UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

RENATA LAURETTI GUARIDO

“O QUE NÃO TEM REMÉDIO, REMEDIADO ESTÁ”:
Medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação.

São Paulo
2008

RENATA LAURETTI GUARIDO

“O QUE NÃO TEM REMÉDIO, REMEDIADO ESTÁ”:
Medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação.

Dissertação apresentada à Faculdade de Educação da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Educação.

Área de concentração: Psicologia e Educação
Orientador: Prof. Dr. Rinaldo Voltolini

São Paulo
2008

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
G915q

Guarido, Renata Lauretti
“O que não tem remédio, remediado está” : medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação / Renata Lauretti Guarido ; orientação Rinaldo Voltolini. São Paulo : s.n., 2008.

116 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Educação. Área de Concentração : Psicologia e Educação) - - Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo.

1. Educação 2. Medicina 3. Psicanálise 4. Subjetividade I. Voltolini, Rinaldo, orient.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

RENATA LAURETTI GUARIDO

“O QUE NÃO TEM REMÉDIO, REMEDIADO ESTÁ”:

Medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação.

Dissertação apresentada à Faculdade de Educação da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Educação.

Área de concentração: Psicologia e Educação

Banca Examinadora

Prof. Dr. José Sergio Fonseca de Carvalho: _____
FEUSP

Dra. Adriana Marcondes Machado: _____
IPUSP

Prof. Dr. Rinaldo Voltolini: _____
FEUSP
(orientador)

Ao meu avô Rogério,
por me lembrar, ainda hoje:
“A vida é maravilhosamente
imperfeita”.

AGRADECIMENTOS

A Rinaldo Voltolini, pelo envolvimento em cada discussão que impulsionou este trabalho, o que fez de sua orientação uma verdadeira parceria.

Ao Prof. Dr. José Sergio Fonseca de Carvalho e ao Prof. Dr. Mario Eduardo da Costa Pereira, pelas contribuições e debate no exame de qualificação.

A Telma Lia Peixoto Lauretti, pela disponibilidade para revisar o texto.

A Cezar (em memória) e Elza, meus pais, por terem me acompanhado em quase tudo, e por terem me deixado ir sozinha quando era a hora. Ao meu irmão, André, por tudo o que vivemos juntos no último ano.

A Nina Leite, por esperar escutar de mim uma novidade.

A Yara Sayão, pela amizade, mestria e por ter me levado quase pela mão para a Educação. A Denise Bandeira, Martha Magaldi e Tuta Magaldi, por terem me apresentado uma maneira possível de trabalhar, pela liberdade que me deram e por continuarem tão próximas. E a Adriana Marcondes Machado, pela parceria “na luta”.

A Maria Cristina Kupfer, pela importância que tem em minha formação, desde a faculdade. Aos colegas da Associação Lugar de Vida, pela paciência e pelas incansáveis tentativas de teorizar sobre o que envolve o campo de trabalho com a infância.

A Flavia Ranoya, pela amizade-irmã, por partilharmos muito da vida, pelas discussões sobre este e outros trabalhos. A Francisco Gonsales, pela presença duradoura, pelas conversas todas, e por compor esta família estendida. Aos dois, pelos comentários orientadores na finalização deste trabalho. E ao Matias, por alegrar nossos encontros.

A Luciana Pires, pela longa jornada juntas e pela leitura atenta e envolvida deste texto.

A Graziela Perosa, por tantas trocas intensas e pelas dicas todas para a análise do material da pesquisa.

Aos amigos que estiveram comigo “na mesma”: Clarissa Metzger, Fabiana Queirolo, Gilberto Mariotti e Jorge Pessoa de Carvalho.

E a todos os amigos e amigas que estiveram presentes nos momentos de descanso e descontração, e por terem me acompanhado tão firmemente no ano que passou: Alê, Cla, Chico, Dani Queiroz, Dé, Fafá, Flávia, Felipe, Grazi, Giba, Inês, Io, Jerô, João, Jorge, Joana, Juliana, Lú, Mari Graciano, Paulinha, Rafa, Tais, Vera e Xinho.

RESUMO

GUARIDO, R.L. **“O que não tem remédio, remediado está”**: Medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

O presente estudo discute a medicalização dos discursos escolares. A pesquisa buscou evidenciar que a medicalização dos discursos escolares ganha novos contornos a partir do desenvolvimento das pesquisas em biologia e neurociências (desde a segunda metade do século XX), bem como discute o uso cada vez maior de medicações, especialmente as psiquiátricas, no mundo contemporâneo. Evidencia que a descrição dos fenômenos humanos em termos de seu funcionamento orgânico contribui para a naturalização das experiências escolares, bem como para sua patologização.

O trabalho aponta que as propostas higienistas do início do século XX levaram a um controle disciplinar e uma moralização das práticas de educação, tanto escolares como familiares. Na atualidade, no entanto, a difusão das pesquisas da área médica em neurociências - que buscam no funcionamento cerebral os fundamentos da aprendizagem e as explicações dos sofrimentos psíquicos - determina outro panorama para o que se tem chamado de medicalização do discurso escolar.

Para tratar das formas assumidas hoje pela medicalização, este estudo investiga a difusão do saber médico ao longo da modernidade, tomando por referência os estudos de Foucault sobre as práticas disciplinares e sobre o Bio-poder. Além da revisão teórica, este estudo analisa a produção de um veículo da mídia dirigida aos professores, a revista Nova Escola (Editora Abril), buscando evidenciar como o saber médico está presente na informação atualmente oferecida a esses profissionais. A análise da produção da revista permitiu reconhecer que tais informações têm aderido a uma descrição biológica dos fenômenos humanos e a uma decifração do processo de aprendizagem em termos do funcionamento cerebral. Além disso, instrumentos de diagnóstico médico passam a ser oferecidos como informação necessária para que o professor possa identificar as problemáticas apresentadas pelas crianças na escola. Observa-se, assim, uma demanda social de que o professor seja uma extensão do especialista no interior da escola.

Na conclusão do trabalho, discutem-se algumas das possíveis implicações que a presença atual do saber médico no discurso pedagógico tem para a educação. Tal discussão está fundamentada na análise de Hannah Arendt sobre as transformações no campo da política e do espaço público no mundo moderno, bem como em algumas contribuições da psicanálise para pensar a crise na educação na atualidade. Salienta-se a desresponsabilização dos adultos pela dimensão formativa da educação e a outorga de poder aos remédios como recurso para dar conta da tarefa educacional no mundo contemporâneo.

Palavras-chave: Educação – Medicina – Psicanálise - Subjetividade

ABSTRACT

GUARIDO, R.L. **Medicalization of life and some implications of the presence of medical knowledge in education.** Dissertation (Master). Faculty of Education, University of São Paulo, São Paulo, 2008.

The present study discusses the medicalization of school discourses.

The research sought to evidence that the medicalization of school discourses has gained new contours as research in biology and neurosciences developed (from the mid twentieth century onwards), as well as discuss the ever-increasing use of medications, especially psychiatric, in the contemporary world. It provides evidence that the description of human phenomena, in terms of their organic functioning, contributes to the naturalization of school experiences, as well as to their pathologization.

The work reveals that the medicalization present in the hygienist proposals of the early 20th century took place by way of disciplinary control and the moralization of educational practices, both in school and in the family. At present, however, widespread research in the medical field of neurosciences – which seek to identify in the functioning of the brain the foundations of learning and the explanations for psychic suffering– determines other contours to what has been called the medicalization of school discourse.

As it addresses the forms medicalization has taken today, this study investigates the diffusion of medical knowledge throughout modernity, drawing on the studies by Foucault on disciplinary practices and on Bio-power. In addition to the theoretical review, this study analyzes the production of a media vehicle catering to teachers, magazine *Nova Escola* (New School), published by *Editora Abril*, in an attempt to demonstrate how the medical knowledge is embedded in the information presently provided to these professionals. The analysis of the magazine's production enabled the recognition that such information has adhered to a biological description of human phenomena and to a deciphering of the learning process in terms of brain functioning. Moreover, we noticed the spread of medical diagnosis tools as necessary information for the teacher to identify school-related problems in children. We observe thus a social demand for the teacher to be an extension of the specialist within the school.

In the conclusion, we discuss some of the possible implications to education of the current presence of the medical knowledge in the pedagogical discourse. Building on Hannah Arendt's analysis of the transformations in the field of politics and on public space in the modern world, as well as on some contributions by psychoanalysis toward the thinking of the crisis in the education of our times, we underscore the deresponsibilization of adults for the formative dimension of education and the relinquishing of power to medication as a resource towards the carrying out of the educational endeavor in the contemporary world.

Keywords: Education – Medicin – Psychoanalysis – Subjectivity.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 - MEDICALIZAÇÃO DA VIDA	19
1.1 - CLÍNICA, MEDICINA SOCIAL E CUIDADOS DAS CRIANÇAS E DAS FAMÍLIAS	24
1.1.1 - A formação do saber clínico: nascimento da clínica, psiquiatria e psiquiatria da criança	24
1.1.2 - Medicina Social: o cuidado das populações	33
1.1.3 - Cuidado das crianças e das famílias	39
1.2 - A BIOLOGIZAÇÃO DA VIDA COMO EXPRESSÃO DA MEDICALIZAÇÃO NOS TEMPOS ATUAIS	48
CAPÍTULO 2 - ANÁLISE DA PRESENÇA DO SABER MÉDICO NA MÍDIA: A produção da Revista Nova Escola como exemplo	59
2.1 - OS PRIMEIROS DEZ ANOS DE INFORMAÇÃO (1986 – 1995)	
2.1.1. Dos artigos sobre saúde.	64
2.1.2. Dos artigos sobre o comportamento.	69
2.2 - O SEGUNDO PERÍODO DE INFORMAÇÃO (1996 – 2006): Novas formas de medicalização	
2.2.1. Dos artigos sobre saúde.	73
2.2.2. Dos artigos sobre o comportamento.	81
CAPÍTULO 3 - DISCUSSÃO: Implicações da presença atual do saber médico na educação	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
BIBLIOGRAFIA	107
ANEXOS	111

INTRODUÇÃO

Para aqueles profissionais da saúde mental, psicólogos e psicanalistas, que trabalham diretamente com professores, coordenadores e diretores das instituições escolares, chama atenção a insistente demanda por um diagnóstico médico que nomeie os problemas de aprendizado apresentados pelas crianças. Problemas de aprendizado e de adequação ao cotidiano escolar. O diagnóstico aparece na fala dos profissionais das escolas como salvador de um não-saber diante do que acontece com as crianças, como se tal nomeação pudesse apaziguar as aflições daqueles que têm por tarefa educar, mas não conseguem realizá-la nos tempos atuais.

Quando avançamos na discussão com tais profissionais, procurando saber o que esperam de tais diagnósticos, nos deparamos com o fato de que esperam poder encontrar a metodologia de ensino correta para enfim fazer sair da ignorância e da inadequação as crianças e jovens que têm diante de si. No entanto, quando finalmente conseguem receber um diagnóstico médico, os professores não encontram a esperada receita pedagógica de como ensinar, como fazer aprender, e mais uma vez se frustram. Buscam, então, cursos de formação, adiando mais um pouco o tempo em que saberão como fazer para empreender a tarefa que lhes cabe: educar as crianças nas escolas.

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

dia. Tais procedimentos nos permitem entrever que os professores não somente encontram nas descrições sobre os quadros dos transtornos mentais, difundidas pela mídia, material para classificarem seus alunos, como estão crenes de que a variação no uso do remédio é responsável pela variação dos comportamentos e estados psíquicos das crianças, reduzindo a relação desta com mudanças ou experiências no interior do cotidiano escolar.

Assim, interessa-nos aqui investigar as raízes históricas da presença de uma discursividade escolar na qual o diagnóstico médico passa a ter poder de identificar as crianças e ganha estatuto de verdade acerca de seus sofrimentos e das vicissitudes que encontram no processo de aprendizado. Além disso, interessa discutir como os profissionais da educação se responsabilizam pela tarefa de educar tendo, entre si e as crianças, um campo de saber que se mantém na atualidade como instrumento de revelação e identificação, supostamente irrefutável, de quem são e como são os sujeitos.

A pesquisa para esta dissertação se iniciou, então, com a investigação da forma como o saber médico passou a fazer parte do cotidiano escolar; por que forças, que práticas sustentaram a intervenção médica junto às escolas, crianças e famílias; quais disciplinas estiveram em jogo para a consolidação de uma discursividade sobre a criança, seu sofrimento psíquico e suas dificuldades no processo de escolarização.

Dois fenômenos aqui se apresentam: a psicologização e a medicalização do discurso escolar. Ambos resultaram na exclusão das crianças do universo escolar, sendo que se identificamos um cruzamento dos dois fenômenos (ao longo de boa parte do século XX) também podemos dizer que a medicalização dos discursos escolares conquista nova força nos tempos atuais, quando as condições para uma vida saudável e modelar ganham novos contornos no discurso social e nas práticas de consumo. Nossa hipótese é que isso começa a se formular a partir do desenvolvimento de estudos dentro da biologia (desde a segunda metade do século XX) e que influenciaram as mudanças ocorridas no interior da medicina, especialmente no que diz respeito às práticas de investigação e explicação dos fenômenos subjetivos.

Uma investigação como a que fizemos não é inédita, muitos autores já propuseram discussões acerca das práticas disciplinares nas escolas e suas relações com o discurso médico-psicológico (Foucault, 1987; Donzelot, 2001; Moysés, 2001; Costa [1979], 2004; Patto, 1993; Tavares, 1996; Ó, 2003; Lima, 2004, entre outros). Assim, este trabalho, em parte, acaba por retomar algumas destas produções. No entanto, gostaríamos de chegar a discutir que implicações esta maneira de pensar pode ter numa relação tal como a educativa. Que discussões poderíamos tecer acerca da educação na atualidade, quando este ato de

transmissão simbólica está atravessado pela cientificidade atual, especialmente aquela representada pelas produções da medicina, onde os fenômenos subjetivos passam a ser codificados como variações do funcionamento e da bioquímica cerebral? Há uma consequência deste fato a ser posta em jogo já que o discurso comum sobre os sujeitos e seus sofrimentos tem, muitas vezes, se sustentado numa crença na naturalização do fenômeno humano e na medicação como solução para os sofrimentos cotidianos.

Iniciamos nossa revisão teórica tomando a discussão de alguns autores - especialmente os trabalhos de Foucault - sobre a produção científica que se consolida a partir do final do século XIX e se estende pelo século XX, representada pelas produções teóricas da medicina e da psicologia. Estas têm por pressuposto a possibilidade de mensuração empírica e de construção de categorias universais sobre o homem, especialmente sua natureza, seus comportamentos e as vicissitudes de seu desenvolvimento e de sua adaptação. Por outro lado, levamos em conta o conjunto de práticas terapêuticas e educativas que, ao tomar por referência esta racionalidade científica, operaram como extensão desta na prática, o que reconhecemos no conjunto de técnicas que vimos surgir ao longo deste período para dar conta daquilo que teoricamente se produziu.

Assim, por exemplo, as investigações em torno da saúde e sua condição de desenvolvimento ou manutenção, incluídas no campo da medicina higienista do início do século XX, redundaram num conjunto de orientações para procedimentos no interior das escolas e das famílias, ordenando práticas escolares e de controle familiar que dessem conta de termos tais como a prevenção, a saúde, a produção de indivíduos capacitados para o trabalho e para a produção intelectual (Costa, 2004). Também se insere neste contexto o desenvolvimento da psicometria. A definição de um termo teórico, tal como o coeficiente de inteligência, permitiu não somente uma classificação das crianças e jovens em torno de uma curva de normalidade, como também legitimou toda uma forma de divisões no interior das escolas: desde as divisões das classes em grupos homogêneos, divisão dos tempos escolares, até a instituição das formas especiais de escolarização e a exclusão de determinadas crianças do contexto escolar porque seriam ineducáveis (algo possível pela intersecção da psicometria com a nascente psiquiatria da criança no início do século XX).

A psiquiatria da criança se constituiu como campo separado da psiquiatria geral também no início do século XX. Apesar da pesquisa sobre os quadros nosológicos das doenças mentais na infância ter-se dado, ora mais ora menos, a partir dos quadros dos adultos, o debate em torno de sua etiologia foi, de maneira geral, bem próximo ao da psiquiatria geral. Psicogênese ou organogênese? Este dilema separou tendências no interior da psiquiatria, bem

como significou ora sua proximidade com o campo considerado propriamente médico, ora deste se afastou, o que contribuiu para momentos em sua história onde a psiquiatria da criança não fosse considerada uma ciência objetiva. Além disso, os historiadores da psiquiatria infantil concordam ao afirmarem que sua evolução esteve combinada à forte presença de propostas pedagógicas como formas de tratamento das crianças, de tal maneira que tratar uma criança coincidiu, nos primeiros tempos da psiquiatria infantil, com uma tentativa de educá-la, ou melhor, reeducá-la. (Postel y Quetel, 1971; Ajuriaguerra, 1976)

Quanto ao fenômeno da psicologização do ensino, já bastante analisado por diversos autores, interessa inscrevê-lo num universo de questões suscitado pela forte presença do saber médico na cultura e no interior das instituições sociais, tendo a psicologia, e mais particularmente suas vertentes psicométricas e do desenvolvimento, ocupado lugar fundamental de parceria com o saber médico.

O recurso à psicologia como ciência descritiva e explicativa dos comportamentos da criança contribuiu para a criação da ilusão em torno dos métodos corretos de ensino bem como para a tendência da individualização destes.

Podemos reconhecer no contato cotidiano com os professores e outros agentes das equipes escolares, algo que há muito vem sendo trabalhado por autores críticos da apropriação e presença do discurso especialista no cotidiano escolar. Patto (1993), por exemplo, analisa como as explicações psicológicas sustentaram a culpabilização das crianças e das famílias pelo fracasso escolar, bem como serviram à manutenção das divisões de classe e da ideologia burguesa. Também reconhecemos a demanda por um diagnóstico de um especialista como efeito do que Lajonquière (1999) denominou o discurso psico-pedagógico hegemônico. E, remetendo-nos a Foucault (1987), poderíamos tomar a mesma demanda como resultado das práticas disciplinares que ganharam na modernidade a eficácia de caracterizar os indivíduos, classificando-os, localizando-os e registrando-os numa curva que identifica a variação entre o normal e o anormal.

No entanto, gostaríamos de enfatizar aqui que, se no encontro com os professores escutamos uma série de observações pautadas pelo registro psicológico (*“é que o pai dele é alcoólatra”, “a família é desestruturada”, “ele está muito carente”*), atualmente passamos a receber uma informação a mais: *“acho que ele é hiperativo”*. Além disso, registramos a presença cada vez mais marcante de crianças diagnosticadas por neurologistas ou psiquiatras e medicadas com os remédios disponíveis no mercado: Ritalina, Concerta, anti-depressivos. Quando o discurso psico-pedagógico imperava, as atribuições de sentido e a busca por especialistas definiam a tentativa de encontrar uma técnica capaz de regular as possibilidades

de que as crianças desenvolvessem suas habilidades/capacidades e o lugar do professor às vezes podia se confundir com uma extensão do terapeuta. Nesta nova configuração, onde as teorias biológicas sobre a bioquímica cerebral passam a revelar os enigmas humanos, que lugar fica possível ao professor? É de educação que se trata a relação possível entre professores e alunos neste momento?

Estas são algumas das perguntas que animam este trabalho. Aqui, diferente dos autores que buscaram nas teses médico-higienistas da passagem do século XIX ao XX a forma como identificavam os fracassos escolares e as problemáticas psíquicas das crianças, focamos nosso interesse no efeito que a difusão do saber médico tem no campo educativo a partir de sua difusão no discurso social. O fato do saber médico circular intensamente no âmbito leigo já é em si revelador, isso porque evidencia o estatuto de verdade que este saber ganha a partir da modernidade. Além disso, a discussão que nos toca diz respeito ainda a como, apropriando-se deste saber especialista difundido como senso comum, os professores têm se dirigido às crianças. Assim, focamos nosso interesse naquilo que tem sido nomeado de *medicalização* – dos discursos, da vida, do processo de escolarização. Buscamos também fundamentar as questões da medicalização nas formulações de Foucault sobre o Bio-poder.

A produção de uma discursividade sobre o homem, difundida como tem sido no âmbito social, carece de rigor científico, mas revela sua importância nas trocas humanas e na tentativa de apreensão que o cidadão comum faz do que lhe acontece. A difusão da informação científica no social é hoje constatável em qualquer intervalo da programação da televisão, em qualquer suplemento de jornal, nas revistas semanais, nas rádios. Tomando estas considerações, focamos nossa análise, além das revisões bibliográficas, no estudo da produção de uma revista de grande circulação destinada aos professores, a revista Nova Escola (Editora Abril). Procuramos encontrar que tipo de informação tem sido oferecida ao professor como tendo importância para sua prática e com que disciplinas se relaciona.

Para discutir as questões levantadas acima, este trabalho se apresenta da seguinte forma: no primeiro capítulo investigamos a história da medicalização, buscando encontrar, a partir da leitura dos autores que a analisam, as raízes deste discurso que aproxima medicina e as práticas escolares, bem como fazemos algumas considerações sobre a parceria entre a medicina e a psicologia no campo escolar. Incluímos também, neste primeiro capítulo, algumas considerações sobre o avanço das biociências desde meados do século XX. Em seguida, analisamos a produção da revista Nova Escola e no terceiro capítulo tecemos a discussão do que a pesquisa suscitou, apoiando-nos em autores que vem analisando o mal-estar na educação nos tempos atuais.

CAPÍTULO 1

MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

De fato, trata-se aqui apenas de militar por um outro uso da história que não o de falar em seu nome ou refugiar-se em suas dobras. Perguntar-lhe, enfim, *que somos*, em vez de debater inutilmente ainda uma vez, para conseguir numa última gota de profetismo ou para nela gravar, em letras filosóficas, sentenças de indignação arrogante. (Jacques Donzelot)

Podemos dizer que faz parte do senso comum a idéia de que uma criança tenha, por exemplo, dificuldades de aprender a ler e escrever por ser hiperativa, por apresentar déficit de atenção, dislexia, ou por viver numa família considerada desestruturada. A idéia de que um fenômeno – a dificuldade de aprender – tenha como causa o que vem sendo considerado doença – hiperatividade, déficit de atenção, dislexia, depressões na infância, etc – não mais parece surpreender: está em capas de revistas semanais, nas revistas dirigidas aos pais, nas páginas dedicadas às boas novas científicas de qualquer jornal.

