.

Griesinger (1865) definia a idiotia como um estado de debilidade mental presente desde o nascimento ou a primeira infância, que obstacularizava o desenvolvimento psicológico. Um transtorno mental poderia ser resultado de uma exaltação, depressão ou debilitação da função psicológica. A demência seria uma debilidade mental sem delírios. Von Feuchtersleben (1921), por sua vez, entendia a idiotia como um tipo de psicopatia originada da debilidade de atenção e da carência de imagens. Os idiotas apresentariam incapacidade de julgar e contemplar, sendo que o grau mais leve seria estupidez. A demência seria a incapacidade de juízo em seu mais alto grau, incapacidade de reflexão. Prichard (1835) entendia a idiotia como um estado em que há ausência das faculdades mentais ou estas só existiram por um período da vida do sujeito e não se desenvolveram.

Essas definições de idiotia, estupidez e demência, pautadas em um referencial de gradação motivou o movimento de medição entre as crianças normais e levemente atrasadas, numa perspectiva de que seria possível definir também graus de normalidade. Nesse contexto, foi estabelecido o conceito de quociente intelectual. Sollier (1901) defendia que a idiotia não era uma entidade clínica, o idiota seria um anormal. Para tentar confirmar suas hipóteses, buscou medir o estado mental comparando um sujeito idiota com uma criança normal em determinada idade. O uso do quociente intelectual por Binet e Simon (1973) surgiu da necessidade de se estabelecer um diagnóstico científico (quantitativo) dos estados de baixa inteligência. Para esses autores todas as funções cognitivas estão comprometidas no retardo mental.

Segundo Berrios (2008b), a Psiquiatria passa a se preocupar com o retardo mental quando parte da premissa de que ele seria a uma base para o desenvolvimento de outros transtornos mentais graças a uma deterioração cognitiva.

Os estudos sobre deterioração cognitiva ajudam na definição do conceito de demência. Ao longo do século XIX ela é entendida como uma deterioração cognitiva irreversível que afetaria principalmente as pessoas idosas. Para Boisseau (1896), a debilidade do pensamento ocorreria pelo excesso de trabalho. A demência seria um transtorno irreversível das funções intelectuais causado pela idade avançada ou por doenças do cérebro,

podendo levar a uma apatia e estragando a capacidade de pensar. A percepção, atenção, pensamento e linguagem ficariam afetados.

A função e uso da memória é um eixo central na definição do conceito de demência. Duas capacidades intelectuais são ligadas à memória: conservação e recuperação (de fatos, informações, imagens) e funções como catalogar, localizar e reconhecer a informação. Para Berrios (2008b), o século XIX foi um período rico no estudo da memória, das faculdades e capacidades mentais, e na busca dos conteúdos da memória e suas leis de retenção e associação.

Outro eixo para se pensar a questão dos transtornos de pensamento é a referência recorrente nos manuais psiquiátricos à função da consciência. Os manuais psiquiátricos escritos, a partir do século XX, apresentam maior interesse na subjetividade, propiciado pelo movimento psicodinâmico (como, por exemplo, a psicanálise).

Na etimologia do termo consciência⁹⁹, encontramos a expressão “conhecimento de alguma coisa comum a muitas pessoas, conhecimento, consciência, senso íntimo”. O enfoque psicológico da consciência foi dado com a ideia de uma autorreflexão. Para Schneider, a consciência é tida como sinônimo de vida mental, forma de vigília, ato de prestar atenção, observar, notar, fazer autoexame, crença, memória, contemplação. Seria A faculdade cognitiva por meio da qual a mente percebe a si mesma, que quando afetada é produtora de loucura.

Como já havíamos indicado na Introdução deste trabalho, chegamos então na descrição atual dos “transtornos de aprendizagem” a partir das referências mais empregadas nos manuais CID-10 (1993) e DSM-IV (2000), onde aparecem integradas as tendências etiológicas dos transtornos infantis como comprometedores de aspectos relacionados à inteligência,mas também aos afetos/emoções e às condutas.

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) é elaborada atualmente sob chancela da Organização Mundial de Saúde (OMS) e tem sua origem nas listas que buscavam, no final do século XIX, estabelecer uma estatística a respeito das causas de mortalidade das populações. Em 1900, o governo francês convocou uma primeira conferência internacional (representada por 26 países) para revisão da lista vigente até então (elaborada, em 1893, por Jacques Bertillon, chefe do serviço de estatística da cidade de Paris). Outras conferências foram também organizadas pelo Governo Francês em 1909,

⁹⁹ Versão on line *Dicionário Houaiss* disponível em: <<http://houaiss.uol.com.br/busca.jhtm?verbete=consci%EAncia&styp=k&x=19&y=1>>. Acesso em: 13 out. 2010.

1920, 1929 e 1938. A partir da quinta conferência (1938), foi acordada a necessidade de uma convenção internacional para estatística das doenças que também seria útil para registros nas companhias de seguro de saúde, hospitais, serviços médicos prestados aos militares. O Instituto de Estatística, em cooperação com a Organização de Saúde da Liga das Nações Unidas, unificou-se os métodos para seleção da principal causa de uma morte a ser registrada nos atestados de óbito.

Paralelamente a essas listas de causa-morte, em cada uma das conferências, desde 1900, também foram elaboradas outras listas que buscavam computar dados a respeito de doenças que não resultavam necessariamente em morte. Em 1909, essa lista paralela recebe o título de *Classificação Internacional de Causas de Doença e Morte*. Em 1929, é escrita uma lista apenas relativa a doenças, separada da ideia de causa-morte. A dificuldade no estabelecimento de um consenso em relação a essa lista de doenças leva diferentes países a elaborarem suas próprias listas. A sexta revisão das listas de causa-morte e doença aconteceu, em 1946, em Nova Iorque. A partir desse encontro é proposta a escrita do *Manual Internacional de Classificação Estatística de Doenças, Danos e Causas de Morte*, organizado em ordem alfabética e com codificação de cada categoria. A sétima revisão desse documento ocorreu em Paris, em 1955 e a oitava, em Genebra, em 1965, sendo que nessa conferência é proposta uma mudança radical na forma de classificação das doenças, de acordo com um princípio etiológico. A nona conferência para revisão da classificação de doenças ocorre em Genebra, em 1975, e finalmente a décima ocorre em 1989, com uma maior preocupação na descrição de categorias e adaptações que pudessem contemplar um maior número de categorias.

O DSM-IV (2000) é o *Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana* e define suas finalidades como clínicas, de pesquisa e educacionais, amparadas em uma base empírica. Segundo descrição no início do texto (p. xv) seu principal objetivo seria o de oferecer um manual útil para a prática clínica, através de uma brevidade no conjunto de critérios apresentados. A ideia é que esse manual possa ser utilizado em muitos contextos (enfermaria, ambulatório, hospital dia, consultorias, sistemas familiares), por médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, de reabilitação e outros profissionais de saúde e saúde mental. Também é idealizado para poder ser supostamente aplicado em diferentes culturas. Busca estabelecer uma compatibilidade com o sistema empregado na CID-10 e se apresenta (p. xvi) como um material baseado em evidências empíricas.

O DSM teria surgido da necessidade estatística de classificação dos transtornos mentais nos Estados Unidos (EUA), mas havia pouco consenso em relação aos critérios e métodos adequados para sua organização. No censo demográfico lá realizado, em 1840, há apenas um registro em relação a uma categoria psiquiátrica: idiotismo/insanidade.

Segundo informações contidas na introdução do DSM-IV (2000), uma nomenclatura mais abrangente sobre os transtornos mentais nos Estados Unidos foi desenvolvida pelo exército americano depois da Segunda Grande Guerra, de modo a dar conta de atender uma demanda de atendimento psiquiátrico aos veteranos de guerra. Na 6ª Edição da CID (1946) havia uma seção para transtornos mentais que foi influenciada pela Administração Americana dos Veteranos, incluía “10 categorias para psicoses, 9 para psiconeuroses, 7 para transtornos de caráter, comportamento e inteligência” (DSM-IV, 2000, p. xvii).

O Comitê de Nomenclatura e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana desenvolveu uma variação da CID-6, publicada em 1952 como o DSM-I; este

[...] continha um glossário de descrições de categorias diagnósticas e foi o primeiro manual oficial de transtornos mentais a focalizar a utilidade clínica. O uso do termo reação ao longo do DSM-I refletia a influência psicobiológica de A. Meyer de que os transtornos mentais representavam reações da personalidade a fatores psicológicos, sociais e biológicos (DSM-IV, 2000, p. xvii).

O DSM-II (publicado em 1968) era similar ao I, mas excluía de seu texto o termo reação. A escrita do DSM-III foi coordenada com o desenvolvimento da CID-9 (cuja implementação ocorreu em 1978). Esta versão do manual foi publicada em 1980 e introduziu muitas variações metodológicas em seu texto, incluindo critérios explícitos de diagnósticos, um sistema multiaxial e um enfoque descritivo que tentava ser neutro em relação às correntes etiológicas às quais os clínicos seriam aderidos. Uma justificativa apresentada por essa versão do manual era a de que a CID-9 seria um texto mais básico em relação aos transtornos mentais; o DSM-III deveria então oferecer uma nomenclatura médica mais abrangente para clínicos e pesquisadores. O DSM-III revelou, entretanto, inconsistência em alguns casos, cujos critérios para classificação não estavam claros. Dessa forma, em 1987, a Associação Psiquiátrica Americana escolheu um grupo de trabalho para revisão, o que levou à publicação do DSM-III-R.

O DSM-IV(2000) apresenta-se como um material em que há um aumento substancial de pesquisas sobre diagnósticos. Os diagnósticos apresentados possuiriam literatura empírica e dados relevantes disponíveis. Segundo informações contidas na introdução desse material,

os seguintes estágios foram desenvolvidos para construção do DSM-IV: “revisão de literatura, reanálise de conjunto de dados já reunidos, extensa testagens de campo” (DSM-IV, 2000, p.xix).

Ao longo do manual há uma tentativa de definir o conceito de transtorno mental, tarefa que ocorre de forma vaga. No próprio texto (p. xxiii) aparece o reconhecimento da dificuldade para definição dos limites precisos para o conceito de transtorno mental, uma vez que não haveria uma definição que cobrisse todas as situações apresentadas pelos possíveis pacientes; então há uma orientação de que a classificação seja feita baseada em alguns indícios, como presença de sofrimento, descontrole, desvantagem na vida social, incapacitação, inflexibilidade, irracionalidade, padrão de síndrome, etiologia e... desvio estatístico. Estas manifestações seriam indicadoras do transtorno mental, mas não o conceito de transtorno em si. A existência de categorias denominadas “sem outra especificação”¹⁰⁰ revela a incapacidade de criação de categorias suficientes para abarcar todos os sintomas, mas abre precedentes para que as manifestações subjetivas possam ser sempre enquadradas.

É explícito no corpo do texto do DSM-IV (2000) a busca pelo estabelecimento dos “limites entre a normalidade e a patologia” (p. xxi), embora haja uma justificativa de que o manual não deva ser usado para classificar as pessoas, mas sim os transtornos que as pessoas apresentam. Mas uma vez que o sujeito se identifica com seu diagnóstico, principalmente quando proferido por uma figura de autoridade, o risco de rotulação não ocorre de qualquer forma?

Finalmente, o DSM-IV (2000) é uma classificação categorial, que divide os transtornos mentais em tipos, com base nos conjuntos de critérios relacionados a características que os definem. Visa oferecer diretrizes para realização dos diagnósticos e produzir certo consenso entre clínicos e investigadores através do oferecimento de descrições claras de categorias diagnósticas. Busca traçar classes diagnósticas homogêneas e apela aos profissionais que empreguem um julgamento clínico para estabelecê-las. Há uma advertência para que o manual não seja usado como um “livro de receitas culinárias” e para que se leve em consideração questões étnicas e culturais que podem interferir na elaboração de um diagnóstico.

Selecionamos alguns grupos de transtornos apresentados na CID-10 (1993) e DSM-IV (2000) para analisar de que forma as supostas afecções infantis aparecem apresentadas. Na CID-10, destacamos os conceitos de: retardo mental, transtorno do desenvolvimento

¹⁰⁰ Entretanto, há uma orientação no manual para que o termo “sem outra especificação” seja empregado com prudência.

psicológico e os transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência. Do DSM-IV tomamos os transtornos diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência. Essas classificações são subdivididas nas categorias registradas no **Quadro 1**:

Quadro 1 – Transtornos das funções intelectuais e cognição em crianças na CID-10 e DSM-IV

CID-10 (1993)	DSM-IV (2000)
<p>Retardo Mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retardo mental leve, moderado, grave, profundo, outro retardo mental, retardo mental não especificado. <p>Transtorno do desenvolvimento psicológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e linguagem (transtorno específico de articulação de fala, transtorno de linguagem expressiva, transtorno de linguagem receptiva, afasia adquirida com epilepsia-síndrome de Landau / Klefner, outros transtornos do desenvolvimento da fala e da linguagem, transtorno do desenvolvimento da fala e da linguagem, não especificado). • Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares (transtorno específico de leitura, transtorno específico de soletrar, transtorno específico de habilidades aritméticas, transtorno misto de habilidades escolares, outros transtornos do desenvolvimento das habilidades escolares, transtorno do desenvolvimento das habilidades escolares não especificado). • Transtorno específico do desenvolvimento da função motora. • Transtornos específicos mistos do desenvolvimento. • Transtornos invasivos do desenvolvimento (autismo infantil, autismo atípico, síndrome de Rett, outro transtorno desintegrativo da infância, transtorno de hiperatividade associado a retardo mental e movimentos estereotipados, síndrome de Asperger, outros transtornos invasivos do desenvolvimento, transtorno invasivo do desenvolvimento não especificado). • Outros transtornos do desenvolvimento psicológico. • Transtorno não especificado do desenvolvimento psicológico. <p>Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transtornos hipercinéticos (perturbação da atividade e atenção, transtorno de consulta hipercinética, outros transtornos hipercinéticos, transtorno hipercinético não especificado). • Transtorno de conduta (transtorno de conduta restrito ao contexto familiar, transtorno de conduta não socializado, transtorno de conduta socializado, transtorno desafiador de oposição, outros transtornos de conduta, transtorno de conduta não especificado). • Transtornos mistos de conduta e emoção (transtorno depressivo de conduta, outros transtornos mistos de conduta e emoções, transtorno misto de conduta e emoção não especificado). • Transtornos emocionais com início específico na infância (transtorno de ansiedade de separação, transtorno fóbico-ansioso na infância, transtorno de ansiedade social na infância, transtorno de rivalidade entre irmãos, 	<p>Transtornos diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retardo Mental (leve, moderado, severo, profundo, de gravidade inespecificada). • Transtornos da aprendizagem (transtorno da leitura, transtorno da matemática, transtorno da expressão escrita, transtorno da aprendizagem sem outra especificação). • Transtorno das habilidades motoras (transtorno do desenvolvimento da coordenação). • Transtornos da comunicação (transtorno da linguagem expressiva, transtorno misto da linguagem receptivo-expressiva, transtorno fonológico, tartamudez, transtorno da comunicação sem outra especificação). • Transtornos invasivos do desenvolvimento (transtorno autista, transtorno de Rett, transtorno desintegrativo da infância, transtorno de Asperger, transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação). • Transtorno de déficit de atenção e do comportamento disruptivo (transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade- tipo combinado, predominantemente hiperativo e impulsivo, transtorno de déficit de atenção sem outra especificação, transtorno de conduta, transtorno desafiador opositivo, transtorno do comportamento disruptivo sem outra especificação). • Transtornos de alimentação da primeira infância. • Transtornos de tique • Transtornos da excreção • Outros transtornos da infância ou adolescência (transtorno de ansiedade de

<p>outros transtornos emocionais na infância, transtorno emocional na infância, não especificado).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transtorno de funcionamento social com início específico na infância e adolescência (mutismo eletivo, transtorno reativo de vinculação na infância, transtorno de vinculação com desinibição na infância, transtorno do funcionamento social na infância não especificado). • Transtorno de tique • Outros transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência. 	<p>separação, mutismo seletivo, transtorno de apego reativo na infância, transtorno de movimento estereotipado, transtorno da infância ou adolescência sem outra especificação).</p>
---	--

O retardo mental é definido pelo DSM-IV (2000, p. 37) como “funcionamento intelectual significativamente inferior à média”, acompanhado de limitações significativas em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, autocuidados, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autossuficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança. Seu início deve ocorrer antes dos 18 anos. Nesse ponto já encontramos o emprego de alguns termos que, por conta de sua imprecisão conceitual, confundem o entendimento do texto. O que significa “significativamente” inferior ou limitações “significativas”? Qual o critério para definir tais parâmetros?

A resposta é: através de ferramentas arbitrariamente instituídas, como o emprego dos testes de inteligência padronizados no quais o convencional índice de menos de 70 pontos indicaria a presença de retardo mental. Os níveis de retardo mental serão, então, constituídos a partir de intervalos estabelecidos pelo QI, que seriam revelador do grau de prejuízo intelectual e adaptativo.

Na CID-10 (1993), o retardo mental é entendido como uma interrupção ou incompletude no desenvolvimento da mente. Revelaria um comprometimento do nível global de inteligência (entendida como sinônimo de aptidões cognitivas, aptidões de linguagem, aptidões motoras e sociais).

Para elaboração de um diagnóstico nomeado de “definitivo” (CID-10, 1993, p. 222), é proposto que seja realizada uma avaliação da inteligência (que seria traduzida na execução de diferentes habilidades), busca de informações na história clínica do paciente, análise do comportamento adaptativo e resultados em testes padronizados. Um suposto nível reduzido de funcionamento intelectual seria expresso através da diminuição da capacidade de se adaptar às demandas diárias do ambiente social convencional como normal.

Em ambos os relatórios, os sujeitos considerados como “retardados” são descritos como “passivos, plácidos, dependentes, agressivos, impulsivos”, na etiologia do retardamento estariam aspectos biológicos, psicossociais ou a combinação de ambos. O retardo mental poderia, na linguagem dos manuais, acontecer sem outro transtorno mental ou físico, mas os

ditos “retardados costumam apresentar outros transtornos associados de três a quatro vezes mais que a população geral” (CID 10, 1993, p. 222). O retardo mental seria a base para o desenvolvimento de outros transtornos como TDAH, transtorno de humor, transtorno invasivo do desenvolvimento, transtorno dos movimentos estereotipados.

Na CID-10 (1993), a definição de retardo mental faz referência a antigas expressões empregadas, como imbecilidade para retardo mental moderado, e oligofrenia e idiotia para retardo mental profundo.

Assim como a categoria de retardo mental, os chamados “transtornos de aprendizagem” também seriam diagnosticados a partir do resultado em testes padronizados e aplicados individualmente:

Os transtornos da aprendizagem são diagnosticados quando os resultados do indivíduo em testes padronizados e individualmente administrados de leitura, matemática ou expressão escrita estão substancialmente abaixo do esperado para sua idade, escolarização e nível de inteligência. Os problemas de aprendizagem interferem significativamente no rendimento escolar ou nas atividades da vida diária que exigem habilidades de leitura, matemática ou escrita (DSM-IV, 2000, p. 44).

Podemos perceber como a identificação de um chamado transtorno da aprendizagem é organizada em relação a uma média obtida pela equação que articula idade cronológica, idade mental e rendimento, ou seja, sempre em termos de padrões “normais”; não há espaço para diferença, pois esta pode ser convertida em doença. Os manuais tomam o cuidado de advertir os clínicos sobre o fato de que os problemas de aprendizagem podem ser indicadores de variações normais na realização acadêmica, falta de oportunidades, ensino fraco e outros fatores culturais, além de prejuízo auditivo, visual, retardo mental, transtorno invasivo de desenvolvimento ou transtorno de comunicação. Entretanto, como não haveria um “instrumento científico” capaz de estabelecer a diferença entre o “verdadeiro” e o “falso” transtorno, na dúvida em relação ao diagnóstico, o sujeito é sempre classificado:

Infelizmente, não há meios diretos e exatos para diferenciar as dificuldades escolares decorrentes de falta de experiências adequadas daquelas que decorrem de algum transtorno individual. Há boas razões para se supor que a distinção é real e clinicamente válida, mas o diagnóstico em casos individuais é difícil (CID-10, 1993, p. 237).

Para ser considerado transtorno de aprendizagem o rendimento escolar (e esse é o critério para determinação do transtorno, sem uma crítica aos instrumentos de avaliação

empregados nas escolas) precisa estar “significativamente” (novamente esse termo) abaixo das medidas de capacidade nas áreas de linguagem e matemática. Outros campos de conhecimento trabalhados na escola não são considerados.

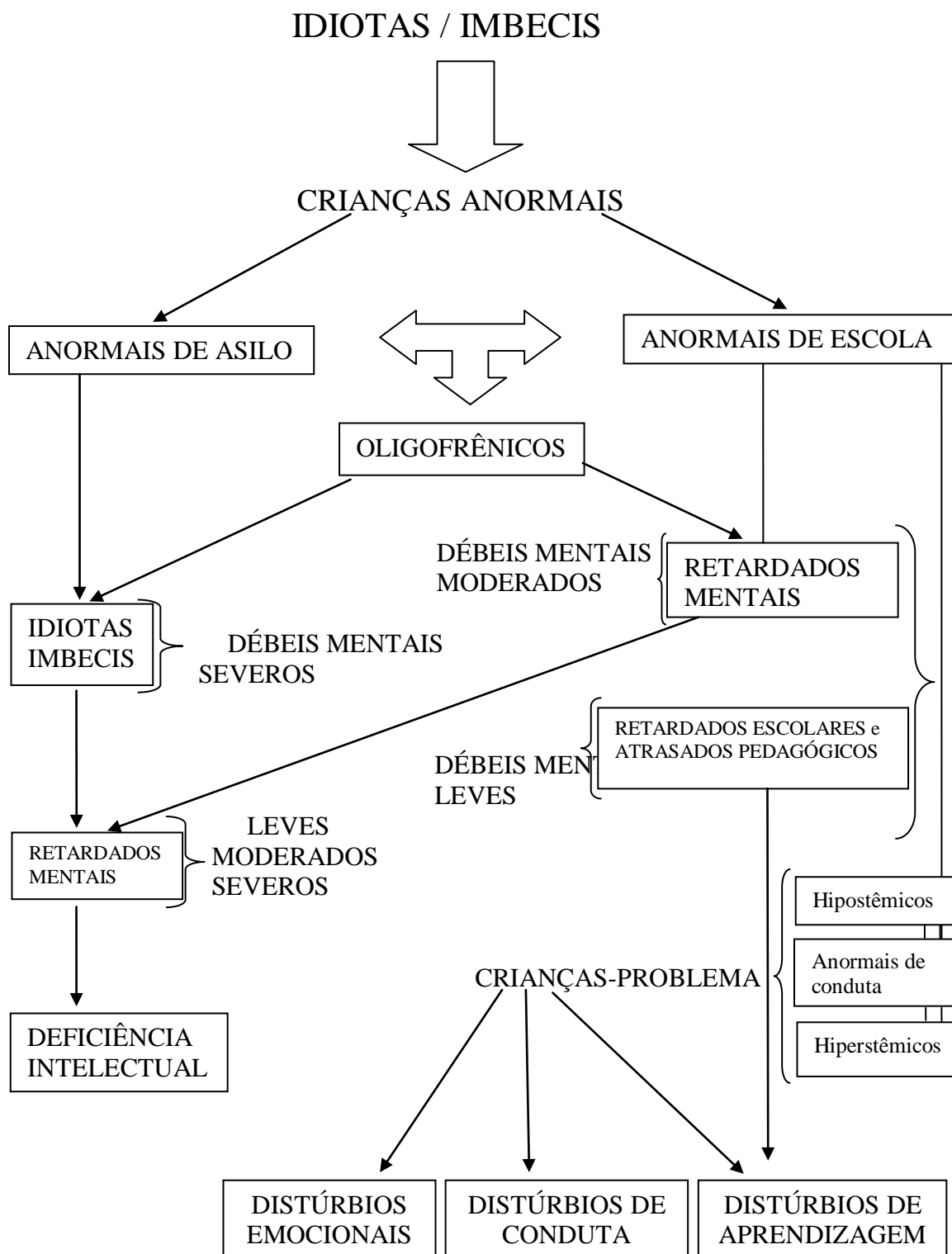
Os ditos transtornos de aprendizagem costumam estar relacionados a sintomas de desmoralização, baixa autoestima, déficits nas habilidades escolares. Há uma preocupação de que o transtorno possa evoluir, caso não seja tratado, podendo se transformar em dificuldades na adaptação social quando os sujeitos tornam-se adultos. Os aspectos cognitivos indicados como responsáveis pela produção do transtorno (em caso de anormalidades) são a percepção visual, os processos linguísticos, a memória, ou uma combinação desses. Para ser considerado um “distúrbio”, a dificuldade na aprendizagem deve se iniciar na infância, indicando algum comprometimento no desenvolvimento convencionado como normal. Apesar dos textos indicarem que não há uma etiologia conhecida para o transtorno, há uma ênfase em fatores biológicos, especialmente de ordem neurológica.

Em relação ao TDAH, este seria definido pela existência de um padrão persistente (tal como “significativamente”, este termo é impreciso) de desatenção e/ou hiperatividade que estivesse presente em uma criança nos últimos seis meses (por que seis? A partir de que critérios esse período é determinado?). Deveria se manifestar antes dos sete anos, revelando “claras evidências de interferência no comportamento social, acadêmico ou ocupacional” (DSM-IV, 2000, p. 79). Não está claro qual déficit cognitivo fundamental é considerado responsável pelo transtorno, fala-se apenas do modo como ele impede um ajustamento (DSM-IV, 2000, p. 81) de um sujeito a sua vida social.

Há uma associação estabelecida entre este transtorno (TDH) e o chamado transtorno desafiador opositivo, um tipo de transtorno de conduta, que poderia desembocar em um “transtorno de conduta antissocial” se não tratado na infância. A própria infância, quando comparada à vida adulta, poderia ser vista como anormal, pois “muitos transtornos emocionais na infância parecem constituir exageros das tendências normais do desenvolvimento mais do que fenômenos que são qualitativamente anormais em si mesmos” (CID-10, 1993, p. 267).

O que percebemos até aqui é a insistência na formulação de categorias que giram em torno da ideia da existência de uma única norma e seus desvios; a anormalidade... Retomando os aspectos trabalhados neste capítulo, criamos o **Esquema 1**, ele ilustra a ascendência genealógica das categorias atuais de distúrbios emocionais, distúrbios de conduta e distúrbios de aprendizagem, nas quais os alunos “que vão mal na escola” tendem a ser classificados:

Esquema 1 - Ascendência genealógica dos ditos transtornos de aprendizagem



Gostaríamos de destacar nossa hipótese de sobredeterminação imaginária entre a loucura e a noção medicalizante do insucesso escolar, uma vez que os modos atuais de concepção do não aprender, a partir dessa lógica, descendem de classificações que partiram de um dos grandes eixos de loucura: a idiotia e a imbecilidade.

Quando esse sujeito idiota era uma criança, uma criança anormal, esta passou a ser classificada a partir do crivo da educabilidade. Para as consideradas ineducáveis, o destino era o asilo; as educáveis poderiam frequentar a escola, mas ambas sob vigilância constante da autoridade médica, e submetidas a práticas de controle da conduta (dos instintos) e estimulação e compensação das capacidades intelectuais supostamente inexistentes ou lesadas.

O estigma de oligofrenia unia essas duas modalidades de anormalidade infantil e, embora fosse uma definição imprecisa, propôs uma tipologia que partia da noção de grau de debilidade. Os sujeitos considerados de grau severo de debilidade mental eram tidos como idiotas e imbecis; enquanto os de debilidade moderada e leve eram tidos “apenas” como retardados: os retardados mentais e os retardados escolares.

Essa categoria de retardamento mental está relacionada a afecções orgânicas, sendo ela também subdividida em graus, conforme o comprometimento que essas afecções gerassem no desenvolvimento cognitivo. Os chamados retardados mentais ou deficientes mentais tiveram majoritariamente sua escolarização em instituições especializadas, com traços dos antigos asilos, onde a preocupação com questões relacionadas à higiene e a contenção dos “instintos” era maior do que um comprometimento com o aspecto educacional.

Dessa categoria de retardamento descende a noção atual de deficiência intelectual, e acompanhamos os esforços políticos e educacionais envolvidos numa proposta de inclusão escolar que, para além de garantir o acesso desses sujeitos à escola, precisa combater o preconceito estabelecido de que esses sujeitos com deficiência não podem aprender.

Nos sujeitos tidos como retardados escolares, ou atrasados pedagógicos, sua “insistência” em não aprender reforça a ideia de que uma dificuldade escolar seria apenas responsabilidade sua. Com o desenvolvimento da psiquiatria, o problema desse sujeito-aluno (considerado improdutivo) passa a ser entendido como problema clínico a ser detectado e tratado pelo campo médico e psicológico, dando origem à noção que temos hoje de distúrbios de aprendizagem, distúrbios de conduta e distúrbios emocionais. Tal movimento marca a passagem da criança-problema para a criança patologizada, não apenas por supostos comprometimentos relacionados à inteligência, mas também por sua extensão ao comportamento e afetos.

Retomando os aspectos trabalhados neste capítulo, passemos então a analisar as condições de intersecção das relações de saber/poder que permitiram a articulação deste nosso quadro genealógico.

CAPÍTULO 2 – A CONSTRUÇÃO DE UM SOLO EPISTEMOLÓGICO

O aluno H. está sendo encaminhado por apresentar dificuldades de aprendizagem e ao mesmo tempo mantém comportamento inadequado dentro e fora da sala de aula. É uma criança muito agitada e agressiva. Gosta muito de passear pela sala de aula, mexer nas coisas dos outros, provocar os colegas e não assumir seus próprios erros. Não tem capricho na realização das atividades e gosta de fazer as lições rápido para ficar com tempo livre e bagunçar. Já ouvi dizer que o pai é alcoólatra, mas a mãe nunca conversou comigo a este respeito.¹⁰¹

¹⁰¹ Trecho de relatório de encaminhamento de um aluno da rede municipal de um município da região metropolitana de São Paulo ao serviço de Saúde Escolar. Após bateria de testes de inteligência e personalidade e anamnese com a mãe, o aluno foi encaminhado ao psiquiatra com suspeita de ser um caso de hiperatividade.

No capítulo 1, buscamos destacar alguns conceitos que quando articulados precipitaram o surgimento da psiquiatria moderna e de uma psicopatologia que contemplaria inclusive os “problemas” apresentados pelas crianças e adolescentes. Apesar de termos construído o texto tomando como eixo a perspectiva dos desdobramentos conceituais, isto foi sendo realizado em referência a uma cronologia histórica. Neste capítulo retomaremos algumas questões apresentadas no anterior, mas a partir do ponto de vista de uma história invisível: a precipitação dos conceitos como consequência de uma constante tensão entre saber e poder. Cabe-nos agora buscar entender como as tramas ideológicas engancham os conceitos, arquitetando o “edifício” epistemológico dos campos “psi”, que funcionam como saberes, mas também como um tipo de poder.

2.1. Algumas considerações sobre o discurso psiquiátrico e a construção do solo positivo para a edificação dos saberes “psi”

Neste trabalho, interessa-nos particularmente, analisar um modo específico de governamentalidade, e de biopoder que Foucault (2006) denominou **poder siquiátrico**. A escolha dessa abordagem deve-se ao fato de que, no âmbito do poder psiquiátrico, falamos capilarmente numa forma de ordem e de poder que extrapola o plano ideológico e conceitual, e possui uma incidência no corpo do sujeito, que passa a ser constituído a partir de um saber e de um olhar médico e submetido a certa ordem disciplinar que organiza esses corpos, os comportamentos, os gestos e os discursos. Disciplina invisível, à qual nos submetemos, e que parece ser natural, tão natural quanto procurar um profissional psi ou um médico em caso de um aluno que não aprende, pois afinal *“ele pode/deve ter algum problema que precisa ser sanado por um especialista”*...