O reconhecimento de uma ou outra “patologia”, a busca por um diagnóstico médico, tem, como já disse anteriormente, continuado a animar práticas no interior das escolas do país. No entanto, esta forma de apreensão, já há algumas décadas tomada como a *medicalização* do discurso sobre os fenômenos da infância escolarizada, tem ganhado novo colorido a partir dos conhecimentos produzidos desde meados do século XX pela ciência biológica e, tomando esta por fundamento, pela medicina. Com este capítulo pretendemos construir as bases para a leitura do que podemos considerar atualmente como *medicalização do discurso escolar*.

O conceito *medicalização* foi utilizado em diversos estudos, especialmente a partir da década de 70 do século XX, para tratar de uma maneira a partir da qual os “problemas de aprendizado das crianças” foram freqüentemente traduzidos. O conceito foi também muitas vezes tomado para refletir sobre acontecimentos no interior das instituições escolares ocorridos antes mesmo do momento acima situado, como as reflexões acerca da higienização das práticas escolares.

Medicalizar um fenômeno teve, tradicionalmente, o sentido geral de reduzir as problemáticas sócio-políticas a questões de foro privado, individual. Além disso, se o objeto da medicina foi, até certo momento histórico, quase que exclusivamente a investigação sobre as doenças, suas causas e suas terapêuticas, medicalizar um fenômeno ou acontecimento, significava patologizá-lo.

O conceito de medicalização, bastante usado na sociologia, foi inicialmente proposto por Irving Zola em 1972, e se referia à expansão da jurisdição da profissão médica para novos domínios, em particular àqueles que dizem respeito a problemas considerados da ordem espiritual/moral ou legal/criminal. (...) Os teóricos críticos à medicalização consideravam a medicina um agente de controle social, na medida em que ela traduzia fenômenos sociais — como o alcoolismo, a homossexualidade, o aborto e o uso de drogas — em conceitos médicos, incluindo esses problemas no domínio do saber e das instituições médicas.(...) A crítica à medicalização afirmava que, na modernidade, a medicina foi progressivamente passando a assumir a função de regulação social que antes era exercida pela igreja e pela lei. Determinados problemas sociais foram, cada vez mais, sendo medicalizados, ou seja, vistos sob o prisma da medicina científica como “doenças” a serem tratadas. (Aguilar, 2004, p.133)

Os estudos em história da educação e sociologia da educação procuraram enfatizar a maneira com que o saber médico sobre as doenças foi utilizado para explicar as experiências de fracasso escolar, assim como buscaram analisar como tal saber atravessou a prática escolar de forma a produzir um “projeto” de educação para a saúde. Também foram objetos destes estudos as propostas pedagógicas que, influenciadas pelo saber médico, estiveram dirigidas a moralizar e ordenar o encontro entre adultos e crianças. O período mais largamente analisado a partir do conceito de medicalização, diz respeito aos primeiros 30/40 anos do século XX, quando há um forte acolhimento nas práticas e organizações escolares, dos ideais médico-higienistas e da psicomетria. E quando uma visão profilática começa a ser dirigida para a infância e para a educação das crianças (Patto, 1993 e 1999; Tavares, 1996; Ó, 2003; Lima, 2004; Moyses, Gondra, entre outros).

Assim, o deslocamento de uma questão institucional, política, para o plano individual, pôde ser percebido tanto nos momentos em que abordavam questões educacionais em um plano mais amplo e genérico, como quando se

falava de uma criança em particular. Aqui, também, destacam-se as causas de ordem biológica: para a maioria das crianças apontadas como reprovadas ao final do ano, a justificativa era de alguma doença que (...) impedia ou dificultava sua aprendizagem. (Moyses, 2001, p. 31)

De maneira geral, a crítica dirigida por diversos autores à medicalização diz respeito à redução de questões amplas - que envolveriam em sua análise diversas disciplinas (sociologia, antropologia, psicologia, economia, ciências políticas, história, medicina, etc) - a um único domínio metodológico disciplinar: a medicina. A medicalização foi então tomada como expressão da difusão do saber médico no tecido social, como difusão de um conjunto de conhecimentos científicos no discurso comum, como uma operação de práticas médicas num contexto não terapêutico, mas político-social.

Mas vale aqui ressaltar que medicalização é antes um conceito que pode ser aplicado às diversas esferas da vida, associado a uma prática discursiva que revela a forte presença do saber médico no conjunto dos discursos sobre o homem, sua natureza e suas vicissitudes, a partir do século XIX.

Em *História da Sexualidade*, Foucault analisa a passagem do poder soberano sobre a morte ao poder político de “gerir a vida”, da era clássica à modernidade. Enfatiza a presença de dois mecanismos: o desenvolvimento das disciplinas do corpo no século XVII e o controle dirigido às populações no século XVIII. A articulação destes dois mecanismos de poder na regulação da vida, ao longo do século XIX, configurará, para Foucault, uma nova forma de poder: o bio-poder.

Biopoder é o crescente ordenamento em todas as esferas sob o pretexto de desenvolver o bem-estar dos indivíduos e das populações (...) esta ordem se revela como sendo uma estratégia, sem ninguém a dirigi-la, e todos cada vez mais emaranhados nela, que tem como única finalidade o aumento da ordem e do próprio poder. (Dreifus, 1995 p. P.XXII)

Se em *Vigiar e Punir* (1987) o poder tem como característica ser docilizador e disciplinar, com a idéia de Bio-poder, Foucault enfatiza outra forma de governo do homem no mundo moderno. É a vida que está em jogo, em sua dimensão biológica e subjetiva, e não está em jogo somente para ser controlada, socializada nos domínios de uma medicina social e sanitária, mas está em jogo como um bem e como algo a ser produzido segundo certos ideais. As formas de viver, o cultivo da saúde, os domínios sobre a sexualidade, bem como os sofrimentos existenciais serão objeto do Bio-poder de que fala Foucault.

Daí a importância da medicina como saber envolvido nos jogos de poder tão presentes na obra de Foucault. Não se trata de ver nestas diferentes concepções um avanço de sua teoria, mas releituras dos fenômenos da modernidade, especialmente a partir dos focos que

tanto interessaram o autor: sujeito, poder e verdade. A noção de Bio-poder recoloca a idéia da medicina como participativa dos discursos que compõe a própria experiência de existência humana na modernidade. A medicina não como soberana no exercício de um poder, mas como discurso que compõe as estratégias políticas de gestão da vida de que fala Foucault, o que ele nomeia como bio-política:

É uma política que diz respeito à administração da vida, particularmente como essa se manifesta no nível das populações. É um empreendimento iniciado no século XVIII para racionalizar problemas que se apresentavam à prática governamental pelo fenômeno característico de um grupo de seres humanos vivos constituídos como uma população: saúde, saneamento, taxa de natalidade, longevidade, raça. A bio-política se preocupa com aspectos da vida e da morte, com o nascimento e a propagação, com a saúde e a doença, tanto física quanto mental e com os processos que sustentam ou retardam a otimização da vida e de uma população. (...) Dessa perspectiva a bio-política se preocupa com a família, a administração da casa, as condições de vida e de trabalho, com o que chamamos de estilo de vida, com questões de saúde pública, padrões de migração, níveis de crescimento econômico e padrões de vida. Preocupa-se com a biosfera que os humanos habitam. (Dean, M. apud Lima, 2004, p. 99)

Algo do que se coloca em jogo nos estudos sobre o Bio-poder é a idéia da vida como um valor e do controle para a saúde como uma conduta moral, porque relacionada a um bem. A garantia de um comportamento para a saúde ultrapassa a noção da saúde do indivíduo, pois o engaja na manutenção da saúde no espaço coletivo, moralizando as condutas em torno do governo de si e dos hábitos em geral. E mais: a medicalização da vida se apresenta na gestão que o homem, a partir da modernidade, faz de sua saúde, de seu bem estar, bem como de seu comportamento e das representações de si mesmo. Daí também Foucault enfatizar nos estudos sobre o Bio-poder noções nomeadas por ele como tecnologias do eu, formações de subjetividades e governo de si.

Quando fala em tecnologias do eu, Foucault refere-se a todo este conjunto de técnicas performativas de poder que incitaram o sujeito a agir e operar sobre sua alma e corpo, pensamento e conduta, vinculando-o a uma atividade de constante vigilância e adequação aos princípios morais em circulação na sua época. (...) É esta preocupação geral que, de fato, anima a investigação foucaultiana dos últimos tempos: analisar a formação do homem moderno através dos mecanismos por intermédio dos quais cada um deve passar a relacionar-se consigo mesmo e a desenvolver uma autêntica *arte de existência* destinada a reconhecer-se a si mesmo como um determinado tipo de sujeito. E um sujeito cuja verdade pode e deve ser conhecida. A ética torna-se unicamente inteligível como um domínio da prática. [grifos do autor] (Ó, 2003, p. 5)

Gori e Del Volgo (2005), por exemplo, pensam a medicalização da existência como decorrendo não somente do estatuto do saber médico na modernidade, mas também como

consequência das transformações próprias a este contexto histórico, especialmente no que diz respeito ao lugar ocupado pela tecnologia científica no mundo moderno, bem como as mudanças ocorridas nos campos da ética e da política. Ou seja, os autores situam a medicalização como pertencente à condição humana na modernidade e consideram que esta se constitui numa organização de práticas e formulações epistemológicas próprias de uma ciência experimental, que configura uma técnica de apreensão dos fenômenos humanos, e, ainda, a compreendem como inserida no interior das práticas mercantilizadas de troca humana no mundo moderno. Vão, então, além de uma concepção da medicalização como forma de tradução de problemáticas político-sociais como particularidades individuais, como é recorrente no que diz respeito às análises da relação entre medicina e educação, mas a inserem no conjunto da ideologia moderna e na formação do homem moderno no que diz respeito à forma com que significa seu corpo, seu lugar político, suas vivências subjetivas e tudo o que decorre da difusão da medicina no ideário moderno.

Esta cultura «moderna» priva simultaneamente o sujeito humano de seu valor subjetivo, de seu «cuidado de si» (...) e de sua função *política*. Nesta privação da ação política e da obra subjetiva, o homem contemporâneo se vê condenado a uma espiral de reivindicações sociais e de consumo solitário dos bens sociais. Entre estes bens sociais, dos quais ele se reconhece proprietário, consumidor e usuário de pleno direito, por uma legislação um tanto importuna, figura sua saúde.[grifos dos autores] (Gori e Del Volgo, 2005, p. 11) [tradução livre]

(...) nós falamos aqui da «medicalização da existência» como de uma *construção social e intersubjetiva* que pertence da cabeça aos pés, em sua gênese como em sua função, a uma *estrutura da cultura moderna* e ao mal-estar por excelência desta civilização. [grifos dos autores] (op.cit, p.21) [tradução livre]¹

É possível, a partir do exposto, ampliar a idéia da medicalização: não se trata então somente da tradução de problemáticas socio-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.

¹ “Cette culture «moderne» prive simultanément le sujet humain de sa valeur subjective, de ce «souci de soi », (...) et de sa fonction *politique*. Dans cette privation de l’action politique et de l’œuvre subjective, l’homme contemporain se voit condamné à une spirale de revendications sociales et de consommations solitaires des biens sociaux. Parmi ces biens sociaux, dont il se trouve reconnu propriétaire, consommateur et usager de plein droit, par une législation quelque peu harcelante, figure sa santé”. “(...) nous parlons ici de la «medicalisation de l’existence», comme d’une *construction sociale et intersubjective* qui appartient de pied en cap, dans sa genèse comme dans sa fonction, à une *structure de la culture moderne* et du malaise par excellence de sa civilization.”

1.1 CLÍNICA, MEDICINA SOCIAL E CUIDADOS DAS CRIANÇAS E DAS FAMÍLIAS

Convém aqui retomar, então, algumas linhas de análise que nos permitem reconhecer as vias pelas quais se deu a difusão do saber médico no discurso social, como se produziu uma discursividade acerca do homem marcada por uma certa forma de apreensão dos fenômenos humanos, sejam eles de ordem biológica, sejam eles de ordem subjetiva, atravessada por um saber que, especialmente ao longo do século XIX e mais marcadamente no século XX, estabelece-se finalmente como uma verdade científica.

Em parte dos estudos foucaultianos sobre o Bio-poder “encontramos as linhas de análise necessárias para pensar a experiência médica moderna no centro dos processos, dentro dos quais, o indivíduo e a população são produzidos como objetos da razão política” (Caliman, 2001, p. 39). “A saúde e o corpo são destacados como elementos-chave na constituição dos sujeitos modernos, de sua identidade e de seus espaços de vida.” (op.cit.p.47)

Podemos identificar, a partir da leitura foucaultiana, diversas estratégias de difusão do saber médico na modernidade, faremos aqui o recorte de três delas que nos pareceram importantes para o tema que nos interessa: a difusão do saber médico na modernidade e sua penetração e efeitos no universo pedagógico. Trataremos, então, a seguir:

- 1- da formação do saber clínico: nascimento da clínica, psiquiatria e psiquiatria da criança;
- 2- da Medicina Social: o cuidado das populações;
- 3- dos cuidados das crianças e da família.

1.1.1 – A formação do saber clínico: nascimento da clínica, psiquiatria e psiquiatria da criança

Em o *Nascimento da Clínica*, Foucault faz a arqueologia do saber médico procurando situar os discursos e práticas que permitiram a constituição de uma clínica, ou seja, aquilo que definiu um método de investigação, um conjunto de nomeações e uma prática de cura na medicina a partir do século XIX. A clínica se constitui a partir de uma nova forma de apreensão do doente e da doença, uma nova forma de localização da experiência entre o médico e o doente, bem como uma forma a partir da qual a transmissão do saber médico se organizou dentro dos hospitais e fora das academias. Na clínica, a partir do século XIX, o doente como sujeito a uma doença e o corpo do doente ganharão lugar diferente na linguagem médica.

O olhar não é mais redutor, mas fundador do indivíduo em sua qualidade irreduzível. E, assim, torna-se possível organizar em torno dele uma linguagem racional. O objeto do discurso também pode ser um sujeito. Sem que as figuras da objetividade sejam por isso alteradas. Foi essa reorganização formal e em profundidade, mais do que o abandono das teorias e dos velhos sistemas, que criou a possibilidade de uma experiência clínica: ela levantou a velha proibição aristotélica; poder-se-á, finalmente, pronunciar sobre um indivíduo um discurso de estrutura científica.(Foucault, 2004, p.XI)

De um lado a constituição de uma racionalidade sobre o indivíduo, ou seja, um discurso sobre o homem tomado como objeto de estudo, de outro uma formalização do corpo como objeto de investigação: a anátomo-patologia, inaugurada com os experimentos de Bichat, permitiu a investigação dos espaços invisíveis do corpo, a tomada do corpo como espaço de desenvolvimento da doença, e a tentativa de investigar e explicar as relações entre os órgãos e suas funções. As doenças, ao longo do século XIX, perderam a qualidade de essência, apreensão naturalista a partir da qual eram divididas em classes, gêneros e espécies, como na botânica. Se a doença apresentava-se ao olhar através dos sintomas e a partir deles era possível reconhecer de que estado mórbido se tratava, estes, no entanto, não davam a conhecer a doença, esta continuava inacessível ao olhar clínico, mantinha-se inapreensível em sua essência. Algo de enigmático permanecia em jogo visto ser a doença uma entidade, com formas próprias de vida e de término. Cabia ao médico reconhecê-la e fazer o possível para que seu curso se desse sem maiores interferências; o tratamento consistia não em eliminar os sintomas, mas em dar à doença condições de desenvolvimento para que chegasse a seu fim, cuidando, quando muito, de minimizar seus efeitos sobre o doente.

Foucault considera que na passagem do século XVIII ao XIX há uma nova forma de ordenação no campo do saber médico acerca da significação dos sintomas e da doença, uma reorientação da forma de apreensão médica dos fenômenos perceptíveis das doenças – os sintomas – e o que eles poderiam significar. Se na medicina das espécies os sintomas faziam parte natural da doença, mas não revelavam sua essência, no século XIX o sintoma significa a doença, estas não serão mais que um conjunto de sintomas passíveis de reconhecimento em sua ordenação, tempo de aparecimento, semelhanças e diferenças, o que permitiu a definição de quadros classificatórios.

A formação do método clínico está ligada à emergência do olhar médico no campo dos signos e dos sintomas. O reconhecimento de seus direitos constituintes acarreta o desaparecimento de sua distinção absoluta e o postulado de que doravante o significante (signo e sintoma) será inteiramente transparente ao significado que aparece, sem ocultação ou resíduo, em sua própria realidade, e de que o ser só significado – o coração

da doença – se esgotará inteiramente na sintaxe inteligível do significante. (Foucault, 2004, p. 99)

A prática clínica contribuiu para a produção de um novo entendimento sobre as doenças, uma nova densidade para o corpo, a idéia de um agente da doença e de seus efeitos, a noção de uma causalidade passível de ser reconhecida, o esforço de classificação dos quadros patológicos, bem como as investigações em torno da vida e da morte. São estes alguns dos elementos que permitem que no interior do saber médico o indivíduo ganhe cada vez maior visibilidade. A medicina o coloca no foco de sua atenção, estabelecendo uma investigação acerca de seu padecimento e tomando as relações de causa e efeito como um eixo fundamental de teorização e de experimentação na investigação dos males do corpo.

Pode-se compreender, a partir daí, a importância da medicina para a constituição das ciências do homem: importância que não é apenas metodológica, na medida em que ela diz respeito ao ser do homem como objeto de saber positivo. (...) É que a medicina oferece ao homem moderno a face obstinada e tranquilizante de sua finitude; nela a morte é reafirmada, mas, ao mesmo tempo, conjurada; (...). (op.cit. p. 217)

Os conhecimentos produzidos pela psiquiatria, bem como a prática de uma clínica psiquiátrica, também devem ser localizados como aspectos significativos na expansão do saber médico como disciplina fundamental chamada a explicar as vicissitudes do homem em seu percurso de vida. O debate mais proeminente no interior de sua teorização se deu em torno da etiologia das doenças mentais. Esta ora se aproximava daquilo que definia a etiologia das doenças orgânicas, suas causas físicas e funcionais, ora dela se distanciava, aproximando as doenças mentais de uma historização, de uma biografia do doente e de sua loucura, numa apreensão da dinâmica das funções mentais, baseada fortemente numa psicologia.

Em termos gerais, pode-se dizer que a psiquiatria começou a separar-se do alienismo estendendo pontes e estabelecendo alianças, de um lado com a neurologia e a medicina e, por outro, com a psicologia em seus primórdios; por um lado com a medicina somática e com tudo o que tinha relação com o corpo considerado como objeto; por outro lado com o que chegarão a ser as ciências do homem. Síntese impossível de realizar? Equilíbrio instável entre âmbitos vulneráveis, de fronteiras mal definidas? Talvez também: encruzilhada de caminhos múltiplos e lugares de confrontação ou de enfrentamentos. (Postel y Quetel, 1987, p. 458) [tradução livre]²

² “En términos generales, puede decirse que la psiquiatría comenzó a separarse del alienismo tendiendo puentes y concertando alianzas, por una parte, con la neurología y la medicina, y por otra, con la psicología en sus comienzos: por una parte, con la medicina somática y todo lo que tiene que ver con el cuerpo considerado como objeto; por otra parte, con lo que llegaron a ser las ciencias del hombre. ¿Síntesis imposible de realizar? ¿Equilibrio inestable entre ámbitos vulnerables, de fronteras mal definidas? Quizá, también: encrucijada de caminos múltiples y lugares de confrontaciones, o de enfrentamientos.”

Ao longo dos séculos XVIII e XIX a interpretação diante da loucura se transformou, passando daquilo que Foucault chamou de experiência trágica da loucura para a experiência crítica da loucura, quando a dimensão da razão torna-se fundamental na redescritção da loucura como ausência ou perturbação da razão. Tal transformação na experiência diante da loucura no mundo ocidental moderno resultou também na sua inclusão no campo das doenças mentais. Neste processo há que reconhecer o domínio médico em transformação, percorrendo as discussões e tentativas de definição em torno das entidades mórbidas e das distinções entre a etiologia orgânica e psíquica das perturbações mentais. A definição da loucura como doença mental diz respeito à formação de uma rede que se organiza em torno da loucura e que a redefine pouco a pouco a partir dos fundamentos da clínica das patologias orgânicas. Para a psiquiatria, a delimitação conceitual das patologias mentais consistiu invariavelmente um problema, visto ser de difícil definição, em primeiro lugar, de que se trata o psiquismo e, em segundo, como objetivar os fenômenos psíquicos a partir do objeto médico por excelência: a doença orgânica (Postel y Quetel, 1987; Bercherie, 1989)

A descrição clara, fina e precisa da ‘entidade mórbida’ (conforme a expressão de Jean-Pierre Falret) constitui a base semiológica de um processo especulativo em busca da etiologia. Convém lembrar que a idéia de que as alterações mentais teriam estatuto de ‘doença’ constituiu-se gradualmente em psiquiatria, não estando totalmente clara nas proposições de seus fundadores. (...) Kraepelin, o grande sistematizador da psicopatologia, radicaliza a concepção falretiana de ‘entidade mórbida’, consolidando a forma definitiva da vocação nosológica da psicopatologia. De seu ponto de vista, trata-se de discernir sob bases clínicas as diversas formas de ‘doença mental’, as quais teriam o mesmo estatuto das doenças físicas tratadas pela medicina. (Pereira, disponível on-line)

Interessa aqui situar a psiquiatria como conjunto conceitual e clínico de investigação das questões psíquicas, especialmente considerando a vertente de apropriação dos fenômenos psicopatológicos no campo das doenças. Vale dizer, ainda, que a partir do desenvolvimento da psiquiatria geral, as discussões em torno da etiologia das patologias mentais possibilitaram a criação de uma investigação dirigida às crianças, visto ter a qualidade e condições de vida na primeira infância, se apresentado como hipótese etiológica de algumas doenças mentais no adulto. O campo da psiquiatria infantil também guarda em sua história uma série de dificuldades de definição, tanto no que diz respeito à delimitação de sua especificidade, quanto no que diz respeito a sua atuação prática.

É importante ainda salientar que a psiquiatria da criança, nascida no início do século XX, não se faria sem uma pré-história. Esta pode ser localizada nas experiências educativas do século XVIII e XIX, as propostas educativas diferenciadas para crianças surdas e mudas,

estas já terapêuticas, bem como nas tentativas de teorização sobre o desenvolvimento das crianças, também objeto de uma cientifização que teve início no mesmo período. Será da relação entre os discursos da pedagogia, da psicologia e da psiquiatria geral que veremos nascer a psiquiatria da criança.

Dos quadros definidos na nosologia psiquiátrica, que tentava distinguir especialmente a etiologia e características dos estados delirantes e demenciais, a idiotia aparece como classificação sempre associada a uma interrupção total do desenvolvimento, com hipótese unânime entre os médicos de ser de origem orgânica e incurável. Tomada como quadro precocemente instalado e irreversível, a idiotia não ganhava inicialmente contorno de doença mental diante do olhar da clínica psiquiátrica. (Bercherie, 1989) Alguns empreendimentos e tentativas de especulação sobre a idiotia estão registrados pelos historiadores da psiquiatria da criança já no século XIX: os trabalhos de Falret em Salpêtrière e os trabalhos de Ferrus em Bicêtre. Contíguos aos dois grandes asilos estavam anexos instalados para a internação das crianças idiotas. No entanto, o trabalho considerado precursor da psiquiatria da criança deu-se no início do século XIX, com Victor de Aveyron, menino lobo encontrado nos arredores de Paris. A ele se dedicou Itard, estudioso de Condillac e discípulo de Pinel.

O trabalho desenvolvido por Itard com Victor de Aveyron é tomado como marco de uma nova abordagem na investigação sobre as crianças idiotas e prepara o campo para o que seria a formalização da psiquiatria infantil no início do século XX.

A importância do tratamento empreendido por Itard não está somente dada pela sua tentativa de especialização do tratamento moral, proposto por Pinel, para as crianças, mas por sustentar a pergunta acerca da etiologia da idiotia de forma oposta a de seu mestre, evidenciando as questões que desde então se colocaram sobre os efeitos da educação nos problemas psíquicos da criança. Pinel defendia que Victor havia sido abandonado por sua família por ser idiota, sustentando a etiologia orgânica e o caráter incurável da doença. Itard, por sua vez, toma a hipótese de que, por ter sido abandonado, Victor havia se tornado um idiota e aposta, assim, numa prática educativa para a cura da criança, colocando em jogo os efeitos da educação nas deficiências mentais.

A importância da história de Victor se mede pelo duplo deslizamento da prática e da reflexão científicas, das quais é ocasião e ponto de apoio: com ele, o selvagem e o idiota desaparecem atrás de sua condição humana; e por sua humanidade se converte em motivo de tratamento moral – hoje diríamos

psicoterapêutico – continuado durante longo período. (Postel y Quetel, op.cit., p.510) [tradução livre]³

O trabalho de Itard conjuga medicina e pedagogia, dando lugar a um debate no interior da medicina sobre a criança considerada idiota. Vale dizer que o domínio do saber sobre a criança passa cada vez mais do universo pedagógico ao universo médico-psicológico.

Apesar deste primeiro empreendimento de tratamento ter sido considerado marcante, a psiquiatria da criança não se desenvolveu, no século XIX, como um campo investigativo, como ocorria na psiquiatria geral. O que sim se desenvolveu foram espaços asilares para as crianças, anexos aos asilos para adultos. Ao longo de quase um século, encontramos estratégias de educação das crianças idiotas, dirigidas num certo sentido: o da moralização e reeducação. Tais trabalhos aliavam o tratamento moral, proposto por Pinel, a uma investigação acerca da etiologia da idiotia, mais fortemente debatida na segunda metade do século.

Entre as propostas consideradas importantes estão os trabalhos de Ferrus em Bicêtre, Falret e Voisin na Salpêtrière. Tanto em Bicêtre como na Salpêtrière, vários educadores e mesmo alguns médicos, dirigiram a continuidade, ao longo do século XIX, de tratamentos médico-pedagógicos para as crianças idiotas, e alguns deles também empreenderam discussões acerca da etiologia da idiotia. Apesar de considerarem as possíveis causas orgânicas, tomando a idiotia como um quadro severo e irreversível, houve neste campo grande debate em torno das causas psicológicas, o que validava a tentativa e aposta dos tratamentos educativos; sem tais hipóteses os tratamentos não se sustentariam.

Além de Ferrus, Falret e Voisin, Seguin defendeu fortemente a idéia dos tratamentos médico-pedagógicos, considerando que a questão etiológica não deveria estar em primeiro plano, pois importava encontrar uma forma de correção e desenvolvimento para as crianças. Tendo se mudado para os EUA em 1850, Seguin teve grande influência nas fundações das escolas especiais norte americanas bem como no desenvolvimento da psiquiatria da criança naquele país. (Kanner, 1971; Ajuriaguerra, 1976; Bercherie, 1980; Postel y Quetel, 1987)

Bercherie (1980) divide a história da psiquiatria da criança em três grandes períodos até a década de 40 do século XX. As propostas terapêuticas e as discussões etiológicas descritas até aqui compreendem o primeiro período da história. O segundo período definido

³ “La importancia de la historia de Victor se mide por el doble deslizamiento de la práctica y de la reflexión científicas de las que es la ocasión y el punto de apoyo: con él, el salvaje y el idiota desaparecen detrás de su condición humana; y por su humanidad se convierte en motivo de tratamiento moral – hoy diríamos psicoterapêutico – continuado durante largo tiempo.”

por Bercherie estaria entre a segunda metade do século XIX e as três primeiras décadas do século XX. Neste, é a distinção, dentro do campo da idiotia, entre loucura da criança e deficiência mental, que constituiu a possibilidade da instalação da psiquiatria da criança propriamente dita, abrindo o campo para as investigações e formalizações sobre os problemas psíquicos da criança.

Estudada como quadro de paralisia geral do desenvolvimento das funções intelectuais, a idiotia passou a ser investigada, no início do século XX, a partir dos quadros demenciais e degenerativos. A demência precoce definida por Kraepelin e a demência precossícima, definida por Sancti de Sanctis (1906), constituíram quadros de referência para pensar a loucura das crianças (Postel y Quetel, 1987)

O grande quadro da idiotia se diferenciou em quadros de deficiências mentais da criança, com comprometimento do desenvolvimento intelectual, e as formas de insanidade na criança, tomando como referências os quadros clássicos definidos para os adultos. Ainda que o aprendizado seja afetado nos diversos problemas da criança, passou-se a diferenciar o retardamento da loucura infantil. O desenvolvimento em torno da investigação sobre as demências precoces resultaram, na psiquiatria da criança, em definições de esquizofrenia infantil e psicoses infantis.

Podemos dizer que uma operação foi necessária para que este tipo de distinção pudesse ocorrer; tal operação foi possível a partir do desenvolvimento da psicometria: os testes e escalas de inteligência, desenvolvidos por Binet e Simon no início do século XX, permitiam distinguir as crianças para as quais os problemas de aprendizado estavam associados à deficiência mental e outras que não apresentavam necessariamente um comprometimento das funções intelectuais, mas problemas que foram desde então considerados como desvios da personalidade infantil.

A definição de uma psiquiatria infantil não significou somente a constituição de um campo, mas a expansão do discurso psiquiátrico na constituição de um discurso médico sobre a normalidade. O que parece ter sido possível pela produção em torno das crianças idiotas do século XIX, numa tentativa desde então iniciada de distinção entre os problemas do desenvolvimento e aquilo que era então considerado como doença mental. Dito de outra forma: os desvios quanto à norma e a anormalidade propriamente dita.

Em outras palavras creio que (...) é do lado dos pares hospital-escola, instituição sanitária (instituição pedagógica, modelo de saúde) - sistema de aprendizagem que se deve buscar o princípio de difusão desse poder psiquiátrico. E gostaria de pôr em epígrafe [...] uma dessas frases breves e fulgurantes de que Canguilhem tanto gosta. Ele escreveu: “Normal é o termo

pelo qual o século XIX vai designar o protótipo escolar e o estado de saúde orgânica”. **Parece-me que é aí, afinal, do lado dessa elaboração do conceito de “normal”, que se fez a difusão do poder psiquiátrico.** [grifo nosso] (Foucault, 2006 p. 256)

O terceiro período recortado por Bercherie, recebe forte influência da psicanálise, especialmente das idéias de Anna Freud e de M. Klein e das derivações da teoria no território inglês e americano. Escrito em 1980, o texto de Bercherie aposta na frutífera influência da psicanálise, tanto para a clínica psiquiátrica com a criança, quanto para os desdobramentos possíveis desta para a clínica com adultos. Na verdade houve de fato forte influência da psicopatologia freudiana sobre as formulações do que se chamou a psiquiatria dinâmica que, apesar de considerar os sintomas como fenômenos e tomá-los para o entendimento da doença mental, consideravam, a partir da psicanálise, a idéia do sentido persistente nos sintomas, o que levava a uma leitura destes mais do que a uma simples classificação. Ainda que esta influência tenha sido marcante, o campo da psiquiatria permaneceu híbrido, com influências da psicanálise bem com da psicologia behaviorista e, ainda, das tentativas americanas de prevenção e trabalhos como os da psiquiatria comunitária. No campo da psiquiatria infantil esse tipo de hibridismo é ainda mais marcante, e esta acaba por enveredar por caminhos não somente do tratamento como também da prevenção, inspirados pelos trabalhos da Higiene Mental americana.

Esta mescla de fundamentos aplicados à criança pode ser claramente lida no Manual de Psiquiatria Infantil de Kanner, tomado por muitos autores como referência da psiquiatria da criança.

Considerando as primeiras quatro décadas do século XX, Kanner defende as contribuições de diversas disciplinas para a formação do campo da psiquiatria da criança, bem como das diversas práticas destinadas a individualizar os cuidados diante das crianças deficientes ou desadaptadas socialmente. Ressalta especialmente as contribuições da instalação dos tribunais de menores, levando em conta os efeitos da distinção entre os delitos dos adultos e das crianças no campo jurídico. Kanner defende esta como uma tendência à individualização dos cuidados bem como a busca por particularizar os acontecimentos da infância, tanto em relação à própria criança - o que levará ao aparecimento de tratamentos propriamente dedicados a ela -, como a definição de todo um campo comunitário de cuidados e instrução, especialmente desenvolvido nos Estados Unidos, tentando minimizar os efeitos de uma infância desassistida no desenvolvimento de adultos mentalmente sadios.

Deste modo, tornou-se preenchida a via, na primeira década deste século, para a atenção individual das crianças que apresentavam qualquer

dificuldade na atividade ou no comportamento. A psicomетria, a psiquiatria dinâmica, os tribunais de menores e o movimento de higiene mental, foram seus principais incentivos. Pouco trabalho efetivo com as crianças, terapêutico ou de pesquisa, se realizou neste período, mas os educadores, os psicólogos e os psiquiatras começaram a pensar nas crianças de uma forma prática, construtiva e individualmente útil. (Kanner, 1971, p.32) [tradução livre]⁴

Seguindo a história apresentada por Kanner, podemos enfatizar a multiplicidade de aportes teóricos, nem sempre próximos em seus fundamentos, para o entendimento ou consideração dos problemas infantis. Além disso, a união da psiquiatria da criança com os tribunais e clínicas de higiene mental, permitiu um duplo movimento: de controle e de exclusão, muito embora Kanner considere os efeitos desse histórico como extremamente positivos. A tendência profilática é clara nos vários empreendimentos, tanto no sentido de separar das escolas comuns as crianças consideradas problemáticas, quanto em evitar transtornos futuros, em termos de rendimento intelectual e daquilo que se considerava serem os perigos da delinquência infanto-juvenil na época.

A história dos cuidados em saúde mental das crianças no Brasil, segue de perto os desenvolvimentos ocorridos na Europa e nos EUA, tendo sido fortemente influenciada pelos ideais higienistas especialmente nas primeiras décadas do século XX. Como na tradição européia, as primeiras instituições brasileiras para crianças foram construídas como anexos aos asilos para adultos. As primeiras experiências de internação oficial das crianças (pois antes disso encontravam-se misturadas aos adultos nos grandes asilos), combinavam terapêuticas morais a trabalhos de pedagogização e investigação sobre suas deficiências. Experiências de asilamento das crianças idiotas ocorreram nos primeiros hospitais fundados no Rio de Janeiro (Pavilhão Bourneville, anexo infantil do Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha –1903), em São Paulo (pavilhão infantil do Hospital Juqueri- 1921) e em Pernambuco, com a criação por Ulysses Pernambuco do Instituto de Psicologia, em 1925.

Além das propostas asilares, uma série de iniciativas são descritas na conjugação dos trabalhos médicos junto às escolas, na tentativa desde então iniciada de classificação, mensuração e tratamento das crianças que apresentavam dificuldades no aprendizado.

⁴ “Deste modo quedo llenado el camino, en el primer decenio de este siglo, para la atencion individual de los niños que presentaran cualquier dificultad en la actividade o el comportamiento. La psicomетria, la psiquiatria dinámica, los tribunales de menores y el movimiento de higiene mental fueron sus principales incentivos. Poca labor efectiva con niños, terapéutica o de investigación, se realizó en ese período; pero los educadores, los psicólogos y los psiquiatras comenzaram a pensar en los niños de una forma práctica, constructiva e individualmente útil.”

Convém aqui enfim ressaltar que a formação de um campo clínico na medicina (da clínica médica, bem como da clínica psiquiátrica) é um dos eixos fundamentais para a expansão do saber médico como explicativo, seja das doenças orgânicas, seja dos sofrimentos psíquicos. A medicina se consolida, ao longo da modernidade, como um saber que será cada vez mais demandado a oferecer as explicações que dêem conta do sofrimento humano e das vicissitudes de seu desenvolvimento.

1.1.2 - Medicina Social: o cuidado das populações

Parece ter sido fruto da atuação social e coletiva da medicina na gerência da saúde e dos espaços urbanos que o saber médico passou a se ocupar de procedimentos de investigação, manutenção e geração de um homem saudável e normal. Por outro lado, a aliança entre a medicina e o Estado deu à primeira força política incontestável, e desta aliança vimos surgir uma série de políticas públicas de gestão do espaço e das relações sociais. Podemos dizer que dois universos parecem concorrer para a importância e valor do saber médico no social: um científico e outro político.

A medicina não deve mais ser apenas o corpus de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverá, também, um conhecimento do homem saudável, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do homem não doente e uma definição do homem-modelo. Na gestão da existência humana, toma uma postura normativa que não a autoriza apenas a distribuir conselhos de vida equilibrada, mas a reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade em que vive. Situa-se nessa zona fronteira, mas soberana para o homem moderno em que uma felicidade orgânica, tranquila, sem paixão e vigorosa se comunica de pleno direito com a ordem de uma nação. (Foucault, 2004, p.37)

A história da medicalização investigada por Foucault busca encontrar como a intervenção médica no cotidiano ganhou cada vez maior importância e abrangência, considerando “o fato de que a existência, a conduta, o comportamento, o corpo humano, se incorporaram a partir do século XIX em uma rede de medicalização (...)” (Foucault, 1977, p.4), o que começamos a acompanhar no ponto anterior. Além disso, esta parece coincidir com a história do surgimento e desenvolvimento de uma medicina social. Foucault considera que “a medicina moderna é uma medicina social cujo fundamento é uma certa tecnologia do corpo social; a medicina é uma prática social e somente um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações entre o médico e o paciente”.(op.cit. p.5)

O corpo, em sua capacidade para o trabalho, foi, sem dúvida, objeto de socialização da medicina com o advento do capitalismo, no entanto Foucault entende que na atuação da medicina moderna, científica, o corpo interessava, a princípio, não como fonte de produção,

mas como espaço de desenvolvimento da doença, bem como unidade no conjunto da população do Estado. Isto não quer dizer que o corpo não tivesse outra dimensão para o saber médico, como vimos acima, pois o nascimento da clínica na passagem do XVIII para o XIX surgia justamente da possibilidade de novos enunciados sobre o corpo e sobre o espaço de desenvolvimento da doença no organismo. “E, nessa nova imagem que dá de si mesma, a experiência clínica se arma para explorar um novo espaço: o espaço tangível do corpo, que é ao mesmo tempo essa massa opaca em que se ocultam segredos, invisíveis lesões e o próprio mistério das origens.” (Foucault, 2004, p. 135)

Talvez seja possível dizer que a clínica nascente no final do século XVIII, aliada às necessidades de controle e ordenação das populações em crescimento nos novos centros urbanos, permitiu à medicina reunir um saber clínico a uma investigação das populações, empreendendo novos domínios para ela própria, já em aliança com o Estado.

O que constitui agora a unidade do olhar médico não é o círculo do saber em que ele se completa, mas esta totalização aberta, infinita, móvel, sem cessar, deslocada e enriquecida pelo tempo, que ele percorre sem nunca poder detê-lo: uma espécie de registro clínico da série infinita e variável dos acontecimentos. Mas seu suporte não é a percepção do doente em sua singularidade, é uma consciência coletiva de todas as informações que se cruzam, crescendo em uma ramagem complexa e sempre abundante, ampliada finalmente até as dimensões de uma história, de uma geografia, de um Estado. (Foucault, 2004, p.31)

Foucault toma três exemplos para tratar desta junção entre medicina e Estado. A importância para nós destes percursos históricos está no fato de comporem o trajeto de consolidação de um lugar especial conferido à medicina na sociedade moderna, algo que reverbera, do ponto de vista político, nas distinções que o saber médico ganha em nosso tempo, no lugar ideológico que seus enunciados ocupam. Isto, é claro, não se fez sem a importância científica que a medicina ganhou ao longo do século XX.

Comparando o estabelecimento do Estado na Alemanha, França e Inglaterra, Foucault percorre as distinções da importância dada nas três nações aos cuidados destinados a suas populações ao longo dos séculos XVIII e XIX. Mostra que se na França e na Inglaterra, no período mercantilista, a preocupação do Estado se resumia à contagem populacional considerando nascimentos e mortalidades, índices de saúde da população e seu crescimento, na Alemanha organizava-se uma ciência do Estado, que abarcava “as investigações sobre [seus] recursos e funcionamento” bem como “a série de procedimentos mediante os quais o Estado obteve e acumulou conhecimentos para garantir seu funcionamento”. (Foucault, 1977, p.6). Daí o autor enfatizar o fato de que na Alemanha se desenvolve uma medicina ligada

justamente a essa necessidade de organização e funcionamento do Estado, o que permitiu o surgimento de uma prática médica não somente de recenseamentos, mas preocupada com a melhoria da saúde da população. Diz ele, em resumo, sobre a formação de uma medicina do Estado na Alemanha:

A organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma administração geral e, por último, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal, combinam uma série de fenômenos inteiramente novos que caracterizam o que se poderia denominar medicina de Estado. (Foucault, 1977, p.10)

Diferente do exemplo alemão, a experiência francesa se deu no desenvolvimento de uma medicina social preocupada especialmente com a crescente urbanização do final do século XVIII. “Na segunda metade do século XVIII se colocou o problema da unificação do poder urbano. Se sentiu a necessidade, pelo menos nas grandes populações, de constituir a cidade como unidade, de organizar o corpo urbano de modo coerente e homogêneo, regido por um poder único e bem regulamentado”. (op.cit.,p.11)

Foucault evoca os problemas de natureza econômica e política presentes neste ordenamento do poder das cidades: as formações dos mercados comerciais e a necessidade de uma regulação centralizada destes, bem como os confrontos dentro dos centros urbanos entre a plebe, que começava a se proletarizar, e a burguesia.

O crescimento das populações urbanas colocava, além de problemas políticos e econômicos, problemas de ordem médica, devido aos escassos recursos de higiene e de saneamento, levando a altos índices de mortalidade e epidemias. Em estado de constante tensão, a cidade e sua população mereciam cuidados e controle. As ocorrências em torno das epidemias de peste e da lepra servem para Foucault ressaltar, no agenciamento da medicina urbana, formas de controle sobre os doentes que resultaram, tanto no caso da peste quanto da lepra, em exclusões dos indivíduos do convívio comunal, fosse pela estratégia da quarentena, no caso da peste, ou do asilamento no caso da lepra.

O poder político da medicina consistia em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, verificar seu estado de saúde, comprovar se viviam ou haviam morrido e em manter assim, a sociedade em um espaço dividido, inspecionado, constantemente vigiado e controlado por um registro o mais completo possível dos fenômenos que ocorriam. (op.cit.p.14)

O que é preciso ressaltar sobre o exemplo francês é que dele surge uma preocupação com a *salubridade*, ou seja, com as condições materiais e sociais capazes de assegurar a saúde dos indivíduos. Esta relação que a medicina urbana perseguia, entre a saúde e os meios de

garanti-la, teve grande importância para o desenvolvimento das noções de higiene pública, favorecendo o surgimento de uma nova forma de atuação médica sobre o conjunto daquilo que compunha o ambiente onde viviam os indivíduos. A higiene pública foi um dos eixos de ação da medicina social e influenciou muito particularmente as intervenções médicas não somente sobre as condições físicas do meio, mas também sobre as condições sociais de vida dos indivíduos, abrindo campo para a intervenção médica de forma a moralizar as condutas humanas nas sociedades ocidentais modernas.

A totalidade das medidas relativas à higiene pública e privada, à educação e à proteção dos indivíduos, terá inicialmente efeito ao nível dos problemas colocados para a economia pela gestão ampliada da população que ela ocupa; os problemas de conservação como também de integração (...).(Donzelot, 2001, p. 57)

O terceiro e último exemplo analisado por Foucault é o da medicina social inglesa que, segundo ele, foi uma “medicina da força laboral”, já então preocupada com a saúde da população pobre e que precisava ser mantida como um proletário saudável, mão-de-obra necessária aos projetos de desenvolvimento e enriquecimento do Estado. Não somente deveria ser assistida em sua saúde para o trabalho, mas também controlada, pois era então percebida como ameaça para a burguesia urbana.

Para Foucault, o que tornou a medicina inglesa uma medicina social foi a organização de um conjunto assistencial baseado no cuidado com a saúde bem como no controle da circulação do proletariado. Foucault se refere à “*Lei dos pobres*” e a um sistema complementar de assistência que passou a vigorar na Inglaterra, nos chamados *health services* ou *health offices* (estabelecidos a partir do final do século XIX): a formação de um conjunto hospitalar de cuidados e registros, com controle das vacinações, epidemias e categorizações das condições de salubridade de diversos locais das cidades. Para Foucault, tal sistema assistencial configurava uma atenção autoritária do proletário, destinando a esta classe cuidados médicos, mas também obrigações quanto a se imunizar e declarar seus estados de adoecimento.

Vê-se, claramente, a transposição, na legislação médica, do grande problema político da burguesia nesta época: a que preço, em que condições e como assegurar sua segurança política. A legislação médica contida na *Lei dos pobres* corresponde a esse processo. (...) Ora, quando se observa como efetivamente funcionou o *health service* vê-se que era um modo de completar, ao nível coletivo, os mesmos controles garantidos pela *Lei dos pobres*. A intervenção nos locais insalubres, as verificações de vacina, os registros de doenças tinham por objetivo o controle das classes mais pobres. (Foucault, 1982, p. 96)

Foucault vê nestes três modos de desenvolvimento de uma medicina social - alemão, francês e inglês - diferentes objetivos e práticas de governo da saúde da população ao longo dos séculos XVIII e XIX, e encontra no exemplo inglês a forma mais abrangente, que se tornou modelo para outros países da Europa e Américas. Isso porque reunia características fundamentais dos três sistemas: uma assistência médica dedicada aos pobres, uma medicina administrativa dedicada a problemas gerais das cidades, e uma medicina privada que beneficiava os mais ricos.