Para Foucault (2000), a instância médica funcionou como poder antes de ser um saber, sobretudo no âmbito da dita “saúde mental”. A medicina buscou dominar a loucura, primeiro subjugando-a a um saber médico, uma vez que até o século XVIII ela era considerada como um engano que deveria ser corrigido. Desde o século XIX, quando a loucura foi codificada como um perigo, a questão passou a ser de busca de estratégias para domar esse louco; para Foucault (2000), a terapêutica da loucura pode ser definida como a “arte de subjugar e domar” (p. 87). Essas orientações terapêuticas são geradas a partir de dispositivos de poder e se propagam por meio de discursos e enunciados que, em última

instância, visam sempre o controle do corpo. Mais do que estudar as instituições, a proposta foucaultiana é a do “estudo das relações de força nas disposições táticas que perpassam a instituição” (FOUCAULT, 2006, p. 58).

Assim, para além da análise dos aspectos ideológicos envolvidos no processo de exclusão de escolares num serviço de Saúde Escolar ou na forma como as práticas de educação e cuidado na Escola Pacheco e Silva foram institucionalizadas¹⁰², buscaremos entender como foi possível, diante da situação do entrave escolar, a conversão de aluno em portador, ou possível portador de uma patologia mental, isto é, a consolidação do discurso psiquiátrico como pano de fundo para a fundamentação pedagógica e construção de um modelo de aluno.

Nas palavras de Foucault (2002a), a instauração do discurso psiquiátrico como poder disciplinar confunde-se com a própria fundação da psiquiatria moderna. Pinel “libertou” os alienados de Bicêtre, que gratos deveriam se submeter a um tratamento (início das modalidades de tratamento moral), ou como nas palavras da mãe de uma criança que, numa clínica de serviços em São Paulo, buscava atendimento psicológico para sua filha (que não apresentava uma questão específica que justificasse uma terapia): “*esta é uma oportunidade, que não pode ser perdida*” (sic). Oportunidade de quê? Segundo esta senhora, submeter a filha a um tratamento psicológico (gratuito) seria a chance de conferir se sua menina não teria algum problema (oculto) que se manifestaria na adolescência ou na vida adulta, além de um desejo de obter um atestado de normalidade para a criança e para si própria, enquanto mãe.

Mas o que representa a normalidade além dos limites convencionados por um poder anônimo regido por um regulamento que nem sequer foi formulado? Para Foucault (2006) esta é a definição de disciplina. Por que uma criança não pode demonstrar agitação em sala de aula? Por que se diz que isso não é normal? Pois alguém afirma que pode ser indicação de hiperatividade e que se não for tratada poderá agravar o quadro sintomático e comprometer o desenvolvimento e desempenho dessa pessoa quando adulta. Para Foucault (2006), *o poder disciplinar*, diferentemente do *poder de soberania* praticado no século XVI, é um poder que se inscreve assim, na microfísica do cotidiano e por isso seu estudo deve anteceder qualquer análise institucional.

Em termos foucaultianos, a disciplina é a vigilância da norma, e seu formato de exercício de poder teria surgido na Idade Média no interior das comunidades religiosas e transportadas para as comunidades laicas e multiplicadas desde os séculos XIV-XV. A partir do século XIX, ganha forma por meio da ligação entre poder político e o corpo individual (a

¹⁰² Estas experiências serão apresentadas nas próximas seções da tese.

partir da necessidade de controle de produção, do tempo e do corpo nas fábricas). Nesse contexto, há uma “apropriação total, exaustiva do corpo, dos gestos, do tempo, do comportamento do indivíduo” (FOUCAULT, 2006, p. 58). No âmbito do poder disciplinar, estamos o tempo todo diante de algum aviso que diz “*Sorria, você está sendo filmado*” (sociedade disciplinar ou panóptica). Há sempre alguém de olho na forma como nos comportamos, trabalhamos, produzimos, lançando-nos numa situação de constante exposição.

Uma resposta esperada a essa pressão disciplinar é a de que incorporemos a disciplina até que ela se torne um hábito e pareça algo natural. Como isso se dá? Por exemplo, pela forma como os indivíduos incorporam o que é falado sobre si em diversos e minuciosos registros que foram feitos ao longo de suas vidas (por médicos, professores, chefes, psicólogos...), isto é, por meio de laudos, fichas, relatórios, “devolutivas”. Informações sobre este indivíduo que, em caso de necessidade, precisam ser arquivadas e “usadas” (muitas vezes contra o próprio sujeito). Este é um exercício de poder e formação de certo saber sobre um homem no qual ele deverá se reconhecer.

Vejamos um relatório de um professor que busca hipotetizar sobre as dificuldades no rendimento escolar de uma aluna, vinculando-as à dificuldade de relacionamento da criança com a mãe:

Estamos atendendo ao pedido da pediatra da UBS¹⁰³. E também porque estamos preocupados com a aluna, levando em consideração que é nítida a dificuldade de relacionamento entre ela e a mãe, o que talvez esteja influenciando no rendimento da aluna. Também existe uma dificuldade de entrosamento com os colegas de classe. M. mora com a mãe, irmão e padrasto, que considera como pai. Portanto, ela é filha de um relacionamento anterior. Segundo a mãe, ela começou a namorar o atual companheiro quando M. tinha 8 meses. Este também tem dois filhos do primeiro casamento, que frequentam a casa de quinze em quinze dias. A menina conheceu o pai aos três anos de idade, quando a mãe solicitou a pensão alimentícia. Não tem afinidade com ele e raramente o vê.

[...]

A mãe engravidou aos 19 anos sem planejar. Pensou em abortar, mas desistiu, tendo consciência que a criança não teria culpa de seus atos, pois quando descobriu que estava grávida já havia terminado o relacionamento. Trabalhou todo período de gestação, evitando pensar que estava grávida.¹⁰⁴

Foucault (2006) destaca como na França, a partir dos séculos XVII e XVIII, ocorre uma profusão de relatórios e fichas que buscam vigiar, recompensar, punir, pressionar e,

¹⁰³ Unidade Básica de Saúde (UBS) .

¹⁰⁴ Fonte: Arquivos do Serviço de Saúde Escolar de um município da Região metropolitana de São Paulo.

sobretudo, prevenir possíveis desvios disciplinares, sendo o próprio esquema disciplinar que cria os desvios. Um exemplo disso aparece no fato de que uma definição como a de débil mental só passa a surgir quando existe algo como a disciplina escolar. Assim, aquele que não aprende a ler ou a escrever, só é um problema a partir do momento em que a escola segue um esquema disciplinar; cria-se então a escola para os débeis, e a escola (muitas vezes, depósitos) para os que são irredutíveis a essas escolas. Esse sujeito irredutível e resistente a uma determinada norma será sempre posto de lado.

Podemos estabelecer aqui uma articulação entre psicologização, norma e normalização. O poder disciplinar surge, portanto, antes do próprio indivíduo existir e tem função normalizadora, e é somente a partir do momento que se é subjetivado (através dos processos de subjetivação) que é possível falar e criar discursos. Dessa forma, Foucault (2006) afirma que as disciplinas são uma tecnologia de poder; coloca ainda que o que é definido pelas Ciências Humanas como homem é, na verdade, o indivíduo disciplinar.

A Pedagogia Religiosa, implantada pelos jesuítas no Brasil a partir do século XVI¹⁰⁵, demonstrava com o *Ratio Studiorum* como “a disciplina é aí, como na própria Companhia, a preocupação maior. Forte, mas suave para com os alunos, preferindo, aos castigos corporais, o apelo à honra e à emulação” (DEBESSE ET AL, 1977, p. 215), é um exemplo de emprego da disciplina num contexto ainda regido por uma outra forma de poder, de soberania que incidia, sobretudo, num nível macrofísico da vida das populações.

No processo de disciplinarização dos alunos, as pedagogias religiosas buscavam possibilitar a redenção e evolução progressiva de seu alunado, pela aderência à metodologia sequencial obrigatória, com níveis de progressão, clausura e presença de um guia constante. No século XVII surgem outros regimes de modo de organização disciplinar, como o exército e as classes operárias (através da otimização do tempo e dos corpos dos trabalhadores), o que coincide com o desenvolvimento da Economia Capitalista. Para Foucault (2006), a função da disciplina seria tática. Em suas palavras:

A disciplina é uma tática, isto é, certa maneira de distribuir singularidades, mas de acordo com um esquema que não é classificatório, distribuí-las espacialmente, possibilitar acumulações temporais que possam ter efetivamente, no nível de atividade produtora, eficácia máxima (FOUCAULT, 2006, p. 91).

Para Foucault (2006), a pedagogia, o exército e os modos de organização do trabalho foram as portas de entrada para a instauração do regime disciplinar, mas sua difusão ocorreu

¹⁰⁵ Foucault (2006) analisa a pedagogia religiosa implantada na França pelos Irmãos de Vida Comum.

sobretudo pela confluência dos ideais eugênicos, programas de higiene social, e a criação da psiquiatria moderna, que puseram em circulação o poder psiquiátrico. Entretanto, a difusão desse poder ocorre a partir da reinvenção do modelo e ideal de família e de sua função. Família essa que passa a ser responsabilizada pelo processo de degeneração psíquica e moral de seus membros, que se tornam doentes e/ou criminosos. Um exemplo sobre este tema pode ser encontrado nos Estados Unidos, na figura de um dos seus criminosos mais “populares”, Lee Havey Oswald, que em 1963 assassinou o então presidente John Kennedy. Oswald teria sido encaminhado por um conselheiro escolar a uma avaliação psiquiátrica aos treze anos, mas sua mãe recusou esse encaminhamento. Após o crime, vários políticos escreveram artigos destinados, sobretudo, às mães americanas¹⁰⁶, nos quais faziam um apelo emocionado para que elas encaminhassem seus filhos a uma avaliação psiquiátrica sempre que indicado, ou quando percebessem algo estranho em seu comportamento (como molhar as calças ou roer as unhas), pois poderiam estar criando em casa futuros “Oswalds”. A psiquiatria torna possível a refamiliarização do sujeito e a função “psi” acaba por substituir a autoridade familiar.

Quando falamos em psiquiatria, não estamos analisando apenas a experiência das instituições asilares, embora estas sejam exemplos dos processos de institucionalização do poder psiquiátrico. A psiquiatria moderna, fundada no século XIX, é oriunda de uma integração dos rituais de serviço (dar ordens, obedecer, punir, recompensar, responder, calar) com procedimentos judiciais (proclamar a lei, vigiar as infrações, obter uma confissão, constatar um erro, pronunciar um julgamento, impor uma punição) que funcionavam (e ainda funcionam) para além dos muros dos asilos.

No caso dos loucos internos nos asilos, o poder psiquiátrico que incidia sobre eles para interdita-los e silenciar sua linguagem de desatino, rompe a relação deles com suas famílias, sendo elas substituídas pela instituição psiquiátrica. No hospital, o louco deverá aprender a ser são. O paciente deverá se dar conta da sua loucura, que é ensinada e descrita pelo olhar médico; aprendizado que ocorria muitas vezes à custa de punições físicas e morais. Exigia-se dele um estado constante de docilidade (o que hoje pode ser visualizado na figura dos alunos “muito comportados e quietos” e que raramente são vistos como um problema na escola).

É somente quando o paciente (pensemos paralelamente no aluno que apresenta dificuldades na escola) “confessa” sua culpa em relação à sua patologia e se reconhece na

¹⁰⁶ Como exemplo, dois artigos que foram publicados na revista *Harper's Magazine*: “When does a child need a psychiatrist?” (WARSHOFSKY, 1965) e “The dangerous one: Help for children with twisted mind's” (RIBICOFF, 1965).

linguagem médica, só assim ele passa a ser reconhecido. Moysés (2001) assinala como, muitas vezes, a adesão das famílias e das próprias crianças a um diagnóstico psicológico ou médico acaba funcionando como um passaporte para que as mesmas possam continuar tendo o direito de ir à escola. Nesses casos há uma insistência no reconhecimento de que “a não adaptação escolar” seria um problema médico do sujeito, o acaba desresponsabilizando a instituição escolar.

Uma nova definição de loucura parece circular “não mais como cegueira, mas como dano à vontade” (FOUCAULT, 2001, p.134), inserindo esse paciente num campo totalmente disciplinarizado e numa ordem que se estabelece a partir da disciplina. O louco passa a ser infantilizado, tratado como uma criança a ser reinserida num ambiente familiar outro, a família hospitalar. Institui-se artificialmente um estado de carência permanente para o doente, cujo médico seria então o salvador. E foi nesse asilo, no qual o interno não estava mais atado a correntes, mas submetido à autoridade médica e a um tratamento moral, que acompanhamos a formação de uma série de discursos e a constituição de uma nosografia que medicalizou a moral e a criança.

A disciplinarização dos loucos e suas famílias pelo processo de psiquiatrização é uma forma de exercício e criação do *poder disciplinar*. Como? Por meio da introdução dos conceitos de um tipo de indivíduo normal, e de anormalização dos sujeitos. Essas técnicas disciplinares extrapolaram os asilos, pois a proliferação da ideia de prevenção dos transtornos mentais, o desejo de ser considerado normal, criou uma sucursal da vigilância disciplinar no seio da própria família, que passa então a agir como uma instituição escolar, formando sujeitos normais e produtivos. Dessa forma, “a Psiquiatria, igualmente, tomou para si a tarefa de intervir pedagogicamente sobre a família, procurando criar uma moral que deveria regular as relações familiares, prescrevendo comportamentos e modelos” (MELMAN, 2001, p. 48).

Antes de ser uma terapia – uma forma de tratamento – o poder psiquiátrico é um modo de gerir, de administrar; podendo estar presente tanto nos asilos, nos hospitais, como nos lares, nas escolas e demais instituições sociais. É um regime de domínio, uma tentativa de subjugar, uma forma de definir direções. No contexto médico, o psiquiatra surge como alguém que dirige tanto o funcionamento dos hospitais quanto o dos indivíduos (PINEL, 1808/2005). O psiquiatra deveria mostrar ao louco que no cerne da sua loucura o que existia não era doença, mas defeito, maldade, falta de atenção e presunção.

As nosografias elaboradas a partir do século XIX introduzem modalidades de *bom* e *mau* comportamento, que não tinham fins terapêuticos, mas demonstravam uma técnica de direção da conduta médica, como, por exemplo, a classificação proposta por Kraepelin

(1856/1915), a qual apontava como a loucura poderia ser gerada por envenenamentos agudos e crônicos e desenvolvida por abuso de álcool, morfina e cocaína; ou quando este mesmo autor classificava as personalidades psicopáticas pela ótica da delinquência (delinquente nato, instáveis, mentirosos e enganadores doentios e pseudo-querelantes).

Que lugar ocupa este médico do início da psiquiatria e alguns profissionais psi até os dias atuais? O daquele que sabe; saber este que não representa conteúdos acumulados, mas uma posição (de enunciação). Ele é portador dessas marcas de saber que lhe atribuem um *status*. Alguns médicos e profissionais “psi” apresentam-se como aquele que sabe *a priori* sobre esse sujeito, ele seria capaz de notar inclusive uma mentira, uma dissimulação, ou seja, o médico seria um mestre da verdade.

Rose (2001) assinala que a força epistemológica dos saberes “psi” é modesta e permeável, e que uma análise desse campo não deveria ficar focada em seus conteúdos, mas na atividade de suas autoridades. E é essa autoridade, graças ao exame clínico (na busca de sinais comportamentais e orgânicos que se enquadrassem em categorias construídas aprioristicamente), graças às entrevistas investigativas e à análise dos resultados da aplicação de testes padronizados, que seria capaz de identificar e quantificar o grau de normalidade.

A escola, assim como a família, por ser um espaço de formação de crianças (que precisam ser moldadas), também será submetida a essa autoridade médica e psicológica. Nas palavras de Foucault (2006):

A escola, por exemplo, necessita do psicólogo quando é preciso fazer valer como realidade um saber que é dado, distribuído na escola e que pára de se apresentar como real efetivamente àqueles a que é proposto. O psicólogo tem de intervir na escola quando o poder que se exerce na escola deixa de ser um poder real, torna-se um poder ao mesmo tempo mítico e frágil e quando, por conseguinte, é necessário intensificar sua realidade. É nessa dupla condição que a Psicologia escolar é necessária, a Psicologia escolar faz aparecer as aptidões diferenciais dos indivíduos, a partir das quais o indivíduo se encontra situado no campo do saber em certo nível, como se fosse um campo que tivesse em si seu poder de coerção, já que, lá onde se está, nesse campo de saber definido pela instituição, escolar, lá deve continuar. Assim, o saber funciona como poder e esse poder do saber se apresenta como realidade no interior da qual o indivíduo se encontra situado. E, ao fim da manipulação da Psicologia escolar, o indivíduo se encontra efetivamente portador de uma realidade que vai então parecer dupla: realidade das suas aptidões, de um lado, realidade dos conteúdos de saber que ele é capaz de adquirir, de outro. E é no ponto dessas duas “realidades” definidas pela Psicologia escolar que o indivíduo vai aparecer como indivíduo (FOUCAULT, 2006, p. 237).

O processo de individualização na escola vai ocorrer quando esse sujeito aparecer na realidade de suas aptidões e puder demonstrar o que é capaz de adquirir. A função psicológica passa a ser entendida como sinônimo de habilidades e capacidades¹⁰⁷ e é derivada do *poder psiquiátrico*. Sua função é de intensificar a realidade como poder e intensificar o poder fazendo-o valer como realidade. Como essa noção de função psicológica deflagrada pelo poder psiquiátrico se prolifera?

Segundo Foucault (2002), por meio da psiquiatrização das crianças anormais, mais exatamente dos idiotas, a partir do momento em que se começa a separar no interior dos asilos o louco do idiota. A psicologia que floresce nas cercanias do poder psiquiátrico, apresenta-se para Foucault (2006) como uma forma mista de pedagogia e psiquiatria, a partir da psiquiatrização do anormal, do débil e da pessoa com deficiência, que se criou no sistema de disseminação que permitiu à Psicologia tornar-se um modo de institucionalização desse poder psiquiátrico, a ser reforçado com o surgimento da neurologia.

Somente a partir de 1880, uma primeira nosologia dos distúrbios neurológicos é concluída, e a neurologia torna-se essencial na história da medicina, sobretudo pela criação de uma neuropatologia. No campo da psiquiatria, o apoio dado pela neurologia liberou a psiquiatria de uma dúvida constante sobre a possível simulação sintomática por parte dos pacientes, desde então seria possível distinguir os “verdadeiros” doentes levando em conta o critério da existência de uma possível lesão orgânica.

O corpo criado pela neurologia é o da localização anatomopatológica, da busca de sinais que possam indicar ou não uma lesão. No exame neurológico há sempre uma busca por disfunções e por mau funcionamento das sinergias¹⁰⁸. Em última instância, uma busca pela distinção entre a intencionalidade na doença, entre aquilo que é voluntário (comportamental) e o involuntário. Isso explica em parte por que as crianças que não apresentam desempenho considerado satisfatório nas escolas são preferencialmente encaminhadas para exames neurológicos. Assim, será a neurologia quem dará a palavra final sobre a veracidade de uma doença ou se o caso trata-se “somente” de problemas emocionais, distúrbios de conduta, manha, fingimento ou “falta de limites” (encaminhando-se então esse sujeito para cuidados/correção com profissionais “psi”).

Segundo Moysés (2001), é grande o número de pedidos formulados pelas escolas, por médicos e pelos próprios pais por eletroencefalograma (EEG) e radiografia do crânio, isso demonstra como, no imaginário popular, estes seriam instrumentos privilegiados para o

¹⁰⁷ E “competências”, na linguagem psicopedagógica atual.

¹⁰⁸ Associação de vários órgãos para a realização de determinada função orgânica.

entendimento dos motivos pelos quais uma criança não aprende na escola ou apresenta “mau comportamento”. No entanto, tais procedimentos são absolutamente inúteis nessa fantasia de enxergar o que se passa dentro da cabeça das crianças. “A radiografia do crânio permite a visualização de estruturas ósseas, de calcificações anômalas nos ossos, no tecido cerebral e presença de objetos estranhos radiopacos” (MOYSÉS, 2001 p. 87); sendo indicada em casos de fraturas, calcificações, má formação craniana. O EEG, por sua vez, é um exame que visa a elucidação de crises convulsivas, cuja alteração não representa necessariamente a presença de uma anomalia, mas está altamente associado à ideia de epilepsia, nervosismo, agressividade. A realização desses exames nos alunos com possíveis distúrbios de aprendizagem cumpririam mais uma lógica de ritualização-teatralização do saber/poder médico (MOYSÉS, 2001).

O poder psiquiátrico segue então, conforme Foucault (2006), dois caminhos:

- Da pedagogia da debilidade mental e ampliação do conceito de desenvolvimento normal a ser propagado/observado nas famílias e escolas.
- Nos asilos, com auxílio da neurologia, por meio da aplicação de provas de realidade: interrogatório, administração de drogas e hipnose, diferenciando os “verdadeiros” doentes dos simuladores (os quais não deixaram de ser considerados posteriormente doentes, em função da proliferação das ideias de patologias do caráter).

No tocante ao primeiro caminho, a partir do final do século XIX, algumas técnicas foram intensificadas, como a pesquisa de antecedentes, numa ampliação da escala da busca de sinais que pudessem justificar, no âmbito familiar, os acontecimentos patológicos (informações obtidas a partir de inquérito do tipo anamnese- vide ANEXO E). Tal movimento faz consonância com a ideia de desenvolvimento da lógica de que os transtornos mentais seriam gerados na infância ou agravados por conta de uma negligência na assistência familiar nesse período de vida.

Para Foucault (2006), a criança tornar-se-á, a partir do século XIX, alvo central da investidura psiquiátrica; ela deverá ser vigiada constantemente, e em caso de detecção de alguma anormalidade (ou potencial anormalidade) ela deverá ser enquadrada e submetida às terapêuticas infantis. Como veremos na próxima seção, a psiquiatrização da infância foi a manobra decisiva para a entrada do discurso psiquiátrico nas escolas.

2.2 Poder psiquiátrico, infância e educação

Nesta seção, a partir de considerações apresentadas por Foucault (2006), buscamos formular o impacto da generalização do poder psiquiátrico na compreensão de “aluno” e do seu desempenho.

Para Foucault (2006), a generalização do poder psiquiátrico inicia-se, a partir do século XIX, com a psiquiatrização da infância. A criança passa a ser alvo de cuidados médicos nos hospitais e em instituições sanitárias, que eram instituições híbridas no campo da pedagogia e da saúde. Nesses locais foram criados um sistema de aprendizagem em que é possível localizar os princípios de difusão do poder psiquiátrico em função do estabelecimento de um certo conceito de normalidade. E esses eram lugares nos quais as crianças deveriam aprender a ser normais, como no Instituto de Surdos-Mudos em Paris, no qual Itard recebeu a responsabilidade de transmitir “hábitos da sociedade” ao menino Victor, o “selvagem de Aveyron”.

Há três caminhos para pensarmos como a criança foi psiquiatrizada. Primeiro houve a criança louca, alvo de cuidados terapêuticos e intervenções. Entretanto, depois a infância foi também psiquiatrizada através da busca, na história do adulto tido como desequilibrado, de algum problema ocorrido supostamente quando o mesmo era criança, vinculando assim, a origem da doença mental a essa fase da vida. Pela aplicação de anamneses e investimentos em relatos autobiográficos tentava-se (ainda hoje é assim...) buscar e remontar no passado daquele adulto as origens dos transtornos mentais. Um processo de generalização da forma como se deveria educar as crianças para evitar possíveis problemas mentais no futuro, constituiu-se o que podemos chamamos no capítulo 1 de eixo preventivo dos saberes “psi” na relação com as crianças (segundo eixo).

O terceiro caminho, para Foucault (2006), via principal no processo de psiquiatrização da infância, não se dá por meio da criança propriamente louca, e sim por outros personagens: a criança imbecil, e a criança idiota (posteriormente nomeada retardada mental), exatamente aquela criança que não era louca, mas “apenas” anormal. Até o fim do século XVIII não havia distinção entre imbecilidade, estupidez, idiotia e a loucura em geral; essas eram uma espécie de loucura na categoria geral de loucura, sendo esta relacionada sempre a um enfraquecimento da razão, da função do pensamento, da capacidade de discernimento.

Embora a imbecilidade, a estupidez e a idiotia fossem consideradas loucura, o eram “em forma de menos”. É o mesmo que dizer que elas estavam no polo contrário do furor, da agitação que caracterizava a loucura em si. Essas seriam afecções nas quais o delírio “errava”, isto é, em que os modos de funcionamento psíquico desses sujeitos acabariam por esconder-lhes o delírio. Até o século XVIII, mesmo pela negativa, essas afecções eram consideradas um tipo de delírio, um tipo de loucura.

Como vimos no primeiro capítulo, foi Esquirol, em 1816, quem apresentou uma nova noção de idiotia, não como uma doença, mas como um estado, em que as faculdades intelectuais nunca se manifestaram ou não puderam se desenvolver. Abriu-se a porta para a introdução da noção de desenvolvimento. Portanto, a idiotia não seria mais definida em relação à verdade ou ao erro, mas em relação ao desenvolvimento (tem ou não se tem, é dotado ou não...).

O conceito de desenvolvimento introduz uma marca cronológica. Por exemplo, em relação à diferença entre idiotia e demência, convencionou-se que os quadros de idiotia surgem antes dos quadros de demência. A idiotia seria uma ausência de desenvolvimento, enquanto os quadros de demência estariam ligados a uma espécie de degeneração iniciada na puberdade (ou na infância de forma precocíssima), que poderia ser considerada uma forma de doença. Os idiotas seriam um “caso perdido”, uma vez que não se poderia esperar desses sujeitos tipo algum de evolução. Na imbecilidade, a despeito da debilitação do pensamento, viam-se possibilidades de cura, ou pelo menos de alguma função em âmbito social, como por exemplo, a execução de ofícios manuais, dos trabalhos pesados e/ou repetitivos.

Quanto à origem, a idiotia e a imbecilidade estariam sempre ligadas a vícios orgânicos de constituição, enfermidades, monstruosidades. No entanto, a demência estaria associada a lesões acidentais ocorridas a partir de um determinado momento na vida do sujeito. Na demência haveria restos (de inteligência, de delírio), algo do passado que se preservou. Porém, o idiota não teria passado nem memória, portanto, não haveria vestígio da história de sua existência.

Segundo Foucault (2002a), Edouard Séguin (1843/1980) foi o responsável pela institucionalização da psiquiatria da infância. Como já apontamos, para Séguin (1843/1980), a diferença entre o idiota e o retardado mental também girava em torno da ideia de desenvolvimento. Na primeira afecção haveria uma interrupção do desenvolvimento psicológico e fisiológico; enquanto que na segunda a questão estaria no ritmo, pois não ocorria parada no desenvolvimento, ele apenas se dava mais lentamente (é mais um elemento que entra em jogo e compõe a equação que articula desenvolvimento e ritmo). Assim:

O desenvolvimento é um processo que afeta a vida orgânica e a vida psicológica, é uma dimensão ao longo da qual são repartidas as organizações neurológicas ou psicológicas, as funções, os comportamentos, as aquisições. É uma dimensão temporal, e não mais uma espécie de faculdade ou qualidade que seríamos dotados (SÉGUIN, 1846/1997, p. 263).

Conforme Séguin (1846/1997), todo desenvolvimento deveria levar o sujeito a um ponto ideal de chegada, haveria uma espécie de norma em relação à qual ele deveria se situar. O idiota teria parado muito cedo em certo estágio de desenvolvimento, por isso, a amplitude da idiotia seria medida a partir de certa normatividade convencionada no adulto. Conforme este autor, os idiotas e os retardados mentais não eram doentes, apenas não chegaram a um determinado estágio de desenvolvimento, ou o percorreram de forma muito lenta; o idiota seria uma criança eterna¹⁰⁹, cuja terapia seria a própria pedagogia, com um caráter funcional e laboral.

Outra variável importante que produzirá esta ideia de estágios de desenvolvimento está articulada à noção de instinto, o qual está relacionado a um estado selvagem que habitaria o interior da idiotia ou do retardo mental e que precisaria ser “domado”. Como vimos, a criança idiota ou retardada não seria doente; mas anormal, e os sintomas são para a doença o que os instintos representam para a anomalia. Este conceito de anomalia também será confiscado pela medicina e será “psiquiatrizável”, domado, moralizado. A idiotia desconectase de doença mental, pois não é mais considerada uma patologia, e sim uma disfunção. Essa criança anormal saiu então do ambiente asilar/hospitalar, mantendo-se, no entanto, a indicação de institucionalização (e o processo de disciplinarização), a qual se dará em instituições propriamente pedagógicas, como por exemplo, o que ocorreu na Escola Pacheco e Silva, fundada no interior do Complexo Hospitalar do Juquery, em 1929.

Durante o século XIX, muitas pesquisas sobre debilidade mental foram feitas nas escolas. Algumas marcações são a partir daí estabelecidas: “os idiotas não acompanham a escola, os imbecis se fazem notar por sua turbulência, e os débeis nem sequer podem frequentar a escola”, como conclui Séguin (1846/1997), na obra *Tratamento moral, higiene e educação dos idiotas*. Uma questão é suscitada: o que fazer com esses idiotas, débeis e turbulentos para que os pais possam ficar livres para trabalhar?

A criação de estabelecimentos específicos nos quais esses sujeitos seriam depositados estabelece uma nova junção entre loucura, idiotia e debilidade; reagrupadas agora

¹⁰⁹ Segundo o British Mental Deficiency Act (1927), idiota seria o sujeito que apresentasse idade mental menor que dois anos; o imbecil apresentaria idade mental entre dois e sete anos; e os retardados entre sete e 12 anos.

na denominação de alienação mental, característica que em última instância impediria o sujeito de trabalhar (segundo o critério de produtividade da época).