Ainda que a relação entre medicina e Estado no Brasil tenha se dado num contexto político diferente daquele analisado por Foucault nas nações européias em formação, os problemas urbanos nas cidades brasileiras também eram, como na Europa, problemas de ordem sanitária, bem como de conflitos econômicos e políticos. No caso brasileiro, segundo Costa (2004), a aliança entre a medicina e a elite colonial respondeu à ineficiência das tentativas da Coroa em ordenar o controle das cidades e sua população.

A medicina, que desde o início do século XIX, lutava contra a tutela jurídico-administrativa herdada da Colônia, deu um largo passo em direção à sua independência, aliando-se ao novo sistema contra a antiga ordem colonial. Este progresso fez-se através da higiene, que incorporou a cidade e a população ao campo do saber médico. Administrando antigas técnicas de submissão, formulando novos conceitos científicos, transformando uns e outros em táticas de intervenção, a higiene congregou harmoniosamente interesses da corporação médica e objetivos da elite agrária. (Costa, 2004, p.28)

Costa salienta, ainda, que uma importante vertente de ação das propostas higienistas escolhia a família como alvo de políticas médicas, tanto por sua importância no poder colonial, como por ser ambiente de prevenção. “A medicina social, através de sua política higiênica, reduziu a família a este estado de dependência(...). Foi também pretextando salvar os indivíduos do caos em que se encontravam que a higiene insinuou-se na intimidade de suas vidas”. (op.cit, p.12). Costa faz de sua leitura das teses higienistas defendidas no final do século XIX no Brasil, a história de uma disciplinarização da família e das escolas. Se interessava ao autor mostrar como uma nova família urbanizada se funda, consolidando a união da medicina ao Estado em suas novas necessidades político-econômicas, põe, no entanto em relevo, uma economia afetiva no interior das famílias e das escolas onde a criança passa a ser normalizada a partir dos ideais de saúde, produção intelectual, contenção sexual e onde a família passa a ser tutelada em sua vida privada por uma “pedagogia médica”. Três são os pilares desta pedagogia higiênica: moral, intelectual e sexual.

As operações médicas ligadas ao Estado também procuravam evitar os malefícios para a “nação brasileira” de uma miscigenação já constitutiva de nossa sociedade, vertente racista das teorias médicas da degeneração, importadas dos centros europeus. Assim, a grande força de ação médica sobre a população esteve aqui muito mais pautada pela idéia de prevenção. (Patto, 1999)⁵

Considerando os avanços da aliança entre Estado e medicina a partir da segunda metade do século XX, Foucault vê nas políticas de saúde pós-segunda guerra mundial uma mudança significativa no valor da saúde da população para o Estado. É novamente a gestão inglesa que serve de modelo de análise. Foucault toma como marco desta mudança o Plano Beveridge, formulado na Inglaterra em 1942, como conjunto de metas para organização da saúde. Para Foucault, de uma responsabilidade de assegurar a vida, o Estado passa a tomar para si a tarefa de assegurar uma vida em boa saúde e é o direito à saúde que então se coloca como fundamento das políticas públicas inglesas, que se dissemina na Europa e nos EUA.

A medicina de Estado foi, até a metade do século XX, essencialmente orientada para fins, senão raciais, ao menos nacionalistas. Ora, com o Plano Beveridge, a saúde se torna objeto de preocupação dos Estados, não basicamente para os próprios Estados, mas para os indivíduos. O corpo, o direito que os indivíduos têm de assegurar a boa saúde de seus corpos torna-se objeto da própria ação do Estado. Há, portanto, uma inversão: não mais o indivíduo em boa saúde para o Estado, mas o Estado para o indivíduo em boa saúde. (Foucault, 1974, mimeo sem paginação)

Deste momento em diante Foucault vê o desenvolvimento desta medicina social incluída na macro economia, e as políticas para a saúde como ponto fundamental de defesa governamental nos países desenvolvidos. Além disso, destaca a intensificação dos progressos tecnológicos da medicina, representados, por exemplo, pelas descobertas no campo dos medicamentos (antibióticos, psicofármacos, vacinas, etc) e das pesquisas genéticas, como tendo efeitos de inflexão na história da humanidade, assim como o desenvolvimento da indústria farmacológica, o que colocou a medicina em relação a uma economia de mercado.

Atualmente a medicina encontra a economia por outro caminho. Não, simplesmente, porque é capaz de reproduzir a força de trabalho, mas porque é diretamente capaz de produzir riqueza, na medida em que a saúde é objeto de desejo para uns e de lucro para outros. A saúde, enquanto objeto de consumo, enquanto pode ser produzida por uns – laboratórios farmacêuticos,

⁵ Não trataremos aqui das diferenças encontradas no caso brasileiro nas formas de poder e controle exercidos na cidade pelo sistema jurídico-policial, bastante diferentes daqueles registrados por Foucault a respeito do poder disciplinar, apenas faremos referência a Patto :

“Mas no interior das especificidades econômicas, sociais e culturais do país, tudo indica que a história européia das técnicas disciplinares não se repetiu aqui nas mesmas proporções e com os mesmos significados e resultados.(...)Elas foram principalmente resposta de uma burguesia secularmente autoritária e patrimonialista a alguns sentimentos e interesses de classe.” (Patto, 1999.p. 2)

médicos, etc. – e consumida por outros – os doentes potenciais ou atuais – tornou-se um objeto econômico importante, entrou no mercado. (Foucault, 1974, mimeo sem paginação)

O saber médico se dissemina no que Foucault chamou de “medicalização infinita”, a medicina deixa de atuar sobre o que antes era seu tradicional domínio: a demanda do doente e a doença. Combinam-se para isso fatores como o controle não mais somente dos indivíduos, mas da população; a intervenção não mais somente sobre a doença, mas sobre o meio em que ela ocorre e sobre a vida; a entrada da medicina numa economia de mercado. Desta forma, a medicalização, como fenômeno da modernidade, se apresenta na expansão do saber médico nos campos da moral, da política e da economia .

Parte importante da difusão do saber médico no campo social se deu em intervenções médicas dirigidas à ordenação dos cuidados da criança no interior das famílias, bem como no interior do ambiente escolar, que se formava então como espaço possível de intervenção do Estado sobre as novas gerações. A escolarização obrigatória, adotada em grande parte das nações, foi aliada fundamental na difusão de um conhecimento médico de forma a popularizar uma higienização das condutas familiares e escolares dirigidas às crianças, bem como mapear os indivíduos em sua condição para o aprendizado e o trabalho. O futuro das nações passa a ser pensado tendo suas raízes numa infância assistida e protegida.

1.1.3 - Cuidado das crianças e das famílias

As mudanças modernas que permitiram a constituição de um *sentimento da infância*, analisadas no estudo de Ariès (1981), constituíram tanto um olhar para a particularidade da criança e do tempo da infância, como também para o futuro que determinariam. O novo *sentimento da infância* se combinou à configuração de um novo adulto nas modernas idealizações das nações em construção. Este adulto que iria fazer parte do conjunto da população saudável, letrada e produtiva, passou a ser perseguido desde suas primeiras experiências de vida, encontrando nestas seu bom destino ou a desgraça de seu futuro.

Ao problema “das crianças” (quer dizer de seu número no nascimento e da relação natalidade – mortalidade) se acrescenta o “da infância” (isto é, da sobrevivência, dos investimentos necessários e suficientes para que o período de desenvolvimento se torne útil, em suma, da organização desta “fase” que é entendida como específica e finalizada). Não se trata, apenas, de produzir um melhor número de crianças, mas de gerir convenientemente esta época da vida. (Foucault, 1982, p. 199).

Um dos projetos modernos, criado com o novo sentimento de infância, diz respeito ao esforço de civilidade destinado às crianças e que encontra nos progressos da escolarização

espaço privilegiado de debate. As interferências dos adultos destinadas tanto a civilizar quanto a letrar as crianças, passaram a ocorrer, ao longo do século XIX, especialmente no interior dos colégios e as famílias aos poucos se constituem como espaço privado, núcleo da educação privada das crianças.

É evidente que toda reflexão sobre a temática da escola e da criança pode ser apreendida como um desdobramento de uma nova sensibilidade atinente à criança e às novas gerações no fervilhar do movimento humanista. Daí também a necessidade de os contemporâneos formularem e observarem específicos procedimentos e estratégias adotados paulatinamente na configuração de um novo modelo de família, que se nuclearizava e que progressivamente se emancipava perante outros vínculos sociais e comunitários. (Boto, 2002, p. 21)

Assim, os empreendimentos escolares, as teorizações sobre o ensino, os conselhos para uma boa educação, precisavam “atingir” este adulto (pais e professores) que se dirigia às crianças. “Será de complementaridade, mas também de concorrência a tensa relação que, desde então, se estabelecerá entre escola e família. Seja como for, os colégios serão a moderna expressão de como tratar as crianças mediante códigos das boas maneiras requeridos pela cultura moderna”. (Boto, op. cit, p. 23)

Aos ideais da formação em termos morais, comportamentais, de letramento, somaram-se também hábitos higiênicos de alimentação, de asseio, de contato físico e de trocas afetivas no interior das famílias bem como das escolas; o saber médico difundiu-se socialmente como conhecimento necessário para configurar pressupostos e sustentação a práticas de cuidado e educação que permitissem que as crianças tivessem um desenvolvimento adequado e uma vida saudável.

Um conjunto complexo de disciplinas se organizou em torno da criança, da família e da infância ao longo dos dois últimos séculos; um novo jogo de idéias e práticas passou a sustentar as intervenções destinadas a fornecer as referências modernas de cuidado e moralização das crianças. E neste conjunto estiveram envolvidos, especialmente, pediatras, psiquiatras, psicólogos e pedagogos, reunidos para orientar famílias e escolas. “Compreendê-la e educá-la. Diferenciá-la e explicá-la. A infância tem sobre si a sombra das escolas de pensamento que se formaram às custas do empenho em definir, quantificar, descrever, prescrever e orientar.” (Freitas e Kuhlmann Jr., 2002. p. 8)

Algumas referências tornaram-se fundamentais no que diz respeito ao cuidado da infância como tempo de vulnerabilidade, bem como de preparo, e as intervenções dirigidas às escolas e famílias tiveram raízes, em geral, nas teorias higienistas - bem como nas idéias preventivas da higiene mental-, nas teorias médicas sobre a degeneração, nas concepções da

puericultura e no desenvolvimento das técnicas e conceitos da psicomетria e da psicologia do desenvolvimento. (Patto, 1999; Costa, 2004; Moyses, 2001; Castellanos, 2003; Legani e Almeida, 2004) As intervenções destinadas ao cuidado deste tempo de preparo pautaram-se por uma definição de prevenção e moralização das crianças e das práticas educativas.

A criança e a infância tornam-se objeto de estudo, e a medicina e a psicologia tornam-se disciplinas centrais nas investigações sobre o desenvolvimento e o psiquismo, influenciando fortemente as práticas pedagógicas desde então, dando estatuto científico às teorizações sobre a criança - seu desenvolvimento e seus desvios - e para a infância como tempo especialmente importante na formação do homem. A infância torna-se um tempo de preparo, de passagem. Por consequência, aquilo que durante este tempo ocorre, concorre para a forma, as habilidades, a autonomia, a liberdade que um adulto poderá ter.

Os estudos da criança vêm, portanto, acompanhados das descrições do comportamento e da mensuração da mente. O conhecimento decorrente das observações e experimentações com as crianças é visto como elucidativo das origens e dos processos de desenvolvimento humano, contribuindo para a noção de que *a criança explica o homem, a criança é o pai do homem*. [grifo do autor] (Smolka, 2002, p. 114)

Vários autores já examinaram a literatura médica na passagem dos séculos XVIII, XIX e início do XX sobre as crianças e suas famílias e os métodos propostos para sua educação e cuidados. As linhas gerais de análise dos autores sobre as sociedades européias e a brasileira se assemelham, evidenciando a maneira com que o saber médico influenciou a constituição de uma nova ordem familiar e uma nova direção das práticas terapêuticas e escolares dirigidas às crianças no mundo ocidental moderno.

Donzelot (2001), por exemplo, analisa, além da literatura médica, um conjunto de eventos no interior da sociedade européia nos séculos XVIII e XIX que evidencia os mecanismos econômicos e sociais utilizados pelo Estado para interferir no alto número de mortalidade das crianças, nas práticas de criação presentes nas famílias burguesas e nas famílias populares, nas práticas de abandono das crianças pobres e bastardas nas instituições de assistência, nos problemas da educação observados nas instituições de asilo dos menores abandonados e deficientes. Sua análise, além disso, demonstra as influências das questões de classe nas políticas adotadas pelo Estado na gestão destas diferentes questões. As formas distintas de intervenções adotadas entre as populações pobre e rica, tinham claros interesses quanto ao governo da população na consolidação e desenvolvimento econômico dos Estados.

A força desses discursos que incitam à conservação das crianças provém, sem dúvida, da conexão que estabelecem entre o registro médico e o registro

social. Toda a sua potência militante decorre da relação que eles podem fazer valer entre produção de riqueza e tratamento do corpo. (Donzelot, 2001, p.18)

Reconhecer de utilidade pública as habitações sociais, as escolas, as caixas econômicas, os salários família, todos esses equipamentos implantados por um patronato preocupado em conter as populações pobres, torna-se legítimo, já que esses instrumentos de moralização são também as condições de salubridade. (op.cit., p. 84)

As práticas ao longo do período analisado pelos autores refletem as diferentes concepções que a medicina desenvolve sobre a doença, sobre o funcionamento do corpo e sobre as condições objetivas para a saúde e desenvolvimento das crianças. Além disso, enfocam os efeitos da escolarização adotada então para o desenvolvimento da força do corpo e da alma. Neste período, o peso das teses higienistas é ressaltado pelos autores e Foucault também já analisava tais procedimentos do ponto de vista da disciplinarização dos indivíduos, especialmente levando em conta as práticas de controle, medida e exame que passaram a ser empreendidas nas escolas.

Num sistema de disciplina, a criança é mais individualizada que o adulto, o doente o é antes do homem são, o louco e o delinquente mais que o normal e o não-delinquente. (...) Todas as ciências, análises ou práticas com radical “psico”, têm seu lugar nessa troca histórica dos processos de individualização. O momento em que passamos de mecanismos histórico-rituais de formação da individualidade do homem memorável pela do homem calculável, esse momento em que as ciências do homem se tornaram possíveis, é aquele em que foram postas em funcionamento uma nova tecnologia do poder e uma nova anatomia política do corpo. (Foucault, 1987, p. 161)

Donzelot desenvolve linhas de leitura dos fenômenos políticos e econômicos que envolveram as transformações no interior da família moderna (burguesa ou popular), e acaba por revelar sua potência no centro do que ele considera a formação daquilo que se define como *o social*, ou seja, em que medida a família passa a ser um *mecanismo* através do qual o funcionamento de um terreno híbrido se constitui, onde as fronteiras da ação do Estado sobre a vida cotidiana se estabelecem a partir de um conjunto de ações destinadas a regular a criação, a educação, os papéis afetivos no interior da família.

A primeira via de difusão coletiva das ações médicas destinadas ao cuidado das crianças enfocaram o controle dos altos índices de mortalidade nas cidades. O imenso número de mortes das crianças estava vinculado, segundo análises dos médicos higienistas, a alguns fatores, mas em especial às condições de nutrição observadas tanto nas famílias burguesas quanto nas populares. A prática de aleitamento pelas amas-de-leite foi particularmente atacada pelo grupo higienista.

A alta mortalidade das crianças também se associava a uma prática de numerosos abandonos das crianças filhas de famílias pobres, órfãs, bem como filhas bastardas da burguesia. A rede de assistência às crianças abandonadas já havia se formado desde o século XVII e seu aumento foi significativo ao longo dos séculos XVIII e XIX, especialmente nas cidades, onde se observava um enorme crescimento populacional (com a migração vinda do campo, fruto da recente industrialização) e um aumento significativo da pobreza urbana. Os gastos do Estado já estavam envolvidos com a manutenção desta rede de assistência, realizada por instituições públicas bem como religiosas.

Contra o excesso de mortes, os gastos com a assistência, o uso das crianças como força de trabalho, o abandono, uma mudança de hábitos se fazia necessária. Um dos eixos de ação do Estado contava com a defesa e difusão das propostas higienistas. Assim é que, a precariedade das práticas de nutrição nas famílias burguesas e a necessidade de economia dos gastos sociais para com as famílias populares, fez da associação entre a medicina e o Estado uma forma de melhoria das condições de saúde, de garantia de sobrevivência dos indivíduos que serviriam para a manutenção da economia e da nação, bem como permitiu uma economia social, diminuindo, por meio de uma rede de filantropia, os altos custos estatais com a manutenção das crianças abandonadas. Duplo agenciamento da saúde: contribuir para uma economia privada dos costumes, garantindo uma assistência pública enxuta.

(...) diz-se que a imagem da infância mudou. Sem dúvida. Mas, o que se instala nessa época é uma reorganização dos comportamentos educativos em torno de dois pólos bem distintos. O primeiro tem por eixo a difusão da medicina doméstica, ou seja, um conjunto de conhecimentos e de técnicas que devem permitir às classes burguesas tirar seus filhos da influencia negativa dos serviçais e colocar esses serviçais sob vigilância dos pais. O segundo poderia agrupar, sob a etiqueta de “economia social” todas as formas de direção da vida dos pobres com o objetivo de diminuir o custo social de sua reprodução, de obter um número desejável de trabalhadores com um mínimo de gastos públicos, em suma, o que se convencionou chamar de filantropia. (Donzelot, op. cit, p. 21)

A infância, a cultura familiar e as formas de escolarização foram os alvos mais visados pela ação médica-higiênica tanto na Europa quanto no Brasil; foi no contexto da escola e da família que as práticas higiênicas tiveram maior êxito; foi neste viés, ou seja, o da educação, que a junção entre a medicina e o Estado esteve presente – numa medicalização das práticas escolares e das relações familiares.

A família não deve ser mais apenas uma teia de relações que se inscreve em um estatuto social, em um sistema de parentesco, em um mecanismo de transmissão de bens. Deve se tornar um meio físico denso, saturado, permanente, contínuo que envolva, mantenha e favoreça o corpo da criança. (...) A família – aparelho estrito e localizado de formação – se solidifica no

interior da grande e tradicional família-aliança. (...) Em todo caso, desde o fim do século XVIII, o corpo sadio, limpo, válido, o espaço purificado, límpido, arejado, a distribuição medicamente perfeita dos indivíduos, dos lugares, dos leitos, dos utensílios, o jogo do “cuidadoso” e do “cuidado”, constituem algumas das leis morais essenciais da família. E, desde esta época, a família se tornou o agente mais constante de medicalização. (Foucault, 1982, p. 199)

A concepção moderna sobre a infância, entendida como tempo de desenvolvimento e preparo, justificava e legitimava as práticas higienistas; a infância passava a ser vista como tempo profícuo de prevenção das doenças debilitadoras da saúde, das doenças mentais, bem como da criminalidade. A fim de responder a um conjunto de idéias que passaram a vigorar no interior da medicina sobre os efeitos da herança biológica, especialmente no que diz respeito aos problemas mentais e delinqüenciais da juventude, as crianças passam a ser necessariamente assistidas em seu desenvolvimento.

Soma-se à idéia do que seja uma criança e seu desenvolvimento, a possibilidade de mensurar suas capacidades e funções, o que permite uma individualização das classificações e distinções propostas às crianças. As escalas de inteligência desenvolvidas por Binet e Simon tiveram aqui importante influência no que diz respeito à individualização do olhar sobre a particularidade de cada criança, o que servirá em muito para os ideais de uma escolarização que pretende oferecer a cada um o que lhe seja necessário para otimizar suas capacidades, tornando a proposta do “ensino individualizado” um ideal do século XX. A aplicação das escalas de mensuração da capacidade intelectual, ou do grau de intelectualidade de cada aluno, respondia não somente aos regimentos de uma ciência nascente, a psicologia, como prezava por garantir a educação das diversas categorias da população infantil, distinguindo os que podiam desenvolver uma certa intelectualidade daqueles para quem se criavam serviços escolares profissionalizantes ou especiais.

O trabalho de Binet, por exemplo, pode ser visto como a criação de um instrumento “científico” absolutamente imprescindível para organizar a escola e só permitir a entrada dos escolarizáveis. Longe de ser capaz de medir a inteligência, uma qualidade humana incomensurável que não cabe na simples equação do QI, o teste de Binet-Simon criou uma função nova, chamada por ele de inteligência. Essa função cuja definição é operacional, ou seja, define-se por aquilo que é medido no teste, não existia antes na cabeça de nenhuma criança ou adulto, não se confunde com aquilo que Kant chamava de inteligência (Crochik, 1996). Ao reduzir a inteligência a sua medida, produziu-se ainda uma ilusão, à qual se curvou a modernidade, e que consiste em acreditar que a inteligência é, resume-se na medida de um coeficiente. (Kupfer ; Petri, 2001, p.111)

A sanitização da infância se deu através da reunião de pediatras, psiquiatras, psicólogos e educadores, no controle dos hábitos escolares e familiares. Para tanto, a criação

de instituições de assistência bem como a formação das clínicas de aconselhamentos - à semelhança das *guidance clinics* americanas - e dos serviços médico-escolares no Brasil, seguiu a tendência observada também nos centros europeus. (Tavares, 1996; Gondra, 2000)

Não foram poucos os médicos, juristas e educadores que chamaram a atenção para a situação da infância e da juventude no país, no interior de várias modalidades de projetos preventivos e remediativos, que incluíam: divulgação de princípios de puericultura; mudanças na legislação referente aos “menores”; criação de instituições de assistência e educação de crianças pobres e “menores abandonados”; tratamento e educação especial de “menores anormais”; reforma de “menores delinquentes”; ensino escolar primário para as crianças “normais”. (Patto, 1999, p.3)

Higienismo, puericultura, psicometria, psiquiatria da criança, pedagogia: a combinação destas disciplinas esteve claramente representada nas práticas médico-psico-pedagógicas de intervenção sobre a *infância anormal* e os problemas enfrentados pelas crianças nas propostas escolares modernas.

Centros de assistência, clínica de aconselhamento, serviços médico-escolares, escolarização especial para as *crianças anormais*, foram alguns dos empreendimentos que puseram em prática as teses formuladas sobre as fases de desenvolvimento, as heranças familiares, as funções da inteligência. Resulta que a divisão normal-anormal se instala como referência nas classificações que receberam as crianças a partir de então e continua a ser esta uma divisão potente para justificar a criação de terapêuticas e mecanismos especiais de escolarização ao longo de quase dois séculos.

Os centros médico-psicológicos e serviços de saúde escolar, implantados tanto na Europa, quanto nos EUA e no Brasil, são também exemplos da forma como na institucionalização dos cuidados e educação das crianças pautou-se por uma aplicação das técnicas consideradas científicas na quantificação das condições de aprendizado e desenvolvimento das crianças, guardando a esperança desde então acalentada de encontrar a metodologia correta para o ensino de cada criança em particular, além de representarem formas institucionalizadas de controle e exclusão de quantidades significativas das crianças da escolarização regular. Tavares (1996) estuda o funcionamento dos Serviços Médico-Escolares no início do século XX em São Paulo, mostrando como estiveram a serviço da aplicação das teorias médica e psicológica e suas práticas experimentais:

A Psicologia sempre esteve, no período estudado aqui, atrelada a duas expectativas fundamentais: a de que seu instrumental teórico e técnico servisse para fornecer as medidas da individualidade do aluno (sua memória, inteligência, personalidade, moralidade) e para fazer melhorar a prática pedagógica, criticada naqueles tempos por ser empirista e tradicionalista demais. (Tavares, 1996, p.19)

Os problemas de aprendizado, antes de estarem vinculados ao estudo da própria institucionalização da escolarização, foram aos poucos inscritos na ordem de problemas individuais, de herança e de caráter, além, é claro, das capacidades intelectuais de cada aluno.

A ordem da saúde/doença é o espectro amplo no qual as queixas dirigidas ao campo médico podem ser situadas, interpretadas bem como tratadas. No entanto, as questões do desenvolvimento não estão propriamente colocadas quando inseridas na divisão saúde/doença; sabe-se, no interior da medicina, que o espaço transitório e “em desenvolvimento” do tempo da infância impõem ressituar os fenômenos do desenvolvimento e suas perturbações de forma a considerar as variações próprias do tempo da infância. Incorporar as variações da expressão deste desenvolvimento implicou na associação da medicina com outras disciplinas, especialmente com a psicologia. A idéia de uma individualização dos cuidados no interior da escola pode ser tomada como expressão desta aproximação entre medicina e psicologia.

A presença das formulações médicas, da psiquiatria da criança e da psicologia no campo pedagógico se deu pelas práticas de controle e medida realizadas no interior das escolas, levadas a cabo pelos profissionais dos Serviços Médico Escolares, os Serviços de Saúde do Escolar, pelos Serviços de Psicologia Aplicada (Tavares, 1996; Lima, 2004), bem como pela via da formação dos professores.

Conforme já se explicitou, desde a década de 1920 começaram a circular entre os educadores uma série de idéias sobre a possibilidade de medir as capacidades humanas, com vistas a tornar possível conhecer de maneira científica o potencial de cada indivíduo. O lema: tudo o que existe, existe em uma certa quantidade e, portanto, deve poder ser medido, orientou os esforços no sentido de se avaliar quantitativamente não apenas o peso, a altura e a acuidade visual ou auditiva, das crianças, mas também a inteligência, o caráter, as aptidões específicas e os conhecimentos adquiridos na escola. Vimos também que um dos objetivos principais da aplicação dos testes nas escolas desde então era o de identificar as crianças anormais, as quais deveriam ser separadas das outras e receber tratamento especializado. (Lima, 2004, p. 150)

A partir de sua formação no terreno da psicologia, os professores foram também chamados a serem extensão do olhar especialista na prática cotidiana, levados a observarem as variações de comportamento das crianças e a orientarem seus familiares na busca de tratamentos adequados aos problemas apresentados pelos alunos.

(...) os saberes especializados produzidos no âmbito dos novos domínios sociais e pedagógicos destinavam-se a desvendar e a transformar a alma dos indivíduos. Os estudos sobre o desenvolvimento da criança pautavam-se por critérios de normalidade, que diferenciavam e classificavam as formas de pensar, agir e sentir da criança, a partir de múltiplas estratégias de avaliação. A psicologia tornou-se uma disciplina cada vez mais influente a informar a

educação e contribuiu para criar na pedagogia “um sentido terapêutico do indivíduo, cuja vida podia ser normalizada e transformada em construtiva e produtiva” (Popkewitz, 1998, p.152). O próprio ensino e as ocupações relacionadas com o bem-estar social abriram-se para as investigações e formas de planejamento científicas. (Lima, 2004, p. 89)

Esta tendência de psicologização do ensino contribuiu, em primeiro lugar, para a idéia de que um bom cuidado dos professores para com as crianças seria fruto de uma “atenção individual”; além disso, surtiu efeitos de responsabilização do indivíduo por suas dificuldades, valorizando a consideração de “questões internas” ou da qualidade das relações familiares como causas do “desajuste” e do não-aprendizado; e ainda, força uma associação do binômio saúde/doença a outro, mais ideologicamente marcado, o da normalidade/anormalidade. Reconhecemos aqui como efeito de uma prática higienista e moralizadora das condutas para a formação de um ser saudável e produtivo - aliada à psicomетria dos alunos -, uma patologização dos problemas de aprendizado. A difusão dos saberes médicos e psicológicos influenciou a prática pedagógica por boa parte do século XX. Seus efeitos estigmatizantes e de exclusão já foram denunciados por diversos autores.

A partir dos anos 70 vimos se estabelecer uma visão crítica acerca desta via de medicalização (a que se aliou uma forma de psicologização da escola), do ponto de vista de seus efeitos – muitas das doenças diagnosticadas nas crianças são inerentes à sua escolarização.

A relação entre adultos e crianças, podemos dizer, foi o alvo das diversas intervenções dirigidas as famílias e escolas pelos saberes médico e psicológico. A higienização do discurso escolar pautou uma mudança de práticas, uma variação no conjunto das relações entre adultos e crianças, disciplinadora, é certo, normalizante, também, e ideologicamente marcada; no entanto, defendia ainda um ideal de formação. Isto permite colocar em jogo que no horizonte de um ideal da formação das crianças, um ideal de educação, há um adulto. A presença das propostas higienistas na gestão da escolarização do início do século XX, resultou na formação do que se chamou de pedagogia-médica ou pedagogia-higiênica e tal proposta esteve claramente orientada para um futuro, vinculada à formação de um adulto, e, nesta medida, ainda consistia num ideal de educação. Será que isso se mantém na passagem do século XX ao XXI? Será que os conhecimentos médicos atuais, especialmente aqueles fundados na biologia e nas neurociências, ainda podem ser aliados de um ideal de educação, tal como ocorria com o higienismo?

Na passagem do século XX ao XXI parece-nos que uma variação desta influência tem ocorrido, fruto dos novos conhecimentos produzidos pelas biociências e neurociências para a

compreensão do homem. Na seqüência deste trabalho, procuramos identificar de que maneira o saber médico tem sido difundido atualmente. Que orientações têm sido oferecidas aos professores? Que explicações estão presentes sobre as vicissitudes da escolarização no momento atual?

Por isso, analisaremos no segundo capítulo a produção de uma revista destinada a professores e à classe escolar em geral; uma revista de grande circulação, procurando os parâmetros que veicula para as ações educativas e pedagógicas e em que medida estão associadas ao saber médico. Antes disso, faremos no ponto seguinte uma breve consideração sobre as mudanças observadas nos conhecimentos médicos no final do século XX, levando em conta os progressos no campo dos estudos em biologia e neurologia.

1.2 A BIOLOGIZAÇÃO DA VIDA COMO EXPRESSÃO DA MEDICALIZAÇÃO NOS TEMPOS ATUAIS

Até agora, detivemo-nos principalmente no fenômeno da medicalização nas sociedades ocidentais até meados do século XX. Gostaríamos aqui de fazer uma breve passagem pelos novos conhecimentos e tecnologias desenvolvidas a partir do avanço do conhecimento biológico desde então, evidenciando a direção que tem tomado o fenômeno da medicalização analisado.

Vemos constantemente na mídia a divulgação dos resultados dos estudos genéticos e das pesquisas em neurologia, especialmente sobre o funcionamento cerebral e sobre as funções dos neurotransmissores. As novas descobertas científicas aparecem, de maneira geral, como explicativas dos comportamentos, sensações e sofrimentos humanos. Sabemos que ao deixar seu campo de origem uma informação torna-se outra quando transformada em senso comum, perdendo a fundamentação e debate que ocorre no interior da disciplina que a formula. No entanto, é justamente o efeito desta circulação que nos interessa. São, assim, efeitos discursivos que nos tocam aqui, inflexões que essa disseminação do saber médico no campo do social produz na maneira a partir da qual os sujeitos representam seu mal-estar e sua subjetividade nos tempos atuais.

Desde a metade do século XIX, assistimos a um avanço nas produções científicas acerca dos seres vivos: desenvolvimentos dos estudos sobre os agentes das doenças e sua condição de disseminação, a teoria celular, a teoria da evolução, o estudo acerca da hereditariedade, a estrutura e funcionamento dos órgãos, da genética, a estrutura e

funcionamento cerebral, os neurotransmissores e suas funções. Formas de conhecimento que avançam em direção a novas definições sobre o funcionamento do “vivo” e daquilo que diz respeito à manutenção e produção da vida.

O que marcara a passagem de um “conhecimento acerca dos seres vivos” para um “conhecimento acerca da vida”, a saber, o deslocamento das descrições dos caracteres externos, observáveis e invariantes das espécies, para o estudo da organização funcional interna dos órgãos, aparelhos e sistemas, que subjazem àqueles caracteres e sustentam a vida, não é mais suficiente. É preciso tentar entender como esta organização funcional “funciona”: no que ela se fundamenta, como se constitui, quais as “leis” que regem sua função e desempenho. Procura-se investigar e entender a vida não mais como uma “força misteriosa” inacessível, mas como alguma coisa inscrita no registro da história, com uma origem, com causas e desdobramentos no decurso do tempo, que se expressam em diferentes sistemas funcionais. (Serpa, 1998, p. 169)

As teorias sobre a constituição celular, as qualidades das células e sua forma de divisão permitiram o avanço do conhecimento sobre as condições da reprodução humana, impulsionando os estudos sobre a hereditariedade. A bioquímica e a biologia molecular deram suporte ao entendimento de que o que é vivo tem suas características e funções inscritas nos elementos moleculares e a genética procura a codificação das informações que estas moléculas carregam. “É como se, a esta altura, como diz Jacob (op.cit.,p.263), as qualidades dos seres vivos repousassem sobre duas novas entidades: ‘...o que os bioquímicos chamam de proteína e o que os geneticistas nomeiam gene’. Uma comanda e a outra realiza.” (Serpa, op. cit. p. 180)

O avanço desses estudos também tem influenciado a prática médica contemporânea de forma marcante e gerado debates éticos não pouco complexos – por exemplo, sobre a clonagem humana, a produção e uso terapêutico das células-tronco, os diagnósticos pré-natais de problemas genéticos, as explicações genéticas para as diferenças de raças, etc.

As pesquisas biológicas permitiram o desenvolvimento de um conhecimento que “decifra” o funcionamento daquilo que impulsiona a vida, procurando no funcionamento químico e molecular os fundamentos da manutenção e reprodução da vida. Por outro lado, este modelo também disseminou a idéia da possibilidade de pesquisa sobre o cérebro, seu funcionamento e seus elementos – os neurônios, as sinapses, os neurotransmissores - como base para a descrição e entendimento de tudo aquilo que pode ser considerado manifestações humanas, patológicas ou não. Esse tipo de fundamentação biológica tem interferido nas novas produções e práticas psiquiátricas; por isso a psiquiatria contemporânea tem muitas vezes sido chamada de neuropsiquiatria ou psiquiatria biológica.

Podemos reconhecer que os novos conhecimentos biológicos, que vêm sendo conquistados desde o século XIX, deram sustentação ao desenvolvimento de novas tecnologias médicas ao longo do século XX. Lembramos aquelas que permitiram um maior controle sobre as doenças (antibióticos, vacinas, etc.), as que permitiram melhores condições de vida (controle de contaminação da água e do ar), de reprodução (controle da natalidade e técnicas de reprodução assistida), assim como as tecnologias de manipulação genética e de fármacos que interferem na atividade cerebral, especialmente as drogas psiquiátricas desenvolvidas a partir dos anos 50.

O período que corresponde à chamada remedicalização da psiquiatria é também um período que assistiu a um avanço significativo das técnicas de pesquisa, bem como dos resultados, relativas à função cerebral, assim como no domínio da genética. Técnicas de produção de imagens, eletroneurofisiologia, neuroquímica, psicofarmacoterapia, neurobiologia do desenvolvimento, epidemiologia, enfim, toda uma série de campos de pesquisa, nos quais os resultados podem ser quantificáveis e oferecer a sustentação biologizante que esta versão *fin-de-siècle* da psiquiatria procura. A pressuposição central da psiquiatria biológica é a de que o cérebro é o “órgão da mente” (Guze, 1990). Estrutura e função cerebrais estão no centro de seu sistema conceitual. (Serpa, op.cit. , p.239)

Serpa (1998), faz um estudo sobre a psiquiatria biológica e explicita as mudanças ocorridas no interior da biologia a partir da metade do século XIX, tais como o avanço da teoria celular, da teoria da hereditariedade depois de Mendel e as implicações para a psiquiatria contemporânea dos novos estudos sobre o funcionamento cerebral e dos desdobramentos do projeto genoma. O autor dá especial ênfase à influência da genética e da neurologia no campo psiquiátrico contemporâneo. Recorre à história das pesquisas para mostrar como se desenvolveu a investigação sobre a sintetização e ação dos neurotransmissores e sua participação no funcionamento cerebral - o que permitiu a construção de hipóteses causais da ação destes neurotransmissores nas variações de conduta, humor e pensamento dos seres humanos. E ainda, como o mapeamento do código genético humano também tem como um de seus pressupostos a possibilidade de encontrar, na seqüenciação e identificação genética, os determinantes de tendências de comportamento e formação de nossa personalidade.

Serpa ressalta que a discussão que envolve as implicações deste tipo de fundamentação para a prática psiquiátrica não deve se reduzir a um partidarismo, ora do fisiologismo ora do subjetivismo, para debater as questões envolvidas no campo dos tratamentos e teorizações sobre o sofrimento psíquico. Afirma, de outro lado, a importância que o fundamento biológico tem atualmente na abordagem dos fenômenos humanos. A visão

de um determinismo biológico tornou-se hegemônica atualmente, sustentando cada vez mais uma racionalidade médica que tende à pesquisa das evidências⁶, à objetivação dos sinais sintomáticos e ao uso de medicamentos psicotrópicos como eixo fundamental de tratamento dos sofrimentos humanos.

É, portanto, neste panorama onde um conjunto recente de práticas tenta redefinir as concepções do corpo humano e dos seus limites, (em princípio seriam apenas biológicos mas, é claro, não se restringem a isto, pois comprometem e afetam as próprias definições que os sujeitos podem dar de si, no que se refere a sua interioridade e a sua relação com os outros sujeitos), que a psiquiatria biológica pode ganhar sentido como fenômeno cultural mais amplo, ou, dito de outra forma, menos restrito aos interesses imediatos da corporação de especialistas. (op.cit., 274)

A direção assumida pelas práticas psiquiátricas contemporâneas também depende da influência, sobre a atuação médica, do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM)⁷, especialmente a partir de suas versões de 1980 (DSM – III) e 1994 (DSM – IV). Desenvolvido em solo norte-americano, o Manual tem por critério, desde 1980, objetivar os sinais diagnósticos dos transtornos mentais, evitando os problemas causados pela heterogeneidade de concepções que vinham fundamentando a prática diagnóstica em psiquiatria até então. Segundo Aguiar (2004), cumpriram importante papel nas modificações teóricas do manual as questões econômicas envolvidas no campo psiquiátrico. A falta de objetividade nos procedimentos psiquiátricos, antes da mudança estabelecida pelo DSM-III, bem como a falta de dados epidemiológicos, acarretava altos custos para as companhias seguradoras de saúde bem como para os órgãos governamentais de saúde pública e de incentivo à pesquisa em saúde mental.

⁶ “A atual hipervalorização da chamada ‘Medicina Baseada em Evidências’(MBE), que pretende testar a pertinência de um determinado procedimento clínico através da análise sistemática e rigorosa do conjunto de trabalhos experimentais que visam testar sua eficácia, reflete a tendência crescente à intervenção do estado e das instituições científicas no campo singular da clínica. Cada vez mais, a MBE assume o papel de legisladora do que é pertinente ou não – e ainda mais – do que é legítimo ou não de se fazer no interior das práticas clínicas. Assiste-se a uma hipervalorização da MBE como forma de proteger os clínicos dos questionamentos, sobretudo os com implicações jurídicas, de suas condutas com seus pacientes. O que resulta, na verdade, em uma padronização normativa do que está cientificamente legitimado a fazer enquanto clínico.” (Pereira, M.E.C., documento on-line)

⁷ O DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) é uma série organizada e publicada originalmente pela Associação Psiquiátrica Americana. No ano de 1952, a Associação publicou a primeira edição do Manual (DSM-I) e as edições seguintes foram publicadas em 1968 (DSM-II), 1980 (DSM-III), 1987 (DSM-III-R) e 1994 (DSM-IV) e 2000 (DSM – IV TR). A versão DSM-III é considerada como fundamental na reorientação da prática diagnóstica da psiquiatria contemporânea. O DSM é um sistema classificatório dos transtornos mentais; apresenta a descrição de cada transtorno e os critérios de diagnóstico e diagnóstico diferencial que devem ser observados pelo médico. Os critérios diagnósticos coincidem com uma lista de sintomas a serem verificados, seguindo certas orientações oferecidas pelo manual. As classes diagnósticas presentes no manual recebem códigos numéricos específicos. O DSM é hoje utilizado como referência em todo o mundo para o diagnóstico dos transtornos mentais.

O DSM-III promoveu uma reviravolta no campo psiquiátrico, que se apresentou como uma salvação da profissão. Não se tratava apenas de disputas teóricas internas ou de progresso científico. Ele surge como efeito da presença cada vez maior de grandes corporações privadas no campo da psiquiatria, como a indústria farmacêutica e as grandes seguradoras de saúde. O Congresso americano, que desacreditava o National Institute of Mental Health (NIMH) no começo dos anos 1970, justamente devido à baixa confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos, passou a aumentar os recursos financeiros destinados à pesquisa após o DSM-III. Em 1994, os fundos de pesquisa do NIMH chegaram a US\$ 600 milhões, bem mais que os US\$ 90 milhões de 1976, e, sob a influência do instituto, o congresso foi persuadido a declarar os anos 1990 como “a década do cérebro”. (Aguiar, 2004, p.42)

O DSM -IV é hoje referência mundial para diagnósticos psiquiátricos; entretanto, embora se tratando de um texto voltado aos profissionais da área médica, pode-se encontrar, na mídia leiga, a difusão dos conjuntos de sinais sintomáticos presentes em seu texto . Sem dúvida, uma apropriação indevida, mas comum.⁸

Para entender a mudança que vem ocorrendo nos últimos anos na forma de redefinição dos sofrimentos humanos cotidianos - e não tão cotidianos -, é fundamental colocar em jogo a intersecção das novas produções científicas com os novos procedimentos diagnósticos, o desenvolvimento e marketing da indústria farmacêutica e a difusão, no senso comum, dos fundamentos biológicos do que é próprio do humano. No entanto, não se trata de fazer frente a um desenvolvimento no campo científico que trouxe grandes contribuições para o tratamento dos sofrimentos psíquicos - nem tampouco advogar em favor do abandono das pesquisas biológicas - mas exercer com cuidado a crítica de seus efeitos, quando disseminados no espaço social como visão hegemônica acerca da subjetividade.

Como nos tornamos seres neuroquímicos? Como passamos a pensar sobre nossa tristeza como uma condição chamada “depressão” causada por um desequilíbrio químico no cérebro e sensível ao tratamento por drogas que fariam o “reequilíbrio” dessa química? Como passamos a experimentar nossas experiências e preocupações em casa e no trabalho como “transtorno de ansiedade generalizada”, também causado por desequilíbrios químicos que podem ser corrigidos pelo uso de drogas? Como nós – ao menos aqueles que moram nos Estados Unidos – passamos a codificar a desatenção, dificuldades de organizar tarefas, inquietação, excessiva falação e barulho, impaciência e coisas parecidas, das crianças, como Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, tratável com anfetaminas? Como alguns de nós passaram a entender mudanças de humor na ultima semana do ciclo menstrual – humor depressivo, ansiedade, labilidade emocional e diminuição do interesse pelas atividades – como “transtorno disfórico pré-menstrual”, tratável com uma pequena dose das mesmas drogas que se tornaram

⁸ Para uma análise aprofundada das implicações da produção da série DSM na prática psiquiátrica e na vida contemporânea, ver Aguiar, A.A. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004. 166p.

populares no tratamento da depressão – hidroclorito de fluoxetina? Talvez alguns nomes dêem a pista. Depressão: mais do que hidroclorito de fluoxetina, Prozac. Transtorno de ansiedade generalizada: mais do que paroxetina, Paxil. TDAH: não metilfenidato ou anfetamina/dextroanfetamina, mas Ritalina e Aderall. Transtorno disfórico pré-menstrual: não tanto hidroclorito de fluoxetina (de novo), mas Sarafem. E mais alguns nomes: Prozac e Sarafem: Eli Lilly. Paxil: GlaxoSmithKline. Ritalina: Novartis (Ciba Geigy). Adderall: Shire – Richmond. (...) E esta recodificação dos afetos e condutas cotidianos, em termos de sua neuroquímica, é somente um elemento de uma ampla mutação através da qual nós, no ocidente, especialmente nos Estados Unidos, passamos habitualmente a entender nossas mentes e nosso ser em termos dos nossos cérebros e corpos. (Rose, N. Documento on-line) [tradução livre] ⁹

É um fenômeno de nossos tempos o aumento monumental do uso de medicamentos psicotrópicos. E não são poucos os autores que têm se debruçado sobre este fato, analisando-o do ponto de vista das modificações do sistema capitalista, dos efeitos do consumo na vida subjetiva, das recodificações das experiências humanas em termos biológicos. (Serpa, 1998; Birman, 1999; Roudinesco, 2000; Aguiar, 2004; Rose, N. /disponível on-line; Gori e Del Volgo, 2005; entre outros)

A partir da última metade do século XX, as práticas em saúde e saúde mental tornaram-se crescentemente dependentes dos produtos farmacológicos. (Rose, op.cit) Desde então, os lucros da indústria farmacêutica têm crescido enormemente.