Na internação dessas crianças acompanhamos o exercício do poder psiquiátrico em estado puro, difundido por meio da educação dada a elas, na qual o que se destaca é o uso de tratamento moral para domar os instintos (algo entendido como certa forma anárquica de vontade, semelhante à teimosia). Os mestres passam a ser responsáveis pela educação dessas crianças; sendo as famílias destituídas desse poder (afinal elas podem estragar mais ainda essa situação), o corpo desses alunos será então subjugado. Será o educador-psiquiatra que ditará as formas de uso do tempo, como aparece ilustrado nas palavras de Séguin (1846/1997):

A idiotia, quer dizer o isolamento implicado pelo seu nome, opõe os idiotas a todas as relações que queremos estabelecer entre eles com outras pessoas, com as coisas, com as ideias. A obediência os irrita, a autoridade cansa e pesa; e portanto (observação importante que prova até que ponto o homem quando deixa de ser o rei da criação mantém no limbo da vida instintiva signos de sua grandeza providencial), os idiotas são bem menos desprovidos da faculdade de comandar que da de obedecer! Tenho desdobrado todos os recursos para fazer dobrá-los à vontade de outros diante da deles; e estes outros, colocam dez vezes mais artifícios para lhes dar ordem [...]. Mlle F. criança de treze anos, me foi confiada em 1839; até lá, toda sua família e sua mãe sobretudo estavam à sua disposição. Idiota e muda num primeiro momento ela percebeu rapidamente que as coisas mudariam comigo, e mudaram. Quando seus pais a reencontraram depois de um ano ela recomeçou a atormentar sua mãe com exigências, e sua desobediência se estendia mesmo a mim na presença de sua mãe. Eu fiz a mãe sair e se esconder, e ela pôde ver, sem ser vista, a submissão perfeita de sua filha. Isto aconteceu porque sua educação estava começada e não concluída. Depois, esta criança tornou-se perfeitamente obediente em sua família (SÉGUIN, 1846/1997, p. 460, tradução nossa).¹¹⁰

Para ser internado era preciso que o idiota fosse visto como um perigo social (mesmo que no futuro), então o médico era convocado para certificar sobre a periculosidade desse sujeito (masturbador, incendiário...). Passou a circular a ideia de que os criminosos seriam

¹¹⁰ “L’idiotie, c’est-à-dire l’isolement, implique par son nom seul la résistance qu’opposent les idiots à tous les rapports que l’on veut établir d’eux avec les personnes, avec les choses, avec les idées. L’obéissance les irrite, l’autorité les fatigue, leur pèse; et pourtant (observation remarquable, et qui prouve jusqu’à quel point l’homme, quand bien même il a cessé d’être le roi de la création et semble être descendu du faite de l’intelligence dans les limbes de la vie instinctive, conserve encore des signes de sa grandeur providentielle), les idiots sont bien moins dépourvus de la faculté de commander que de celle d’obéir! J’en ai vu déployer toutes les ressources de la fourbe la mieux calculée pour faire fléchir la volonté d’autrui devant la leur; et d’autres, mettre dix fois plus d’artifice pour échapper à une ordre [...] : Mlle. F., enfant de treize ans, me fut confiée en 1839; jusque-là, tout sa famille et sa mère surtout étaient à ses ordres. Idiote et muette au premier chef, elle comprit de suite que les rôles allaient changer avec moi, et ils changèrent.. Quand ses parents la revirent après plus d’une année, elle recommença à tourmenter sa mère par ses exigences, et sa désobéissance même s’étendit jusqu’à moi en présence de sa mère. Je fis retirer la mère qui se cacha, et put voir, sans être vue, la soumission parfaite de son enfant. C’était, sous ce rapport, une éducation commencée et non achevée. Depuis, cette enfant est devenue parfaitement obéissante dans sa famille” (SÉGUIN, 1846/1997, p. 460).

imbecis que não teriam sido tratados (associação entre idiotia, imbecilidade e perversão dos instintos). Toda família em torno da criança idiota é considerada anormal/perversa, por ter gerado uma criança assim.

Acompanhamos no século XIX o aumento do poder psiquiátrico, poder sobre o anormal, poder de definir o que é anormal de controlá-lo e de corrigi-lo. A disjunção e posterior rearticulação entre a *criança louca* e *anormal* será o traço fundamental para o exercício do poder psiquiátrico no século XIX. A anormalidade constitui-se como a negatividade da loucura, mas sempre em referência a esta. Destacamos então algumas consequências deste movimento:

1. A psiquiatria liga-se a uma série de regimes disciplinares que gravitam em torno dela, tais como a pedagogia, a psicologia, a higiene social, a assistência social, ocupando um lugar de ciência e poder do anormal.
2. Estabelece-se uma relação entre a criança dita anormal e o adulto louco (degenerado, fruto de uma família degenerada).
3. Convenciona-se que a anomalia conduz à loucura, e a loucura produz anomalia, o que intensifica o número de sujeitos encaminhados para terapias especializadas.

A articulação dessas três tendências marcou a forma de se conceber as propostas escolares para essas crianças anormais (ou potencialmente anormais). Pelo estudo de experiências pedagógicas podemos perceber a institucionalização do poder psiquiátrico como poder disciplinar, de uma disciplina construída ela mesma a partir do conceito de (a) normalidade, como ilustrado no exemplo a ser apresentado na próxima seção desta tese.

2.3 A criança anormal, a criança-problema e sua escolarização

No texto “Notas sobre algumas doenças nervosas e mentais no Brasil”¹¹¹ de Juliano Moreira (1913) acompanhamos os esforços do autor em demonstrar os resultados de suas experiências na área da saúde mental¹¹² e também sua defesa em prol do rigor classificatório,

¹¹¹ “Notes sur quelques maladies nerveuses e mentales au Brésil” (MOREIRA, 1913).

¹¹² Moreira buscava mostrar, graças ao trabalho de observação de pacientes no Rio de Janeiro, que não havia uma relação direta entre o desencadeamento de surtos psicóticos e alterações climáticas.

que conforme ele, deveria nortear pesquisas e práticas clínicas. O pressuposto teórico que determina o tom de seu artigo é: destacar a necessidade do desenvolvimento de uma higiene mental/social, como meio para se atingir uma melhora em termos de saúde pública; acrescentemos, tal proposição foi incorporada a uma prática higienista nas escolas. A criança-problema (mimada, instável, birrenta, turbulenta, malcriada, mandona, agitada), assim como aquela tida como anormal de asilo, também se torna alvo de investimento por parte do poder psiquiátrico.

A obra de Artur Ramos [1903-1949] é referência no estudo da criança tida como problemática. Em seu livro *A criança-problema – A higiene mental na escola primária* (1947), o autor apresenta inúmeras fichas de análise de crianças e adolescentes de algumas escolas públicas do Distrito Federal, com o intuito de orientar pais e professores sobre como lidar com uma “criança-problema”, nas suas mais diversas expressões¹¹³. O resultado da observação das crianças era registrado em fichas nas quais se buscava descrever o comportamento delas (a partir do ponto de vista do observador). Também eram registrados em fichas medidas, resultados de exames e orientações para os responsáveis sobre o trato com esse aluno, que por conta de seu “mau” comportamento apresentava um prejuízo em seu rendimento escolar. Vejamos um exemplo de uma dessas fichas descritivas de “alunos-problema” apresentada por Ramos (1947):

Obs. 137 (Escola “General Tropowski” ficha nº. 82 do S.O.H. M). Z. menino de treze anos, côr branca, filho único. O pai, português, chofer, mima o filho em demasia. A mãe, portuguesa, costureira, excesso de mimos com o filho. Moram em apartamento sem acomodação para a criança, que dorme no mesmo quarto dos pais. Nada de anormal na história obstétrica materna. Parto a termo, houve asfixia e hemorragia do cordão umbilical. Dificuldades no desenvolvimento da criança. Ainda tem vômitos de defesa. Deita-se às 21 horas, levanta-se às 9h30; tem medo da escuridão e do isolamento. Brinca de botão, figurinhas, jogos de salão, tendência a dominar os companheiros. Na escola é muito desobediente e teimoso; atormenta os colegas, é tagarela, embirante, tem o tique de pestanejar; tem “espírito de contradição”. É insociável, agitado, barulhento, mal-humorado (“cara de mau”). Desatento, má disposição para o trabalho. Nunca faz o que se lhe pede. Aprendizagem deficiente. Tem 1m26 de altura, pesa 26 quilos e 600 gramas. O exame orgânico nada revelou digno de nota, a não ser pequenos distúrbios de base funcional. Do seu registro de observações:

¹¹³ Roucek (1973) publicou, em 1964, um livro traduzido com o mesmo título do de Ramos: *A criança-problema* (The difficult child), onde cada capítulo é dedicado a um tipo de “criança-problema” que pode ser encontrada nas escolas: a criança de espírito criador(sua superparticipação e questionamentos atrapalhariam o ritmo das aulas), a criança desatenta, a criança com dificuldade no modo de expressar-se, a criança que escreve mal, a criança que lê mal, a criança obtusa(lenta para o aprendizado), a criança precoce(o que hoje chamamos de crianças com altas habilidades e as crianças superdotadas), a criança agressiva, a criança com dificuldades para progredir na música, a criança com grave perturbação emocional, a criança de raciocínio fraco, a criança mimada, a criança preguiçosa, o delinquente juvenil, a criança com memória fraca.

1938- Procuramos convencer a mãe sobre os inconvenientes da educação de casa, do excesso de mimos, etc. Embora reconhecesse a grande necessidade de corrigi-lo, confessou, entretanto a “falta de coragem” para modificar a sua atitude com o filho (RAMOS, 1947, p. 217).

Quando tomamos para análise as fichas e assinalamentos apresentados por Ramos (1947), percebemos a marca da política higienista nas escolas, a qual repousa no mesmo solo epistemológico (articulado pelo discurso psiquiátrico) que sustentou (e sustenta) algumas práticas recorrentes no universo escolar como: os exames dos alunos considerados “difíceis” e/ou com atrasos escolares, a busca de uma profilaxia dos transtornos mentais, e um processo de normalização e “adequação” social, através da orientação de pais e professores sobre a forma “correta” de se dirigir a uma criança.

Em “A criança-problema”, Artur Ramos (1947) pauta-se em considerações tidas como de ponta em âmbito europeu, fazendo uso de teses formuladas no campo da psicologia e da psicanálise para conceituar o que seria uma “criança-problema”, ampliando, portanto, o espectro em relação às patologias da infância. Primeiramente Ramos faz um esforço em distanciar-se de uma postura hereditária vigente, que atribuía as mazelas apresentadas pelos alunos na escola somente a fatores orgânicos, congênitos ou hereditários.

Ramos (1947), embora não descarte a importância de submeter os alunos “problemáticos” a exames físicos, destaca que a maior parte das dificuldades que os professores enfrentam com seus alunos nas escolas não é oriunda de entraves orgânicos, o que exigiria um trabalho pedagógico especial. Os “alunos-problema” encontrados nas escolas regulares seriam fruto de um desajustamento social e familiar. Essas crianças não seriam propriamente anormais, mas teriam sido “anormalizadas” pela sociedade. A questão então seria da ordem de um desvio, necessitando esses sujeitos de um processo de ajustamento. As crianças ditas desviadas constituiriam então a maior dificuldade para o desenvolvimento do trabalho pedagógico, e estariam de certa forma doentes, a partir de uma compreensão da “enfermidade psíquica como perturbação da capacidade de adaptação social” (RAMOS, 1947, p. 19).

Nas teses higienistas a infância aparece como principal campo de ação da higiene mental: era (é) preciso ajustar as novas gerações a um comportamento e a um estilo de vida tidos como mais saudável e mais adequado, no sentido de evitar a proliferação de doenças e desvirtuar padrões morais de comportamento.¹¹⁴ Nesse sentido, as práticas higiênicas seguiam

¹¹⁴ “A profilaxia mental deve se adotar na infância. Teoricamente é na família no curso dos primeiros anos que é necessário estudar o desenvolvimento psicomotor e neurológico da criança para descobrir os primeiros sinais que

dupla orientação: uma de ordem corretiva e outra de caráter preventivo. O trabalho educativo seguia estritamente estas duas orientações. Dessa forma, havia (há) um esforço em determinar etapas precisas no processo de desenvolvimento infantil e um cuidadoso olhar para verificar a paridade entre a idade cronológica do sujeito e aquilo que se espera que ele possa fazer e saber nessa faixa etária; a ideia de estimulação coincide com essa orientação. Os alunos são “examinados”, “triados” com o pressuposto de que uma detecção precoce e um trabalho corretivo possam evitar problemas futuros. Essa orientação corretiva aparece amparada no pressuposto de que um certo “afrouxamento moral” provocaria as dificuldades de adaptação do sujeito à escola.

[...] a simples leitura do curriculum vitae dessas crianças mostra as influências poderosas dos meios desajustados, de conflitos domésticos, de escorraçamento afetivo, de péssimos modelos a imitar, da fadiga em consequência de subnutrição e do trabalho [...] tudo isso determinando um mau ou nenhum rendimento na escola, e problemas de personalidade e de conduta (RAMOS, 1947, p. 41).

A primazia dos problemas hereditários e congênitos como causa das dificuldades apresentadas pelas crianças, sobretudo na escola é superada por uma crença de que a maioria dos ‘males’ encontrados nos escolares é oriundo de conflitos afetivos¹¹⁵ e das condições ambientais, traduzidos em comportamentos “anormais”, “turbulentos”. Aparece aqui algo que Patto (1991) posteriormente indicaria como processo de responsabilização do sujeito pelo seu fracasso escolar, por exemplo, uma ausência de questionamento sobre as implicações da própria instituição escolar. A preocupação com os aspectos pedagógicos e com a transmissão era (é?) pouca. Havia, sobretudo, uma orientação no sentido de correção dos déficits de aprendizado, numa assistência médica e nutricional à criança, e na consolidação da posição dos higienistas como orientadores dos pais, assim como dos professores, acerca da forma como estes deveriam interagir com uma criança, isto é, através de técnicas “de meios terapêuticos clássicos, como sugestão, persuasão, ou mais modernos, como as múltiplas atividades derivadas do movimento psicanalítico” (RAMOS, 1947, p. 386), portanto, num caráter explicitamente adaptativo.

indiquem um atraso no desenvolvimento de seu sistema nervoso. Na realidade, é na escola onde de maneira prática se pode descobrir os primeiros sinais de anomalias da inteligência e do caráter (LIGA PAULISTA DE HIGIENE MENTAL, 1929, p. 203).

¹¹⁵ Nesse sentido vale destacar o emprego de uma tradução da psicanálise freudiana, aplicada a fins higienistas. “Estes problemas são comportamentos reacionais, movimentos-símbolos de vingança, de ódio, de fuga e evasão diante de situações de desajustamento, tudo isso às vezes facilitado pela existência de ‘fixações’ da personalidade a uma fase pré-genital da libido, de acordo com a hipótese psicanalítica” (LIGA PAULISTA DE HIGIENE MENTAL, 1929, p. 203).

As crianças problemas, os alunos difíceis... esses podem e devem ser estudados e assistidos nas próprias escolas, nas condições o mais possível naturais de vida e de experiência. Foi o largo movimento da higiene mental contemporânea que ensinou a olhar para esses seres de um modo diferente, procurando não segregá-los do ambiente escolar, mas ajustá-los às condições dos outros companheiros, ou às constelações de adultos, no seu ambiente escolar e familiar (RAMOS, 1947, p. 383).

Para Ramos (1947), os sujeitos “anormais” (oligofrênicos, idiotas e imbecis) apresentariam um entrave orgânico que impediria o desenvolvimento de algumas estruturas mentais (que seriam, portanto, inexistentes), ou estariam presentes de forma parcial, determinando um modo de funcionamento psíquico “falho”. Para essas crianças, não havia uma indicação para permanência nas escolas regulares; médicos e pedagogos da época faziam então um apologia à Educação Especial. Assim, calcados em argumentos “científicos” e na “moderna pedagogia”, sobretudo na orientação escolanovista¹¹⁶, afirmavam que as crianças anormais deveriam ser separadas das escolas comuns porque prejudicavam os alunos da mesma classe.

Mas os fundamentos da escolarização das crianças ditas anormais era tão diferente daquelas consideradas como “problema”? Acreditamos que não, pois a apreensão da infância e a busca por sua normalização, realizadas pelo discurso higienista e psiquiátrico, colocaram a criança, de modo geral, no lugar de “potencialmente” doente, precisando ela, portanto, ser acompanhada através dos mesmos procedimentos de observação (e registro) constantes, no intuito da realização de uma profilaxia e correção precoce de seus desvios “psíquicos” e/ou morais.

Nesse sentido, analisemos uma experiência educativa para crianças ditas anormais; a Escola Pacheco e Silva, inaugurada em 1929 no interior do complexo Hospitalar do Juqueri. Apesar do emprego de “estratégias diferenciais” nessa instituição, percebemos que o fundamento de sua prática seguia a mesma orientação higienista e repousava sobre o mesmo solo epistemológico que sustentou a prática pedagógica nas escolas brasileiras na primeira metade do século XX. De modo geral, isso pode ser vislumbrado também em situações contemporâneas no âmbito da educação, como no serviço de Saúde Escolar que apresentaremos posteriormente. Vejamos agora como se organizou a Escola Pacheco e Silva e que ideias sustentaram as suas ações.

¹¹⁶ Em nossa pesquisa nos Arquivos de Assistência aos psicopatas do Estado de São Paulo, encontramos referências à metodologia ativa de Decroly, à educação especializada de Montessori e de Pestalozzi.

Em 1922, Franco da Rocha determina a construção de um pavilhão para menores do sexo masculino no interior do Complexo Hospitalar do Juqueri com objetivo de segregar, do convívio dos adultos, os “pequenos psicopatas”. Assim, num primeiro momento, esse espaço visava oferecer apenas cuidados médicos-higiênicos a essas crianças, separando-as da influência prejudicial dos adultos internos, o que significava incrementar a função de vigilância sobre elas, através de uma observação cuidadosa de seu comportamento individual. Vale dizer que o extenso e sistemático relato dessas observações era documentado e servia de subsídios na orientação médico-pedagógica.

Em 1926, Antônio Carlos Pacheco e Silva retorna de uma viagem aos Estados Unidos, na qual acompanhara diversas experiências de atendimento a menores “anormais”. Nesse mesmo ano, ao assumir a Direção do Hospital Juqueri, inicia a reforma e modernização do Pavilhão para menores internos do hospital, a qual seguiu princípios arquitetônicos e sanitários (milimetricamente projetados), do ponto de vista físico, social e mental que visavam favorecer o emprego de normas higiênicas (**Fotografias 1 e 2**)¹¹⁷. Na estrutura organizacional do hospital, sob a supervisão de um médico psiquiatra (serviço neuropsiquiátrico), estariam um corpo de enfermeiras, encarregadas, vigilantes, guardas, empregadas, professores e auxiliares de ensino.



Fotografia 1 – Refeitório



Fotografia 2 – Dormitório

Para admissão na “Secção de menores” do hospital, devia ser respeitado um limite de idade entre os seis e quinze anos, uma vez que se partia da premissa de que a pedagogia

¹¹⁷ Fonte: Álbum de fotografias da Escola Pacheco e Silva, localizado no arquivo provisório do Hospital do Juquery-SP. Tivemos acesso a esses registros fotográficos da Escola Pacheco e Silva em pesquisa realizada nos arquivos que restaram do incêndio ocorrido em 12 de dezembro de 2005. Fizemos quatro visitas ao Hospital Juqueri entre agosto e setembro de 2009.

corretiva só funcionaria quando aplicada desde cedo, isto é, em psiquismos ainda flexíveis (Fotografias 3 e 4)¹¹⁸.



Fotografia 3 – Alunos da Escola Pacheco e Silva



Fotografia 4 – Alunas da Escola Pacheco e Silva

¹¹⁸ Fonte: Álbum de fotografias da Escola Pacheco e Silva, localizado no arquivo provisório do Hospital do Juquery-SP.

A inclusão no serviço só se efetivava após um conjunto de exames que definia o destino do interno, bem como depois de tratamento vermífugo e antissifilítico. Esta triagem inicial deveria ser entendida como uma anamnese que apareceria não como uma medida burocrática, mas sim como um “procedimento científico”. Ela consistia em:

Facilitar sua classificação nosológica e orientar o corretivo médico-pedagógico. [...] A observação completa consta de: ficha biográfica, exames somático, neurológico, mental, psicopedagógico e testes variados. Exames de sangue, líquor, urina e fezes, especializados dos olhos, nariz, ouvido, garganta e dentes.

Todos estes procedimentos deveriam vir acompanhados dos já mencionados registros minuciosos e sistemáticos que seguiam com o menor ao longo de sua internação, sendo então completados em seu decurso. A partir dessa avaliação inicial era decidido então o destino desse sujeito: internação no Pavilhão Asilo ou no Pavilhão Escola. O primeiro, destinado aos menores considerados ineducáveis (idiotas, imbecis, epiléticos, pós encefalíticos), e o segundo, àqueles considerados educáveis (débeis mentais e anômalos com perturbações da moral e do caráter).

No Pavilhão Asilo a maior preocupação consistia na inculcação de hábitos de higiene, contenção dos instintos, bem como desenvolvimento de rudimentos para exercício de uma vida em sociedade¹¹⁹, incluindo laborterapia e trabalho na agricultura como procedimentos terapêuticos. Em termos pedagógicos, acreditava-se que quase nada poderia ser feito, uma vez que estes sujeitos – os ineducáveis – não seriam dotados de capacidade intelectual para o aprendizado.

Em 29 de maio de 1929, é inaugurada, no Pavilhão Escola, a Escola Pacheco e Silva (**Figura 5**)¹²⁰ – a “primeira experiência paulista e brasileira em resolver o problema de assistência aos menores psicopatas e abandonados” (SILVA, 1951, P. 35), experiência esta calcada em ideias pedagógicas tidas como “de ponta”, com referências diretas a considerações

¹¹⁹ “Chamamos formação social [...] a posse das noções indispensáveis à higiene corporal, a defesa do anormal em face dos fatores psíquicos ou de corrupção moral que possam exacerbar-lhe as taras morais ou comprometer-lhe a saúde, a cultura do mútuo e do próprio respeito, a capacidade enfim de realizar tudo isso de uma maneira efetiva, senão para o governo de si mesmos ao menos para uma vida mais perdurável, inofensiva, menos penosa e menos escandalizante dentro do próprio recolhimento ou no seio da família” (LIGA PAULISTA DE HIGIENE MENTAL, 1930).

¹²⁰ Fonte: PIZZOLATO, Píer Paolo Bertuzzi. **O Juquery**: sua implantação, projeto arquitetônico e diretrizes para uma nova intervenção. 2008. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo (FAU-USP), São Paulo, 2008.

de Rousseau (“não ensinar com preceitos, e sim com exercícios”) e Decroly (Metodologia Ativa) ¹²¹.

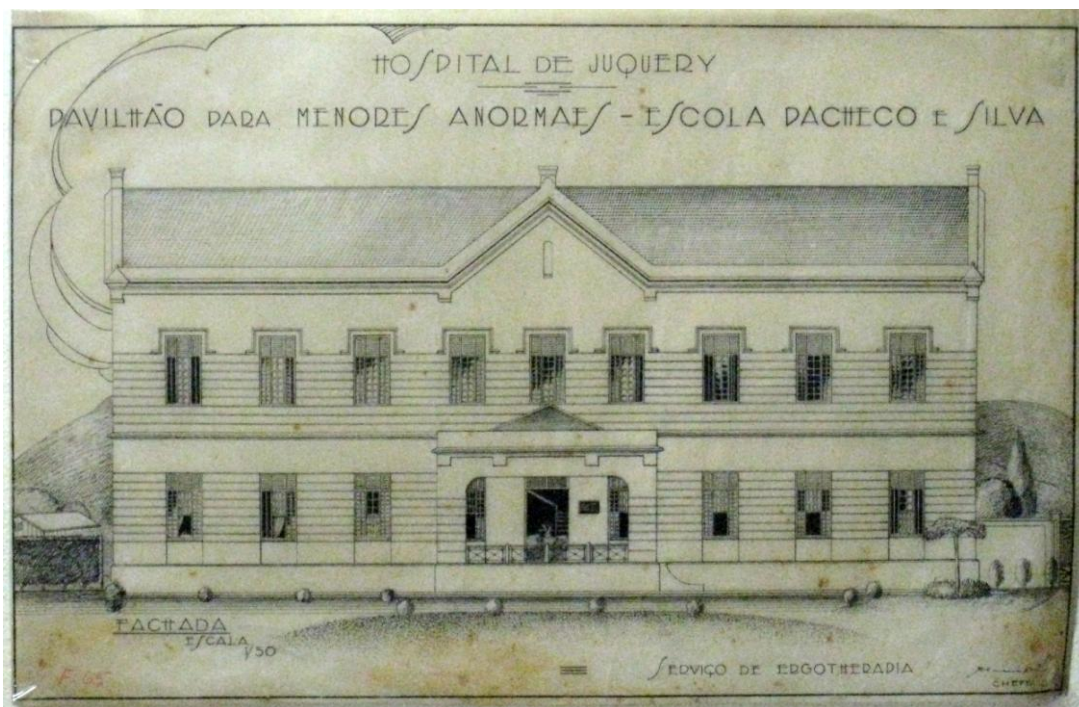


Figura 5 - Planta da fachada da Escola Pacheco e Silva.

Como proposta pedagógica, há uma ênfase na importância dos trabalhos manuais, jogos educativos, modelagem, excursões e educação física. No tocante à organização didática, a Escola Pacheco e Silva baseava-se num programa de onze pontos:

1. exercícios califásicos e de linguagem oral;
2. ginástica manual e caligrafia;
3. linguagem escrita;
4. cálculo concreto (**Fotografia 6**);
5. higiene;
6. preceitos de sociabilidade e educação moral e cívica;
7. lições de coisas (geografia e ciências);
8. cantos e exercícios clistênicos;
9. desenho;
10. trabalhos manuais;
11. educação motora e sensorial.

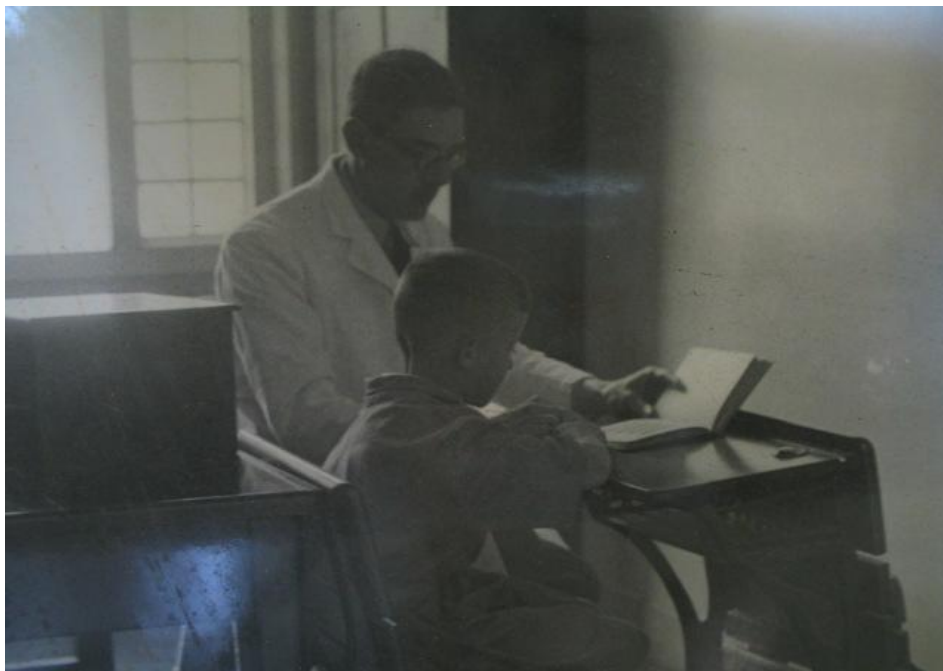
¹²¹ Há muitos elementos encontrados nesta experiência presente na lógica dos colégios internos. Jurandir Freire Costa (1999) destaca como nos internatos havia uma preocupação com o adestramento do corpo dos alunos, que eram objeto de pesquisa para médicos e professores sobre os benefícios da Educação Física e Moral.



Fotografia 6 – Aula de cálculo na Escola Pacheco e Silva

A despeito das “modernas” referências pedagógicas, a lógica higienista dava o tom e orientava a relação entre adultos e crianças na instituição. A “disciplina com brandura” tinha como objetivo exercer uma enérgica reeducação higiênica, moral e dos sentidos (sobretudo uma reeducação sexual), por meio de práticas intimidadoras e tratamentos persuasivos.

O **médico escolar** tinha lugar de destaque na Escola Pacheco e Silva (**Fotografia 7**), na coordenação do processo de admissão de internos, no estabelecimento de critérios para encaminhamento dos menores ao Pavilhão Asilo ou ao Pavilhão Escola e ainda na orientação de professores e demais membros da equipe sobre a forma como deveriam tratar e se dirigir a esses menores.



Fotografia 7 – O médico escolar na Escola Pacheco e Silva

Pela pesquisa bibliográfica nos periódicos *Pediatria Practica* (1929-1932), *Boletim de Hygyene Mental* (1929-1932) e nos “Arquivos de Assistência aos Psicopatas do Estado de São Paulo” (1938-1941), percebemos que a figura do médico escolar não era restrita à Escola Pacheco e Silva. O médico escolar deveria ser um profissional presente nas instituições escolares, tanto naquelas destinadas às crianças anormais quanto nas destinadas às ditas normais.

O médico escolar seria o representante das ciências naturais nas escolas, amparado em referenciais da fisiologia e conhecedor da psicologia experimental, deveria articular seus saberes a serviço da pedagogia. Isso ampliava os poderes desta, uma vez que fornecia os parâmetros acerca do melhor trabalho possível com cada tipo de criança, além de fornecer informações que poderiam ser usadas para incrementar o desenvolvimento delas. Por meio da leitura de artigos dos periódicos já citados, identificamos algumas das competências atribuídas à figura do médico escolar¹²²:

- Ditar as medidas convincentes para salvaguardar a salubridade;
- Fornecer às autoridades escolares as medidas profiláticas para evitar a difusão de moléstias contagiosas;
- Afastar temporariamente alunos e professores enfermos;

¹²² O texto mais explícito é o “O médico escolar”, de Pinto (1929).

- Inspeccionar as condições de higiene;
- Executar observação psicológica da criança junto ao professor e indicar rumos (o que incluiria o papel de selecionar os alunos tidos como normais e anormais);
- Função de sentinela (na qual vemos a interface poder médico/poder de polícia) da saúde e das potências intelectuais dos educandos.

O médico escolar apresenta-se como representante de um campo organizado de conhecimentos, denominado Higiene Mental, assim definido por Vizzotto (1953):

Conjunto de meios que a ciência dispõe para evitar os desequilíbrios da mente humana. Incluímos aqui desde o simples desajustamento de um indivíduo até os grandes conflitos sociais, passando pela loucura, pela neurose, pelo crime. Assim ela pretende prevenir desde conflitos pessoais até a guerra entre nações. Em outras palavras ela pretende tornar o homem feliz (VIZZOTTO, 1953, p. 69).

A partir do século XX, acompanhamos um avanço no conhecimento de microbiologia, epidemiologia, infectologia, portanto, um destaque da importância do emprego de medidas sanitárias. Parece-nos que a “higiene” vai se posicionando cada vez mais perto da esfera denominada “Mental”. Há uma aproximação ao campo da psicologia clínica, sobretudo no uso da psicanálise para sustentar esta faceta de práticas higienistas. Aumenta-se a preocupação sobre a forma como os fatores externos (ambientais) podem desencadear ou agravar desordens mentais¹²³, cabendo então aos agentes de higiene mental (por exemplo, aos professores orientados pelos médicos) uma série de procedimentos, tais como:

- Orientar a população acerca de procedimentos para obtenção de filhos sadios e bem equilibrados mentalmente.
- Transmitir ao grande público uma cultura psicológica sobre a constituição da personalidade, de modo a convocar a adesão de ideias no campo científico e uma suplantação do assim chamado “pensamento mágico”.
- Solucionar, através de um discurso científico conflitos existentes na relação entre corpo e espírito.
- Explicar como se constitui e como funciona a mente humana, sobretudo numa lógica desenvolvimentista, com destaque à importância da infância como etapa primeira neste processo.
(VIZZOTTO, 1953, p. 73).

¹²³ “Se no período imaturo o sistema nervoso central sofre qualquer ação patogênica que prejudique essa evolução neocéfálica, surgirão as desordens mentais características dos quadros da Oligofrenia, variáveis em intensidade, mas idênticos em qualidade, pois, em maior ou menor grau o que se opera é uma falta de desenvolvimento psíquico” (VIZZOTTO, 1953, p. 301).

Nesse contexto de propagação das ideias higienistas, e fiscalização do emprego das mesmas junto à camada da população considerada mais “vulnerável”; as crianças que frequentavam escolas a partir da primeira década do século XX; ocorre o surgimento da “Saúde Escolar”¹²⁴. Para Lima (1985) é difícil encontrar uma definição nítida sobre o que é Saúde Escolar (não por acaso; esta dificuldade em definir a especificidade da Saúde Escolar permite que a ela se atrele uma multiplicidade de práticas com interesses diversos, inclusive os partidários...). Este autor utiliza a definição esquemática de Moraes (1978 apud Lima, 1985), para apresentar em linhas gerais o campo da Saúde Escolar:

Saúde escolar é a parte da medicina que estabelece os meios de promoção, proteção e recuperação da saúde física, mental e social da criança e seu desenvolvimento normal durante o período de frequência à escola[...]. Assim conceituada, os objetivos da saúde escolar são, em resumo: 1) Favorecer o desenvolvimento normal da criança escolar. 2) Estudar os fatores desfavoráveis aos meios e combatê-los. 3) Manter a higidez física, mental e social do escolar. 4) Instruir e educar a criança nos cuidados de conservação e melhoria da saúde. 5) Traçar normas especiais de educação para os alunos excepcionais, integrando-os na comunidade (MORAES apud LIMA, 1985, p. 29).

O alvo da saúde era a criança que frequentava a escola, e seus campos de atuação eram, segundo Lima (1985), a puericultura, a higiene pública, a clínica médica, uma pedagogia da saúde, e a pedagogia especial de crianças excepcionais.

Sem negar as contribuições feitas pela Saúde Escolar a aspectos importantes na preservação da integridade física das crianças atendidas, como a evitação na propagação de doenças infecciosas, tanto Lima (1985) quanto Silva (2002) destacam em seus estudos a carga ideológica agregada à Saúde Escolar ao longo dos anos. Ambos autores também utilizam uma abordagem foucaultiana ao destacar o aspecto de controle dos corpos infantis e normatização dos mesmos realizados pelos agentes de Saúde Escolar. Normatividade e pedagogia se fundem no intuito de ensinar as crianças e famílias (majoritariamente oriundas de classes populares) sobre a forma como deveriam se comportar se quisessem “ser alguém na vida”. A escola atravessada pelas orientações da Saúde Escolar preparava os corpos de seus alunos de três formas: condicionando-os para ocupar um lugar no mercado de trabalho (trabalho braçal ou intelectual); normatizando-o pela ideologia dominante de modo que o sujeito pudesse

¹²⁴ No próximo capítulo analisaremos um serviço de Saúde Escolar desenvolvido em um município da Região Metropolitana de São Paulo.

(possa) aceitar a desigualdade como algo natural, e justificando a posição social pela inculcação de um sistema de mérito.

A Saúde Escolar teria surgido como higiene escolar, instância de polícia médica, inspecionando as condições de saúde de alunos e professores; e com medidas sanitárias, verificando as condições de salubridade dos locais de ensino. Os agentes de higiene escolar eram também responsáveis pela difusão de informações em puericultura (que para Lima, 1985 seriam regras de viver para professores e alunos), tudo isso em prol da pedagogia, pois como afirmou Silva (2008, p. 52) partia-se do princípio que a criança que não aprendia era a que não tinha saúde. Entretanto a questão política não pode ser omitida. No contexto que surgiu, os princípios para Saúde Escolar eram:

redenção da pobreza através da educação sobre os novos hábitos de higiene que, melhorando os corpos pela ginástica, pela boa alimentação, pela redução da estafa provocada por maus hábitos de estudo e de posicionamento nas carteiras escolares, possibilitaria uma maior aptidão para o trabalho e para as obrigações impostas pela cidadania (LIMA, 1985, p. 86).

A institucionalização da higiene escolar ocorreu entre 1910 e 1920 (em São Paulo a Inspeção médica escolar foi fundada em 1911, e no Rio de Janeiro em 1910), com ênfase em ações preventivas, com início das inquietações sobre a influência das questões nutricionais no processo de aprendizagem. Para Lima (1985) a higiene escolar teria funcionado como percussora dos ideais escolanovistas, uma vez que também entendia que era necessário um ensino mais individualizado para moldar a criança, para sustentar esse argumento, eram exaltados os “modernos” conceitos de psicologia que já circulavam nos países “mais avançados” da Europa.

Lima (1985) assinala que, entre os anos de 1920 e 1940, houve maior definição das especificidades da higiene escolar, com um tom mais técnico apregoava “a transformação da sociedade através da ação educativa em prol da saúde, a constituição da raça, o fortalecimento moral do povo, o aumento da produção e o engrandecimento da pátria.” (LIMA, 1985, p.115). O serviço de Saúde Escolar, vinculado ao Departamento de Educação do Estado de São Paulo é criado em 1938, sendo realizado em 1941 o 1º Congresso de Saúde Escolar.

Gostaríamos de destacar o Decreto Estadual no. 9872 de 28 de dezembro de 1938, que “Organiza o Serviço de Saúde Escolar, do Departamento de Educação”¹²⁵. No corpo de seu texto é definida as muitas atribuições do serviço: a inspeção (sanitária) dos alunos das escolas

¹²⁵ Para íntegra do texto, vide **Anexo H**.

públicas internatos e asilos, orientar os responsáveis para encaminhamento das crianças após o resultado dos exames, prestar assistência médico sanitária ou médico pedagógica aos alunos quando os responsáveis eram impedidos de conduzir o encaminhamento, realizar exames médicos e imunizações, encaminhar os alunos mais carentes para assistência dentária, dar parecer sobre a construção dos prédios escolares e dos materiais didáticos, realizar a inspeção sanitária dos prédios escolares, realizar o fichamento médico-sanitário dos funcionários do Departamento de Educação, determinar o afastamento, quando necessário dos funcionários desse mesmo departamento, além de realizar a seleção dos professores e exames médicos nos mesmo.

Para dar conta dessa multiplicidade de tarefas, os seguintes profissionais foram designados: dois médicos assistentes, um secretário, vinte e quatro médicos especializados- dois tistólogos, cinco aculistras, três otorrinolaringologistas, seis clínicos, cinco pediatras, um ortopedista, um dermatologista, um cirurgião; quarenta médicos escolares, uma educadora escolar chefe, duas educadoras escolares auxiliares, trinta e seis educadoras escolares sanitárias, um enfermeiro escolar chefe, doze enfermeiros escolares, seis enfermeiros visitantes, seis escreventes, um desenhista, um técnico- fotógrafo em raio-X, um porteiro-zelador, seis serventes e dois contínuos. Um detalhe relevante; no final do decreto há uma lista com os vencimentos dos profissionais, sendo que os salários dos médicos eram majoritariamente maiores que os dos educadores (o médico assistente receberia 24 mil contos, o médico especializado 19 mil contos, o médico escolar 12 mil contos, a educadora-chefe 18 mil contos, e as educadoras sanitárias salários entre 7 mil e oitocentos contos e 6 mil contos). O que isso pode representar? Que os serviços médicos e seus profissionais tinham destaque sobre os escolares.

Outro aspecto interessante é a ênfase dada no documento à criação da “Secção de Higiene Mental Escolar, no artigo 7º:

Art. 7.o.: Fica criada. No Serviço de Saúde Escolar, a Secção de Higiene Mental Escolar, com as seguintes atribuições:

- a) Prevenir, nos indivíduos predispostos, as futuras psicopatias, pela correção oportuna dos vícios de temperamento e dos distúrbios nervosos da criança escolar;
- b) Organizar assistência médico-pedagógica aos deficientes mentais, de modo a assegurar-lhes uma aprendizagem proveitosa e conseqüente elevação de seu rendimento social;
- c) Orientar as autoridades e técnicos de ensino, médicos e demais pessoas interessadas, quanto às necessidades que possam contribuir pra a saúde mental presente e futura do escolar;

- d) Realizar pesquisas sobre os fatores psicopatogênicos que atuam no período infantil do desenvolvimento individual e sobre os meios mais adequados para combatê-los;
- e) Proporcionar ensino teórico e prático da higiene mental da criança, para habilitação e aperfeiçoamento de técnicos especializados (SÃO PAULO, 1938)

Esse serviço seria desempenhado por um chefe (médico), dois médicos psicanalistas, um médico internista, dois psicologistas, cinco visitadoras, um steno-datilógrafo e um escriturário.

Quando progressivamente a abordagem sanitária se desfez (em parte pelas melhorias no sistema de saúde pública), quando o atendimento médico passou a ser cada vez mais direcionado para as clínicas, hospitais e postos de saúde, parece-nos que a saúde escolar foi reduzida a instância propagadora dos princípios de higiene mental, de indicação das crianças “desviantes” e encaminhamento para diferentes tipos tratamento médico e /ou psicoterápico.¹²⁶

Como destacamos no capítulo 1, a atenção excessiva à infância e à criança, a busca de fundamentação científica para o processo de constituição dos transtornos mentais, bem como a definição dos critérios de normalidade (em que a definição do patológico seria uma forma de explicar e controlar o normal) está na base da proposta do campo que passou e ser chamado de psiquiatria infantil.

Ajuriaguerra (1983) afirma que foi somente por volta de 1940 que a psiquiatria infantil se definiu como campo específico de conhecimento; criando um método e generalizando práticas psicoterápicas. “A Psiquiatria infantil encontrou seus próprios métodos e se desligou, como especialidade, da psiquiatria do adulto e da pediatria, guardando, no entanto, ligações estreitas com estes dois ramos da medicina” (AJURIAGUERRA, 1983, p. 4).

Em 1958, o psiquiatra Stanislaw Krynski, por ocasião do 5º Congresso Nacional de Psiquiatria, Neurologia e Higiene Mental, esforça por afirmar a primazia da psiquiatria infantil como campo científico capaz de explicar a constituição dos transtornos mentais (bem como sua profilaxia). Ele também procura delimitar este campo afastando-o da Neurologia (acusada de invadir uma área que não lhe compete) e da Higiene Mental, que assim como a Pedagogia e a Sociologia, são entendidas como práticas paramédicas (que contribuem com

¹²⁶ O atual programa “Saúde na escola” em ação conjunta do Ministério da Saúde e Ministério da Educação (MEC) é composto de cinco componentes, sendo o primeiro: “Avaliação clínica e psicossocial”. Para maiores detalhes consultar: < http://dab.saude.gov.br/programa_saude_na_escola.php>. Acesso em 15 maio 2011.

seus procedimentos à psiquiatria infantil, mas não seriam outorgadas pela capa de legitimidade da ciência). O autor lamenta que no Brasil a psiquiatria infantil fosse ainda dominada por esta esfera paramédica. Dessa forma afirma que somente

[...] o psiquiatra pode lutar precocemente, no indivíduo, contra a crueza das tendências agressivas patológicas e contra a tolice das resistências cegas ou dissimuladas. Destruir desde a tenra idade os complexos de inferioridade, as reações de oposição, distorcer os desvios patológicos do caráter, obter o máximo do rendimento de uma inteligência retardada ou deficiente, é obra da Psiquiatria Infantil (KRYNSKI, 1958, p. 25).

E quais eram as queixas mais recorrentes que o psiquiatra de crianças era convocado a solucionar?

Segundo Krynski (1958), eram os problemas deficitários, problemas de conduta e problemas de ajustamento, que se manifestavam especialmente pela agressividade, turbulência e atraso escolar. O médico escolar agora ganha a possibilidade de uma especialidade: psiquiatra infantil, responsável por realizar a manobra que posiciona a criança-problema como a criança anormal, tomando o anormal então como sinônimo do patológico. Nesta seção buscamos compreender qual o chão que sustenta a circulação do discurso psiquiátrico, que entra nas escolas através da disciplinarização da criança, destacadamente naquela reconhecida como anormal e também na figura da criança-problema. A tentativa de normalização da infância e de sua família sustenta-se a partir da criação da noção de desenvolvimento (normal). O conceito de “anormal” ao ser tomado pelo domínio psiquiátrico e divulgado pela propagação dos saberes psi, é associado ao de patológico, ampliando então os seu domínio e “anormalizando” os sujeitos com deficiência intelectual, com problemas de conduta, com dificuldades para aprender...

2.4 A convergência do “sujeito anormal” em “criança-problema”: distúrbios escolares e a produção do aluno (a)normal

Imaginariamente, quando um aluno é encaminhado para atendimento especializado, que “males” espera-se que os profissionais médico e “psi” possam curar? Que sintomas, identificados (e muitas vezes diagnosticados) na escola ou em casa suscitam o encaminhamento de crianças e adolescentes para diferentes especialistas? Estas interrogações

nos remetem à problemática apresentada por Canguilhem (2002) acerca da formação dos conceitos de normal e patológico.

Macherey (2002) comenta o trabalho de Canguilhem (2002), destacando que o autor, por meio do conjunto de sua obra, busca demonstrar que as disciplinas “científicas” (bem como as que têm a pretensão de assim sê-lo) não são a tradução de uma verdade nua e crua, pois elas têm uma história e são produtoras de conceitos e teorias. Pensando nisso, para traçarmos uma genealogia dos “distúrbios de aprendizagem”, é preciso definir os conceitos de (a)normalidade e patologia que circundam essas categorias.

Foucault (2002b) aproxima-se da estratégia metodológica de Canguilhem (2002) no que se refere à sua epistemologia científica. Canguilhem (2002) assinala que o estudo da história da ciência consiste no traçado de uma “história mítica”, ou seja, numa tentativa, por parte do pesquisador, da projeção de um começo, não por meio do estudo do encadeamento das teorias, mas pela análise da filiação dos conceitos. É esse movimento que pretendemos agora realizar: partindo do conceito dos transtornos ou problemas relacionados à aprendizagem empregados atualmente, buscaremos entender de que maneira “ir mal na escola” deixa de ser considerado (apenas) um problema, oriundo de uma má educação dada pelos pais, como afirmava Ramos em 1947, e passa a ser classificado cada vez mais como manifestação de uma patologia de ordem psíquica.

No prefácio de *As palavras e as coisas* (2002) Foucault utiliza o conceito de “solo epistemológico”, o qual traduz a ideia de um campo – espaço em que as palavras repousam, espaço de identidades, similitudes e analogias. O processo de arqueologia proposto por Foucault (2002) analisa, num determinado solo, a presença de uma ordem – articulada a partir de uma lei interior a um campo –, bem como analisa os códigos fundamentais, as teorias científicas e as interpretações filosóficas que tentam explicar esta ordem. Este solo epistemológico, também chamado por Foucault (2002) de solo positivo, encontra-se entre um olhar já codificado e o conhecimento científico, e é nele em que se construirão as teorias gerais para ordenação e interpretação das coisas.

Na obra supracitada, acompanhamos a tese do autor que demonstra como o surgimento das ditas Ciências Humanas só foi possível graças à articulação de um solo positivo diferenciado daquele que sustentava um saber sobre a natureza, sobre as palavras e sobre as coisas antes da modernidade. Uma vez determinado qual o solo epistemológico que sustenta o discurso psiquiátrico (vide **capítulo 1**), tentemos estabelecer uma ordem na instauração das classificações psiquiátricas.

Nesse caminho foucaultiano da “arqueologia do saber”, da tentativa de entender como os campos epistemológicos se articulam, propiciando o surgimento de conceitos (inspiradores estes de práticas); constatamos, com a leitura de “A história da loucura” (FOUCAULT, 2000), algo da ordem da familiaridade entre o discurso fantasmático sobre a loucura e sobre o fracasso escolar: exclusão, excesso de controle, aumento de encaminhamentos e medicalização.

Por que razão as dificuldades enfrentadas pelos alunos no âmbito escolar são entendidas como problemas de saúde? Por que o sintoma de quem “fracassa” na escola precisa ser silenciado sob o peso de rótulos (hiperativo, disléxico, deficiente...)? Por que a palavra de médicos e profissionais “psi” ocupa um lugar privilegiado no imaginário de professores, como aquela que diz “A” verdade sobre os “sintomas” apresentados pelas crianças e adolescentes?

Segundo Guarido (2008):

[...] não se trata somente da tradução de problemáticas sócio-políticas em problemas individuais pertencentes ao universo de cuidados próprio à medicina, trata-se também de reconhecer um discurso que constitui o homem no mundo moderno. Ele é, pois, indissociável de uma percepção medicalizada de si, dos acontecimentos que o envolvem, sociais ou particulares (GUARIDO, 2008, p. 23).

Quando tomarmos os manuais de classificação nosográfica como o CID-10(1993) e o DSM IV(2000), que atualmente são utilizados como referência para práticas médicas e psicológicas, deparamo-nos com a compreensão dos “problemas de aprendizagem” como um transtorno mental dentro dos inúmeros outros “transtornos” que são “geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência” (DSM-IV, 2000, Sumário). O aumento do número de crianças e adolescentes encaminhados para atendimentos especializados por conta destes “problemas”, “transtornos” ou “distúrbios” contribui para a vulgarização de categorias nosográficas que acabam se transformando nos “rótulos da moda”.

Uma deformação destacada por Macherey (2002), com qual a concordamos, é que muitas vezes os fenômenos são tomados por conceitos, e os conceitos por teorias. Por exemplo, um aluno qualquer não acompanha o ritmo da sala de aula, ou distrai-se facilmente durante as explicações dadas pelos professores e tem seu rendimento comprometido. São múltiplos os fatores que podem desencadear tal comportamento; mas a leitura dos fenômenos que ocorrem em sala de aula está atravessada por um viés médico e psicológico (supostamente científico e mais verdadeiro) e por isso tende a desprezar qualquer explicação

que fuja desse crivo. Assim, ao consultarmos os manuais de taxionomia nosográfica (CID-10 (1993); DSM-IV (2000)), poderemos encontrar tais fenômenos, descritos sob a cobertura de um conceito:

Há vários requisitos básicos para o diagnóstico de quaisquer dos transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares. Isto pode ser julgado com base na gravidade, como definido em termos escolares (isto é, um grau que pode ser esperado ocorrer em menos de 3% das crianças em idade escolar); em precursores do desenvolvimento (isto é, por **atrasos** ou **desvios de** desenvolvimento [...]) nos anos pré-escolares; em problemas associados (tais como, **desatenção, hiperatividade, perturbação emocional ou dificuldades de conduta**); no padrão (isto é, a presença de anormalidades qualitativas que não são usualmente parte do **desenvolvimento normal**), e na resposta (isto é, as dificuldades escolares **não são rápidas e prontamente resolvidas** por maior ajuda em casa ou na escola (CID-10, 1993, p. 238, grifos nossos).

Dessa forma, um mal-estar, um entrave com a escola, professor ou matéria, uma angústia singular ou mesmo um problema orgânico passa a ter um nome: “Transtornos específicos do desenvolvimento de habilidades escolares”; um código (F81 do CID-10, 1993); além de diretrizes para realização de seu diagnóstico. O que “facilita a coleta de dados e a recuperação e compilação de informações estatísticas” (DSM-IV, 2000, p.10) faz calar a a complexidade da expressão humana. O que podemos pensar sobre os conceitos tomados por teorias no âmbito pedagógico?

Quando um aluno é encaminhado para um profissional “psi”, parte-se do princípio de que esse sujeito não está agindo ou não agirá (quando o encaminhamento é feito com o intuito de se fazer um trabalho de cunho “preventivo”) conforme os modelos esperados para uma performance na escola; seja em termos de rendimento do processo de aprendizagem, seja no que se refere à sua “interação” com colegas e professores; seja a partir de preconceitos que poderiam estar na origem de problemas presentes ou futuros (como por exemplo, o aluno apresenta conflitos na família, a falta de “estímulos” gerados por um ambiente social empobrecido, etc.).

Tanto no DSM-IV (2000) quanto no CID-10 (1993) há categorias que procuram classificar os “transtornos” psíquicos surgidos na infância e adolescência¹²⁷. Alguns termos empregados são familiares dos profissionais da área de educação, como: “retardo mental”, “transtornos de aprendizagem” (traduzido como “problemas” / “dificuldades” de

¹²⁷ No DSM-IV (2000) a categoria aparece com o nome de “Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na Infância ou adolescência”, no CID-10 (1993) encontramos “Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência”.

aprendizagem), “transtornos de déficit de atenção”, “transtornos de conduta” (ou “problemas de comportamento”). Essas categorias nosográficas acabam funcionando como referências que atravessam a relação dos profissionais na tríade escola-alunos-pais e parece-nos que a divulgação desses “conceitos” se dá pela via da circulação do discurso psiquiátrico.

Canguilhem (2002) assinala que a clínica e a terapêutica da medicina se articulam pelo desenvolvimento de técnicas de instauração e restauração de uma forma de normalização. Pensemos primeiramente nesta noção de instauração do normal. Que razões levam uma criança ou adolescente a ser diagnosticado como hiperativo, por:

inquietar-se ou remexer-se na cadeira, não permanecer sentado quando deveria, por correr ou subir excessivamente em coisas quando isto é inapropriado, por apresentar dificuldade em brincar ou ficar em silêncio em atividades de lazer, por frequentemente estar “a todo vapor” ou “cheio de gás” (DSM-IV, 2000, p. 78).

Ao citar o *Dictionnaire de Médecine*, Canguilhem (2002) destaca que o verbete “normal” é definido como “o que é conforme a regra; regular”. No *Vocabulaire Technique et Critique de la philosophie* (1972) o mesmo conceito é definido como “aquilo que não se inclina nem para a direita nem para a esquerda. O que se conserva no justo meio-termo” (p. 262). Para o autor, o normativo (seja biológico ou social) institui uma norma; essa normatividade é expressa pelo estabelecimento de uma média, sendo esta definida como “signo de uma norma”. Então, no caso acima, o aluno seria considerado hiperativo porque seu comportamento excede os limites estabelecidos como a norma válida para o comportamento em uma sala de aula.

Há uma insistência no emprego dos termos normal/anormal no DSM-IV (2000) e na CID-10 (1993), confirmamos num excerto deste último:

Deve-se prestar atenção ao padrão de funcionamento da fala e da linguagem. Se o padrão é **anormal** (isto é, desviado e não apenas aquele apropriado para uma fase precoce do desenvolvimento) ou se a fala ou linguagem da criança inclui aspectos qualitativamente **anormais**, um transtorno clinicamente significativo é provável. Ademais se um atraso em algum aspecto específico do desenvolvimento da fala e linguagem é acompanhado por déficits escolares, por **anormalidades** nos relacionamentos interpessoais e/ou perturbações emocionais ou de comportamento, é improvável que o atraso constitua somente uma variação **do normal** (CID-10, 1993, p. 230, grifos nossos).

Canguilhem (2002) aponta a dificuldade no estabelecimento de normatividade numa pesquisa fisiológica, e assegura que as determinações de normas em torno de uma média parecem sempre arbitrárias. A média não é a norma, e sim a define o que o leva a concluir que um fenômeno qualquer considerado normal não o é por ser frequente, mas é frequente porque é considerado normal.

Em *O normal e o patológico* (2002), o mesmo autor assinala que a norma não se deduz pela média, mas se traduz por ela. Charlot (2000) coloca que as normas sociais não são vividas como barreiras externas, mas são interiorizadas pelos sujeitos, o que poderia produzir a errônea sensação de que elas seriam “naturais”.

Na opinião de Canguilhem (2002), duas instituições foram responsáveis pela passagem do termo “normal” para a língua popular, por seu estabelecimento nos discursos e por sua divulgação para fora de um âmbito estritamente científico, são elas: a instituição sanitária e a instituição pedagógica. Em ambas as questões do âmbito da saúde e/ou da educação são atravessadas por interesses do ponto de vista político sob a capa da patologia¹²⁸.

O patológico, por sua vez, é construído tendo “a saúde” como referência. Assim, por um viés qualitativo, ele pode ser definido como uma outra norma, onde há, por exemplo, a falta ou por excesso de um comportamento, falta ou excesso de estimulação de uma capacidade que supostamente poderia ser desenvolvida. Podemos ver essa caracterização de patológico, no uso dos prefixos “hiper” e “hipo”, por exemplo, em hiperativo e hipocinético. No item “características diagnósticas” do DSM-IV (2000), encontramos uma definição para “transtornos de aprendizagem”¹²⁹, que vem ao encontro dessa ideia de patológico:

Os transtornos de aprendizagem são diagnosticados quando os resultados do indivíduo em testes padronizados e individualmente administrados de leitura, matemática e ou expressão escrita estão substancialmente abaixo do esperado para sua idade, escolarização e nível de inteligência (DSM-IV, 2000, p. 46).

Outra forma de entender o patológico seria em torno da ideia de problemas de funcionalidade. Dessa forma, partindo-se do princípio que o sujeito receba uma “estimulação adequada” e que, mesmo assim, a resposta a este determinado estímulo não esteja de acordo com padrões estabelecidos, podemos levantar a hipótese de que talvez haja uma falha ou

¹²⁸ Vide no **Anexo I** as estatísticas de atendimentos prestados pelo serviço de saúde escolar que analisaremos no próximo capítulo. Destacamos como há um aumento considerável nos números de atendimento no ano que precede as eleições municipais.

¹²⁹ Que incluiria “transtorno de leitura”, “transtorno de matemática”, “transtorno de expressão escrita” e “transtorno de aprendizagem sem outra explicação”.

ausência dos mecanismos de processamento desses estímulos. A noção de “erro”, implícita nessa caracterização de patológico, parece ter sido introduzida na história da medicina para suavizar a antiga noção de que a doença é um mal que precisa ser extirpado. Assim, o uso da expressão “transtorno” induz o pensamento de que o erro possa ser consertado. Para ilustrar tal situação podemos trazer o uso frequente dos prefixos “a” (em afasia), “dis” (em dislexia) e “des” (em desatento) em algumas categorias.

Essas noções distintas de patológico, como falta/excesso ou como falha, darão margem ao surgimento de práticas terapêuticas também distintas. No primeiro caso, se há falta ou excesso é necessário que ocorra então uma compensação. No segundo, quando o que é patológico no sujeito é visto como algo que falha, as práticas terapêuticas podem agir no sentido de tentar garantir uma reparação. Parece-nos que essas duas modalidades de intervenção terapêutica se fundem nas práticas (psico)pedagógicas ortopédicas (que visam apenas uma correção, um ajuste a uma normatividade) e estão presentes em muitos pedidos de pais e professores formulados aos profissionais “psi”.

Qual a relação entre anormalidade e patologia? Etimologicamente, “anomalia” representa aquilo que é desigual, rugoso ou irregular, isto é, designa um fato ou um termo descritivo, enquanto que “anormal” faz referência a um valor. “Anomalia” pode simplesmente significar diferença, e não necessariamente algo patológico. *“Diversidade não é doença, o anormal não é o patológico”* (CANGUILHEIM, 2002, p. 106).

É possível anular a desigualdade, mas impossível anular a diferença. Para Canguilhem (2002), não podemos tratar um sujeito a partir de normas gerais, mas pela análise da existência de diversas formas de normatividade, isto é, não existiria uma normatividade universal; o que torna o limite entre o normal e o patológico impreciso. Portanto, não existiria um fenômeno patológico em si, “o anormal só pode ser apreciado numa relação” (CANGUILHEIM, 2002, p.150), ou seja, numa relação do sujeito com sua história, com os outros com quem interage, com o médico, analista ou terapeuta que conduz um tratamento.

Sob essa perspectiva, os saberes médicos e “psi” que fundamentam as concepções e práticas pedagógicas atuais estariam inscritos nos dispositivos normativos de biopoder e biopolítica. Isso acaba criando um campo de poder por meio da articulação de um saber pretensamente universal sobre a criança: tanto sobre aquela tida como “problemática”, quanto sobre as demais, uma vez que todos potencialmente podem vir a enfrentar dificuldades ou desenvolver algum tipo de alteração, devendo, portanto ser submetidos a uma observação e controle constante. A articulação do *saber* e *poder* no campo “psi” produz noções de subjetividade e esta se converte num objeto teórico a ser “decifrado” por esse mesmo campo.

Do ponto de vista pedagógico, o processo de construção de “tecnologias de produção de si” (BIRMAN, 2000, p. 46) passa pela propagação e internalização de um discurso médico-psico-pedagógico sobre o processo de aprendizagem (bem como sobre as ditas dificuldades oriundas deste), como nos aponta Lajonquière (2001):

Pensa-se que o sucesso educativo está em função do grau de adequação da intervenção, sendo o seu grau máximo a realização de uma pretensa e psico/bio/lógica natureza humana. Em suma, esta forma de sonhar a intervenção do adulto junto às crianças implica a renúncia do ato educativo e, portanto, torna a priori a educação- seja familiar, seja escolar- num fato de difícil acontecimento (LAJONQUIÈRE, 2001, p. 109).

Ajuriaguerra e Marcelli (1986) apontam que o estabelecimento de critérios de normalidade não podem limitar-se a uma avaliação da conduta que resultou no encaminhamento, ou resumir-se a uma grade de decodificação somática. A relação entre o normal e o patológico seria dialética, onde um conceito não pode ser articulado sem a referência do outro.

Além disso, os mesmos autores alertam para a importância de pensarmos que não há um único sentido para a palavra normal, ela pode ser entendida como saúde, oposto de doença, mas também como média estatística, ou como ideal. Enquanto processo dinâmico, seria a capacidade de retorno a um certo equilíbrio. Na estereotipia do emprego do conceito de normal, muitas vezes é a criança “normótica”, “boazinha”, “apática” que é vista como “equilibrada”. Ajuriaguerra e Marcelli (1986) afirmam que é muito difícil qualquer classificação em psicopatologia infantil; e que a noção de um desenvolvimento “normal” é uma forma de idealização que criou toda uma clínica para as crianças “imaturas”.

Partindo do princípio de que quando crianças são encaminhadas para atendimentos especializados estes partem predominantemente das escolas, Ajuriaguerra e Marcelli (1986) nos convidam a refletir sobre a motivação desses encaminhamentos: as dificuldades da criança na escola ou as dificuldades da escola com crianças?

Neste capítulo buscamos reconhecer de que maneira a solidificação de um solo epistemológico onde repousam os saberes “psi” só foi possível graças a articulação de conceitos, práticas e procedimentos sob a égide do poder psiquiátrico. Na próxima parte de nossa tese buscaremos ilustrar tais considerações a partir da análise de uma instituição denominada “Saúde Escolar”, vinculada à pasta da Secretaria da Educação de um município, onde através de sistemáticas triagens, atendimentos e encaminhamentos de alunos de sua rede,

sobretudo a especialistas de ordem “psi”, alimenta-se um processo contínuo de medicalização do não aprender.

CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DOS DISCURSOS SOBRE OS “DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM” QUE CIRCULAM NUM SERVIÇO DENOMINADO SAÚDE ESCOLAR

Comunicado de Consulta

Srs. Pais, responsáveis pelo aluno(a): _____

do ____ ano – turma: _____ COMPARECER na SAÚDE ESCOLAR, sito à
Rua _____ juntamente com seu filho(a) no dia
23/04/2010 às 14:00 horas para CONSULTA com _____

O não comparecimento implicará em medidas legais cabíveis a esta unidade escolar.

_____, 19 de abril de 20 10

Ass. do Responsável

rtar no tracejado e devolver na escola)

Comunicado de Consulta

Srs. Pais responsáveis pelo aluno (a): _____ do ____ ano – turma _____
COMPARECER na SAÚDE ESCOLAR, sito à Rua _____ juntamente
com seu filho(a) no dia ____ às ____ horas para CONSULTA com _____.

O não comparecimento implicará em medidas cabíveis a esta unidade escolar.

_____, data

_____ assinatura do responsável

Na terceira parte de nossa tese¹³⁰, pretendemos ilustrar de que maneira ocorre a institucionalização do poder psiquiátrico nos meios pedagógicos. Partindo de um trabalho de campo, por meio da análise do discurso de professores e especialistas acerca de alunos que “vão mal na escola”, buscamos compreender a forma como os processos discursivos edificam uma instituição e geram práticas que são elas mesmas formadoras de um olhar e de uma ação sobre esses mesmos sujeitos, e que servem a uma perpetuação das próprias engrenagens institucionais, atravessadas pelos marcos históricos e conceituais de construção de um “sujeito psicológico”, como apontamos anteriormente.