A história da produção das drogas psiquiátricas não é recente, inicia-se com o uso da clorpromazina em 1952, em pacientes psicóticos no hospital de Saint-Anne, na França. Desde então, as pesquisas em psicofarmacologia procuram a sintetização de drogas cada vez mais específicas e que tenham cada vez menos efeitos colaterais. Ao longo dos últimos 60 anos, encontramos no mercado novas versões dos tradicionais antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos e dos psicoestimulantes. O marketing dos medicamentos promete efeitos cada vez mais precisos, e ligados a sintomas também específicos de cada transtorno descrito na literatura médica.

As pesquisas sobre o funcionamento neuroquímico humano impulsionam e são impulsionadas pela indústria farmacêutica. O sistema de licença para produção e comercialização de drogas também atua neste contexto, atento tanto aos efeitos terapêuticos, quanto aos colaterais (neurológicos como de dependência) de cada nova droga desenvolvida.

⁹ O texto original encontra-se no final do capítulo.

Mas a lógica do mercado também interfere no conjunto desta mudança nas práticas em saúde, pois as indústrias farmacêuticas estão especialmente interessadas na venda de seus produtos.¹⁰

Para isso, tratam os remédios como qualquer outro produto, o que poderia parecer bastante estranho há tempos atrás. A IMS Health, é hoje, em todo o mundo, uma das maiores organizações comerciais de monitoramento da indústria farmacêutica. No site da IMS/Brasil encontramos as seguintes afirmações:

Todas as maiores companhias do setor farmacêutico no mundo são clientes da IMS. Unindo experiência e competência, nós somos a escolha certa para ajudar a sua empresa a otimizar portfólios, assegurar o sucesso de novos lançamentos, gerenciar marcas e melhorar a eficácia da força de vendas. (...) Nosso negócio começa com as informações que coletamos numa escala inigualável. É o material bruto que coletamos de cerca de 29 mil fornecedores de dados em 225 mil localizações mundiais. Nós monitoramos 75% dos medicamentos de prescrição em mais de 100 países, e 90% das vendas nos Estados Unidos. Nós acompanhamos mais de 1 milhão de produtos de mais de 3 mil fabricantes de medicamentos. Nós conduzimos auditorias médicas em mais de 45 países. Processamos 1 bilhão de transações por mês. (...) Hoje, com operações em mais de 100 países e uma receita anual de US\$2 bilhões, a IMS é a fonte de informação e análise líder mundial para qualquer um que deseje acompanhar, medir e ter sucesso na indústria farmacêutica.¹¹

Com relação ao uso de medicamentos, os dados recolhidos por Rose¹² são significativos. Na década de 1990 – 2000 houve, nos Estados Unidos, um aumento de 205% nas prescrições (considerando o número de doses mínimas utilizadas por medicamento) de antidepressivos e, no final da década, estes respondiam por 45% do total de prescrições para todas as drogas psiquiátricas. Para os antidepressivos de última geração (SSRI – inibidores seletivos de recaptção de serotonina e SSNRI – inibidores seletivos de recaptção de serotonina e norepinefrina), verificou-se um aumento de prescrição (também considerando o número de doses mínimas) da ordem de 1300% durante o período de 1990 – 2001. Entre tais antidepressivos encontram-se o Prozac, o Zoloft e o Paxil (não disponível no Brasil).

Considerando o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, Rose afirma que o crescimento de prescrições dos psicoestimulantes envolvidos no tratamento do TDAH (metilfenidato – Ritalina - e anfetamina/dextroanfetamina – Adderall) na década de 1990 –

¹⁰ Para uma análise precisa da história de desenvolvimento dos psicofármacos e suas implicações na prática psiquiátrica, bem como do contexto apontado acima, ver ROSE, N. **Becoming Neurochemical Selves**. Disponível on-line. Também publicado in Stehr, N. (org). **Biothechnology**: Between commerce and civil society. The State University. New Jersey: Transaction Publishers, 2004.

¹¹ Disponível em: http://www.imshealth.com/web/channel/0,3147,76876394_76978451_76989188,00.html

¹² Os dados utilizados por Rose foram obtidos junto ao IMS Health e a International Narcotics Control Board.

2000, também nos Estados Unidos, chegou a quase 800%, passando de 225 milhões de doses mínimas para algo em torno de 1.800 milhões de doses ao final da década.¹³

Os dados americanos são alarmantes. Sabemos que o crescimento no uso de antidepressivos e psicoestimulantes em outras regiões do mundo não atinge os mesmos números que os americanos, no entanto não são pouco significativos e sabemos que acompanham a mesma tendência de enorme crescimento.

Os dados comparativos para o uso de substâncias como os antidepressivos e os psicoestimulantes no Brasil não estão disponíveis; encontramos alguns dados isolados citados, mas são dados parciais e pouco reveladores da situação geral do uso dos medicamentos no país. No entanto, não deixam de chamar nossa atenção.

No site da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) divulgou-se, em 2006, dados do relatório de 2005 da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE), revelando o Brasil como o maior consumidor mundial de anfetaminas, utilizados especialmente nas medicações para inibição do apetite e para a obesidade.

No CEBRID, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Unifesp), encontramos a informação de que de 2000 – 2002 houve no Brasil um aumento de 46% nas prescrições de antidepressivos para crianças.

No site do IDUM (Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos) um outro dado disponível (do IMS), inclui o Brasil na estatística mundial de aumento da venda de medicamentos com metilfenidato (Ritalina): de 2000 a 2004 o número de caixas vendidas passa de 71 mil para 739 mil. No mesmo site encontramos um dado da Anvisa: o aumento de vendas no Brasil do metilfenidato, entre 2003 e 2004, foi de 51%.

As diferenças regionais e os dados sobre o uso de certas medicações psiquiátricas mereceriam uma análise muito mais abrangente daquela que poderemos fazer aqui. Mas, para os propósitos deste item, pareceu-nos importante ao menos sublinhar algumas evidências de uma nova forma de abordagem e tratamento dos fenômenos humanos, especialmente levando em conta o alcance que a biologização dos sofrimentos psíquicos tem tido em nossa vida cotidiana.

“O medicamento psicotrópico só se transformou no que é”, escreveu Édouard Zarafian, “por ter aparecido num momento oportuno. Tornou-se então símbolo da ciência triunfante – aquela que explica o irracional e cura o incurável”. (Zarafian, E. apud Roudinesco, 2000. p. 23)

O poder dos remédios do espírito, portanto, é o sintoma de uma modernidade que tende a abolir no homem não apenas o desejo de liberdade, mas também

¹³ No Brasil os medicamentos mais utilizados são a Ritalina (Novartis) e Concerta (Janssen – Cilag). O Adderall não é um produto comercializado no país.

a idéia mesma de enfrentar a adversidade. O silêncio passa então a ser preferível à linguagem, fonte de angústia e vergonha. (op. cit., 30)

A produção dos remédios (não somente os psiquiátricos) e seu uso não podem ser vistos somente no campo científico e da prática médica; os remédios atualmente produzidos apresentam-se como novos bens a consumir, atrelados a condição de produção de bem-estar, felicidade, auto-realização. Vejamos:

Vamos direto ao ponto: nos últimos 43 anos, o trabalho da EMS tem sido fabricar remédios. E, se rir é o melhor remédio, então podemos dizer que o trabalho da EMS tem sido fabricar sorrisos. Sorrisos de bem-estar, risos de alegria, gargalhadas de satisfação. (...) Deixando os números de lado, a EMS também encara a pesquisa científica muito a sério e mantém em Hortolândia, São Paulo, um dos maiores centros de pesquisa e desenvolvimento da América Latina, colocando no mercado cinco novos produtos por mês. E, graças a essa seriedade, a EMS foi eleita uma das marcas mais confiáveis entre os médicos. Por isso, sempre que você precisar de uma força e vir o logotipo azul da EMS, pode confiar. E depois, quando estiver tudo azul de novo, nem precisa dizer nada. Apenas responda com um sorriso.¹⁴

A direção da medicalização no mundo contemporâneo aponta, então, para uma descrição biológica das experiências humanas, para uma retradução de suas vicissitudes em termos sintomáticos, para uma intensificação do uso de medicamentos no alívio das dores cotidianas. A efetiva transformação no âmbito dos cuidados em saúde mental passou, sem dúvida, pelo uso das drogas psiquiátricas. No entanto, nosso olhar se dirige ao contexto mais amplo e à inclusão de uma lógica de cuidado apoiada no uso de medicamentos para uma gama muito maior de vivências humanas.

As vicissitudes da escolarização das crianças estão, sem dúvida, incluídas neste contexto, quando renomeadas sob o prisma do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Entretanto, mas de uma outra perspectiva, os desenvolvimentos no uso de drogas psiquiátricas são meramente uma dimensão de um novo conjunto de relações entre as idéias de saúde e doença, métodos de tratamento e prevenção de disfunções físicas e inovações comercialmente motivadas, marketing e competição por lucros e valor de acionistas. (...) O novo ‘eu’ neuroquímico é flexível e pode ser reconfigurado de uma maneira que embaça os limites entre a cura, a normalização e a melhoria das capacidades. E estes medicamentos oferecem a promessa de uma modificação calculada e

¹⁴ Propaganda encontrada em uma revista mensal de grande circulação, também disponível no site da EMS. A EMS- sigma é um laboratório de sintetização de genéricos. “Sem realizar uma grande aquisição ou fusão com outras indústrias, o EMS mais que dobrou seu faturamento nos últimos anos, passando de 390 milhões de reais em 2001 para cerca de 1 bilhão de reais em 2005. (...) a companhia já é o segundo maior laboratório farmacêutico do país em volume de medicamentos. No entanto, não foram apenas os resultados que deram ao EMS a fama de agressividade. Os concorrentes reclamam — e muito — de práticas de mercado que consideram desleais. A acusação mais pesada é que o laboratório copia ilegalmente embalagens de medicamentos de marcas conhecidas, na tentativa de confundir o consumidor, e ainda paga balconistas de farmácias para promover seus remédios.” (fonte: Comunidade Virtual de Vigilância Sanitária / BVS: Biblioteca Virtual em Saúde)

um acréscimo de aspectos específicos da personalidade por atos de escolha. (...) O significado do surgimento de tratamentos para a saúde mental não está apenas em seus efeitos específicos, mas também no modo como eles remodelam a maneira como tanto especialistas quanto leigos enxergam, interpretam, conversam, e compreendem seu mundo. (...) Se nós estamos experimentando uma reformatação “neuroquímica” da personalidade, as implicações éticas e sociais para o século vinte e um serão profundas. Isto porque estas drogas estão se tornando o centro de como nossa conduta é problematizada e governada, por outros e por nós mesmos – para o contínuo trabalho de modulação das nossas capacidades, que é a tarefa de vida do cidadão biológico contemporâneo. (Rose, N. op. cit.) [tradução livre] ¹⁵

¹⁵ O texto original encontra-se no final do capítulo.

(Nota 9) Texto original

“How did we become neurochemical selves? How did we come to think about our sadness as a condition called ‘depression’ caused by a chemical imbalance in the brain and amenable to treatment by drugs that would ‘rebalance’ these chemicals? How did we come to experience our worries at home and at work as ‘generalized anxiety disorder’ also caused by a chemical imbalance which can be corrected by drugs? How did we – or at least those of us who live in the United States – come to code children’s inattentiveness, difficulties with organizing tasks, fidgetiness, squirming, excessive talkativity and noisiness, impatience and the like as Attention Deficit Hyperactivity Disorder treatable by amphetamines? How did some of us come to understand changes in mood in the last week of the menstrual cycle - depressed mood, anxiety, emotional lability and decreased interest in activities - as premenstrual dysphoric disorder, treatable with a smaller dose of the very same drug that has become so popular in the treatment of ‘depression’ – fluoxetine hydrochloride? Perhaps some names give a clue. Depression: not so much fluoxetine hydrochloride as Prozac. Generalized Anxiety Disorder: not so much paroxetine as Paxil. ADHD: not methylphenidate or amphetamine/dextroamphetamine but Ritalin and Adderall. Premenstrual dysphoric disorder: not so much fluoxetine hydrochloride (again) but Sarafem. And some more names: Prozac and Sarafem: Eli Lilly. Paxil: GlaxoSmithKline. Ritalin: Novartis (Ciba Geigy). Adderall: Shire-Richmond. (...) And this recoding of everyday affects and conducts in terms of their neurochemistry is only one element of a mode widespread mutation in which we in the west, most especially in the United States, have come to understand our minds and selves in terms of our brains and bodies.”

(Nota 15) Texto original

“Nonetheless, but from another perspective the developments in psychiatric drug use are merely one dimension of a new set of relations between ideas of health and illness, practices of treatment and prevention of bodily malfunctions, and commercially driven innovation, marketing and competition for profits and shareholder value. (...)The new neurochemical self is flexible and can be reconfigured in a way that blurs the boundaries between cure, normalization, and the enhancement of capacities. And these pharmaceuticals offer the promise of the calculated modification and augmentation of specific aspects of self-hood through acts of choice. (...)The significance of the emergence of treatments for mental ill health lies not only in their specific effects, but also in the way in which they reshape the ways in which both experts and lay people see, interpret, speak about and understand their world.(...) If we are experiencing a “neurochemical” reshaping of personhood’, the social and ethical implications for the twenty first century will be profound. For these drugs are becoming central to the ways in which our conduct is problematized and governed, by others, and by ourselves – to the continuous work of modulation of our capacities that is the life’s work of the contemporary biological citizen.”

CAPÍTULO 2

ANÁLISE DA PRESENÇA DO SABER MÉDICO NA MÍDIA: A produção da revista Nova Escola como exemplo

Quando discutimos as análises sobre o higienismo, referíamos-nos a uma primeira forte presença do recurso ao saber médico como forma de modificação de um cotidiano e de hábitos que resultaram em transformações das relações entre adultos e crianças no interior das famílias e escolas. Apresentamos, também, a forma como o discurso psicológico participou como parceiro necessário do saber médico na explicação dos problemas que apareciam na escola, sendo a psicologia uma disciplina que passava a identificar as causas e conseqüências daquilo que dizia respeito às experiências das crianças, explicitando, de forma então individualizada, como as vivências infantis forjavam os adultos que se formariam. As explicações médico-psicológicas apontavam os efeitos nefastos de uma infância vivida em famílias consideradas desestruturadas, pesquisavam os efeitos da degeneração por herança, bem como quantificavam o que se identificava como a função da inteligência. Assim, a psicologia passou a individualizar a generalização que as produções médicas já vinham produzindo desde o século XIX sobre as crianças e seu desenvolvimento.

Consideramos o higienismo como um momento histórico importante, que tomamos mesmo como marco: na passagem do século XIX ao XX e nos primeiros anos do século XX, passa a ocorrer uma importante inflexão no conhecimento e nas práticas médicas. Ali se configura uma nova forma de apreensão das doenças e da intervenção médica no espaço social, que teve por efeito uma produção discursiva que veiculava a tentativa - bem sucedida, diga-se de passagem - de intervenção nos hábitos escolares e familiares em torno dos cuidados com a saúde e os comportamentos das crianças e jovens. Conseqüência disto foi

também a solidificação de uma especial relação entre a medicina e a pedagogia, particularmente entre as idéias higienistas e as práticas pedagógicas.

Atualmente, encontramos-nos novamente com termos médicos presentes no senso comum e, muito fortemente, nas expressões do discurso escolar. Assim, da mesma forma que buscamos um marco da presença do saber médico no interior do campo educativo na passagem do século XIX para o século XX, procuramos aqui analisar, através da leitura da produção de uma revista destinada aos profissionais da educação, como esta parceria tem se dado nos tempos atuais.

Neste trabalho, analisamos a produção de uma mídia escrita tomando-a como veículo de disseminação, no senso comum, de um conhecimento considerado cientificamente válido, um saber e uma verdade. Tomar o discurso presente numa revista de grande circulação e destinada especialmente a professores, teve por objetivo precisar melhor a respeito de que é feito esse discurso. Por isso a escolha de uma mídia, veículo mais utilizado atualmente na difusão de idéias e de informações científicas para o público leigo, fenômeno do qual a educação não escapa.

A Nova Escola é uma revista da Fundação Abril dedicada a “fornecer à professora informações necessárias a um melhor desempenho de seu trabalho; valorizá-la; resgatar seu prestígio e liderança junto à comunidade; integrá-la ao processo de mudança que ora se verifica no país; e proporcionar uma troca de experiências e conhecimentos entre todas as professoras brasileiras de 1º Grau.” (Revista Nova Escola, nº1, março de 1986 / Carta do Editor)

A revista está há mais de 20 anos no mercado e temos registro de que é hoje a segunda maior revista de tiragem mensal no país. Em 2007, obteve, em média, as seguintes somas em assinaturas mensais: 311 mil assinantes individuais (pessoas, escolas e outras instituições que recebem um exemplar de Nova Escola por mês); 59 mil exemplares vendidos em bancas ou outros pontos de venda; 234 mil assinaturas vendidas em pacotes (sendo 168 mil exemplares para o MEC e o restante para outras instituições, como por exemplo, o Instituto Ayrton Senna, a Fundação Bradesco e Secretarias Municipais e Estaduais de Educação). As assinaturas por pacote certamente multiplicam o número de leitores, pois chegam a instituições onde várias pessoas terão acesso ao exemplar que fica disponível. Ao todo, então, a Nova Escola tem hoje em média 600 mil assinantes, sendo que a metade deste número é de assinaturas institucionais ligadas diretamente a estabelecimentos de ensino.¹⁶

¹⁶ Dados obtidos junto ao editor da revista.

Diversas foram as questões suscitadas pela leitura dos artigos. Há, inclusive, uma vertente ideológica presente nestes, mas analisá-los deste ponto de vista implicaria adentrar num trabalho de discussão da revista Nova Escola como formadora de opinião, vinculada ao MEC, e representante de uma das maiores editoras do país, o que não é pouco. Entretanto, aqui esse não é nosso foco.

Procuramos identificar nos artigos da revista aquilo que é oferecido ao professor como informação necessária a sua prática e, identificar também, em que medida a informação médica faz parte deste conjunto. Apesar de sabermos do viés que pode haver numa certa mídia, considerando sua linha editorial e seu papel no mercado, reconhecemos a Nova Escola como uma revista de grande circulação e alcance, acessível a uma parcela significativa dos professores no país (tanto por ser distribuída pelo MEC e por diversas Secretarias de Educação nas escolas públicas, quanto por ser bastante barata, já que tem seu preço subsidiado pela Fundação Victor Civita). Portanto, tomamos a produção encontrada na revista Nova Escola como um discurso que circula, uma produção discursiva que pode ser vista como exemplo do que tem se apresentado no discurso social como referências explicativas sobre as vicissitudes que atravessam as crianças em seu processo de escolarização, bem como em seu desenvolvimento.

Assim, ainda que pudéssemos nos referir à revista Nova Escola como **uma** produção, escolhemos aqui tomá-la como **exemplar**. Em função disso, a análise feita aqui não se refere à revista em sua opção editorial, mas ao discurso que veicula como não sendo somente seu, singular em sua apresentação. A revista é aqui vista como um particular exemplo de como, em geral, o saber médico tem sido utilizado nas explicações e orientações das questões do campo educativo.

Poderíamos encontrar em artigos diversos aquilo que nos interessa: as informações que circulam e os modos de explicação difundidos sobre as questões de saúde, os problemas de aprendizado, o fracasso escolar e as questões comportamentais das crianças. Escolhemos aqui focar nossa leitura nos artigos em que no título (ou no destaque resumido do artigo, feito pela revista) claramente se difundia alguma informação sobre saúde e comportamentos. Por outro lado, nos interessava fazer a leitura de toda a produção da revista, até o ano em que iniciamos a coleta de dados - de 1986 a 2006. Isso porque sabíamos de uma mudança importante no campo médico na passagem do século XX ao XXI, especialmente no que diz respeito aos conhecimentos oriundos das investigações fundamentadas no campo das pesquisas biológicas. E, interessava-nos acompanhar que variações esta mudança produziu no tipo de informação difundida para os profissionais da educação nesse período.

Fizemos a leitura e análise de um total de 141 artigos. Desses, 74 tratam de questões relativas à saúde, tais como epidemias, higiene, doenças comuns nas populações carentes (ainda que não apareçam necessariamente nomeadas assim), bem como os problemas posturais e da visão dos alunos. Além destes, também encontramos textos nos quais o tema central é o uso de drogas entre jovens e questões relativas à sexualidade: orientação sexual/educação sexual, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS etc. Nestes, encontramos tanto referências à saúde biológica, como discussões sobre comportamento e características das crianças e jovens para tentar explicar aquilo que diz respeito ao seu envolvimento no uso de drogas e nas práticas sexuais.¹⁷ O restante, 67 artigos, tratam do comportamento, genericamente falando. São artigos em torno de temas como: a agressividade, a timidez, a falta de motivação, a auto-estima, a afetividade das crianças e jovens em sua relação com o professor, a superdotação, a hiperatividade, a indisciplina etc; ou seja, temas que comumente são descritos como problemáticos no cotidiano escolar.

Nos primeiros dez anos analisados, tais temas foram encontrados com mais regularidade em sessões específicas da revista (*Saúde, Comportamento, Psicologia, Com Certeza e S.O.S. sala de aula* - sessões de consultas por cartas). No entanto, no segundo período analisado, a revista deixa de publicar com regularidade as sessões com nomeações prévias, pelo menos no que diz respeito aos nossos temas de interesse (apenas a consulta por carta mantém-se com o nome *S.O.S sala de aula*).

Até aproximadamente o ano 2000, identificamos, na grande maioria dos artigos, muito do que tradicionalmente se chamou a medicalização do discurso sobre a criança, ou seja, o uso de explicações médicas para tratar das vicissitudes do desenvolvimento infantil e dos problemas escolares. Também identificamos as formas psicologizadas de apropriação dos fenômenos da infância e a validação do discurso especialista como fonte de informação e orientação para a prática em sala de aula. No entanto, de maneira geral, a partir do ano 2000, entra em cena um novo tipo de informação e de explicação sobre o aprendizado e os comportamentos. Os termos médicos se disseminam de forma marcante e as explicações sobre os fenômenos da infância e da adolescência expressam as concepções biológicas sobre o que é próprio do humano. Para descrever esta mudança, faremos aqui a discussão dos artigos lidos em duas seções, dividindo a produção dos 21 anos analisados por nós em dois períodos: os primeiros 10 anos da revista (1986 -1995) e, em seguida, os 11 anos subsequentes (1996 – 2006). Pareceu-nos importante sublinhar como esta variação se apresenta, ou seja, como os

¹⁷ O tema sexualidade está inserido no item saúde, pois, em grande parte dos artigos, aparece associado à discussão sobre o “combate à AIDS” e doenças sexualmente transmissíveis.

novos conhecimentos do campo biomédico estão presentes na informação contida nos artigos.

Nas tabelas abaixo, tentamos resumir a distribuição dos artigos em saúde e comportamento, classificando-os por temas abordados e sua distribuição em cada um dos períodos definidos anteriormente.¹⁸ Nos anexos, encontram-se listados os títulos de todos os artigos lidos a cada ano de publicação, nas duas categorias.