3.1 A institucionalização de um discurso médico e “psi”

Muitas são as referências à psiquiatria infantil, à psicologia e à psicanálise presentes nos informativos distribuídos para professores sobre o serviço de Saúde Escolar de um município da região metropolitana de São Paulo que estamos analisando nesta pesquisa de doutorado (**Anexo C** e **Anexo J**). Para além dos argumentos “psi”, vários pressupostos explícitos ou implícitos nesses documentos poderiam indicar marcas de intenção na realização de uma higiene mental, demonstrando filiações ideológicas e conceituais e similaridades com as bases que sustentaram propostas pedagógicas “inspiradas” pelos fundamentos das disciplinas “psi” desde o século XIX.

O serviço de Saúde Escolar onde realizamos nossa pesquisa de campo é uma divisão técnica do Departamento de Educação Especial que está subsidiado à Secretaria Municipal de Educação, com a função de dar assistência à rede municipal de ensino¹³¹. Nesse serviço de Saúde Escolar encontramos uma sistematização na circulação do discurso psiquiátrico através da replicação de rituais e técnicas aplicadas em nome do saber “psi” que carregam as marcas de filiação das tecnologias disciplinares nascentes no século XIX e ainda presentes em nosso cotidiano escolar. O trabalho lá desenvolvido é assim apresentado:

¹³⁰ Ao longo deste capítulo, muitas vezes, incorporaremos ao corpo do nosso texto (na nossa escrita) o discurso (as palavras literais) presente no material (relatórios) que tomamos para análise. As falas extraídas desse material analisado serão representadas entre aspas e em itálico.

¹³¹ Embora exista desde o ano 2000, a disposição do serviço na estrutura municipal foi reordenada por uma Lei Municipal do ano de 2009 sobre a disposição da administração no município em questão.

A saúde escolar tem ação diagnóstica, preventiva, de encaminhamentos, de acolhimento e secundariamente terapêutica, realizando para tanto orientações, cursos, vivências e pesquisas.

Otimizando estas ações temos a oportunidade de intervir no processo educativo de forma preventiva para conseguir, no futuro, um adulto mais saudável e apto para participar [da sociedade] como cidadão.

Nossa equipe é composta de psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogas, médicos (voluntários) e enfermeiro, com vasta experiência profissional na área de Saúde do Escolar.¹³²

Dois eixos de trabalho apresentam maior destaque nos documentos que procuram descrever a natureza das ações propostas pelo serviço: o preventivo¹³³, em termos dos problemas escolares (vide **Anexo D**), e o terapêutico. Iniciemos nossa análise formulando algumas considerações sobre o eixo preventivo.

Em nossa opinião, a abordagem preventiva não demonstra ruptura na lógica da compreensão da criança e seus problemas pela égide do poder psiquiátrico e trazem em seu cerne um ranço eugenista. Domingues (1942) afirma que a Eugenia seria uma ciência que procura aperfeiçoar as condições biológicas das gerações futuras (caráter preventivo), enquanto a Eutecnia procuraria cuidar de possíveis desvios nas gerações atuais. Na plataforma eugênica, conforme aponta Marques (1994), “o controle da população deveria ocorrer em todas as esferas da vida social, e o saneamento pela educação” (MARQUES, 1994, p. 101), sendo a escola o centro irradiador do disciplinamento eugênico. Do ponto de vista foucaultiano, poderíamos enxergar a experiência em análise como mais um exemplo de generalização do “poder psiquiátrico”. Este poder psiquiátrico que só pôde ser estabelecido a partir do momento que a psiquiatria tomou a criança como objeto de investigação e cuidado e a infância como lugar de origem das doenças mentais.

Em documentos informativos (vide **Anexo C** e **Anexo J**), que buscam explicar a natureza do serviço de Saúde Escolar, o eixo preventivo de trabalho aparece em destaque nos seguintes termos:

Função Preventiva

Consiste na ação informativa e sensibilizadora do corpo docente (direção, coordenação, professores e agentes) através de palestras e projetos, na devolutiva de avaliações e acompanhamento de evoluções em caso de tratamento, nas triagens breves realizadas nas escolas com devolutiva ou junto ao corpo docente ou no horário de plantão para esclarecimento.

¹³² Citação extraída do material de orientação fornecido pelo serviço de Saúde Escolar aos professores da rede municipal de ensino (vide **Anexo C** e **Anexo J**).

¹³³ Em 20 de setembro de 2001, é aprovada a Lei Estadual nº 10.891 que “Autoriza o Poder Executivo a implantar assistência psicológica e psicopedagógica em todos os estabelecimentos de ensino básico público, com o objetivo de diagnosticar, prevenir e intervir nos problemas de aprendizagem” (SÃO PAULO, 2001).

Toda ação da saúde escolar visa instrumentalizar, sensibilizar e compartilhar conhecimentos e sugestões que ampliem e fortaleçam a ação pedagógica e o papel socializador da escola, dentro da filosofia de Educação como instrumento de mudança (**Anexo C**, grifos nossos).

Orientação a pais – Os pais são orientados na escola após a avaliação feita pela saúde escolar. Há casos em que os pais podem ser chamados para grupo de sensibilização que são realizados na saúde escolar.

Orientação ao corpo docente – Após as avaliações feitas pela saúde escolar, em grupo e na escola, é feita a devolutiva dos casos ao corpo docente. Desta

forma, todos os envolvidos podem generalizar a aprendizagem e aplicá-la em sala de aula.

Prevenção – Como os casos são discutidos em grupo, muito do que é discutido é aplicado pelo corpo docente, ampliando a prevenção de problemas e evitando que os mesmos apareçam. Esse quesito será melhor percebido com o correr do tempo e a aplicação dos serviços (**Anexo J**, grifos nossos).

Grupo de orientação aos pais – O grupo de orientação é um trabalho desenvolvido pelas psicólogas, voltado aos familiares dos alunos e o objetivo é: Fornecer orientações pertinentes ao desenvolvimento psicossocial da criança, promovendo maiores esclarecimentos, assim como, a saúde e o bem estar emocional da dinâmica familiar [...]. A escola poderá encaminhar pais e familiares que julguem se beneficiar deste tipo de trabalho, por meio de ofício e relatório a esta Divisão. [...] Solicitamos à escola que oriente os pais sobre a razão do encaminhamento, esclareça que a convocação implicará obrigatoriamente na sua participação no grupo, e busque a sua aprovação antes de direcioná-los ao serviço.

Palestras – As escolas poderão solicitar palestras sobre temas variados e tal solicitação deverá ser feita por meio de ofício encaminhado a esta Divisão, com no mínimo um mês de antecedência da data pretendida¹³⁴ (grifos nossos).

Citemos os temas de palestras sugeridas pelo serviço de Saúde Escolar e seu público alvo (vide **Anexo K**): “Agressividade na escola” (professores e equipe escolar); “Alteração fonológica e desenvolvimento da linguagem oral e escrita” (professores e equipe escolar); “Área da linguagem central – hemisfério esquerdo e alfabetização” (corpo docente); “Cheiro de amor – higiene (pais e professores); “Compromisso e responsabilidade dos pais na educação infantil” (pais e professores); “Dez princípios para as crianças felizes e bem sucedidas” (pais e responsáveis); “Discriminação fonológica das consoantes com traço de sonoridade” (professores); “Dislexia” (corpo docente), “Hiperatividade e desatenção” (corpo docente); “Limites (pais e responsáveis); “Método fônico” (professores e equipe escolar); “Orientação aos pais” (pais e responsáveis), “Palmada ensina?” (pais e responsáveis); “Questões emocionais: traumas, depressão infantil, alteração de humor, estruturas familiares e dinâmicas, psicopatia e alteração do vínculo afetivo, bullying” (corpo docente); “Saúde e higiene vocal” (professores e equipe escolar); “Sexualidade” (corpo docente, pais e alunos); “Vampirinho – a criança que morde” (corpo docente e pais); “Violência doméstica” (pais e responsáveis); “Vivência com educadores” (professores e equipe escolar).

¹³⁴ Algumas palestras são direcionadas ao corpo docente, outras aos pais, e outras, a ambos.

Albuquerque (1986) assinala que o trabalho de análise institucional não pode ser reduzido ao estudo da instituição em si, mas focado nos mecanismos que permitem a (re)produção e o reconhecimento de posições. Destacamos que palavras, expressões e procedimentos apresentados nos excertos de documentos acima, estarão também presentes nos relatórios dos alunos encaminhados.

Nessa perspectiva de análise institucional, o discurso circulante aparece como o veículo que põe em movimento os processos ideológicos e de poder. Mais do que informativo, os textos sobre o funcionamento da Saúde Escolar são instrucionais, reproduzindo a função de governamentalidade numa escrita com finalidade de disciplinarização da própria equipe, das famílias dos alunos, dos alunos e das equipes escolares. Como assinalamos no segundo capítulo deste trabalho, a transmissão de injunções, conselhos, técnicas, os hábitos de pensamento, as rotinas e as normas presentes no material acima citado são os meios que favorecem a internalização da disciplina.

A instituição “Saúde Escolar” ocupa um lugar de autoridade, instância tradutora e transmissora dos saberes científicos (destacadamente oriundos dos campos médicos e psicológicos) para as equipes escolares e para os pais. O fluxo contínuo de detecção e encaminhamento dos “problemas” de aprendizagem (que seriam majoritariamente de ordem psicológica e comportamental) alimenta a manutenção desse arranjo institucional e por isso mesmo não podem deixar de existir. O desconhecimento, a recusa na adesão a essa linguagem, a esse discurso, a essa gramática constitui-se o “problema” que precisa ser resolvido; estamos diante de um exemplo que ilustra o modo de produção do fracasso escolar que, como já falava Patto (1991), não pode ser reduzido ao aluno que “vai mal na escola”.

Para Albuquerque (1986), mais do que descrever papéis, devemos focar-nos em práticas que se repetem nas ações de diferentes agentes. A função preventiva, a função de “guarda” do comportamento infantil é desempenhada pela equipe de Saúde Escolar, mas também pelos profissionais da escola, mas também pelos pais... todos precisam estar “formados” sobre “*a importância do asseio pessoal para a saúde integral*”, ou cientes da “*questão dos limites, ensinando na prática a importância da estimulação para o desenvolvimento global das crianças*” ou estar informados sobre “*como lidar com a agressividade*”¹³⁵, por exemplo.

A fluência desse discurso psicologizante e medicalizante é atributo de *status*, de reconhecimento (de quem são os bons professores, os pais adequados, etc.). Mas a sustentação e a circulação dessa forma discursiva se dá às custas do encolhimento de um discurso

¹³⁵ Objetivos de algumas das palestras citadas, conforme documento informativo de 2011.

pedagógico sobre os fenômenos escolares e corrobora o esvaziamento do ato educativo. Sobre questões referentes à importância da transmissão, da implicação das esferas pedagógicas com o processo de ensino, fala-se pouco.

Dentro do eixo terapêutico, uma das modalidades propostas pelo serviço é o de realizar nas escolas de Educação Infantil e de Ensino Fundamental da rede municipal de ensino a triagem (psico)pedagógica dos alunos com possíveis problemas de aprendizagem e/ou emocionais ou comportamentais. Esse processo ocorre da seguinte forma: os professores da rede são orientados a encaminhar para triagem alunos que apresentem qualquer um destes sinais:

- Crianças com comportamento “imaturo” em relação ao esperado para sua idade e / ou atraso no desenvolvimento.
- Crianças com “experiências traumáticas” tais como: mortes familiares significativas, vivências de violência, experiência de alcoolismo e / ou uso de drogas na família, presenciar assassinato, presenciar ou viver abuso sexual e outras.
- Distúrbio de comportamento grave: furtos, grande agressividade, delírios ou estados fantasiosos exagerados, desenvolvimento precoce e desequilibrado da sexualidade, dificuldade extrema em comunicar-se, formar vínculos ou relacionar-se socialmente.
- Crianças com trocas na fala e / ou trocas na escrita.
- Crianças com suspeita de quadro de TDAH, dislexia ou imaturidade no desenvolvimento na área da linguagem ou outra.
- Crianças com suspeitas de problemas na área da saúde, para que possam ser triadas e encaminhadas para especialidades, quando for o caso.
- Crianças com dificuldades de aprendizagem (**Anexo C**).

Em documento direcionado aos professores da rede, datado de março de 2011, encontramos a seguinte descrição relativa à “demanda da Saúde Escolar”:

Alunos da rede municipal encaminhados com uma “queixa escolar” que pode ser trocas na fala e ou quadro psíquico/comportamental que estejam interferindo na vida escolar (acadêmico, social e/ou relacional), ou seja, quando uma criança apresenta alguma desordem afetiva/emocional e da linguagem e/ou situações externas que geram estresse, ansiedade, baixa autoestima, apatia, introspecção acentuada, tristeza excessiva, alternâncias de humor, agitação excessiva, comportamento de oposição, etc.

As queixas recebidas também são de ordem situacional, ou seja, o aluno não apresenta distúrbio já instalado, síndromes ou deficiências.

Após o professor detectar um aluno com alguma “desordem” ou potencialmente problemático, ele deve então formular um relatório minucioso sobre o mesmo, descrevendo comportamentos, suas sensações e procedimentos já aplicados (vide **Anexo D**). Os relatórios são escritos a partir de modelos oferecidos pelo serviço de Saúde Escolar na forma de fichas

impressas¹³⁶. Deve também anexar uma produção escrita desse aluno, bem como um desenho livre, um desenho de família e/ou um desenho de árvore (um fragmento do teste psicológico projetivo House, Tree, Person – HTP).

Estes relatórios são encaminhados à equipe de Saúde Escolar que os lê e, ao mesmo tempo, já vai escrevendo a lápis, em cima do texto dos professores, suas hipóteses (que têm mais o caráter de sentença...) diagnósticas. A cada segunda-feira a equipe desloca-se para uma das escolas da rede onde esses alunos encaminhados pelos professores passarão por uma avaliação em parte de uma manhã. Esta avaliação consiste em coleta de dados (**Figuras 8 e 9**) com a família (espécie de anamnese padronizada com questões sobre o histórico de saúde da criança, histórico escolar, dados socioeconômicos da família); em aplicação de testes e em devolutiva para a equipe escolar.

Mãe: trabalha em uma oficina de metalurgia
 . Onde a mãe trabalha? Produção (detecção de metais)
 . E o pai? Dirigente de transferência de tecnologia
 . Relacionamento
 . Entre os pais: Ativos e discussões, pai independente
 . Entre a mãe e a criança: Super-protetora, permissiva, cca
 . Entre os irmãos: Quinta, um pouco, porém se irrita
 . Entre o pai e a criança: Quinta, energético
 . Religião da Família: Frequentemente evangélica
 . Alguém nervoso na família: o pai, os pais são muito
 . Como é esse nervosismo e quando ocorre: —
 . Alguém com problemas mentais: —
 . Alguém bebe: bebe socialmente (pai)
 . Como se comporta: como no dia a dia

7- Sociabilidade
 . Faz amizade com facilidade? Sim () Não (x)
 . Tem amigos: Sim () Não () Poucos (x) Muitos ()
 . Prefere brincar só ou com amiguinhos? sozinho
 . Assiste TV? Sim (x) Não () O que acostuma assistir? desenho
animado infantil, filmes
 . Gosta de sair, passear? Sim () Não ()
 . Tem algum tipo de medo? Sim (x) Não () Qual? sozinho (faca)
 . Fale do comportamento da criança: Amorosa, calma, sozinha

Figura 6 – Ficha de anamnese

¹³⁶ A partir de março de 2011, é adotado um novo modelo de ficha de encaminhamentos que inclui algumas questões, como a descrição pelo professor de algo que o aluno sabia fazer. Entretanto, embora mais extensa, o foco ainda reside na “queixa” e numa tentativa de graduação das capacidades físicas e psicológicas do aluno pelo professor.

Informante: mãe Data: 2

Nome da Escola: EMEF Fone: _____

Diretor (a): _____ Orientador (a): _____

Aluno (a): EG Idade: 08 a. 4

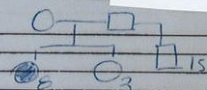
Data de nascimento: _____ série: 25 Sala: _____ Período: _____

Nome do Pai: _____ Mãe: _____

End: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Cep: _____

Telefones para contato ou recado: _____

A- Proje: 

B- Motivo de encaminhamento e queixa: Dificuldade de aprendizagem.
A mãe acha que é preguiça, por que ela sr. ela faz.
faz as coisas toda a semana dela.
Não gosta de nada difícil.
É boa filha, calma, obediente.

C- Antecedentes Pessoais:

1- Gravidez e Parto

- . Foi desejada? Sim Não
- . Foi planejada? Sim Não
- . Fez pré-natal? Sim Não
- . Como foi o parto? normal cesariana fórceps
- . Teve complicação no parto? _____

. Como foi a gestação? (Como você estava física, emocional, social e financeiramente?)

. Usou mamadeira? Sim Não Até 4a.

. Falou? ± 1a Andou? comgatinhou
1a 10 d.

. Cai, esbarra ou deixa cair as coisas? sim

. Como foi a criança nos três primeiros meses de vida?

Chorona Irritada Dorminhoca

Agitada Normal Tranquila

. A criança sofreu alguma cirurgia? Sim Não Hérnia no testículo

. Teve algum desmaio ou convulsão? Sim Não 3a

. Quais doenças da infância teve? Não

Otites? _____ até que idade? _____

Intervenção? _____

Respirador Bucal? Não

Renite Alérgica? Não

3- Independência nas atividades diárias:

- . A criança se alimenta sozinha? _____
- . Escova os dentes: _____
- . Lava as mãos: _____
- . Toma banho: _____
- . Vai ao banheiro: _____
- . Veste-se: _____
- . penteia-se: _____
- . Calça e amarra o cordão do sapato: Não (mãe amarra)
- . Possui responsabilidades: Arrumar a cama e cuidar do passo
- . Cooperação em que: Não só quando manda.
- . Sai sozinho, explique: Não.

} Faz sozinho, porém a mãe precisa mandar.

Figura 7 – Ficha de anamnese

As crianças, por sua vez, são submetidas a diferentes testes, dependendo da hipótese diagnóstica que se espera confirmar (provas piagetianas, SDT, Bender, Raven, HTP, provas de consciência fonológica, vide Anexo F)¹³⁷. Os pais são chamados novamente e então são formalizados os encaminhamentos para: diferentes terapias de orientação breve (terapia depressiva, terapia de mães, terapia de Florais de Bach, Terapia de trauma); especialidades

¹³⁷ Muitos desses testes receberam parecer desfavorável quanto a sua aplicação pelo Conselho Federal de Psicologia (CRP), devido à falta de fundamentação que sustentasse sua prática, desatualização no tocante à validação, não validação levando em conta a realidade brasileira, entre outros fatores. Lista completa de testes disponível e pareceres, disponível em: <<http://www2.pol.org.br/satepsi/sistema/admin.cfm>>. Acesso em: 26 jun. 2011.

médicas (consultas e exames serão realizados nas UBSs); serviço de assistência social; Conselho Tutelar e orientação de pais; além de educação especial¹³⁸ ou reforço escolar.

Os professores são chamados no final desse processo para devolutiva, momento no qual recebem informações “sobre o que tem o aluno” (sic) e “dicas” para trabalhar com eles em sala de aula. Posteriormente, novos relatórios são escritos pela equipe sobre esses alunos (vide **Anexo G**) e encaminhados aos professores sistematizando a devolutiva oral.

3.2 Organizando os dados: apresentando o discurso sobre as crianças que “vão mal na escola”

Nossa ideia nesta seção é a de permitir que o leitor entre em contato com parte do material coletado em nossa pesquisa de campo. Como descrito na Introdução, selecionamos quatro tipos de relatórios de quatro diferentes sujeitos:

- a. Relatórios de encaminhamento do aluno da rede municipal de ensino ao serviço de Saúde Escolar, elaborado pela equipe pedagógica (professores, coordenadores e/ou diretores).
- b. Relatórios elaborados pelos profissionais do serviço de saúde escolar acerca dos alunos após a “triagem psicopedagógica”.
- c. Cartas de encaminhamento dos alunos avaliados pela equipe do serviço de Saúde Escolar, encaminhando-os para outros especialistas.
- d. Relatórios de evolução dos atendimentos realizados pela equipe do serviço de Saúde Escolar.

Disponibilizaremos a seguir (em forma de quadros) a transcrição integral e literal de cada um desses relatórios, sobre os quais recairá a nossa análise nessa parte da tese¹³⁹:

¹³⁸ Existe uma instituição no município onde os “casos de inclusão” são encaminhados para desenvolvimento de atividades no contraturno escolar.

¹³⁹ Vale ressaltar que nos quadros apresentaremos o texto literal desses relatórios, sem interferência de nossa parte em questões gramaticais e ortográficas.

Quadro 2 – Relatório de encaminhamento de aluno à Saúde Escolar – Sujeito 1

a) Relatório de encaminhamento do aluno da rede municipal de ensino ao serviço de Saúde Escolar, elaborado pela equipe pedagógica (professores, coordenadores e/ou diretores). [Sujeito 1, oito anos]

O motivo pelo qual o educando I. está sendo encaminhado à saúde escolar, se dá devido ao seu comportamento na escola. É um aluno bastante agitado, agressivo, tem dificuldades em aceitar regras, limites e respeitar os colegas.

Difícilmente realiza as atividades, atrapalha os demais, batendo, saindo do lugar constantemente, sendo que para a realização de qualquer atividade a professora tem que ficar ao seu lado o tempo todo, mesmo assim ele oferece resistência, se não consegue desiste com facilidade, alegando que não sabe e volta a atrapalhar a aula.

É aluno frequente e quem acompanha sua vida escolar é a madrasta, pois os pais são separados e quem possui a guarda dos filhos é o pai.

Em conversa com o pai da criança ele nos relata que após a separação casou-se novamente, e que desde então quem o ajuda na criação dos filhos é a nova esposa, ou seja, a madrasta. A mãe possui o direito de visita, mas raramente procura pelo filho.

A professora nos informa que o aluno não está sabendo lidar com a falta da mãe e quer sempre a atenção de todos. E isso tem prejudicado o seu aprendizado, por este motivo encaminhamos o aluno para diagnóstico mais detalhado, para que possamos orientar melhor nosso trabalho, e também para que a família saiba como lidar com o educando em questão.

Quadro 3 – Relatório Saúde Escolar após triagem psicopedagógica – Sujeito 1

b) Relatórios das avaliações realizadas pela equipe do serviço de Saúde Escolar (Sujeito 1, oito anos)

1. *Cognição*: Normal. É argumentador e falador; criativo e rápido.

2. *Desenvolvimento Psicomotor*: Há questão psicomotora importante com imaturidade gráfica. Embora reproduza os desenhos de forma semelhante, denotando boa percepção, a produção gráfica é muito ruim. Há rigidez, inflexibilidade de movimentos.

3. *Atenção/concentração*: Dispersa. É agitado, inclusive mentalmente.

4. *Emocional*: Bom vínculo com a avaliadora, mostra-se à vontade mesmo quando

outra pessoa se aproxima. Há questão emocional anterior, porém fica em segundo plano já que a questão psicomotora e agitação se sobressaem.

5. *Leitura/escrita*: Não percebe a sílaba final e não tem critério sobre rima. Quanto aos sons iniciais, ele os discrimina, porém necessita de pista visual. Não observa detalhes, provavelmente pela questão da atenção.
6. *Estória*: tem noção dos valores morais, de certo e errado. É muito fantasioso, cria história da vida real, misturando-as. Cria fatos que não existem ao observar figuras. Cria com coerência. Ainda não há percepção de antecedente e conseqüente nos quadros da história apresentada.

Observação:

- Oferecer atividades curtas e com comandas claras, solicitar que repita a instrução para verificar se entendeu.
- Elogiar suas execuções, pois prefere dizer “não sei” a tentar realizar a atividade ou proposta.
- Disponibilizar exercícios com resolução oral, pois consegue justificar suas escolhas e estratégias.
- Observar se a agitação motora é maior antes ou depois do intervalo e executar o que necessita no melhor horário.
- Cobrir a mãe (madrasta) o acesso ao esporte pela criança.

Hipótese diagnóstica:

- Dificuldade na aprendizagem.

Encaminhamentos:

- Esporte
- Pedagógico com método diferenciado mais reorganização neurológica.
- Atendimento médico: avaliação com psiquiatra.
- Saúde escolar: orientação madrastra, psicopedagogia.

Quadro 4 – Carta de encaminhamento a especialistas – Sujeito 1

c) Carta de encaminhamento do sujeito atendido pelo serviço de Saúde Escolar para outros especialistas (Sujeito 1, oito anos)

Carta de encaminhamento à diretoria do CAPS

Solicitação de encaminhamento médico:

Encaminho o menor I. para avaliação psiquiátrica devido a intensa agitação, concentração rebaixada, déficit de atenção significativo, dificuldade de aprendizagem e inquietação.

A criança apresenta grande dificuldade psicomotora gráfica, embora possua bom nível intelectual.

Vive há dois anos com o pai biológico e a madrasta. Na família da mãe biológica existem suspeitos de usuários de drogas. O irmão da mãe já esteve preso. Solicito avaliação, encaminhamentos e condutas cabíveis.

Carta de encaminhamento ao médico neurologista

Encaminho o menor I. para acompanhamento devido a intensa agitação, concentração rebaixada, déficit de atenção significativo, dificuldade de aprendizagem e inquietação.

A criança apresenta grande dificuldade psicomotora gráfica, embora possua bom nível intelectual.

Vive há dois anos com o pai biológico e a madrasta. Na família da mãe biológica existem suspeitos de usuários de drogas. O irmão da mãe já esteve preso. Solicito avaliação, encaminhamentos e condutas cabíveis.

Quadro 5 – Relatório de evolução de atendimento – Sujeito 1

d) Relatório de evolução dos atendimentos realizados pela equipe do serviço de Saúde Escolar (Sujeito 1, oito anos)

23/03/2010

2º. Atendimento – no 1º. Fiz RNF (reorganização neurofuncional) na presença dos pais e eles levaram a apostila para fazer os exercícios em casa. I. fez as vogais, apresentou dificuldade em lembrar do E. Fizemos as vogais no concreto (uso do corpo).

Hj lembrou as vogais com facilidade. Os exercícios de RNF também, percebe-se que os pais fizeram direitinho em casa. Ensinei a família do F na lousa.

28/05/2010

Visita da OP (orientadora pedagógica) e da profa. Alguns relatos sobre a família de I. (há indícios de surras – medo). Profa. relata que ele pega material dos colegas. Profa. atenta e conduzindo bem o caso. Os fatos relatados pela professora sugerem, só

indicativos, de dificuldade / distúrbio psiquiátrico.

Continuaremos no mesmo caminho, cobrarei da família retorno do médico.

Mãe no grupo.

30/3/2010

Apresentação da família do F, RNF, desenho de forma.

6/4/2010

RNF, desenho de forma, palavras formadas com a família do F, muita dificuldade.

20/4/2010

Desenho de forma. Continuamos com as mesmas palavras somente com a família do F. continua apresentando muita dificuldade.

RNF

27/4/2010

RNF, desenho de forma, encapou os cadernos (já havia encapado 1). Hj apresentou menos dificuldade. Apresentei a família do **J** (só na lousa), jogo (rouba monte). Não reconhece os números (só contando na carta).

18/05/2010

Desenho de forma.

RNF, não lembrava o som do F nem do J. Relembramos as famílias na lousa. Escrevi FUJO, falou as sílabas, mas não resgatou a palavra. Ele só consegue falar palavras formadas pela mesma família.

25/5/2010

Ao chegar não lembrou o som do F. , só conseguiu ler as palavras acima (dos dias anteriores) após lembrarmos o som. Memória imediata muito falha.

01/06/2010

Hoje começamos a trabalhar os números de 1 a 10 (só consegue relacionar os números contando os quadrinhos). Temos trabalhado nas cartas do baralho.

29/6/2010

RNF, desenho de forma. Hj leu sem dificuldade as palavras do caderno, ainda, somente com a família do F.

20/7/2010

Leu as palavras das páginas anteriores. Pouca dificuldade, apresentei a família do J.

27/7/ 2010

Hj conseguiu lembrar o som das famílias F / J / M com facilidade. Leu todas as

palavras nas páginas anteriores. Leu as palavras formadas pelas três famílias (2 sílabas). Tentei a palavra feijão, mas não resgatou a palavra.

9/8/2010

Telefonei para R. (madrasta) para saber sobre a ida de I ao neurologista. R. me disse que a avaliação foi cuidadosa e que foi dado um relatório para observação em casa e na escola que deverá ser preenchido e entregue na próxima consulta de novembro.

Quadro 6 – Relatório de encaminhamento de aluno à Saúde Escolar – Sujeito 2

a) Relatório de encaminhamento do aluno da rede municipal de ensino, elaborado pela equipe pedagógica (professores, coordenadores e / ou diretores) (Sujeito 2, nove anos)

A aluna frequenta o reforço escolar, obteve nesse ano letivo pouco avanço tanto em língua portuguesa quanto em matemática.

Iniciou o ano na hipótese escrita pré-silábica e encontra-se na hipótese silábica sem valor.

Foi encaminhada para a saúde escolar pois apresenta dificuldades de concentração e memória.

Apesar das dificuldades, é bastante falante e participativa, procura sempre realizar as atividades propostas.

Quadro 7 – Relatório Saúde Escolar após triagem psicopedagógica – Sujeito 2

b) Relatório das avaliações realizadas pela equipe do serviço de Saúde Escolar (Sujeito 2, nove anos)

Quadro 8 – Carta de encaminhamento a especialistas – Sujeito 2

c) Carta de encaminhamento do sujeito atendido no serviço de Saúde Escolar para outros especialistas (Sujeito 2, nove anos)

Relatório de encaminhamento para o médico psiquiatra

A criança esteve em avaliação conosco, encaminhada pela escola com queixa de atraso no processo alfabetizador, déficit de atenção e agitação. Em nossa avaliação apareceram falhas próprias de distúrbio do processamento auditivo, com grave falha na

rota fonológica e memória fonológica de trabalho. Há imaturidade emocional e o que chamou atenção é o alto grau de déficit de atenção com inquietação corporal. A hipótese diagnóstica é de dislexia com quadro de TDAH (falha no processo fonológico e com a desatenção com agitação de TDAH).

Solicitamos a avaliação e acompanhamento médico para desatenção. Está em atendimento psicopedagógico conosco, porém com pouco rendimento devido a dispersão elevada.

Aguardamos a conduta e agradecemos a atenção.

Assina psicóloga

Observação: No primeiro momento não apareceu o grau de déficit de atenção/agitação. Apareceu tensão e ansiedade, mas na intervenção do atendimento, ficou muito clara esta questão e chamou atenção a incapacidade de sustentar o olhar. A mãe pode esclarecer o histórico de desenvolvimento que justifica o levantamento desta hipótese de TDAH.

Quadro 9 – Relatório de evolução de atendimento – Sujeito 2

d) Relatório de evolução dos atendimentos realizados (Sujeito 2, nove anos)

29/4/2008

Após ler com muita dificuldade – lentamente decodificando, conseguiu reter as palavras na memória e lê-las com tranquilidade. Família do Ca-co-cu-ce-ci

Leu cabo-cabelo-camelo-comida

23/06/2009

F. está alfabética. Lê todas as sílabas simples. A memória retém as informações grafadas por algum tempo, consegue ler com maior velocidade um texto após a primeira leitura, que ainda é muito lenta e decodificada.

Hoje reapliquei o Bender – Prendi a folha na mesa, ela tem muita liberdade comigo e reclamou que queria régua, queria apagar porque achou que estava ruim... enfim ela é bastante exigente consigo.

03/03/2010

Apresentação da sílaba /CR/ ainda confunde, esquece.

Quadro 10 – Relatório de encaminhamento de aluno à Saúde Escolar – Sujeito 3

a) Relatório de encaminhamento do aluno da rede municipal de ensino, elaborado pela equipe pedagógica (professores, coordenadores e/ou diretores) (Sujeito 3, oito anos)

Motivo do encaminhamento:

O aluno tem apresentado comportamento agressivo, muito distraído em sala de aula. Apresenta dificuldade de aprendizagem, não tem autonomia para realizar as atividades propostas e está na fase silábica- alfabética da escrita.

Observações sobre a família

Mora com pais e um irmão menor. A mãe está preocupada com o comportamento do filho que se mostra agressivo em casa. No ano de 2006 nasceu o irmão ao qual ele demonstrou muito [tem] ciúme. Esta agressividade de F. vem refletindo na escola, desde a 1ª. série; tivemos momentos de agressões feitas pelo aluno que chutou a perna da professora. O mesmo não socializa-se com o grupo. Gosta de sentar isolado.

Comportamento do aluno no dia-a-dia

O aluno é agitado e distraído. Mostra-se desorganizado com seus pertences e compromissos, dificilmente registra suas atividades por completo, precisa da intervenção da professora. Quando é contrariado tem comportamento agressivo com os colegas. Canta e faz barulhos com a boca durante explicação das atividades.

História escolar da criança

O aluno iniciou nesta UE na 1ª. Série de 2007 terminou o ano silábico reconhecendo algumas letras do alfabeto. Também não registra as atividades, apresenta dificuldade para sentar e copiar qualquer coisa.

Falta muito na escola? Por quê?

É aluno assíduo.

Como a professora trabalha a questão? (providências tomadas e resultados)

O trabalho é realizado através de atividades diferenciadas com o alfabeto móvel, jogo da memória, bingo de letras, entre outras, porém o aluno não se envolve nas atividades

se distrai e dificilmente conclui alguma delas. Aparenta ser uma criança hiperativa. A professora tenta colocá-lo em duplas ou grupos para socializar-se mas ele não aceita.

Informação sobre a escrita e matemática:

Não reconhece algumas letras do alfabeto, reconhece os números, mas não sabe adição. Sua hipótese de escrita é silábica. Só realiza as atividades com auxílio da professora com muita persistência.

Quadro 11 – Relatório Saúde Escolar após triagem psicopedagógica – Sujeito 3

b) Relatório das avaliações realizadas pela equipe do serviço de Saúde Escolar (Sujeito 3, oito anos).

1. *Cognição*: não avaliada formalmente por não haver dúvidas quanto a sua cognição estar preservada.
2. *Desenvolvimento psicomotor*: Há atraso no desenvolvimento psicomotor e apresentou grande imaturidade emocional, dificultando sua avaliação. Beneficia-se da prática de esportes.
3. *Atenção/concentração*: apresentou-se cooperativo, concentrado durante a avaliação. Há momentos em que aparece dispersão quando o ruído de fundo aumenta muito.
4. *Emocional*: apresentou ansiedade, insegurança, dificuldade em controlar os impulsos no teste de Bender. Em sua história há aspecto emocional importante, denotando grande dependência da figura materna. Não sabe o que é regra, limite, pelas relações familiares confusas. A criança está desajustada. Não sabe como se adequar, é muito manipulador.
5. *Leitura escrita*: A criança apresentou bom desempenho quanto às habilidades linguísticas: percebe rima, aliteração, tem memória, transposição silábica, porém não há maturidade emocional para desempenhar-se melhor na aquisição da escrita e leitura no momento. Falha em sílabas compostas, na leitura associa consoante quando a vogal está sozinha. Isto pode ser corrigido com reforço, pois a consciência fonológica oral está boa, mas tem falhado na associação grafema-fonema. Leitura decodificando com falhas no reconhecimento visual da letra associada ao som que representar. Recurso:focar no multisensorial.
6. *História*: Sua estória desenhada e narrada apresenta boa estruturação de texto, relação causal e temporal e grande criatividade.

Observação:

A mãe foi orientada quanto a necessidade de organização e reestruturação da dinâmica familiar, em relação ao estabelecimento de regras e normas. A mãe foi orientada também quanto a prática de esportes. Sugiro à escola que a criança sente na frente, que as regras sejam bem definidas e estipuladas de forma clara, objetiva, que sejam propostas atividades coletivas para trabalhar sua inserção ao grupo dos demais alunos. A criança foi encaminhada para grupo de auto-estima e posteriormente para grupo de limites. A mãe encaminhada para grupo de orientação a pais na saúde escolar.

Hipótese diagnóstica: Emocional, dificuldade na aprendizagem

Encaminhamento:

- Esporte, pedagógico com método diferenciado
- Saúde escolar
- Psicoterapia – grupo de autoestima e após grupo de limites.
- Mãe / pai grupo terapia

Quadro 12 – Carta de encaminhamento a especialistas – Sujeito 3

c) Carta de encaminhamento do sujeito atendido no serviço de Saúde Escolar para outros especialistas (Sujeito 3, oito anos)

Carta de encaminhamento para médico Homeopata

A criança está sendo encaminhada por apresentar muita ansiedade e tensão psíquica. É bastante inseguro, apresenta dificuldade em sua identidade (ora é nenê ora adulto) e tendência à compulsão. Sua auto-estima está rebaixada.

Peço-lhe conduta e acompanhamento para o caso.

Quadro 13 – Relatório de evolução de atendimento – Sujeito 3

d) Relatório de evolução dos atendimentos realizados (Sujeito 3, oito anos)

15/4 /2010

Mãe e criança participam de grupos terapêuticos, conversei com O.P. (orientadora pedagógica) R. a qual me informou que a criança ainda demora para realizar as

atividades, é disperso e tem problemas para registrar, não está alfabetizado, dificuldades na escrita, aperta muito o lápis.

24/04/2010

O F. mostrou-se capaz de ler palavras compostas por sílabas simples (dissílabas e trissílabas) não lê PR–BR. não sabe a seqüência dos meses. Soube falar os dias da semana na seqüência mas não conseguiu falar que dia foi ontem. Conseguiu falar o dia de amanhã.

30/4/2010

O F. mostrou-se capaz de ler palavras compostas por sílabas como PR–BR–FR não conseguiu CR – ensinei e ele pegou rapidamente. Ao copiar no caderno (a família CR e palavras com CR apresentou bastante lentidão e necessidade de olhar letra por letra para copiar).

30/7/2010

Fez o teste J. C. Raven (sozinho, não interferi). Justificou as escolhas / respostas. Ainda esquece a data de aniversário. Ao terminar o Raven diz que é muito fácil

Hoje o pai do F. que sempre vem trazê-lo avisou que vai começar a trabalhar na 2ª feira e que não poderá mais trazê-lo. Devido a isto, ele está recebendo alta.

Quadro 14 – Relatório de encaminhamento de aluno à Saúde Escolar – Sujeito 4

a) Relatório de encaminhamento do aluno da rede municipal de ensino, elaborado pelas equipe pedagógica (professores, coordenadores e/ou diretores)(Sujeito 4, onze anos)

A criança em questão está sendo encaminhada por apresentar problema de indisciplina, como agressividade, impaciência e dificuldades em aceitar quando erra ou é contrariado. Mora com a mãe e o padrasto. Segundo relato da mãe foi abandonado pelo pai ao nascer, teve contato com a família desta por um tempo, mas hoje não tem mais.

O L. tem problemas de relacionamento com o padrasto e está infeliz com a possibilidade de ter um irmão. É agressivo, não aceita ser contrariado, reage muito mal toda vez que comete erros em relação às atividades propostas. Briga com frequência com os colegas. É pouco aceito pelos colegas, não tem limites, é agressivo, não aceita esperar, nem tolera ser contrariado. Coursou a EMEI X. No ano de 2006, cursou a 1ª. Série, em 2007 2ª. Serie e 2008 novamente a 2ª. Série, em 2009 a 3ª. Série / 4º ano da Escola X. É uma criança frequente, quase nunca falta. Devido a seu comportamento

apresenta algumas dificuldades de aprendizagem. A professora está sempre tentando conversar com a referida criança, mas nos últimos meses não tem surtido efeito. Apresenta dificuldades na produção de textos e resolução de situações problema. Seus textos são coerentes, mas sem estruturação, pontuação e coesão; tem dificuldades em atividades que envolvem raciocínio lógico-matemático. A criança está sendo encaminhada à saúde escolar a pedido da mãe. Esta diz que L. precisa de atendimento psicológico e por isso nos pediu este encaminhamento. A escola concordou com o posicionamento da mãe, acreditando que o referido aluno será beneficiado, se fizer uma avaliação psicológica.

Quadro 15 – Relatório Saúde Escolar após triagem psicopedagógica – Sujeito 4

b) Relatório das avaliações realizadas pela equipe do serviço de Saúde Escolar
(Sujeito 4, onze anos)

1. *Cognição*: Verificada através das matrizes (Escala Geral) de JC Raven como inteligência mediana.
2. *Desenvolvimento psicomotor*: Na execução das lâminas de Bender, apresentou rotação da figura A, necessitou refazer duas vezes até obter o resultado desejado, sugestionando alteração no âmbito psicomotor. Apresentou dificuldade ao grafar ondulações.
3. *Atenção / concentração*: Manteve-se atento e concentrado, não demonstrou problema nesse aspecto. Embora tenha confessado que não consegue manter-se quieto e atento na escola.
4. *Emocional*: Durante os encontros, em todas as atividades propostas, inicialmente ele afirma desconhecimento. Ao ser incentivado as realiza, tais fatos sugestionam a existência de autoestima rebaixada e / ou insegurança diante de novos obstáculos.
5. *Leitura / Escrita*: Escreve em nível alfabético com intensos erros de ortografia (ex: vucan / vulcão, sentenas / centenas, despeda sado / despedaçado) mantidos possivelmente por baixa exposição à leitura. Foi observada certa demora para compreender a manipulação silábica (adicionar ou subtrair sílabas de palavras, dizendo qual a palavra formada) e transposição silábica (inverter sílabas e dizer qual a nova palavra formada), sugerindo baixa velocidade no processamento destas informações. Ainda não resolve com êxito subtração com minuendo maior, multiplicação com dezena no multiplicador e divisão.

<p>6. <i>Estória</i>: produziu um pequeno texto, manteve o tema, no entanto, o contexto foi pouco elaborado (baseou-se somente nas figuras) demonstrando necessitar desenvolver este aspecto através de leituras, roda de conversa e outros nesta linha.</p> <p>7. <i>Observação</i>: a criança queixou-se de dores de cabeça, como possui convênio médico o encaminharemos ao neurologista e também [ao] oftalmologista para eliminarmos o desconforto e investigarmos a origem deste mal estar. Atualmente integra um grupo de futebol duas vezes por semana. Comparecia aos atendimentos sozinho (a mãe assinou uma autorização) e durante a semana permanece longas horas sem companhia.</p> <p>8. <i>Hipótese diagnóstica</i>: Emocional / Dificuldade na aprendizagem (leitura e escrita)</p> <p>9. <i>Encaminhamentos</i>: Pedagógico com método diferenciado (metodologia fonológica).</p> <p>10. Saúde Escolar: Psicopedagogia / Orientação para mãe.</p>
--

Quadro 16 – Carta de encaminhamento a especialistas – Sujeito 4

<p>c) Carta de encaminhamento dos sujeitos atendidos pelo serviço de Saúde Escolar para outros especialistas (Sujeito 4, onze anos)</p>
<p><i>Relatório de encaminhamento para médico neurologista</i></p> <p>Encaminho o menor L. matriculado na E. M B. para verificação de queixa de dores de cabeça e intensa agitação que está alterando o desempenho escolar. Ressalto que a criança apresenta bom desenvolvimento, integra uma equipe de futebol duas vezes por semana, mas o inconveniente do quadro precisa de verificação para buscar eliminar maiores transtornos. Desde já agradeço a compreensão e aguardo a conduta cabível.</p>

Quadro 17 – Relatório de evolução de atendimento – Sujeito 4

<p>d) Relatório de evolução dos atendimentos realizados (Sujeito 4, onze anos)</p>
<p>04/agosto</p> <p>A criança faltou ao atendimento, apesar de ser ma (incompreensível a letra). O relatório que a escola ficou de mandar, (já que este é antigo) não chegou. Liguei para escola, solicitei o relatório e pedi para a diretora ir chamar a criança em sua casa e mandar para a SE. Vou indicá-lo para um grupo que vou avaliar às 9:00 horas. Ele chegou às 10 dizendo que a professora L. avisou sobre a consulta. Ver relatório e ver folha novo</p>

SDT.

06/setembro

Estava com a professora L. até duas semanas atrás. Passaram para a professora J. há duas semanas. Mãe disse que professora L. disse que: “Essa criança é um monstro e que ele vai receber um tiro na cara”. Profa. L. se refere à criança como “esse moleque”. Existe uma grande diferença entre as duas professoras e isso está acarretando diferença no comportamento da criança, que agora está muito melhor.

Mãe agora está trabalhando à tarde para ficar com a criança e levá-la e buscá-la na escola. Mãe diz que não pode participar do grupo de mães pois é ela que trabalha para sustentar o filho. Chora.

Avó, que olha a criança também não poderia vir pois é comerciante.

- Faço termo de responsabilidade nesta data. Recomendo formalizar a queixa quanto à professora, pois não é desejo deste município deixar passar tal tratamento para uma criança.

Aviso que se a escola reencaminhar ela terá de fazer o grupo ou será encaminhada para o Conselho Tutelar.

Quero ligar para Escola B. e falar com a supervisora.

(sem data)

Ele está agressivo na sala de aula, C.(coordenadora) tem observado. C. mudou de sala para uma professora calma. Já teve problema com esta professora L.. Comportamento da criança já mudou.

C. já tinha comunicado o trabalho da professora para supervisão.Trocaram de professor. Vamos avaliar.

3.3 Análise institucional do discurso que circula num serviço de Saúde Escolar

O universo discursivo (Maingueneau, 2008a) que tomamos para análise é composto por um conjunto de formações que interagem no contexto de um serviço que, embora alocado na Secretaria de Educação, está intimamente relacionado com questões pertinentes à saúde,

destacadamente a saúde mental¹⁴⁰ dos alunos de sua rede de ensino. Tal proposição está nítida no “Informativo Saúde Escolar – o que é?”¹⁴¹ enviado para as instituições escolares:

É um serviço da Secretaria Municipal de Educação com função de dar assistência à rede municipal de ensino, tanto em educação infantil como no ensino fundamental. Tem caráter preventivo na saúde mental, emocional e sócio-familiar das crianças da rede, bem como saneador e fortalecedor da díade educador-aluno (**Anexo C**, grifos nossos).

Os indícios de problemas de saúde mental seriam detectados a partir de comportamentos considerados anormais. A ênfase na observação do comportamento está presente na “Ficha de encaminhamento à Saúde Escolar” (vide **Anexo L**), que fornece a direção de como o professor ou a equipe escolar deve compor o relatório de encaminhamento. Lá encontramos questões como: “(Descrição do) comportamento da criança no dia a dia” e “Informações sobre as reações e comportamentos da criança nas brincadeiras”. Nos relatórios apresentados anteriormente, vimos como as equipes escolares acolhem a orientação e encaminham os alunos para a Saúde Escolar principalmente quando eles apresentam “problemas de comportamento”:

“O motivo pelo qual o educando I. está sendo encaminhado a saúde escolar, se dá devido ao seu comportamento na escola” (sujeito 1); “O aluno tem apresentado comportamento agressivo, muito distraído” (sujeito 3); “A criança em questão está sendo encaminhada por apresentar problema de indisciplina” (sujeito 4).

Para Maingueneau (2008a) a existência do intertexto demonstra que os discursos “conversam” entre si. As principais queixas relatadas pelos professores serão justamente aquelas que podem ser “trabalhadas” no serviço de Saúde Escolar. A ênfase dada aos “problemas de comportamento” que serão entendidos como indicadores de transtornos mentais (respectivamente, déficit de atenção no sujeito 1, transtornos emocionais nos sujeitos 3 e 4) corresponde com a dupla orientação do serviço de Saúde Escolar apresentada no “Informativo – Quem somos (2005)” (**Anexo C**), a preventiva e a terapêutica. A primeira visando “a prevenção de problemas e evitando que os mesmos apareçam” e a segunda,

¹⁴⁰ Serviços de especialidade médica, como oftalmologia, pediatria, ou serviços de odontologia não estão ligados à Saúde Escolar no município, e sim à Secretaria de Saúde (os atendimentos dessas especialidades são realizados em Centros de Saúde e UBSs). Basicamente o serviço de Saúde Escolar atende casos na especialidade de psicologia, psicopedagogia e fonoaudiologia. Em nosso trabalho não analisamos prontuários de crianças atendidas apenas pelos fonoaudiólogos.

¹⁴¹ Que passou a circular a partir de 2005.

visando a terapêutica (correção) desses mesmos problemas para se “conseguir, no futuro, um adulto mais saudável e apto para participar como cidadão” da sociedade.

Esse sujeito “apto” seria aquele capaz de produzir; um sujeito obediente que “sabe qual o seu lugar” e como deve agir desde o mesmo. Os alunos apresentados nos relatórios seriam alunos resistentes ao enquadramento numa certa ordem e, por conta disso, considerados como não produtivos.

“A professora tem que ficar ao seu lado o tempo todo, mesmo assim ele oferece resistência” (sujeito 1); *“Obteve nesse ano letivo pouco avanço tanto em língua portuguesa quanto em matemática”* (sujeito 2); *“Devido ao seu comportamento apresenta algumas dificuldades de aprendizagem”* (sujeito 4).

Pois bem, estamos então diante de quatro crianças cujos sinais/sintomas são tidos como inadequados e potencialmente comprometedores de sua produtividade na vida adulta, esse seria o *tema* que une esses diferentes relatórios (*gênero discursivo*) e também o canal que utilizaremos para observar a articulação de algumas tramas conceituais já indicadas nos capítulos anteriores da tese.

O sujeito 1, no relatório formulado pela equipe escolar, é descrito como quem apresenta comportamentos como agitação, agressividade, dificuldades em aceitar regras, limites e de respeitar os colegas, comportamentos esses que são entendidos como indícios de problemas psicológicos. Essa criança que não se submete à tentativa de controle de seu corpo agitado, que resiste a cooperar com a ordem estipulada para a sala (sentado em fileira, em silêncio) é a criança irredutível, que “só pode ter um problema”.

Nesse mesmo relatório já aparece, de forma implícita, a hipótese sobre os motivos e/ou origem do problema da criança: os pais são separados; o pai casou-se novamente; a criança é criada pela madrasta, e a mãe, embora possua direito de visita, não procura o filho. Diante dessa sequência de fatos, uma conclusão por parte da professora: ela nos informa que *“o aluno não está sabendo lidar com a falta da mãe e quer sempre a atenção de todos”*. Podemos entender daí que foi inferido que o mau comportamento da criança seria uma tentativa de chamar a atenção dos adultos, sendo causado por uma suposta falta que a criança estaria sentindo da mãe (de uma mãe supostamente desnaturada, que abandona o próprio filho). O relatório termina com um pedido de confirmação da hipótese diagnóstica formulada pela professora, hipótese que precisa da chancela da equipe de Saúde Escolar: *“por esse motivo encaminhamos o aluno para diagnóstico mais detalhado”*. Há também um pedido de instrução sobre a maneira como a escola deve “educar a família” e transmitir as orientações de

como precisaria agir para corrigir o comportamento da criança. **Sobre as questões estritamente pedagógicas do aluno, nenhuma palavra é dita.**

O relatório da equipe de Saúde Escolar responde às indagações formuladas pela escola. Primeiramente descarta-se que o problema da criança seja de ordem cognitiva; o problema do sujeito seria de desenvolvimento. O sujeito 1 seria “*imatur*”, teria problemas com o ritmo de seu desenvolvimento por ser “*disperso, agitado, inclusive mentalmente*”. A “*questão emocional*” apontada pela escola existe, mas não seria o mais importante, pois é “*a questão psicomotora e agitação*” que se sobressai e prejudica o rendimento do aluno na escola. A “*questão da atenção*” prejudicaria o processo de aprendizagem e é indicadora do diagnóstico formulado: “*dificuldade na aprendizagem, déficit de atenção significativo*”. Ainda neste relatório são fornecidas as “*dicas*” (pedidas pela escola) para a professora lidar com o aluno em sala de aula. Os encaminhamentos realizados revelam a tentativa de correção/contenção da agitação, pela prática de esporte, tratamento medicamentoso e psicoterapia.

A mesma carta de (re)encaminhamento é enviada para dois especialistas: psiquiatra e neurologista. Nela podemos perceber uma exacerbação da sintomatologia que se espera confirmar/contar: a agitação é “*intensa*” o déficit de atenção (de acordo com a nomenclatura empregada no CID-10 e no DSM-IV) é “*significativo*”, há dificuldade de aprendizagem e inquietação; isso justificaria o encaminhamento para o neurologista (que deveria confirmar o diagnóstico com exames, e propor medicação). As descrições sobre a conjuntura familiar e o destaque dado a problemas delinqüenciais na família da mãe justificariam o encaminhamento ao psiquiatra, que deveria atentar se haveria na criança uma tendência “*herdada*” para problemas de conduta e delinqüenciais no futuro. Assim, da mesma forma que os educadores aguardavam as confirmações diagnósticas e orientações em relação ao caso, também vemos que a equipe de Saúde Escolar, na figura do psicólogo que assina a carta, faz o mesmo, espera do médico – autoridade máxima – não só a confirmação de um diagnóstico, mas também a orientação na condução do caso.

No relatório de evolução dos atendimentos, vários aspectos assinalados anteriormente aparecem de forma integrada. No tratamento psicopedagógico foi feita reorganização neurofuncional (RNF) como resposta à hipótese de que o sujeito apresentaria um comprometimento orgânico, de caráter neurológico. Por outro lado, a psicopedagoga desempenhava, muitas vezes, ao longo dos atendimentos, a função de professor (“*Ensinei a família do F na lousa*”, “*encapou os cadernos*”, “*desenho de forma*”, “*apresentei a família do J*”), **numa tentativa de suprir a ausência de ensino escolar.**

A professora e a orientadora pedagógica, por sua vez, em entrevista com a profissional “*relatam*” informações relativas a “*surras e medo*” que “*sugerem*”, “*são indicativos*” de dificuldades e de distúrbio psiquiátrico. Dessa forma, não haveria o que se fazer na escola (o que também explicaria a persistência da dificuldade do sujeito em aprender as letras e as palavras); o caso da criança seria médico e só um médico poderia resolvê-lo, o que é destacado pela psicopedagoga na necessidade de “*cobrar da família retorno do médico*”.

Em relação ao Sujeito 2, no relatório apresentado pela equipe escolar, a aluna parece ser reconhecida como “adequada” do ponto de vista comportamental, uma vez que “*procura sempre realizar as atividades propostas*” e “*é bastante falante e comunicativa*”, “*apesar das dificuldades*” que suscitaram o encaminhamento. Se não fossem as dificuldades, seria uma boa aluna (porque é obediente). Notemos que **não há maiores descrições sobre as dificuldades acadêmicas da criança**: seu nível de hipótese da escrita (“*silábica sem valor*”) é considerado atrasado para idade e série. Apesar de frequentar o reforço escolar, não havia avanços, não por questões pedagógicas, mas sim por “*dificuldades de concentração e memória*” que seriam competências, pré-requisitos para o aprender. Como a aluna não os apresenta, **não haveria muito o que se fazer do ponto de vista pedagógico...**

O relatório da avaliação da equipe do serviço de Saúde Escolar “responde” à inquietação implícita no relatório da escola afirmando que a aluna não apresentava problemas cognitivos (“*cognição – intelectualmente superior*”), sendo assim, os sintomas presentes teriam outra origem. Por duas vezes no relatório aparece a expressão “*imatura*”. Seus problemas emocionais seriam resultados de “*insegurança*”, “*baixa autoestima*” e “*grande dificuldade em adequar-se/dissociação eu-mundo*”. Por outro lado, a falta de competência linguística avaliada por meio de apenas um teste (consciência fonológica de Capovilla), que acusou “*falha na percepção e memória de cada sílaba, por isso [a criança] não consegue resgatar/formar a palavra*”, foi o suficiente para a formulação de hipótese diagnóstica para dislexia (termo também empregado nos manuais CID-10, DSM-IV). A escola seria orientada sobre como trabalhar o “*pedagógico com método diferenciado*” e a criança, encaminhada para psicopedagogia; os pais também foram encaminhados para terapia, de certa forma, por serem responsabilizados pelos problemas emocionais da criança, e/ou para aprenderem a desenvolver competências pouco estimuladas.

Além da hipótese diagnóstica de dislexia (“*com grave falha na rota fonológica e memória fonológica de trabalho*”), a criança foi encaminhada para o psiquiatra porque no decorrer dos atendimentos apareceram “*tensão e ansiedade*” e “*incapacidade de sustentar o*

olhar". Na carta aparecem descrições nosológicas, termos mais "científicos" para descrever os comportamentos da criança e justificar o encaminhamento e a demanda de medicação para a "*dispersão elevada*".

Há longos intervalos de tempo nos registros de evolução do atendimento da criança. Aparecem exercícios escolares para alfabetização ("família do Ca-co-cu-ce-ci") e a reaplicação dos testes psicológicos como instrumentos de mensuração da evolução do caso.

O relatório da equipe escolar sobre o sujeito 3 segue boa parte do modelo oferecido pelo serviço de Saúde Escolar para confecção de relatórios de encaminhamento. O texto procura responder cada uma das perguntas apresentadas. Novamente questões ligadas ao "comportamento" seriam indicadoras dos encaminhamentos. A "*agressividade*" e a "*distração*" e a "*falta de autonomia*" teriam gerado um atraso no desenvolvimento escolar, estando o aluno (ainda) na "*fase alfabética de escrita*". **Mais uma vez, as preocupações com a questão de aprendizado em si são menores que a preocupação com o comportamento.**

O mau comportamento teria surgido em casa e "*essa agressividade de F. vem se refletindo na escola*". Apesar de ser uma criança assídua, é desobediente ("*não registra as atividades, apresenta dificuldade para sentar e copiar qualquer coisa*"). A professora descreve uma tentativa de desenvolvimento de propostas pedagógicas com a criança, mas ao empregar a conjunção adversativa acaba por revelar que de nada adianta desenvolver estratégias desse âmbito, uma vez que a criança apresentaria um "transtorno": "*O trabalho é realizado com alfabeto móvel [...], porém o aluno não se envolve nas atividades se distrai e dificilmente conclui alguma delas. Aparenta ser uma criança hiperativa*".

Desde o lugar de autoridade "psi", apenas ao olhar a criança, ler indícios no comportamento, o avaliador descarta a presença de problemas de cognição no sujeito 3. Sendo assim, as dificuldades são justificadas como consequência de "*atraso no desenvolvimento motor*" e "*grande imaturidade emocional*". A questão emocional é confirmada como problemática através da revelação do teste de Bender, que indicou "*ansiedade, insegurança, dificuldade em controlar os impulsos*", e também pelas respostas obtidas pela mãe através da aplicação da anamnese que revelou: "*dependência da figura materna, não sabe o que é regras, criança desajustada, manipuladora*". Tudo isso seria resultado de "*relações familiares confusas*".

A aplicação dos testes teria o poder de revelar que a criança apresentava estruturas e competências para o aprender, então suas dificuldades na escola deveriam ser de ordem afetiva, emocional. A mãe foi "orientada"/repreendida quanto a "*necessidade de organização e reestruturação da dinâmica familiar*" e quanto à importância de matricular o filho em uma

prática esportiva para controle dos impulsos. Tanto a criança quanto a mãe foram encaminhadas à terapia para aprenderem a se comportar.¹⁴² Apesar de haver sido dito que a criança não apresentaria maiores dificuldades para aprender, ela é enquadrada na hipótese diagnóstica de problemas de aprendizagem por apresentar conflitos emocionais (foco preventivo).

Por que encaminhar a criança para um médico homeopata? Parece-nos que pelo fato de que o caso não tenha sido considerado grave o bastante a ponto de necessitar medicação alopática. A homeopatia viria para auxiliar no “equilíbrio emocional”. Novamente o médico é convocado a orientar a condução do caso.

No relatório de evolução do caso do sujeito 3 acompanhamos um trabalho de alfabetização com famílias silábicas, cópia, leitura de sílabas e palavras. Nada muito diferente do que a criança encontraria na escola, salvo a atenção individualizada. A reaplicação dos testes é usada como ferramenta de avaliação do trabalho psicopedagógico. O atendimento é interrompido pelo pai da criança, mas a profissional usa o termo clínico “*alta*” para descrever a parada do processo.

O sujeito 4 foi encaminhado para o serviço de Saúde Escolar por conta de sua indisciplina (suposta indicação dos chamados transtornos de conduta?). Na primeira parte do texto há uma descrição do comportamento da criança: “*agressividade, impaciência, dificuldades em aceitar quando erra ou é contrariado*”. Pela sequenciação das frases aparece a hipótese implícita sobre as causas de tal comportamento: “*foi abandonado pelo pai ao nascer, tem problemas de relacionamento com o padrasto e está infeliz com a possibilidade de ter um irmão*”. Frases curtas afirmam: *é agressivo, é pouco aceito*. O mau comportamento da criança seria o motivo pelo qual estaria apresentando problemas de aprendizagem, traduzidos como dificuldades na produção de textos e resolução de problemas. Entretanto, o pedido de encaminhamento não partiu da escola, ou seja, se não tivesse havido uma demanda de encaminhamento psicológico por parte da mãe, talvez a criança nem estivesse sendo avaliada. A descrição das “*dificuldades de aprendizagem*” parece vir para garantir que a criança será tomada em atendimento num serviço que *a priori* lidaria com sujeitos em dificuldades escolares.

Os resultados dos testes de inteligência “mediram” a inteligência da criança como mediana, confirmando que haveria um problema (de natureza “orgânica”) no âmago das dificuldades apresentadas. A “*alteração no âmbito psicomotor*” é sugerida pelo fato de que a

¹⁴² Mais uma vez, não negamos a existência dos conflitos psíquicos, nem a importância dos processos terapêuticos; questionamos a coação para terapia sem uma demanda do sujeito.

criança “*necessitou refazer duas vezes*” a figura até obter o resultado “*desejado*”. Desejado por quem? O que se deseja? Não copiar a figura como manda o protocolo do teste demonstraria que o sujeito não corresponde ao que foi instituído como certo.

Na opinião do examinador, a criança manteve-se atenta e concentrada durante a aplicação dos testes, o que contradiria a queixa de inquietação do relatório de encaminhamento. Entretanto, o sujeito “*confessa*” (o pecado) que na escola não se mantém quieto e atento. Na relação com o entrevistador (o qual a criança nunca tinha visto antes, apenas nessa situação de teste, de avaliação), a criança inicialmente não quer fazer as atividades propostas, ao ser incentivada por ele a realizá-las, ela responde de forma positiva, o que para o entrevistador *sugestiona* (a palavra é empregada como eufemismo, mas não mascara o caráter afirmativo da sentença) “*a existência de autoestima rebaixada e/ou insegurança diante de novos obstáculos...*”.

A escrita com “*intensos erros de ortografia*” (como medir o grau de um erro de ortografia?) estaria relacionada “*à baixa exposição(da criança) à leitura, a rodas de conversa*”, e a não resolução de operações matemáticas que já deveriam ser realizadas pelo critério de idade/série (“*ainda não resolve*”).