Tabela 1 - Dos artigos sobre saúde (nº de artigos encontrados por tema)

	Período 1986 - 1995	Período 1996 - 2006
Combate ao uso do cigarro	0	2
Novidades da ciência: pesquisas	0	2
Problemas da fonoaudiologia com relação às crianças	0	3
Estresse	0	1
Saúde do professor	1	5
Visão	2	1
Postura	3	1
Drogas	5	1
Epidemias (dengue, sarampo, pólio, febre amarela etc)	7	1
AIDS/ orientação ou educação sexual	14	1
Outras questões relativas a saúde: cuidados básicos, febre, verminose, piolho, problemas de pele etc	19	5
Total de artigos	51	23

¹⁸ Referimo-nos aqui ao tema explícito no título ou seu destaque. Sem dúvida, alguns dos temas aparecem em um ou mais artigos, este cruzamento não foi contemplado na tabela.

Tabela 2 - Dos artigos sobre o comportamento (nº de artigos encontrados por tema)

	Período 1986 - 1995	Período 1996 - 2006
Indisciplina	0	3
Hiperatividade	0	3
Identidade	0	3
Déficit de atenção	0	1
Discussões contemporâneas: guerra, violência urbana	0	2
Inteligência,aprendizado,memória	0	3
Solidão	1	1
Dislexia	1	0
Superdotados	2	1
Adolescentes	2	2
Timidez / auto-estima	2	2
Castigo /autoritarismo	2	2
Pais	3	2
prostituição/ violência doméstica	3	1
Agressividade	4	2
Medos /motivação/ afetos/ fantasias / sexualidade etc	8	11
Total de artigos	28	39

2.1 OS PRIMEIROS 10 ANOS DE INFORMAÇÃO (1986 – 1995)

2.1.1. Dos artigos sobre saúde.

Os primeiros dez anos de produção da revista concentram, nos artigos dedicados à saúde, informações e orientações a respeito de doenças, tais como epidemias de cólera, dengue, poliomielite, bem como as infecções de pele, piolhos, a postura e a visão. Além destes, muitos são os artigos em torno do tema drogas, Aids e orientação/educação sexual, mas estes contêm tanto informações sobre saúde, como apresentam discussões sobre o comportamento de crianças e jovens.

As informações, contidas nos artigos que tratam em especial de doenças e epidemias, salientam as formas de contágio e as medidas preventivas que devem ser tomadas, dirigindo ao professor orientações quanto ao tipo de higiene e práticas para evitar estas doenças, bem como orientações sobre como informar o aluno. Invariavelmente, o professor é chamado a ser um agente preventivo, disseminador de informações sobre as doenças e seu tratamento. Dessa

forma, os artigos divulgam informações sanitárias e o professor é convocado a ser um vigilante da saúde das crianças, incluindo que deva observar as primeiras manifestações de *sintomas* próprios a cada doença, bem como os hábitos familiares de seus alunos.¹⁹

Ensine a combater a dengue e a febre amarela: **Desde o ano passado, a dengue e a febre amarela voltaram a ameaçar as populações do campo e da cidade. Veja como proteger seus alunos dessas doenças.** (...) Um trabalho de saneamento feito na escola, junto com os alunos, poderá servir como estímulo para que eles reproduzam essas ações em suas casas, com a família. (Maio 1987)

As águas sobem. E, com elas, as epidemias: **Como educador, o professor pode ajudar a proteger a saúde de seus alunos e da comunidade durante as enchentes.** (...) E o professor, mesmo sem nenhum treinamento especial para estas emergências, acaba sendo um ponto de referência na busca de soluções e, principalmente, de ajuda. Na verdade, seu papel como educador começa muito antes das enchentes; transmite aos alunos informações que servem para o momento crítico da enchente mas também para criar novos procedimentos de ocupação do solo e de relação com os serviços públicos. (Dezembro 1988)

Além disso, alguns escritos acompanham campanhas nacionais do Ministério da Saúde ou da Educação, ou seja, são lançados quase que como apoio às campanhas. É o que acontece, por exemplo, no combate à dengue, à cólera, à poliomielite, bem como nas discussões em torno do uso de drogas e da Aids.

Leite materno faz bem. Diga isso a seus alunos. **Não deixe o hábito de amamentar cair no esquecimento. Sua importância, desvalorizada em livros didáticos, pode ser ensinada na escola. Professores mineiros mostram isso.** (...) Uma pesquisa do médico pediatra José Martins Filho, da Universidade de Campinas (SP), já mostrou que 98,6% das crianças mortas antes de um ano de idade são alimentadas com leite de mamadeira. (...) [aproveitando as orientações de uma Diretora de Ensino do 1º Grau, a revista recomenda]: (...) Estude e ensine a composição do leite materno, que contém todas as vitaminas para a criança, ao contrário do leite de vaca, que é deficiente em vitaminas C e D; (...) mostre que o leite materno é capaz de oferecer imunidade às crianças contra doenças infecciosas; (...) aponte as vantagens da amamentação na aproximação afetiva entre mãe e filho. (Agosto 1987)

SEXO: Um tabu começa a ser derrubado. **A família não fala sobre o assunto, a escola também não. E os jovens brasileiros continuam engrossando as estatísticas das vítimas de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce e abortos. Uma situação que não é nova, e que provavelmente continuaria intocada se a AIDS não tivesse surgido entre nós, mobilizando a discussão sobre temas “proibidos”. O país está preocupado e a escola dificilmente poderá fugir a essa preocupação. Pensando nisso, Nova Escola preparou este especial, contendo a palavra de professores, pais e alunos, o trabalho de uma escola que pôs a AIDS em seu currículo, dados inéditos de uma pesquisa e o pensamento de um médico que atesta, em seu consultório, os problemas que a falta de informação causa a seus jovens clientes.** (Junho 1987)

¹⁹ Nos trechos que recortamos dos artigos, reproduzimos, em primeiro lugar, o título do artigo; em seguida (em negrito) virá o destaque inicial presente no artigo, editado pela revista; e depois trechos selecionados por nós de cada artigo. Eventualmente, acrescentamos, entre colchetes, algumas observações nossas.

Ministério pede ajuda na batalha contra o sarampo. **O órgão espera que os professores orientem a comunidade sobre a doença.** Na luta contra o sarampo, a Secretaria Nacional de Ações Básicas do Ministério da Saúde apela aos professores para que orientem a comunidade sobre a gravidade dessa doença e sobre a importância da vacina anti-sarampo, a partir dos 9 meses de idade. (...) A doença pode provocar diminuição da capacidade mental, cegueira e surdez, além de matar 3 mil crianças por ano. (Junho 1988)

Neste período (1986-1995), o professor é chamado a ser um multiplicador da informação sobre a saúde e também um agente social de transformação. Pelo menos nos 10 primeiros anos dos artigos pesquisados, a proposta em torno da saúde é uma proposta de higiene e mudança de hábito. Há uma naturalização da existência das doenças, especialmente aquelas devidas à pobreza e à falta de saneamento básico e uma tendência a atribuir aos indivíduos as ações necessárias para sua proteção. O professor é visto como um agente sanitário e é chamado, na maioria dos artigos, a atuar individualmente. Poucas são as referências à escola como instituição: os escritos dirigem-se especialmente ao professor, ao indivíduo professor.

Poliomielite: um problema (ainda) não resolvido. **Aqui, informações importantes para o professor brasileiro participar melhor da investida que visa a erradicação da pólio até 1990.** (...) Sua ajuda, como professor e formador de opinião, é indispensável. E, para que você possa colaborar com as autoridades de saúde, esclarecendo a população sobre os riscos da doença e a necessidade da vacina, aí vão algumas respostas fornecidas pelo Ministério da Saúde, às perguntas mais comuns e mais importantes sobre a doença. (...) Veja o que você pode fazer: manter seus alunos e familiares bem informados sobre os riscos da doença, a necessidade da vacina, da vigilância, da manutenção de boas condições higiênicas etc; (...); conscientizar pais, funcionários, vizinhos etc do direito que toda a criança tem de receber a vacina anti-pólio oral – e que negligências, incorreções, mau atendimento, falta de vacina e outros empecilhos devem ser denunciados à autoridade de saúde mais próxima, ou à imprensa; (...) A seguir algumas atividades para serem desenvolvidas com a turma, como trabalhos comunitários: fazer um levantamento, nos bairros, nas ruas ou em casa do número de crianças de zero a cinco anos existentes, aproveitando para divulgar o risco da doença, a importância da vacina e da vigilância etc; (...) redigir mensagens para serem divulgadas pelas igrejas, serviços de alto-falante, rádio, faixas de rua etc; (...) chamar grupos de alunos para participar da vacinação organizando filas, distribuindo comprovantes, solicitando apoio de instituições, comércio e indústria. (Novembro 1986)

Meningite, um perigo que chega com o inverno. **A meningite é um quadro clínico que pode ser fatal, e as epidemias atingem principalmente as populações carentes e desassistidas.** O que o professor pode fazer então frente a este difícil quadro para prevenir a meningite? Na verdade, pouca coisa. Os cuidados recomendados no sentido de se ter uma boa alimentação e observar a higiene são impossíveis para grande parte da população, desassistida em termos de higiene e saúde e sem recursos econômicos. (Maio 1990)

No caso dos artigos sobre a postura e a visão, a proposta profilática perdura ao longo dos 20 anos pesquisados. Oferecem informações sobre a qualidade da postura necessária aos alunos, ou mesmo sobre as maneiras de identificar os erros posturais - o mesmo ocorre com o tema da visão - e a organização da informação e discussão é semelhante ao longo de todo o tempo. O que chama atenção - e que reaparece nos artigos sobre comportamento que

comentaremos a seguir - é a oferta de informações e subsídios para que o professor faça um *diagnóstico* da situação dos alunos, incluindo testes usados nos postos de saúde e consultórios médicos.

Seus alunos enxergam bem? **Quinze entre cem crianças apresentam deficiência visual. Veja como identificá-los e quais os órgãos públicos que oferecem programas de atendimento oftalmológico.** (...) Quinze, entre cada cem alunos que iniciam os estudos em São Paulo e Minas Gerais (dois dos poucos Estados com estatísticas) apresentam baixo rendimento escolar por problemas de visão. Márcio é um deles. E teve a sorte de ver a deficiência identificada logo, antes que se agravasse e alterasse seu comportamento. Foi simples: sua professora na Escola Municipal Plácido de Castro, em Interlagos, na periferia paulistana, aplicou na classe um teste de acuidade visual [teste de Snellen] e encaminhou Marcio a especialistas da prefeitura. (...) Heloísa Oria, pediatra e sanitarista do Departamento de Assistência ao Escolar (DAE) da Secretaria da Saúde de São Paulo, acha que a identificação dos problemas visuais deve ocorrer o mais rápido possível. Só assim evita-se o agravamento do defeito, o baixo aproveitamento escolar, os distúrbios emocionais e psicológicos e os prejuízos no desenvolvimento da personalidade das crianças. (Setembro 1987)

Não deixe seus alunos perderem a pose. **Tensão, carteiras, bolsas e calçados inadequados, tudo isso pode levar as crianças a desvios de postura com lesões graves, principalmente na coluna. Saiba como lidar com o problema.** (...) cabe ao professor ficar atento, reconhecendo os problemas assim que surjam e sabendo como lidar com as novas situações, recomenda a professora Antonia Dalla Pria Bankoff, chefe do departamento de Metodologia e Ciências Biológicas Aplicada à Educação Física da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). (...) Os desvios mais comuns: **Escoliose** é um desvio lateral da coluna, como se fosse um C (...); **Cifose** é a curvatura acentuada das costas(...) **Técnica para diagnóstico:** Com três réguas, uma vertical e duas perpendiculares, medem-se as cavidades cervical e lombar. Assim é possível identificar cifose. Já os ombros caídos são detectados com medições dos ângulos das escápulas. (Novembro 1987)

Não basta mandar pôr o peito pra frente e o ombro pra trás: **Especialistas da Unicamp elaboram manual para ajudar o professor a desenvolver consciência corporal e corrigir problemas de postura dos alunos.** Num primeiro momento, o manual mostra como funciona a máquina humana, como as partes do corpo humano se inter-relacionam e como ele é agredido pelas condições do meio ambiente. (...) Os problemas de postura não afetam apenas a constituição física da criança. Dependendo do caso, agem também sobre o rendimento escolar. (...) A parte final do manual é dedicada aos exercícios concebidos a partir do trabalho com 24 crianças de 6 a 10 anos. [a seguir o artigo oferece todos os exercícios, ilustrados, para uma aula de “Educação Postural”] Os exercícios contidos no manual são simples, mas requerem do professor muita observação da postura inicial da criança. (Dezembro 1990)

Se as práticas em torno da saúde pública tomam a escola como espaço de disseminação de cuidados, bem como de orientações, o que gostaríamos de salientar é que, já no tema que envolve a posição do professor em relação à saúde dos alunos, chama a atenção a frequência com que aparece a idéia de que o professor deve estar atento à possibilidade de *diagnosticar* um problema - e o termo utilizado nos textos é este mesmo -, reconhecendo sintomas e envolvendo-se na identificação e profilaxia das doenças. Ainda que a informação oferecida não seja completa e os termos médicos não tenham, em absoluto, a ver com a prática do professor. Isto é algo que poderia ser discutido: quem são os agentes sociais

chamados a se envolverem na melhoria da saúde da população? O professor, certamente, é um deles.

Convém não deixar de lado o fato de que tal demanda implica numa chamada para que o professor se assemelhe ao especialista, tema bastante presente na grande maioria dos artigos lidos. À demanda dirigida ao professor, se agrega a oferta de um lugar privilegiado: o professor é alguém que tem mais condição do que qualquer outro, na comunidade, de ajudar a melhorar a vida das crianças. Apelo irrecusável, senão pelo status que confere ao professor, também pela culpa associada à negação em cumprir a tarefa.

Com relação aos artigos que envolvem os temas drogas e sexualidade, existem duas vertentes de abordagem: uma mais médica a qual discute as implicações para a saúde do uso de drogas e práticas sexuais sem orientação; e uma abordagem psicológica que tenta explicar como e porque as crianças e jovens se envolvem em práticas consideradas de risco. Nestes casos, os artigos têm abordagens diversas, ora discutindo as características psicológicas na infância e adolescência, ora ampliando sua discussão para um debate político-educacional em torno dos temas que se tornaram questões sociais, assumindo algumas vezes uma postura crítica. Além disso, os artigos oferecem algumas discussões sobre o papel do professor na orientação de seus alunos sobre estes temas, considerando a polêmica a respeito de quem é o papel da educação das crianças e jovens no que diz respeito às práticas sexuais e ao uso de drogas: da escola ou da família?

DROGAS: Essa briga a escola pode ganhar. **Deixar o aluno participar das decisões da escola, dando a ele condições de se sentir significativo, competente e responsável é, segundo o psicólogo Isaías Pessotti, professor de Psicologia médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, a única maneira possível de afastá-lo das drogas.** (Abril 1986)

A escola deve dar educação sexual? **Ou essa é uma responsabilidade da família? Ouvimos pais, professores e alunos, de escolas públicas e particulares de onze capitais. Veja o que eles pensam.** (...) Agora, com as campanhas sobre os riscos da AIDS – e com o número cada vez mais assustador de adolescentes grávidas e jovens infectados por doenças venéreas -, o assunto volta a ser discutido, preocupando ainda mais os responsáveis pela educação (geral e sexual) de nossas crianças. A pergunta ainda é a mesma: a escola deve dar educação sexual? Ou essa é uma responsabilidade da família? (Junho 1987)

Para evitar a droga, o jovem precisa ter opções prazerosas. **Especialista explica o que leva o jovem a procurar drogas, porque as campanhas fracassam e o que a escola pode fazer para enfrentar o problema.** (Abril 1992)

AIDS: a vida está em nossas mãos. **Um milhão de soropositivos e o crescimento acelerado da doença entre as mulheres e os jovens nos obrigaram a parar, pensar e por mãos à obra. É possível agir e deter a contaminação. Veja como.** A Aids é hoje uma epidemia fora de controle. E a humanidade inteira, um grande grupo de risco. (...) Mesmo nos países mais desenvolvidos, os governos têm se mostrado lentos em dar respostas ao avanço da epidemia. Tratam-na essencialmente como uma questão médica, não obstante ela já ter revelado uma dimensão muito mais ampla. (...) As

ações mais eficientes no controle da epidemia se concentram nas mãos de indivíduos isolados que fizeram disso uma missão, ou de grupos de educadores, com ou sem apoio oficial, que tomaram a iniciativa de implantar projetos e buscar metodologias de intervenção que não caíam no vazio das campanhas públicas ou das palestras científicas. [grifo nosso] (Agosto 1994)

A idéia da “missão profilática” merece destaque, pois se soma ao tipo de chamado dirigido ao professor que, diante das escassas condições de saneamento e de atendimento público, deve tomar para si a “salvação” de seus alunos.

No item saúde, também aparece, já no final desta primeira década, um artigo dedicado à saúde do professor, contemplando um tema que na década seguinte volta a ser abordado: o estresse do professor. A saúde aqui aparece não somente do ponto de vista dos cuidados, mas também começa a ser associada ao cultivo de hábitos ligados ao prazer e a descontração. Apesar do artigo começar por afirmar o quão difícil e exaustiva é a tarefa do professor, oferece, em geral, soluções “simples” para as doenças diagnosticadas como próprias da atividade docente; soluções que dependem, basicamente, de boa vontade. Aqui vemos como a responsabilização pela saúde é atribuída a um cultivo individual de hábitos, sem crítica com relação às condições de vida e aos ideais contemporâneos de produção.

Professora, tome cuidado. **As durezas da vida de professora não se refletem só no cansaço que você sente todos os dias depois das aulas. Elas podem provocar ou agravar certas doenças. Veja quais são esses males e o que você pode fazer para mantê-los sob controle** Estresse: sua cabeça tem limites. Acordar cansada e ter falta de disposição para o lazer são sintomas característicos; (...) Estômago: estresse, alimentação apressada ou inadequada e carga horária excessiva têm preço alto – úlcera e gastrites. (...). “A vida da professora é mesmo sofrida”, diz um profissional bem situado para avaliar ao assunto, o médico Marcelo Ribeiro Jr., do Colégio Magno, de São Paulo.(...) há psiquiatras que comparam a tensão emocional anterior às aulas à de um ator no dia da estréia de uma peça.(...) **A prevenção não é tão complicada** [destaque da edição]. Andar é de graça e pode melhorar sua cabeça. O termo estresse vem da Física (...). O remédio clássico, lembra o psiquiatra Eduardo Ferreira Santos, é o lazer. (...) Um pouco de paz para seu estômago. (...) Em primeiro lugar, recomenda o gastroenterologista Marcelo Ribeiro Jr., acalme-se. Elimine o estresse. (Novembro 1995)

2.1.2. Dos artigos sobre o comportamento.

Com relação ao comportamento, os temas são vários: crianças agressivas, superdotadas, a família, a relação da escola com os pais, o castigo, a auto-estima, a timidez, a solidão, a adolescência, a sexualidade etc. A lista é vasta; temas que são em geral considerados “problemas” no cotidiano da classe e na relação entre os professores e os alunos.

É neste conjunto que identificamos a presença maciça da psicologia como disciplina de orientação ao trabalho do professor, ou melhor, especialmente como orientação na identificação e entendimento da problemática apresentada por uma criança ou jovem. O

discurso do especialista está presente e orienta o olhar que o professor deve dirigir a seus alunos. Orienta também a forma com que o professor deve dirigir sua expectativa em relação aos alunos (o que esperar) e seu olhar para diagnosticar a problemática de cada um deles. A palavra do especialista é utilizada para validar uma prática. Assim, encontramos, em quase todos os artigos, a fala de um psicólogo, psicopedagogo ou de um médico para legitimar a orientação oferecida pelo artigo.

“Não sei mais o que fazer com essa criança”. **Através de pirraças, cobranças e muitas cenas e ciúme, ela tenta chamar sua atenção. É possível dar o que ela precisa sem ultrapassar os limites do papel de um professor?** Dependência emocional, carência afetiva ou ainda simplesmente falta de amor...O nome pouco importa. O importante mesmo é saber como contornar aquela situação em que alguém nos cobra mais afeto do que queremos ou podemos dar. (...) a educadora e psicomotricista Maria Cristina Ribeiro Pereira dá aqui alguns elementos para ajudar a afastar esses equívocos: “Agindo profissionalmente ele [o professor] vai utilizar a Pedagogia, lembrando que tem uma formação específica e não pode deixar isso de lado”. (...) “O professor, sempre de acordo com seu papel, deve estimular a criança a participar do grupo escolar. Ele sabe que as situações de classe, se bem trabalhadas, ajudam a criança a resolver seus problemas. É assim que a ação pedagógica passa a ter efeitos terapêuticos, ajudando o aluno a melhorar seu comportamento, inclusive na casa dele.” [grifo nosso] (Março 1986)

Ainda que o professor seja chamado a atuar desde sua disciplina de formação – a pedagogia – o que se ressalta como efeitos positivos são justamente aqueles que se atribuíam a um especialista, ou seja, “efeitos terapêuticos”.