Ao término do relatório é indicado encaminhamento ao neurologista para que “*investiguemos*” (profissional da Saúde Escolar e médico estariam numa mesma posição de autoridade em relação à criança e sua família) a origem de dores de cabeça e a causa dos problemas de aprendizagem. Ainda no mesmo parágrafo é indicado que a criança faz esporte duas vezes por semana, o que demonstraria uma certa integridade física (orgânica), mas (conjunção implícita) compareceu a atendimentos na Saúde Escolar sozinho (numa crítica também implícita à mãe, que não seria tão protetora e teria deixado o filho sair sozinho na rua (tanto que a mãe é encaminhada para receber orientação – de como ser mãe – na sede da Saúde Escolar). Com esse cenário montado, é indicado que a criança teria dificuldade de aprendizagem por conta de um problema emocional(distúrbio emocional, na linguagem do CID-10, DSM-IV) . A escola é orientada a empregar um método pedagógico diferenciado com o aluno.

Na carta de encaminhamento ao neurologista é falado sobre as dores de cabeça das quais a criança teria se queixado, e também ocorre o assinalamento da presença de “*intensa agitação*”, que não apareceu na avaliação realizada pelo membro da equipe de Saúde Escolar, mas tal qual um telefone sem fio, a queixa da professora é então repassada, sem maiores questionamentos, ao médico (ainda mais quando a criança “é ré confessa”). O resultado da avaliação neurológica teria o poder de “*eliminar maiores transtornos*”, transtorno que pode

ser entendido como tentativa de buscar detectar se o caso não seria oriundo de problemas mais graves (como presença de tumor), mas também na expectativa de que essa criança seja medicamentosamente silenciada e pare de “incomodar, transtornar os adultos”.

No relatório de evolução dos atendimentos não há relato dos atendimentos propriamente ditos, apenas de procedimentos empregados. O profissional da Saúde Escolar “liga” para a escola, “pede” o relatório e “pede” para a diretora ir chamar a criança em casa e “mandar” a criança para o atendimento. Tanto a diretora quanto a criança “obedecem” aos pedidos feitos. A mãe teria argumentado que o comportamento da criança seria resultado de maus-tratos por parte de uma professora, e a mudança de professora “acarreta diferença no comportamento da criança”, que teria melhorado. Essa melhora também estaria relacionada, no texto da profissional, ao fato de que a mãe corrigiu o próprio comportamento “inadequado”, e agora leva e busca o filho na escola.

Como a mãe não podia (ou o que pode ter sido entendido como ela “não queria”) participar do grupo de orientação para pais, ela precisa (de forma intimidatória) “assinar um termo de responsabilidade”. Houve também uma ameaça explícita: “aviso que se a escola reencaminhar [a criança], ela [a mãe] terá de fazer o grupo ou [a criança ou a mãe] será encaminhada para o Conselho Tutelar”. A profissional orienta a mãe, sobre a necessidade de que a mesma formalize uma queixa contra a professora que agiu de forma violenta com a criança...

Dedicamos especial atenção à forma como o discurso psiquiátrico institucionaliza-se no serviço de Saúde Escolar, por meio de sistemáticos relatórios que o fazem “circular, traduzindo-se como práticas que se repetem e legitimam-se” (GUIRADO, 1986). Esses relatórios que vêm e vão falam, sobretudo, de um certo tipo de saber (médico e psicológico) sobre as crianças que frequentam a rede municipal de ensino, e demonstram o jogo de forças sob a égide do poder psiquiátrico. A leitura de vários desses relatórios produziu algumas reflexões com base em questões formuladas ao longo da tese: começemos analisando o jogo de forças e a forma como o poder parece advir exatamente deste saber medicalizante e psicologizante sobre o sujeito (que, por sinal, dilui-se por trás de jargões e hipóteses diagnósticas). O olhar dos professores é orientado para localizar exatamente esses jargões e essas hipóteses, e a equipe de Saúde Escolar vem então para confirmá-los e legitimá-los.

Do lado dos alunos e suas famílias, acompanhamos o submetimento a esse saber, que muitas vezes é imposto na forma de coerção¹⁴³. O jogo de palavras antagônicas ilustra essa tensão:

A escola poderá encaminhar pais e familiares que julguem se beneficiar deste tipo de trabalho, por meio de ofício e relatório à esta Divisão.[...] Solicitamos à escola que oriente os pais sobre a razão do encaminhamento, esclareça que a convocação implicará obrigatoriamente na sua participação no grupo, e busque a sua aprovação antes de direcioná-los ao serviço. (Anexo J, grifos nossos)

Os pais deverão concordar, aprovar uma convocação e a obrigatoriedade de sua participação em um “grupo de pais” (concordar ou acatar?). Por outro lado, a resistência a esse processo de submetimento aparece muitas vezes em ato; por exemplo, quando pais não comparecem à triagem, ou comparecem bêbados, ou falam alto demais, ameaçam ou intimidam a equipe.

As profissionais da equipe são chamadas por alguns pais, crianças, professores e funcionários das escolas de “as doutoras da Saúde Escolar” e são elas que detêm as técnicas de saber (aplicam e interpretam os testes, emitem pareceres, executam encaminhamentos e orientam professores) e, de certa forma, divulgam os procedimentos discursivos, através de suas orientações sobre o que não é “normal” para um aluno de uma determinada idade, em termos de desenvolvimento e comportamento no ambiente escolar. “A criança [o aluno] cuida de si? Defende-se? É persecutório, isto é, acha que tudo e todos estão contra ele? Cuida de suas coisas? Como? Organiza-se no caderno? Como? O que falta? Qual sua expectativa em relação a este aluno?”¹⁴⁴.

Para Foucault (2006), o poder psiquiátrico recria o conceito de aluno como uma nova categoria discursiva, aquele aluno cujas aptidões e capacidades estariam de acordo, aquém ou além com uma sequência convencionada de desenvolvimento, constituído a partir da lógica do desempenho. E o professor? Por que insiste em descrever comportamentos embalados sob rótulos como os de hiperatividade ou dislexia? Por que só falam daquilo que o aluno não sabe, não consegue ou não faz, e nunca em termos de que tipo de trabalho desenvolvem com seus

¹⁴³ Acompanhamos uma devolutiva de uma das psicólogas do serviço a um pai, ao qual tentava explicar o que era dislexia (“Uma alteração numa parte do cérebro” (sic)), e solicitava que este pai levasse sua filha ao neurologista para uma bateria de exames. O pai retrucava que não queria medicar a filha, que ela não era doente. A psicóloga interrompe a fala do pai (que passa então a ficar mudo) com a seguinte fala: “O senhor conhece o Conselho Tutelar? Estamos tentando ajudar sua filha, se o senhor não quiser ajudá-la tomaremos providências”(sic).

¹⁴⁴ Citação extraída do material de orientação fornecido pelo serviço de Saúde Escolar aos professores da rede municipal de ensino (Anexos C e J).

alunos? Por que alguns professores desistem de ensinar e acham que só “os doutores” possuem um saber sobre seus alunos? Parece-me que o discurso psiquiátrico encanta por parecer ser a tradução de uma verdade “científica” sobre o funcionamento mental, a ser aplicada em sala de aula.

Pedagogia não é ciência, Carvalho (2001) afirma que o que se passa entre alunos e professores está mais no campo da arte-prática que da ciência. Mas... o legado da tradição positivista nos ensina que aquilo que não é carimbado com *pedigree* científico parece pouco sério e confiável. Temos aqui um casamento perfeito, o poder psiquiátrico articula-se, a partir do século XIX, e consolida-se em torno do conceito de criança (a)normal, e encontra na pedagogia um parceiro no processo de normatização e um agente na detecção e produção do anormal. A aproximação da psiquiatria e da psicologia à pedagogia parece trazer a esta última um “*status*” de cientificidade muito almejado.

Sendo assim, o emprego de um discurso médico e psicológico por parte das equipes escolares em seus relatórios, parece conferir-lhes uma legitimidade e um poder que certamente não adviria de seus saberes, de seus salários e de suas condições de trabalho. Os saberes “psi” posicionam-se majoritariamente como o conjunto disciplinar que forneceria o fundamento das práticas educativas, ou, conforme Foucault (1996), como “princípio de controle da produção do discurso e qualificação para entrada na ordem do discurso” (FOUCAULT, 1996, p. 34). Esses professores podem então definir sua identidade profissional a partir dessa ordem discursiva e podem exercer certo tipo de poder sobre os alunos e suas famílias. Prática discursiva calcada em muitos jargões, muitas etiquetas que, por sua vez, são empregados, de certa forma, como uma abreviação deste discurso psiquiátrico que o professor não consegue (e não pode) dominar totalmente. Desta forma, nos relatórios docentes predomina uma sensação de estereotipia e superficialidade:

“Filho de pai de santo, apresenta déficit de atenção”.

“Muito distraído, não consegue se concentrar em diversas atividades”.

“Devido ao trauma emocional que sofreu é muito tímido. Encontra-se na hipótese silábica”.

“Apresenta raciocínio lento na solução de situações problema”.

Tais observações levaram-nos a considerar que há um emprego relativamente grande daquilo que Scheffler (1978) chama de *definições estipulativas não inventivas*, que seriam usadas quando “é necessário referir-se a alguma coisa num contexto particular, para a qual a linguagem disponível oferece apenas, no melhor dos casos a possibilidade de uma descrição extensa a conveniência aconselha a introdução de um termo abreviatório [...], de etiquetas

cômodas” (SCHEFFLER, 1978, p. 23).

Os profissionais do serviço de Saúde Escolar são esperados para preencher as lacunas que se abrem entre os jargões; para explicar ao professor (que passa a ocupar uma posição semelhante a um aluno¹⁴⁵) o que fazer com o aluno disléxico, hiperativo, ou com aquele que sofreu um “trauma emocional”; para pôr em movimento os procedimentos de circulação e as tecnologias de produção de verdade. Em última instância, por essa “capacitação”, o professor teria seu olhar clínico apurado para entender a distração como déficit de atenção, o mexer-se demasiadamente na carteira como hiperatividade e a dificuldade de ler e escrever (muitas vezes como consequência da ausência de ensino) como dislexia. Em termos foucaultianos, esta é a produção de formas de subjetividade idênticas produzidas no discurso da ciência.

Há um jogo de poder que se encena. Albuquerque (1986) amplia o conceito de instituição desvinculando-a do conceito de estabelecimento, aproximando-a ao de ato, de práticas que se repetem e legitimam-se no fazer de seus atores, por efeito de reconhecimento e desconhecimento. Tanto este autor como Maingueneau (1997) insistem numa análise institucional que entrelace texto e contexto. Entendemos assim que a instituição Saúde Escolar se edifica através do jogo produzido pelo movimento do poder psiquiátrico, exemplificado como dispositivo pelo gênero discursivo de relatórios. Isso não é inócuo. O uso psiquiátrico dos relatórios remete à origem mesma desta especialidade médica (a psiquiatria): a aproximação entre o saber médico, o direito e a força policial. O relatório é o instrumento legitimador por excelência do discurso da psiquiatria.

Os profissionais do serviço de Saúde Escolar são os representantes do saber científico, médico e psicológico e praticamente reverenciados por essa condição de representação. Os professores esperam a legitimação de sua prática profissional, através do reconhecimento feito pelos profissionais da Saúde Escolar de seu “olho clínico” na detecção das anomalias infantis; e as crianças e suas famílias cedem¹⁴⁶ seus corpos ao discurso veiculados por esses profissionais. O jogo se desenrola entre relatórios, testes e mais relatórios que procuram dar conta de manter a circularidade ritualística do discurso. Ao final das devolutivas espera-se que os professores estejam mais aptos a detectar alunos com anomalias e dificuldades, encaminhando mais pacientes para o serviço de Saúde Escolar, que, por sua vez, retornará à escola para validar o encaminhamento dos professores...

¹⁴⁵ O professor fica no lugar de aluno, muitas vezes de um aluno que nada sabe (“Eu não sei mais o que fazer com este aluno”), esvaziando o ato educativo, uma vez que o saber (sobre sua prática) é conferido a um terceiro.

¹⁴⁶ Ou não, mas há um enorme risco de retaliação nesta posição de resistência.

De uma maneira mais geral, o discurso implica pôr em relação dois lugares. O problema dos parceiros não é somente transmitir ideias, mas é fazer reconhecer o lugar a partir do qual está falando. E fazer o outro reconhecer o lugar a partir do qual está recebendo o discurso (MAINGUENEAU apud GUIRADO, 2007, p. 99).

Nos relatórios emitidos pelos profissionais do serviço aparece uma preocupação em medir o grau de inteligência, ritmo de desenvolvimento e possibilidades de surgimento de futuros problemas psicológicos (oriundos de uma suposta degeneração social e ambiental). Esse discurso é mediado pelo procedimento de aplicação de testes, com abundância de emprego de termos avaliativos negativos. Nas palavras de Moysés (2001):

O caráter ideológico dos testes de inteligência (e derivados) é nítido, seja pela análise de seu próprio conteúdo, seja pela história de seus usos e consequências. Historicamente, tem servido como elemento a mais para justificar, por um atestado cientificista, uma sociedade que se afirma baseada na igualdade, porém se funda na desigualdade entre os homens. Entende-se, assim, que a ênfase seja dada ao que a criança não tem, ao que ela não sabe, àquilo que lhe falta. É um olhar voltado para a carência, para a falha da criança. É quase como se a criança, que está sendo avaliada, precisasse se encaixar nas formas de avaliação que o avaliador, conhece (MOYSÉS, 2001, p. 41).

No parecer dos profissionais do serviço não há espaço para hesitação, não há condicional no emprego dos tempos verbais, há afirmações...

“Inteligência média inferior (dentro da normalidade, mas pouco estimulada para os conteúdos da vida escolar). Há imaturidade e pouco desenvolvimento na área de linguagem.”

“Inteligência encontra-se rebaixada, entre VNI (limítrofe) e média inferior. Imaturidade emocional e psicomotora. Há inadequação de comportamento e pouco senso crítico e moral. A desestrutura familiar, com estado de miséria, é muito significativa. A motivação de vida é a sobrevivência básica.”

“Foi encaminhado pela questão de não se comunicar na escola, sugerindo o diagnóstico de mutismo eletivo (CID 10).”

“Criança apresenta uma imaturidade cognitiva (VNI) pelo TDA/H. O quadro se apresenta completo, isto é, com imaturidade psicomotora, desorientação, desorganização. Há probabilidade de melhora com medicação.”

“Inteligência preservada, grave distúrbio fonarticulatório, baixa autoestima.”

“Portador de deficiência mental leve. Já seria (prova de Piaget) com ajuda, teste psicomotor bom (Bender infantil), alcoolismo na família.”

No que diz respeito aos procedimentos a serem adotados pelos professores e pelas famílias das crianças avaliadas, parece-nos que há uma dupla orientação uma de ordem corretiva e outra de caráter preventivo (que pretendem ser invariáveis e infalíveis)¹⁴⁷. Dessa forma, há uma concentração em determinar etapas precisas no processo de desenvolvimento infantil, e cuidadoso olhar para verificar a paridade entre a idade cronológica do sujeito e aquilo que se espera que ele possa fazer e saber em determinada faixa etária; a ideia de estimulação aparece coincidindo com a de orientação corretiva. Os alunos são “examinados”, “triados” no pressuposto de que uma detecção precoce e um trabalho corretivo poderiam evitar problemas futuros. Essa orientação corretiva aparece amparada no pressuposto de que um certo “afrouxamento moral” provocaria as dificuldades de adaptação do sujeito à escola.

A primazia dos problemas hereditários e congênitos como causa primeira das dificuldades apresentadas pelas crianças na escola, tal qual apresentado nas primeiras teses higiênicas, é superada [a ideia de primazia] por uma crença de que a maioria dos “males” encontrados nos escolares é oriunda [a maioria] de conflitos afetivos e das condições ambientais, traduzidos em comportamentos “anormais”, “turbulentos”.

A preocupação com a questão pedagógica e com a transmissão de conhecimentos é pouca. Há, sobretudo, uma orientação no sentido de correção dos déficits de aprendizado, numa assistência médica e psicológica à criança, e no sentido da consolidação da posição dos “doutores” como orientadores dos pais (que são encaminhados para grupos de pais) e dos professores acerca da forma como os mesmos devem interagir com uma criança, num caráter explicitamente adaptativo e normalizador.

No material analisado podemos acompanhar de que maneira o processo escolar é reduzido a uma noção de desenvolvimento de capacidades / habilidades (psico)maturacionais medidas por índices de desempenho. Assim como Binet buscava os sinais físicos de inteligência, entendemos que nas triagens realizadas pelo serviço ocorre uma busca dos sinais comportamentais que indicariam menor capacidade de produção ou que poderiam atrapalhar o desenvolvimento/produção.

Percebe-se em X. conflitos, egoísmo, regressão com fixação em estágio primitivo, sentimentos de inferioridade, inibição, comportamento emocionalmente dependente e ansioso. Há existência também de frustração, falta de confiança na própria produtividade com sentimento também de fraqueza.

¹⁴⁷ Como aula de judô para “trabalhar agressividade”, “ambiente caloroso” para aluno tímido, florais de Bach para criança agitada, além de reforço escolar não importando como nem para quem.

De certa forma, podemos identificar como ainda existente a ideia apresentada no capítulo 1 de que é preciso detectar precocemente um “problema” de desenvolvimento ou de conduta em uma criança (oriundos de supostas falhas de capacidades intelectuais, afetivas e morais resultantes, por sua vez, de falhas na estruturação biológica ou social), pois se não tratados haveria um risco de o caso evoluir para patologias mais graves, um processo de degeneração.

Algumas marcas do tratamento/educação moral também podem ser localizadas nessa experiência. As consignas ocultas nos textos produzidos demandam um domínio do corpo infantil, que precisa ser contido em seus excessos de movimento, de fala, de agitação, de irritação. Através do inculcamento dos rituais disciplinares, as crianças precisam aprender a se comportar. Aquela que erra que dá problema, precisa perceber juntamente com sua família que está “agindo de forma errada”. Pensamos que a sobredeterminação da palavra moral dá margem à entrada de um discurso moralista e preconceituoso, em prol de uma ainda existente higiene mental, como no exemplo abaixo:

Inteligência encontra-se rebaixada, entre VNI (limítrofe) e média inferior. Imaturidade emocional e psicomotora. Há inadequações de comportamento e pouco senso crítico e moral. A desestrutura familiar, com estado de miséria, é muito significativa. A motivação de vida é a sobrevivência básica, sendo a escola a única estrutura social mais adequada que T. conhece. Apesar disso, ela está silábica com valor sonoro para algumas consoantes e vogais.

Não se fala apenas do que é normal/anormal em termos de saúde psíquica, mas também do que é certo e errado em termos de conduta social. Nas idas e vindas dos relatórios, muitas vezes, a vida privada do sujeito, sua intimidade, é exposta, produzindo constrangimento e humilhação.

Ao mesmo tempo em que divulga e faz ajuste nas práticas pedagógicas dos professores, o discurso psiquiátrico acaba normalizando o processo pedagógico por meio da indicação e multiplicação das normas. Em última instância, esse movimento gera uma planificação, ou seja, “a representação de uma totalidade de normas reciprocamente relativas” (GUIRADO, 2009, p.231), algo semelhante a um pensamento único, pretensamente representante de uma verdade, mecanismo este que coloca “as ciências” no lugar da “providência” que sabe acima de nós o que nos é melhor. Uma vez criadas e difundidas as normas, aos professores cabe a função de “detectar” possíveis desvios em relação a elas,

encaminhando então seu aluno para um especialista, fechando assim o circuito de um mecanismo autoengendrado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho buscamos demonstrar o funcionamento de uma engrenagem bem sucedida de produção e manutenção das “doenças do não aprender e do comportamento” (COLLARES; MOYSÉS, 2010, p. 71) e de construção de um modo de subjetivação moderno a partir de referenciais “psi”. Para tanto, empregamos um estudo que campo com o intuito de analisar o processo de encaminhamento de alunos para atendimentos especializados, de modo a ilustrar o funcionamento deste processo de produção do insucesso escolar, apresentado nos primeiros capítulos desta tese.

Especialmente, no que diz respeito à criança, a construção de uma normatividade amparada na noção biopolitizada da existência de um processo de desenvolvimento normal em que haveria uma paridade entre idade cronológica e determinadas funções, habilidades e capacidades (que deveriam ser desempenhadas dentro de um intervalo convencional), alimenta a busca pelos sinais físicos e comportamentais que possam indicar possíveis desvios, de modo que estes sejam rapidamente “consertados”. Como vimos ao longo da tese, não apenas a criança “anormal” será alvo desse olhar medicalizante, uma vez que pelo viés profilático possíveis patologias deveriam ser prevenidas por meio de uma normatização da relação entre os educadores/formadores (sejam pais ou professores) e todas as crianças.

Em muitas instituições escolares, os índices de “anormalidade” nas crianças são medidos pela forma como “comportamentos indesejáveis” podem afetar o rendimento escolar, reduzido muitas vezes ao valor das notas no boletim. A insistência em se observar os fenômenos escolares pelo crivo dos discursos médicos e “psi” leva-nos a pensar num movimento de fetichização da pedagogia, da transformação do processo de transmissão de conhecimento numa redução, em última instância, à mera cobrança por resultados padronizados.

Estamos empregando aqui o conceito de fetiche tal como definido por Freud (1927/1996), não em seu aspecto de patologia mental, mas destacando sua função de denegação da castração¹⁴⁸ (materna), de uma falta que não pode ser aceita nem tão pouco ignorada. O fetiche “desdobra diante da realidade um véu que a dissimula, e é este véu que o sujeito finalmente superestima” (CHEMAMA; VANDERMERSCH, 2003, p. 136). Qual é o véu / fetiche da pedagogia? O que ele busca ocultar?

¹⁴⁸ Conceito psicanalítico relacionado à relação do sujeito com a falta.

O discurso pedagógico atual presta um verdadeiro culto¹⁴⁹ ao desempenho, desdobrando-se numa inquietação, por parte de muitos profissionais da área, em conhecer os modos de funcionamento e formas de estimulação das supostas capacidades “bio-psico-sociais” de seus alunos, para poder extrair daí um método eficaz em que, por meio do desenvolvimento de uma série de técnicas, finalmente seria possível realizar o sonho de Comenius¹⁵⁰: ensinar tudo a todos.

Arendt (2000) destaca que a crise na educação está relacionada, dentre outros aspectos, a uma euforia em relação às novidades pedagógicas que reduziram o trabalho do professor a de um executor e transmissor de técnicas, estas mudam constantemente não autorizando o professor a assumir o lugar daquele que sabe, perpetuando-o numa posição de aprendiz e eliminando a assimetria existente entre ele e seu aluno.

Como o professor não precisa conhecer sua própria matéria, não raro acontece encontrar-se apenas um passo à frente de sua classe em conhecimento. Isso quer dizer, por sua vez, que não apenas os estudantes são efetivamente abandonados a seus próprios recursos, mas também que a fonte mais legítima da autoridade do professor [...] não é mais eficaz (ARENDR, 2000, p. 231).

A fetichização da pedagogia, sua fixação no discurso medicalizante funciona como um véu que tenta encobrir o esvaziamento do ato educativo. **Não se pode aprender onde não há ensino**¹⁵¹. O maior clichê construtivista apresentado na máxima “*A criança constrói (sozinha) seu próprio conhecimento*” produziu um efeito perverso: o deslocamento do contexto da educação de um campo histórico e social para uma concepção de educar como processo de apropriação do mundo de forma individual, com enfoque neste processo em detrimento da importância da apreensão de conteúdos¹⁵². Algo que Martins (2004) define como uma recusa do ensino e como uma pedagogia antiescolar.

Relegar para um discreto segundo plano o conteúdo da aprendizagem em nome de um apologetico “aprender a aprender” implica conceber o processo educativo como um processo de interação entre significados subjetivos e

¹⁴⁹ Para Charles de Brosses (1760/1988), fetichismo é definido como o culto a antigos objetos terrestres e materiais prestados pelos negros africanos.

¹⁵⁰ Iohannis Amos Comenius publica, em 1657, em Amsterdã sua **Didactica Magna**, com o subtítulo *Tratado da arte universal de ensinar tudo a todos*.

¹⁵¹ Os pedagogos costumam sempre associar os verbos ensinar e aprender, como descrição do “processo de ensino-aprendizagem”, o que é uma falácia, visto que pode haver ensino sem aprendizagem, mas não existe aprendizado sem ensino. Sobre isso Paulo Freire (1987) faz uma constatação interessante, destacando que nas escolas há mais problemas de “ensinagem” que de aprendizagem.

¹⁵² Não estamos aqui formulando uma crítica ao construtivismo como campo de investigação no âmbito da epistemologia genética tal qual idealizado por Jean Piaget. Questionamos a redução e simplificação dos conceitos importados deste campo e aplicados à pedagogia.

individuais em oposição à transmissão de um saber objetivo socialmente construído, a ter como resultado a individualização do conhecimento, a naturalização das desigualdades e a cruel responsabilização do indivíduo por aquilo que suas condições objetivas de vida não lhe permitiram, no que se inclui uma educação escolar de qualidade (MARTINS, 2004 p. 65).

Aprender passa a ser prioritariamente um processo adaptativo por meio do qual se deve incorporar “a realidade” como se esta fosse uma entidade absolutamente natural, que não precisa ser entendida, apenas sentida e internalizada. Philippe Perrenoud¹⁵³, cujas ideias fundamentam o *Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil e os Parâmetros Curriculares Nacionais- Ensino Fundamental* (PCN), é, no momento, um teórico admirado por inúmeros educadores brasileiros. Representante de uma corrente dita construtivista, apregoa que ensinar é desenvolver competências. Este autor entende competência como “a faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações” (PERRENOUD, 2002, p. 72). Desenvolver competências com que objetivo? Para que o sujeito possa produzir mais, preparando-se assim para a entrada no mercado de trabalho (nas funções braçais ou intelectuais), perfeitamente afinado com a lógica do Sistema Liberal.

Esse sujeito produtivo coincide, numa abordagem foucaultiana, com o sujeito “docilizado” pelo poder disciplinar. A apologia da sublimação¹⁵⁴ empregada pelos defensores da higiene mental bem como pelos seus agentes (educadores) foi uma ferramenta ideológica importante no processo de adestramento e preparação dos corpos para o trabalho e “desenvolvimento” da capacidade de produção. Esta apologia é descrita por Marcuse (1999) como sublimação repressiva.

Na lógica da sublimação repressiva não se trata da produção de alternativas subjetivas na busca de satisfação do desejo, como preconizado por Freud (1927/1996). Aqui não há espaço (nem tempo!) para a expressão do desejo... Na sublimação repressiva o alvo é a produção. Nela estamos na égide de um outro fundamento, o do princípio do desempenho (MARCUSE, 1999), o qual pode ser traduzido na inquietação: como fazer um sujeito trabalhar mais com o máximo de produtividade? A lógica da fábrica alastrou-se para demais âmbitos sociais, o princípio de desempenho torna-se a matriz de vários processos de normatização.

¹⁵³ Sociólogo suíço, seus trabalhos falam principalmente sobre os processos de formação, avaliação e desenvolvimento de competências.

¹⁵⁴ Conceito psicanalítico relacionado a um certo rebaixamento pulsional, e a um investimento psíquico em atividades aparentemente de cunho não-sexual, como as artísticas, intelectuais, e outras desde que valorizadas socialmente por suas finalidades “superiores”.

Com o princípio de desempenho o que está em jogo é o que Marcuse (1999) chamou de **mais-repressão**: “controles adicionais acima e além dos indispensáveis à associação civilizada humana, gerados por instituições específicas de dominação” (MARCUSE, 1999, p. 53). Assim como nas empresas, também nas escolas buscam-se técnicas para melhorar os índices de produtividade, aumentando assim o consumo dos professores por cursos de capacitação e materiais que possam transmitir a metodologia da moda que finalmente poderia ensinar “mais e melhor”. Conforme Matos (2003), na sociedade de espetáculo contemporânea, substituem-se as práticas formadoras pelas de *performance*.

Na escola submetida a esta orientação, o princípio de desempenho é medido em termos de notas e conceitos, num lugar onde a demanda em relação aos alunos está na reprodução e não na criação. Na leitura do discurso institucional acerca dos alunos ditos em dificuldades escolares esta perspectiva se destaca... Entretanto, um efeito direto da mais-repressão é a diminuição da capacidade criativa, que paradoxalmente prefigura uma queixa recorrente do discurso pedagógico: a de que os alunos não criam, estão excessivamente apáticos, dispersos ou hiperativos, bem como mais “agressivos”. Para alguns sujeitos, a recusa escolar pode ser uma reação diante deste pedido constante de alienação, de reprodução em detrimento do desejo de saber; como afirma Bleger (2007), as instituições são geradoras do mal que deveriam extirpar!

O que fazer com esses alunos que resistem à coisificação de seus corpos e mentes e que não respondem às expectativas de desempenho por parte das escolas? São sérios candidatos a serem considerados como “portadores de distúrbios de aprendizagem” e totalmente desinvestidos pelos docentes que insistem que eles devem ser encaminhados para tratamento especializado. Este é mais um aspecto relevante no processo de fetichização da pedagogia; a vigilância constante em relação ao desempenho de seus alunos e ânsia pela prevenção e intervenção em supostos desajustes, demonstra a forma como os fenômenos escolares são lidos predominantemente a partir do crivo da psicologia e medicina que no seu patamar de “ciência” determinam os limites e os padrões de normalidade. Ao longo do nosso trabalho buscamos mostrar como essas diferentes formas de articulação entre saber e poder servem como fundamento para orientar práticas pedagógicas.

A importação dos rituais, procedimentos e de um discurso médico e “psi” trouxe para o campo da educação uma estratégia de divulgação de um tipo de poder disciplinar, o poder psiquiátrico. Através do estudo de alguns aspectos da história da psiquiatria moderna, buscamos demonstrar, sobretudo, o caráter pedagogizante presente na criação de um modelo

de tratamento híbrido que buscava “curar” ao mesmo tempo o psiquismo e a moral, sendo replicado como matriz metodológica na educação das crianças ditas anormais.

No que diz respeito à psiquiatria infantil, buscamos ilustrar como sua fundação ocorreu a partir da busca da etiologia da idiotia e da imbecilidade, de onde descendem todas as categorias que tentam enquadrar as supostas afecções infantis, dentre elas os atuais conceitos de “transtornos de aprendizagem”, “transtornos de conduta” e “transtornos emocionais”, “transtornos hipercinéticos”, frequentemente relacionados ao insucesso escolar.

A ascendência das categorias nosográficas infantis atuais de um ramo da loucura (idiotia) permite uma sobredeterminação imaginária entre loucura e fracasso escolar. Essa sobredeterminação é facilitada pela repetição de técnicas e procedimentos dirigidos às crianças idiotas, imbecis, anormais, anormais de escola, débeis mentais, retardadas mentais, atrasados pedagógicos, anormais de conduta, oligofrênicas, hipostêmicas, hiperstêmicas, com distúrbios de aprendizagem, com distúrbios emocionais, hiperativas, disléxicas... mudam os nomes e técnicas de tratamento, mas a perspectiva de enxergar a criança e seu comportamento pelo crivo de um saber medicalizante permanece pouco alterado desde o século XIX.

No estudo que fizemos da institucionalização do poder psiquiátrico em um serviço de Saúde Escolar buscamos demonstrar de que forma a instauração da “engenhoca” da produção do fracasso escolar ocorreu pela via da incorporação e circulação do discurso medicalizante sobre o aluno “que vai mal na escola”. Nesse discurso perpetua-se a presença de uma das facetas da psiquiatria moderna, a higiene mental, amparada numa perspectiva de promoção de uma “higiene social”. As práticas higienistas de correção e prevenção dos supostos transtornos mentais são um “meio de cultura” da perpetuação e proliferação de diversas formas de preconceito que geram exclusão e sofrimento.

Na apresentação de nosso trabalho afirmamos que esta tese foi produzida como uma tentativa nossa de pensarmos sobre a massificação do discurso psicológico e psiquiátrico nas escolas, exclusão dos alunos, angústia docente e esvaziamento do ato educativo. E perguntávamo-nos: Há uma saída? Como desmontar uma engrenagem desse porte?

Em nosso entender, além da crítica, precisamos demonstrar que as relações de poder, de força permitem reação... Portanto, gostaríamos de situar nosso trabalho dentro de um grupo de produção e ação de resistência em relação ao discurso medicalizante hegemônico. É importante destacar que dentro do próprio campo da medicina, das disciplinas “psi” e da educação, vem sendo construído um discurso que visa problematizar os “excessos” classificatórios e as práticas de exclusão realizados em nome da “ciência”.

Rose (2007), desde a autoridade que lhe é conferida como neurocientista, alerta como não são evidentes as respostas buscadas no corpo, especialmente nos genes, sobre as origens das doenças (inclusive mentais – um dos eixos que estará presente na próxima versão do DSM – vide **Anexo M**). Assevera que os fatores genéticos, por exemplo, não podem responder por si só à complexidade das manifestações humanas, resultado da integração de aspectos orgânicos aos sociais, históricos e econômicos. A própria definição das doenças (de um determinado tempo) segue esta lógica.

Sem negar a importância dos avanços teóricos e tecnológicos em sua área, Rose (2007) propõe um questionamento do uso da neurociência como controle do social. Neste sentido, alerta, por exemplo, sobre a proliferação de diagnósticos e uso de medicação para os chamados “transtornos hiper-cinéticos”. Este movimento só é possível devido ao aumento da expectativa de melhora de rendimento cognitivo (*cognitive enhancers*), estimulado muitas vezes pelas “drogas da esperteza” (*smart drugs*), consumidas inclusive por muitas crianças que não apresentam nenhuma necessidade de tomá-las. Estas crianças, por sua vez, são encaminhadas para especialistas e medicadas sem o tão falado “respaldo científico”. Nas palavras de Rose (2007), algo sobre o diagnóstico de TDAH:

Apesar de algumas fracas alegações sobre relações genéticas, não existem testes bioquímicos que possam detectar a condição e seu diagnóstico. Na grande maioria dos casos é inteiramente baseado nas impressões que os educadores e os pais possuem sobre o comportamento da criança e sua resposta à droga (ROSE, 2007, sem página, tradução nossa).¹⁵⁵

O mesmo autor nos conchama a um questionamento sobre o uso cada vez mais comum da psicofarmacologia como estratégia de ajustamento do comportamento individual, como forma de “encaixá-lo” em normas sociais.

Especificamente sobre o enquadramento de crianças que “vão mal na escola”, no site do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP)¹⁵⁶, encontramos uma nota técnica de caráter esclarecedor sobre a atuação do psicólogo nos contextos escolares. Lá está destacada a importância de que o profissional de psicologia oriente suas ações na escola a partir de uma perspectiva institucional para além da escuta e fixação em queixas individuais. Os encaminhamentos, por sua vez, quando necessários, devem ser feitos em parceria com os

¹⁵⁵ “Despite some weak claims for a genetic link, there are no biochemical tests that can detect the condition and its diagnosis, in the vast majority of cases, is entirely based on educator’s and parent’s accounts of the child’s behavior and response to the drug” (ROSE, 2007, sem página).

¹⁵⁶ www.crp.org.br

agentes educacionais, “qualificando o processo educacional” (CRP-SP). Tal orientação tem como objetivos:

- romper com a tendência histórica da prática do psicólogo na educação, de patologizar, medicalizar e produzir diagnósticos classificatórios.
- defender práticas que considerem a realidade escolar brasileira, a diversidade cultural e as dimensões psicossociais das comunidades educacionais.
- incentivar a atuação do psicólogo em projetos coletivos de forma interdisciplinar, fortalecendo pessoas e grupos, contribuindo para a colaboração, implementação e avaliação do projeto político-pedagógico da escola.
- ampliar a reflexão acerca da necessidade de construir com a equipe escolar estratégias de ensino-aprendizagem que considerem os desafios da contemporaneidade.¹⁵⁷

Mas esta não é uma ação isolada... No período de 11 a 13 de novembro de 2010, cerca de mil profissionais participaram do I Seminário Internacional “A educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos” em São Paulo. Além das discussões teóricas sobre a questão, o evento marca também uma posição política sobre os excessos de medicalização da vida com o lançamento de um Manifesto (vide **Anexo N**) que inaugura um “Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade”. Segundo o Manifesto, este fórum tem como objetivos principais “articular entidades, grupos e pessoas para o enfrentamento e superação do fenômeno da medicalização, bem como mobilizar a sociedade para a crítica à medicalização da aprendizagem e do comportamento”.

O livro *Medicalização de crianças e adolescentes: Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos* (2010), organizado pelo CRP-SP e pelo Grupo Interinstitucional Queixa Escolar¹⁵⁸ faz eco a esse movimento. Lá encontramos uma boa representação das produções atuais que empregam a mesma perspectiva crítica que usamos em nossa tese.

Nesta obra encontramos alguns interlocutores, como Guarido (2010) que ressalta algo que observamos principalmente em nosso trabalho de campo, o fato de que a insistência em escutar as manifestações (indesejáveis) dos alunos nas escolas como um problema a ser resolvido oblitera a dimensão simbólica dos sintomas, que não seriam os sinais das doenças,

¹⁵⁷ Desafios sobre a atribuição do psicólogo no contexto escolar e educacional. Disponível em: <www.crpsp.org.br>. Acesso em 23 jun. 2011.

¹⁵⁸ Grupo de psicólogos, representantes de diversas instituições públicas, privadas e do terceiro setor, que estudam teorias e práticas de atendimento psicológico que incorporem em suas produções a investigação do processo de escolarização a partir de uma compreensão da constituição de subjetividades.

mas arranjos possíveis que o sujeito encontra para lidar, por exemplo, com o desejo e com a angústia.¹⁵⁹

Collares e Moysés (2010) são duas autoras com extensa produção nesta perspectiva crítica da medicalização escolar. Concordamos com ambas quando afirmam que “a medicalização da vida de crianças e adolescentes articula-se com a medicalização da educação na invenção das doenças do não aprender” (COLLARES; MOYSÉS, 2010, p. 73) com a finalidade de mascarar preconceitos através do emprego de uma roupagem científica. Finalmente, questionam a naturalidade com que se atribui o insucesso escolar ao próprio aluno e às suas famílias, não se falando dos “distúrbios do processo ensino-aprendizagem” (p.74, grifo nosso).

Prieto (2006) assinala que o processo de inclusão escolar não deve ser um movimento destinado apenas ao aluno com deficiência. O direito à educação não pode ser reduzido à frequência aos bancos escolares, e sim ao direito a um ensino de qualidade para todos. Essa criança que não aprende na escola, porque não há ensino, precisa ser incluída.

A necessidade de novas elaborações dos projetos (políticos) pedagógicos, do aprimoramento constante dos mesmos, da revisão das práticas de avaliação e de ensino (com especial atenção para relação professor-aluno) são algumas manobras destacadas por Prieto (2006) como fundamentais a serem realizadas nas instituições escolares pelos seus agentes, os quais sairiam assim de uma posição passiva de quem espera dos “especialistas” instruções sobre o seu saber fazer, assumindo uma posição de autoridade diante de sua prática profissional.

Tal perspectiva coincide com a posição de Souza (2010), o qual propõe que façamos uma substituição da análise dos fenômenos escolares sob o prisma dos “problemas de aprendizagem” pela introdução de um novo eixo analítico que verse sobre os processos de escolarização, o que incluiria um espectro mais amplo do que o dos fenômenos que ocorrem em uma sala de aula, convocando para um entendimento sobre as políticas públicas em educação e sobre como as mesmas são vividas e implantadas por gestores, educadores e alunos.

Em “Tabus acerca do magistério”, texto fundamental para o campo da educação, Adorno (2010) alerta como parte da violência expressa pelos profissionais de educação para com seus alunos (xingamentos, hostilidade, mas também a violência do não ensinar) é oriunda

¹⁵⁹ Um dado interessante: em comunicação pessoal, profissionais da saúde escolar com quem trabalhamos em nossa pesquisa de campo relatam que nos últimos anos vem havendo um aumento no número de casos de alunos que apresentam “mutismo eletivo” na escola. Não seria esse silêncio uma tentativa de defesa diante de uma violência classificatória?

dos tabus, dos preconceitos sociais internalizados a partir da falta de prestígio e autoridade conferidos ao educador de crianças. É preciso garantir que haja educação, pois para Adorno (2010) esta é a forma principal para que possamos nos proteger contra a barbárie.

Para que haja educação, precisamos de professores que possam assumir uma posição de autoridade e responsabilidade junto às crianças e adolescentes. Para tanto, é preciso que esses professores se confrontem com os tabus e queixas que rondam o magistério, o que geraria, para Adorno (2010), uma mudança de comportamento na relação deles para com seus alunos.

Algumas dessas questões puderam ser compartilhadas com a equipe de Saúde Escolar onde realizamos nosso trabalho de campo. Dentro do grupo de profissionais deste serviço encontramos abertura para a formulação de alguns questionamentos. Alguns membros procuravam-nos para discussão de casos, e pudemos apresentar em diferentes reuniões alguns temas que estavam sendo desenvolvidos em nossa pesquisa de doutorado.

Os ruídos de nosso trabalho e nosso alerta sobre o excesso de encaminhamentos e sobrecarga do serviço de Saúde Escolar “chegou aos ouvidos” da Secretaria de Educação do Município e esta sugeriu que apresentássemos uma proposta de trabalho junto às equipes escolares. Propusemos¹⁶⁰ a composição de um grupo de reflexão e “circulação de palavra” acerca dos processos de educação (SOUZA, 2010). Quinzenalmente, reunimo-nos com grupos de orientadores educacionais com a tarefa de formularmos respostas pedagógicas possíveis diante da queixa sobre os escolares.

Nesse grupo de reflexão não ocupamos um lugar de “especialista” ou “professora dos educadores”, buscamos seguir uma orientação foucaultiana de problematização. Nas palavras de Veiga-Neto (2006):

Ao invés de perguntar “isso é verdadeiro?”, é melhor perguntar “como isso tornou-se verdadeiro?”, “que efeitos tal verdade produz?”, “quais nossas relações com essa verdade?”, “poderemos alterar essa ou aquela verdade?”[...]. Devemos investigar como tais verdades foram criadas, quais os efeitos que produzem e, se for preciso, como poderemos alterá-las para que se alterem seus efeitos (VEIGA-NETO, 2006, p. 88).

Diante de uma situação de massificação pelo discurso psicológico e psiquiátrico nas escolas, exclusão dos alunos, angústia docente e esvaziamento do ato educativo, pensamos que uma alternativa de trabalho possível é aquela que, ao contrário do discurso medicalizante

¹⁶⁰ Estamos desenvolvendo este trabalho desde o início do ano. O projeto será desenvolvido até março de 2012.

hegemônico, não procura dar todas as respostas, mas abre espaços para que perguntas possam ser feitas e experiências singulares possam ser vividas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, Sérgio. O direito na política moderna. **Cult - Revista Brasileira de Cultura**, São Paulo, n. 81, p. 57-60, 2004.

ADORNO, Theodor. **Educação e Emancipação**. São Paulo: Paz e Terra, 2010.

AJURIAGUERRA, Julian de. **Manual de psiquiatria infantil**. Petrópolis: Vozes, 1983.

AJURIAGUERRA, Julian de; MARCELLI, Daniel. **Manual de psicopatologia infantil**. Porto Alegre: Artes Médicas / São Paulo: Masson, 1986.

ALBUQUERQUE, José Augusto Guilhon. **Instituição e poder: a análise concreta das relações de poder nas instituições**. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

_____. **Metáforas da desordem: o contexto social da doença mental**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

ALEXANDER, Franz G.; SELESNICK, Sheldon T. **História da psiquiatria**. São Paulo: IBRASA, 1966.

ANDREASEN, Nancy C.; BLACK, Donald W. **Introdução à psiquiatria**. 4. ed. Porto Alegre: Artemed, 2009.

ARENDT, Hannah. **Entre o passado e o futuro**. São Paulo: Perspectiva, 2000.

ARQUIVOS DO DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA A PSICOPATAS DO ESTADO DE SÃO PAULO. São Paulo: Hospital Psiquiátrico do Juqueri, V. 3 (1938) – V. 6 (1941). Periodicidade desconhecida. ISSN 1677-7042.

ASSIS, Joaquim Maria Machado de. **O alienista**. Porto Alegre: L&PM, 2011. Publicado originalmente em 1822.

ASSUMPCÃO JR., Francisco B. **Psiquiatria da infância e da adolescência**. São Paulo: Livraria Editora Santos, 1994.

_____. **Psicopatologia: aspectos clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

BANKS-LEITE, Luci et al. **A educação de um selvagem: as experiências pedagógicas de Jean Itard**. São Paulo: Cortez, 2000.

BAPTISTA, Vicente. Secção de menores anormais do Hospital Central do Juqueri – Serviço de Assistência a Psicopatas. In: **Arquivos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo** [do] Hospital Psiquiátrico do Juqueri. São Paulo. V. 3 (1938), p. 251-258. Periodicidade desconhecida. ISSN 1677-7042.

BERRIOS, Germán E. Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 3, p. 113-127, 2008a.

_____. **Historia de los síntomas de los trastornos mentales**. La psicopatología descriptiva desde el siglo XX. México: FCE, 2008b.

BINET, Alfred. **Les enfants anormaux**. Paris: Librairie Armand Colin, 1907.

BINET, Alfred; SIMON, Theodore. **La mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants**. Paris: Societé Alfred Binet, 1931.

_____. **The development of intelligence in children**. New York: Arno Press, 1973.

BIRMAN, Joel. **Entre o cuidado e saber de si: sobre Foucault e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

BLEGER, José. **Temas de Psicologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

BOSCH, Hieronymus. A nave dos loucos. In: BOSING, Walter. **A obra de pintura Bosch**. Taschen, 2001.

BOSCH, Hieronymus. A extração da pedra da loucura. In: BOSING, Walter. **A obra de pintura Bosch**. Taschen, 2001.

BRASIL. Decreto Governamental nº 7680, de 1927. Regulamento da assistência e proteção dos menores abandonados e delinquentes.

BRASIL. Ministério da Educação. **Fracasso escolar no Brasil: políticas, programas e estratégias de prevenção ao fracasso escolar**. Brasília, DF: MEC, 2005.

BROSSES, Charles. **Du culte des dieux fetiches**. Paris: Librairie Arthème Fayard, 1988
Publicado originalmente em 1760).

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CARVALHO, José Sérgio Fonseca de. **Construtivismo: uma pedagogia esquecida da escola**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

CESAR, Edgar Pinto. Oligofrenias. **Boletim de Hygiene Mental [da] Liga Paulista de Hygiene Mental**, São Paulo, v. 7, 1942. Periodicidade desconhecida. ISSN 1413-294X.

CHEMAMA, R. & VANDERMERSCH. **Dictionnaire de la psychanalyse**. Paris: Larousse, 2003.

CLAPARÈDE, Édouard. **La escuela y la psicología**. Buenos Aires: Editorial Losada, 1944.

_____. **A escola sob medida**. Rio de Janeiro: Fundo da Cultura, 1953.

COLLARES, Cecília; MOYSÉS, Maria Aparecida. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência Médica. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Orgs.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo : Casa do Psicólogo, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Orgs.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

COTRIN, Jane Teresinha Domingues. **Itinerários da psicologia na educação especial: uma leitura histórico-crítica em psicologia escolar**. 2010. 249 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2010.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

_____. **História da psiquiatria no Brasil:** um corte ideológico. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE – CID-10. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento. Porto Alegre: Art Med, 1993.

CHARLOT, Bernard. **Da relação com o saber:** elementos para uma teoria. Porto Alegre: Art Med, 2000.

DEBESSE, Maurice et al. **Tratado das ciências pedagógicas.** São Paulo: Nacional, 1977.

DELEUZE, Gilles. **Lógica do sentido.** São Paulo: Perspectiva, 1998.

DICTIONNAIRE DE L'ACADÉMIE FRANÇAISE. 5ème édition. France: eBooksFrance, 1798. Disponível em:

<http://www.ebooksgratuits.com/ebooksfrance/dictionnaire_academie_francaise_5eme_edition.pdf> Acesso em: 20 maio 2010.

DOMINGUES, Octavio. **Eugenia – seus propósitos, suas bases, seus meios.** São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1942.

DO Ó, Jorge Ramos. **O governo de si mesmo:** modernidade pedagógica e encenações disciplinares do aluno liceal (último quarteto século XIX – meados do século XXI). Lisboa: Educa, 2003.

ERASMO. **Elogio à loucura.** São Paulo: Abril Cultural, 1972. (Coleção Os Pensadores). Publicado originalmente em 1508.

ESQUIROL, E. **Des maladies mentales: considérés sous les rapport médical, hygiénique et médico-legal.** Paris: J.B Baillière, 1838.

FEUCHTERSLEBEN, Ernest Von. **Hygiene da alma.** Lisboa: Antônio Maria Pereira, 1921.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I:** a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

_____. **Doença mental e psicologia.** Tempo Brasileiro: Rio de Janeiro. 5 ed., 1994.

_____. **A ordem do discurso:** aula inaugural no Collège de France. São Paulo: Loyola, 1996.

_____. **A história da loucura.** São Paulo: Perspectiva, 2000.

_____. **Os anormais.** São Paulo: Martins Fontes, 2002a.

_____. **As palavras e as coisas:** uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 2002b.

_____. **A hermenêutica do sujeito.** Martins Fontes: São Paulo, 2006a.

_____. **O poder psiquiátrico.** São Paulo: Martins Fontes, 2006b

FREUD, Sigmund. Psicopatologia da vida cotidiana. In: FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** (Vol. XXI). Rio de Janeiro: Imago, 1991. Publicado originalmente em 1901.

_____. Três ensaios para uma teoria da sexualidade. In: FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** (Vol. XXI). Rio de Janeiro: Imago, 1991. Publicado originalmente em 1905.

_____. Fetichismo. In FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** (Vol. XXI). Rio de Janeiro: Imago, 1991. Publicado originalmente em 1927.

GARRABÉ, Jean; WEINER, Dora B. Prologue. In: PINEL, Philippe. **Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale.** Paris: Le Seuil, 2005. Publicado originalmente em 1809.

GINESTE, Thierry. Nascimento de la psiquiatria infantil: destinos de la idiocia, origen de la psicosis. In: POSTEL, Jacques; QUÉTEL, Claude (Coords). **Nueva Historia de la psiquiatria.** Fondo de Cultura Económica: México, 2000.

GRIESINGER, Wilhelm. **Traité dès maladies mentales: pathologie et thérapeutique**. Paris: Delahaye, 1865.

GUARIDO, Renata. Biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Orgs.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo : Casa do Psicólogo, 2010.

_____. **O que não tem remédio, remediado está**: medicalização da vida e algumas implicações do saber médico na educação. 2008. 110 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 2008.

GUIRADO, Marlene. **Instituição e relações afetivas**. São Paulo: Summus, 1986.

_____. **A clínica psicanalítica na sombra do discurso**: diálogos com aulas de Dominique Maingueneau. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

_____. **A análise do discurso como analítica da subjetividade**. 2009. 316 f. Tese (Livre docência) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2009.

GUTIERREZ, J. L. Ayuso. **Dez palavras chave em psiquiatria**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

HEINROTH, Johann Christian August. **Textbok of disturbances of mental life, or Disturbances of the soul their treatment**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1975. Publicado originalmente em 1818.

HEUYER, Georges. **Enfants anormaux et délinquants juvéniles nécessité de l'examen psychiatrique des écoliers**. Paris: G. Steinheil, 1914.

JATOBÁ, Carla Mercês da Rocha. **A sombra das escalas**: Um estudo sobre a concepção de anormalidade em Alfred Binet. 2002. 157 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 2002.

JOHNSON, Doris; MYKLEBUST, Himer R. **Distúrbios de aprendizagem**. São Paulo: Pioneira, 1983.

KOHAN, Walter Omar; GONDRA, José (Orgs.). **Foucault 80 anos**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

KRAEPELIN, Emil. **Trattato di Pschiatria**. Milano: Vallardi, 1907. Publicado originalmente em 1856.

KRAFFT-EBING, Richard von. **Responsabilite criminelle et la capcite civile dans les etats de trouble intellectuel**. Paris: G. Masson, 1875

KANT, Immanuel. **Crítica da faculdade do juízo**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

KANNER, Leo. **Psiquiatria infantil**. Paidós/Psique: Buenos Aires, 1966.

KRYNSKI, Stanislaw. **Aspectos da psiquiatria infantil no Brasil**. ARQUIVOS DO DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA A PSICOPATAS DO ESTADO DE SÃO PAULO. São Paulo: Hospital Psiquiátrico do Juqueri, v. 23-24, 1957-1958, 1957. Periodicidade desconhecida. ISSN 1677-7042.

LACAN, Jacques. **Seminário XVII – O avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LAJONQUIÈRE, Leandro de. **Infância e ilusão (psico) pedagógica: escritos de psicanálise e educação**. Petrópolis: Vozes, 2001.

LAROUSSE. **Librairie Larousse**. Paris, 1990.

LAURA; BOITIER. La evolución de las ideas sobre el sistema nervioso central y sus relaciones con el desarrollo de la psicología moderna. In: POSTEL, Jacques; QUÉTEL, Claude (Coords). **Nueva Historia de la psiquiatria**. Fondo de Cultura Económica: México, 2000.

LIGA PAULISTA DE HIGIENE MENTAL. **Boletim de Hygiene Mental**, São Paulo: Liga Paulista de Hygiene Mental, n. 12, 1929. Periodicidade desconhecida. ISSN 1413- 294X.

_____. **Boletim de Hygiene Mental**, São Paulo: Liga Paulista de Hygiene Mental, n. 21, 1930. Periodicidade desconhecida. ISSN 1413- 294X.

LIMA, Gerson Zanetta de. **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Cortez, 1985.

LIMA, Ana Laura Godinho. **O espectro da irregularidade ronda o aluno**: um estudo da literatura pedagógica e da legislação sobre a criança-problema. 2004. 236 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 2004.

L'Invention de la psychanalyse (A invenção da psicanálise). Direção: Elizabeth Roudinesco, Elizabeth Kapnist. Produção: França, Canal GNT, 1997.

LIPPI, José Raimundo da Silva. Classificação das doenças psiquiátricas na infância e adolescência. In: ASSUMPÇÃO JR, Francisco. **Psiquiatria da infância e adolescência**. São Paulo: Editora Santos, 1994.

LOURENÇO FILHO, Manuel Bergström. **Testes ABC para verificação da maturidade necessária à aprendizagem da leitura e escrita**. São Paulo: Melhoramentos, 1962.

MACHEREY, Pierre. A filosofia da ciência de Georges Canguilhem. In: CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

MAGNAN, V. **Leçons cliniques sur les maladies mentales**. Paris: Bataille, 1891. Versão em domínio público, disponível em:
<http://openlibrary.org/books/OL24362774M/Leçonscliniques_sur_les_maladies_mentales_faites_à_l'asile_clinique_Sainte-Anne>. Acesso em: 24 jun. 2011.

MAINGUENEAU, Dominique. **Novas tendências em análise do discurso**. Campinas: Pontes, 1997.

_____. Sobre o discurso e a análise do discurso. In: GUIRADO, Marlene. **A clínica psicanalítica na sombra do discurso**: diálogos com aulas de Dominique Maingueneau. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

_____. Sobre os gêneros dos discursos. In: GUIRADO, Marlene. **A clínica psicanalítica na sombra do discurso**: diálogos com aulas de Dominique Maingueneau. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

_____. **Análise de textos de comunicação**. Tradução Cecília P. de Souza e Silva, Décio Rocha. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008a

_____. **Gênese dos discursos**. Tradução Sírio Possenti. São Paulo: Parábola Editorial, 2008b.

MANTOAN, Maria Teresa Eglér. **Explicando o déficit intelectual**. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – DSM-IV. Porto Alegre: Art Méd, 2000.

MARCUSE, H. **Eros e a civilização: uma interpretação filosófica do pensamento de Freud**. São Paulo: LCT, 1999.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. **A medicalização da raça: médicos, educadores e o discurso higiênico**. Campinas: Editora da Unicamp, 1994.

MARTINS, L. Da formação humana em Marx à crítica da pedagogia das competências. In DUARTE, N. (org). **Crítica ao fetichismo da individualidade**. Campinas: Autores Associados, 2004.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental**. São Paulo: Escritus, 2001.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **A institucionalização invisível: crianças que não aprendem na escola**. Campinas: Mercado de Letras, 2001.

MARNEROS, Andreas. Psychiatry's 200th birthday. **The British Journal of Psychiatry**, v.193, p.1-3, 2008.

MASSELON, René. **La mélancolie: étude médicale et psychologique**. Paris: Alcan, 1906.

MATTEO, V. **Ética e o mundo Psi**. Disponível em: <www.ufpe.br/filosofia/arquivos/Etica%20e%20mundo20PSI.pdf>. Acesso em: 23 de jul. 2010.

MIELNIK, Isaak. **Higiene mental da criança escolar**. Desenvolvimento psicológico e orientação da criança pré-escolar e escolar. Michalany Limitada: São Paulo, 1960.

MONARCHA, Carlos. Professor de idiotas, imbecis e débeis: Norberto de Souza Pinto, primeiro ortofreniata (1895-1968). In: CONGRESSO LUSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO, VIII., 2010, São Luis. **Anais...** São Luis: UFMA, 2010.

MOREIRA, Juliano. Notes sur quelques maladies nerveuses e mentales au Brésil (Notas sobre algumas doenças nervosas e mentais no Brasil). In: CONGRESSE INTERNATIONAL DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE, 3., 1913, Gand. **Communication au...** Gand: (s.n.), 1913.

NEWARK (NJ) CONSELHO DE EDUCAÇÃO. **Higiene Mental**. Conselho de Educação de Nova Jersey: Newark, 1950.

SILVA, Antônio Carlos Pacheco. **Psiquiatria clínica e forense**. Belo Horizonte: Renascença, 1951.

PATTO, Maria Helena. **A produção do fracasso escolar**. São Paulo: T. A Queiroz, 1991.

PEDIATRIA PRÁCTICA: REVISTA MENSAL DE CLÍNICA INFANTIL E PUERICULTURA. São Paulo, 1929-1932.

PELICIER, Yves; THUILLIER, Guy. **Edouard Séguin “L’Instituter des idiots”**. Paris: Economica: 1980.

PENNINGTON, Bruce. F. **Diagnóstico de distúrbios de aprendizagem**. São Paulo: Pioneira, 1997.

PERRENOUD, Philippe. **Competências para ensinar no século XXI**. Porto Alegre: ARTMED. (2002)

PESSOTI, Isaías. **Os nomes da locura**. São Paulo: Editora 34, 1999.

PINEL, Philipp. **Traité médico-philosophique sur l’alienation mentale**. Paris: Le Seuil, 2005. Publicado originalmente em 1809.

PINTO, Norberto Souza. As crianças anormais, através da psicopedologia. In: CONGRESSO PAULISTA DE PSICOLOGIA, NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA, ENDOCRINOLOGIA, IDENTIFICAÇÃO, MEDICINA LEGAL E CRIMINOLOGIA, 1., 1938, São Paulo, **Anais...** São Paulo, 1938.

_____. O médico escolar. **Pediatria Practica**, v. II, fas VIII-IX, out-nov, 1929.

PIZZOLATO, Píer Paolo Bertuzzi. **O Juquery**: sua implantação, projeto arquitetônico e diretrizes para uma nova intervenção. 2008. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

POSTEL, Jacques; QUÉTEL, Claude (Coords). **Nueva Historia de la psiquiatria**. Fondo de Cultura Económica: México, 2000.

PRÉVOST. La psicastenia. In: POSTEL, Jacques; QUÉTEL, Claude (Coords). **Nueva Historia de la psiquiatria**. Fondo de Cultura Económica: México, 2000.

PRICHARD, James Cowles. **A treatise on insanity and other disorders affecting the mind**. London: Sherwood-Gilbert and Piper, 1835.

PRIETO, Rosângela. Atendimento Escolar de alunos com necessidades educacionais especiais: um olhar sobre as políticas públicas de educação no Brasil. In: ARANTES, Valéria (org). **Inclusão Escolar: pontos e contrapontos**. São Paulo: Summus, 2006.

RAMOS, Arthur. **A criança-problema** : a higiene mental na escola primária, Rio de Janeiro: Casa do Estudante do Brasil, 1947.

RÉGIS, Emmanuel. **Précis de Psychiatrie**. 5. ed. Paris: Octave Doin et Fils Éditeurs, 1914.

REY, Luís. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROSE, Nikolas. **Inventing our selves: psychology, power and personhood**. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

_____. Como se deve fazer a história do eu? **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, jun/jul, 2001.

ROSE, Steven. **Unfolding the mind: prospects and perils in neuroscience**. Disponível em: <www.morst.govt.nz/Documents/work/neuroscience/Future-directions-in-Neuroscience.pdf

ROSS, Alan. O. **Aspectos psicológicos dos distúrbios da aprendizagem e dificuldade na leitura**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil. 1979

ROUCEK, Joseph (Coord.). **A criança-problema**. São Paulo: IBRASA, 1973.

SÃO PAULO. Decreto Estadual nº 9872, de 28 de dezembro de 1938. Organiza o Serviço de Saúde, do Departamento de Educação. Diário Oficial de 07 de janeiro de 1939.

SÃO PAULO. Lei Estadual nº 10.891, de 20 de setembro de 2001. Autoriza o Poder Executivo a implantar assistência psicológica e psicopedagógica em todos os estabelecimentos de ensino básico público, com o objetivo de diagnosticar, prevenir e intervir nos problemas de aprendizagem.

SCHEFFLER, Israel. **A linguagem da educação**. São Paulo: Edusp/Saraiva, 1978.

SÉGUIN, Édouard. SÉGUIN. Hygiène et éducation des idiots. In: PELICIER, Yves; THUILLIER, Guy. **Edouard Séguin “L’Instituter des idiots”**. Paris : Economica, 1980. Publicado originalmente em 1843.

_____. **Traitement moral, hygiène et éducation des idiots**. Paris: Comité d’histoire de la Sécurité sociale, 1997. Publicado originalmente em 1846.

SENA, S. da S. **Distraído e a 1000 por hora: guia para familiares, educadores e portadores de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SILVA, Léa de Lourdes Calvão. O discurso e as promessas da Saúde Escolar em Campo Grande/MS. **Intermeio**: revista do Mestrado em Educação, Campo Grande, MS, v.8, n. 15, p. 50-63, 2002.

SILVA, Renata Prudêncio. **Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o Pavilhão – Escola Bourneville no início do século XX**. 2008. 180 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

_____. **Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o Pavilhão – Escola Bourneville no início do século XX**. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 195-208, março de 2009. ISSN 1415-4714.

SOLLIER, Paul. **Psychologie de l’idiot et de l’imbecile**. Paris: Alcan, 1901.

SOUZA, Marilene Proença Rebello de. Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Orgs.). **Medicalização**

de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo : Casa do Psicólogo, 2010.

SZASZ, Thomas. **Ideologia e doença mental.** Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

VEIGA-NETO, Alfredo. Na oficina de Foucault. In: KOHAN, Walter Omar; GONDRA, José (Orgs.). **Foucault 80 anos.** Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

VIZZOTO, Spártaco. O que é higiene mental. **Boletim de Higiene Mental** [da] **Liga Paulista de Higiene Mental**, São Paulo, v. 18, 1953.

WACJMAN, Claude. Constructions psychanalytiques et histoire da la psychologie de l'enfant: une approche historiographique. **Bulletin de psychologie**, Paris: v. 53, n. 5, p. 537-541, 2000.

WICKMAN, E. K. **Children's behavior and the teacher's attitudes.** New York: The Commonwealth Fund, Division of Publications, 1928.