SUPERDOTADOS. Ele pode estar na sua classe, prepare-se. **Os gênios são raros. Mas os superdotados surgem, entre pobres e ricos, com frequência. É importante que o professor esteja atento para identificá-los e ajudá-los a se desenvolver.** (...) Um superdotado não é um gênio. Mas tem inteligência acima da média. Inteligência e criatividade inatas, que não escolhem classe social para surgir.(...) O professor tem, aliás, em qualquer circunstância, um papel fundamental no atendimento ao superdotado. A identificação (primeiro passo neste atendimento) é um processo complicado, que envolve testes de QI, de criatividade e de personalidade, relatórios de professores especializados, entrevistas com psicólogos e muita conversa dos professores com os pais. O principal instrumento nesse trabalho é a sensibilidade do professor. É ele quem faz a identificação preliminar, através da convivência diária com o aluno. Feita a identificação, o superdotado deve receber um tratamento especial para desenvolver suas potencialidades. [grifo nosso] (Março 1987)

No caso dos artigos sobre comportamento, a psicologização do discurso sobre a criança está de tal maneira presente que se torna irrefutável ver a “formação” do professor orientada para a individualização dos problemas escolares e a consideração de cada aluno no que diz respeito a sua prática. Vejamos uma sequência destes artigos:

Não é fácil ser um pré-adolescente! **Rebelde, curioso, desorganizado, dá muito trabalho na classe. Mas entenda: ele está passando por profundas transformações e precisa do seu apoio.** (...) Os pré-púberes enfrentam um intenso conflito entre o desejo de permanecer criança e o de crescer para a vida adulta. É verdade que esse conflito está centrado, fundamentalmente, entre a dependência e a independência – e a escolha pela independência se faz, com frequência, pelo comportamento teimoso,

rebelde aos momentos de rotina. Esse conflito se arrastará por toda a adolescência. (...) O pré-adolescente conquista uma sensação de ser capaz de fazer as coisas e de fazê-las bem. (...) O educador envolvido com esse aluno precisa reconhecer a responsabilidade que tem no amadurecimento de sua personalidade. Ele deve tentar sempre enfatizar o que ele pode e sabe fazer. Propor tarefas sérias e não apenas jogos divertidos, introduzindo-o no mundo da realidade e da tecnologia de sua época. (...) O adulto que reconhece os motivos desse comportamento poderá ajudar essas crianças a passarem esta fase sem muito sofrimento e, sobretudo, sem receber rótulos do tipo “fulano vai ser um delinquente”, “sicrano não dá pra nada porque vive nas nuvens.” Esses rótulos são negativos e podem impedir, ou ao menos retardar, o momento em que as capacidades dessas crianças se equilibram e se integram melhor. (Abril 1987)

Você pode (e deve) ajudar o aluno tímido. **Ele quase não fala. O professor acaba deixando-o em segundo plano e corre o risco de perdê-lo.** (...) Preocupado em controlar 30 ou 40 alunos numa sala de aula, o professor raramente tem tempo para prestar atenção aos mais calados, os mais tímidos. São crianças que, em geral, não atrapalham, ocupam um mínimo espaço, mostram-se disciplinadas e sempre atentas ao que o professor diz. Mas podem ter um péssimo acompanhamento (...) A criança que não tem espaço em casa e que jamais assume seus desejos e necessidades tende a se comportar da mesma forma na escola. É possível que ela tenha uma família super-protetora, com alguém que sempre se encarrega de tudo, faz escolhas e ocupa todo o espaço. “Nesse ambiente, a criança não tem como desenvolver sua capacidade de luta e não sabe lidar com a agressividade”, prossegue a psicóloga. (Agosto 1988)

Meninas prostituídas. **Para fugir da escola elitista, da família violenta, da fome e da miséria, elas vão parar nas ruas. Sobrevivem, primeiro, vendendo balas; depois, o próprio corpo. Segundo as estimativas, morrem antes de completar 20 anos de idade. Uma tragédia para a qual alguns olhos já se voltam, tentando revertê-la através de um trabalho que visa resgatar, nessas meninas, a auto-estima e a identidade perdidas.**(...) Criança fazendo sexo por dinheiro foi, durante muito tempo, uma tragédia relatada por viajantes do Norte do país ou das regiões de seca do Nordeste, onde as famílias – no limiar do desespero – cediam a virgindade das meninas em troca de comida e água. (...) Agora, basta lançar um olhar para nos depararmos com verdadeiras quadrilhas de meninas que aprendem a vida pelo lado avesso, vendendo balas, roubando, apanhando, obrigadas a fazer sexo, a trocar carícias ou surras por dinheiro. (...) Em grande parte analfabetas ou semi-analfabetas, quando passaram pela escola não conseguiram se render ao rígido esquema de disciplina, uniformes e horários – valores que nada têm em comum com os “lares” de onde vieram, geralmente formados por uma mãe alcoólatra e seus amantes rotativos e violentos. (Nov 1992)

Queda de braço entre a TV e os contos infantis. **Vilões das histórias fascinam mais as crianças, diz francês.** Se alguém está preocupado com o poder da televisão de conquistar criancinhas indefesas, saiba que a culpa dessa conquista não é tanto da TV, mas dos pais, que são preguiçosos e não contam histórias para seus filhos. A explicação pode parecer simplista, mas não é, vinda de quem vem: trata-se do psicanalista francês René Diatkine, que, com tanto adulto precisando de boas sessões de terapia, preferiu dedicar-se ao estudo do imaginário infantil. (Junho 1993)

O problema da agressividade **A cada dia aumenta a agressividade dos alunos. Por quase nada saem aos tapas e armam brigas feias na própria sala de aula. De onde vem essa agressividade? O que fazer para enfrentá-la?** (...) Aprender é um ato de afetividade. Só aprendemos através dos sentidos, das sensações, das ações. Dêem espaço aos seus alunos, ouçam o que eles têm a dizer, trabalhem com o querer, o sentir, o pensar. O egocentrismo será aos poucos inibido e o esforço para perceber o outro só poderá resultar em tolerância e respeito. (Setembro 1995)²⁰

²⁰ Pergunta enviada por carta e respondida por psicopedagoga, especialista em distúrbios de aprendizagem.

O discurso psicológico explica toda sorte de problemáticas infantis, envolvendo o professor a estar atento a este tipo de consideração e a entender seu aluno. Por outro lado, serviu, muitas vezes, ao exagero e à culpabilização das famílias, marcando os efeitos de sua “deseestrutura” ou de sua ineficiência no papel de educar.

Apesar da intensa psicologização do discurso presente nos escritos, observamos, tanto na escolha dos especialistas, quanto no tipo de informação oferecida, a aliança entre psicologia e medicina como disciplinas orientadoras das referências sobre a criança, o jovem, a adolescência, a infância, o aprendizado etc.

O que o canhoto precisa é de respeito e orientação. **As pressões e os preconceitos são os maiores problemas dos alunos que escrevem com a mão esquerda.** (...) Problemas emocionais não são a única consequência vivida pelos canhotos por causa das pressões que recebem para mudar de lado. (...) Psicólogos, pedagogos e neuropediatras garantem que o canhotismo, antes de ser considerado uma anomalia ou uma doença, não influi no processo de aprendizado, desde que a opção de lateralidade (uso da mão esquerda) seja respeitada, sem segregação de qualquer tipo. (...) Neuropediatra do Hospital Albert Einstein e do Hospital das Clínicas, em São Paulo, o médico Saul Cypel condena a atribuição de qualquer disfunção cerebral às crianças canhotas. (Junho 1988)

Meninas & Grávidas. **Mais de 1 milhão de meninas dá à luz todos os anos, enfrentando preconceitos. Vivendo numa sociedade extremamente sexualizada, onde é possível encontrar informações sobre anticoncepcionais, as adolescentes continuam tão ignorantes quanto suas avós. E só o diálogo constante poderá conter o crescimento da gravidez precoce.** (...) o adolescente não se identifica com esse corpo sobre o qual o professor de Biologia discorre. Isso quando os professores não partem para a *pedagogia do terror*, lançando mão de chavões negativos como *homossexualismo dá Aids* ou *gravidez acaba em aborto*, como lembra a psicóloga Rafaela Couto (...). “*O que falta ao jovem é maturidade para assumir as consequências da liberdade*”, afirma a doutora [ginecologista] Albertina Takiuti, de São Paulo. [grifos da revista] (Outubro 1991)

Reaparece ainda neste período o tema da superdotação (em Maio de 1995), que ainda retorna na sequência posterior; a informação oferecida é bastante semelhante ao artigo recortado anteriormente, mas com um complemento: a chamada para o artigo é “Loteria Genética”. A superdotação começa a ser claramente vinculada à expressão de um traço genético. É neste mesmo sentido que vai um artigo sobre a Dislexia. Encontramos, neste primeiro período, uma consulta feita por carta e a resposta, apesar de ser dada por uma psicóloga, contém uma explicação bastante médica. O título dado à consulta é da revista, sendo que a pergunta formulada pelo leitor aparece em negrito.

Dislexia: O aluno pode ser ajudado. **“O que é dislexia e como posso ajudar um aluno com esse tipo de problema?”** [a especialista responde:] A dislexia é uma deficiência genética e hereditária que pode ser identificada por certas alterações anatômicas no cérebro. Essas alterações não são de natureza neurológica. Por isso, não é possível detectá-las em exames de eletroencefalograma e, ainda hoje, os principais diagnósticos da deficiência são feitos por exames clínicos. (...) A simples observação não basta para definir o quadro de deficiência. Assim, antes de tomar qualquer atitude, o professor deve sugerir à família que procure um especialista para exames detalhados. A dislexia é uma síndrome.

Seus diversos sintomas se combinam e se manifestam de forma diferente em cada indivíduo. Por isso, é sempre necessário o acompanhamento individual de cada caso. (Novembro 1995)

A presença do tipo de consideração vista acima torna-se mais marcante no segundo período de produção da revista, que absorve de forma mais intensa a explicação médica sobre o funcionamento do cérebro, como veremos a seguir.

Vale ressaltar que, nesta primeira década, muito do que discutimos no item *Cuidados das crianças e das famílias* (Capítulo 1), se apresenta no tipo de informação contida nos artigos – tanto sobre saúde, quanto sobre o comportamento. Estes tendem tanto à oferta de informações para a identificação das problemáticas das crianças e jovens, quanto à normalização e à profilaxia. Também convocam o professor a atuar no sentido de higienizar e tratar seus alunos.

Não é sem contexto, então, que o diagnóstico médico (ou psicológico) seja validado pelos professores como necessário na prática de ensino; este tipo de valor parece ser fruto de uma construção de ideais há muito cultivados. O professor, visto a partir do papel de agente de saúde, deve atuar como tal, usando dos conhecimentos de uma disciplina que não é a sua. Como vimos anteriormente, imperam as formas tradicionais de medicalização e psicologização do discurso sobre as crianças e jovens, em suas vertentes higiênica, profilática, normalizante e, muitas vezes, culpabilizadora dos indivíduos e suas famílias por suas dificuldades escolares e pessoais.

2.2 SEGUNDO PERÍODO DE INFORMAÇÃO (1996 – 2006): Novas formas de medicalização

2.2.1. Dos artigos sobre saúde.

Como vimos na tabela inserida acima, o primeiro período concentra artigos relativos à higiene, aos cuidados básicos, especialmente quanto à saúde da população pobre, e controles de epidemias; além de serem muito presentes artigos que versam sobre AIDS, orientação ou educação sexual e drogas. Estes temas são tratados de tempos em tempos nas edições e também acompanham campanhas públicas de cuidado com a saúde da população. Já no segundo período, diminuem as referências a estes temas, e aparecem outros, mais contemporâneos, tais como estresse, combate ao cigarro, pesquisas científicas sobre o funcionamento do corpo humano, assim como sobre a saúde do professor. O tipo de foco quanto à saúde vai se apresentar de maneira diferente, não mais somente a prática deve ser

higiênica, mas a saúde passa também a ser associada ao bem-estar, uma expressão que raramente aparece no primeiro período.

Outros temas passam a ficar em evidência . Poderíamos dizer que o tema saúde, como foco de práticas pedagógicas de controle e higiene, não é mais tão valorizado. Ainda que isso possa se dever a uma nova opção editorial da revista, acompanha da mesma forma o que observamos recentemente em outros veículos de comunicação. Ou seja, a saúde passa a ser abordada associada a uma noção de bem-estar, como um hábito de fazer bem a si mesmo que o indivíduo pode adquirir, através do cultivo de práticas consideradas saudáveis. Há uma valorização da idéia do que seja saudável; em vários aspectos, desde a idéia do que seja alimentação saudável até uma idéia do que seria uma “aprendizagem saudável” e também um “ensino saudável”.

A divulgação dos resultados das pesquisas científicas dá uma nova dimensão à maneira como são trabalhadas as informações e explicações sobre a saúde e o funcionamento do corpo. De toda forma, perduram e se intensificam, tanto a demanda de que o professor se torne uma extensão do especialista, quanto a oferta de informações que possam subsidiar tal prática. É preciso dizer que esta demanda aparece ainda associada muitas vezes a uma ameaça: só há solução para o problema da criança ou do jovem se o professor encampar a “missão” de observar criteriosamente os sinais de algum problema apresentado pelo seu aluno. Assim, um artigo adverte: “Se você não cumprir seu papel de orientador, seus alunos correm o risco de engrossarem a lista dos 540 mil brasileiros portadores do HIV.”

Vejamos uma seqüência de artigos deste período nos quais os temas comuns ao higienismo aparecem, bem como são abordados temas considerados atualmente como de saúde pública. Vejamos também qual é o enfoque dado a esses temas, como se mesclam informações vistas no primeiro período com novos fundamentos para a prática do professor:

Uma droga chamada cigarro. **Mostre aos alunos que os malefícios do fumo vão muito além de amarelar os dentes.** (...) No tabagismo – a exemplo do que ocorre com outras drogas -, prazer, vício e efeitos nocivos para o organismo se interligam. A nicotina, componente do cigarro, é transportada pelo sangue até o cérebro, onde excita os hormônios. Estes produzem o estimulante natural dopamina, um dos responsáveis pela dependência. A carência do corpo em relação à nicotina reforça os vínculos psicológicos que se estabelecem entre o fumante e o ato de fumar, fazendo com que muitos tenham dificuldade em abandonar o vício. (...) Uma boa sugestão de atividade é encarregar a turma de pesquisar os efeitos do cigarro no sistema circulatório (...) Peça ainda que os alunos comentem o poder de sedução das campanhas publicitárias da indústria do cigarro. Em seguida, sugira que eles elaborem uma campanha multimídia contra o tabagismo, dirigida especialmente aos adolescentes. [grifos nossos] (Dezembro 2000)

Todos juntos para vencer a dengue. **Utilize o pôster desta edição e esclareça que a informação é fundamental no combate à doença** (...) Informação é a chave do processo e a participação da escola

é importante. Por isso, aproveite o pôster encartado nesta edição de Nova Escola para transformar seus alunos em agentes difusores de medidas preventivas. (Novembro 2001)

Pedagogia do sabor. Saber o que seus alunos estão comendo é mais do que curiosidade. Rende ótimas lições para eles virarem adultos saudáveis. Cuidar da alimentação é fundamental. E tem tudo a ver com a escola. (...) “Atualmente, as crianças influenciam muito mais os pais do que nas décadas passadas. E elas ouvem a professora quando o assunto é comida”, atesta José Augusto Tadei, da disciplina de Nutrição e Metabolismo do Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina. (...) “Está provado que uma criança subnutrida, se for estimulada social, intelectual e afetivamente, consegue aumentar as sinapses entre os neurônios e tornar-se um adulto normal, mesmo que tenha menos células nervosas”, explica Tadei. “Alimento, estímulo e afeto.” O educar deve trabalhar com esse tripé, sugere a nutricionista Cristiana Pereira Gaglinone. [grifos nossos] (Maio 2001)

Quanto mais saudável melhor. A merenda também tem muito a ensinar. Veja como melhorar a qualidade dos alimentos e use-os para transmitir conhecimentos. (...) Se hoje em dia é consenso entre os especialistas que não cabe à escola resolver desnutrição, cabe a ela, sem dúvida, “matar a fome do dia”. E se essa função for encarada como uma forma saudável de transmitir conhecimento, a merenda fica muito mais saborosa. (...) O médico Flavio Schieck Valente, consultor do Ministério da Saúde e do Comitê Permanente de Nutrição da ONU acrescenta outro problema: “Muitas crianças brasileiras em faixa escolar apresentam falta de ferro no organismo. Isso afeta diretamente a aprendizagem, pois dificulta a concentração”. [grifos nossos] (Dezembro 2002)

Cigarro: apague essa idéia. A escola tem papel fundamental em ajudar a acabar com o vício que mata 5 milhões de pessoas por ano. (...) Educar sobre o tabagismo é o primeiro passo para evitar o vício. Com essa convicção, o Programa Saber Saúde, do Ministério da Saúde em parceria com o Inca, já levou treinamento a mais de 10 mil escolas públicas. O assunto deve ser entendido como uma questão de saúde. (...) O doutor Sergio Ricardo dos Santos, do Prevfumo, aconselha os professores a não saturar os alunos com campanhas antitabagistas. “Quanto mais leve e bem-humorado for o tratamento do tema, melhor”. (...) Segundo ele, “você obterá melhores resultados se usar dados sobre os prejuízos à capacidade física e à estética, como a perda de fôlego e amarelamento dos dentes. [grifos nossos] (Agosto 2003)

Professora: você quer uma maçã? Alunos que têm alimentação e hábitos de vida saudáveis aprendem melhor e evitam a obesidade infantil, doença que tem preocupado médicos e educadores de todo mundo. [artigo contém dados sobre índice de obesidade atual e relatos de experiências em escolas particulares onde há trabalho de “educação alimentar”] **Obesidade é epidemia:** A obesidade é a doença nutricional que mais cresce no mundo. (...) é causada por uma combinação de fatores genéticos, alimentação inadequada, falta de atividades físicas (95% dos casos) e também por problemas emocionais, psicológicos ou outras doenças (5%). Para avaliar se uma criança está ou não com peso acima do ideal, a melhor maneira é calcular o Índice de Massa Corpórea (IMC): divide-se o peso do aluno por sua altura ao quadrado. Os resultados obtidos devem ser comparados com os valores de referência, específicos para a idade e sexo da criança, conforme tabela abaixo. (...) Martha Fonseca [nutricionista] sugere outras medidas que podem ajudar a cantina a se tornar um espaço saudável: inserir saladas no cardápio; colocar nas paredes cartazes com fotos de atletas e alimentos naturais (...) Levando a educação alimentar aos alunos e familiares e tendo atenção aos produtos servidos em suas dependências, a escola estará contribuindo para a diminuição da obesidade infantil e fazendo com que os estudantes fiquem mais dispostos para a aprendizagem. [grifos nossos] (Maio 2004)

Cuidado! Barulho demais faz mal à saúde. A poluição sonora em algumas escolas é tanta que pode levar ao estresse e até à perda de audição. Mas, com medidas simples, é possível diminuir a barulheira na classe. (...) Para as salas de aula, a Associação Brasileira de Normas técnicas estipula o que limite tolerado é de 40 a 50 decibéis (...) Muitas classes, no entanto, atingem 75 decibéis, principalmente as que têm mais de 25 estudantes (...) **Ruído alto libera adrenalina: a audição funciona como um alarme, e isso tem uma explicação antropológica: quando o homem vivia em**

cavernas, ficava atento para ouvir quando um animal se aproximava. Ao perceber o perigo, seu cérebro produzia quantidade extra de adrenalina, deixando o corpo preparado para o combate ou para a fuga. (...) Hoje o homem não precisa mais se defender de predadores, mas seu sistema de defesa continua o mesmo: sempre que ouve um ruído alto, o nível de adrenalina aumenta, fazendo subir a pressão. **Barulho causa doenças:** A longo prazo, o ruído excessivo pode causar gastrite, insônia, aumento do nível de colesterol, distúrbios psíquicos e perda da audição. Provoca ainda irritabilidade, ansiedade, excitação, desconforto, medo e tensão. **Falar baixo é uma saída:** Uma prática enriquecedora é criar a cultura da “fala mansa”. No início da aula, peça alguns minutos de silêncio à turma. Mostre como a classe fica mais acolhedora sem ruídos. (...) proponha um pacto a partir do qual todos falem sem gritar, de mansinho. [grifos nossos] (Jan/Fev 2005)

Saúde em foco. **Mais de 50 cidades brasileiras já adotaram programa que transforma os alunos em agentes de conscientização e prevenção de doenças em casa e no bairro.** (...) Por todo o Brasil, um grande número de escolas está assumindo um papel ativo na defesa de uma vida sadia na comunidade. Elas fazem parte do programa Escola Promotora de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS). (...) A idéia, que tem apoio da Sociedade Brasileira de Pediatria, é coordenar atividades entre escolas, secretarias municipais e universidades da região, com a eventual cooperação de outras áreas da administração pública. (...) A importância de formar agentes multiplicadores, entre professores e principalmente entre crianças e jovens, é um dos aspectos primordiais dos programas apoiados pela OMS. “O objetivo é que eles promovam mudança em casa e na vizinhança” (...) “O alvo não é apenas o estudante, mas a população” [falas atribuídas ao coordenador do programa de Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal de Santos]. (Maio 2006)

Ainda que o aspecto sanitário e preventivo esteja em jogo – professores e alunos devem tornar-se “agentes difusores de medidas preventivas” - é possível ver como se concentram informações sobre a necessidade de uma vida saudável e como a informação oferecida apresenta as explicações da bioquímica do corpo, dando relevo ao funcionamento desta bioquímica associado ao mal-estar de cada indivíduo. Quando surge uma abordagem psicológica do assunto, também aparece ligada ao funcionamento desta bioquímica humana. O foco no corpo, suas funções e sua bioquímica, aparecem quase como algo que valida a seriedade da informação e a importância do cuidado. É como se ao conhecer este tipo de funcionamento invisível, ficasse mais claro porque alguém sofre.

Assim, chama atenção a explicação presente em vários dos artigos, nomeando os componentes químicos e explicitando sua ação sobre o indivíduo – “A nicotina, componente do cigarro, é transportada pelo sangue até o cérebro, onde excita os hormônios. Estes produzem o estimulante natural dopamina, um dos responsáveis pela dependência”; ou : “Hoje o homem não precisa mais se defender de predadores, mas seu sistema de defesa continua o mesmo: sempre que ouve um ruído alto, o nível de adrenalina aumenta, fazendo subir a pressão.”

A aprendizagem também está associada com o hábito de vida saudável: “Muitas crianças brasileiras em faixa escolar apresentam falta de ferro no organismo. Isso afeta diretamente a aprendizagem, pois dificulta a concentração.” Este tipo de associação não é

novo, a teoria da desnutrição como causa do fracasso escolar data de muitas décadas, mas já foi suficientemente combatida para ressurgir agora como uma verdade. Vale aqui, no entanto, pensar na presença do termo saudável, pois ele carrega em si o peso de um ideal.

Também é uma novidade que a conquista de hábitos saudáveis seja associada a uma prática bem humorada e ao cultivo da estética, algo que veremos também presente nos artigos sobre comportamento. “Quanto mais leve e bem-humorado for o tratamento do tema, melhor”. (...) você obterá melhores resultados se usar dados sobre os prejuízos à capacidade física e à estética, como a perda de fôlego e amarelamento dos dentes”; “Martha Fonseca [nutricionista] sugere outras medidas que podem ajudar a cantina a se tornar um espaço saudável: inserir saladas no cardápio; colocar nas paredes cartazes com fotos de atletas e alimentos naturais”.

Além disso, uma prática saudável pode ser feita por quem quiser, não sendo abordadas as questões políticas, sociais e de consumo envolvidas no tema. Dessa forma, apesar de uma sala de mais de 25 alunos (realidade da grande maioria das escolas públicas do país) ser, segundo o artigo, potencialmente produtora de doenças, há “medidas simples” para “diminuir a barulheira na classe”; “falar baixo é uma saída”.

Continua em jogo a demanda ao professor de uma prática obstinada na defesa da saúde; se acolher a missão, “levando a educação alimentar aos alunos e familiares”, o professor “estará contribuindo para a diminuição da obesidade infantil e fazendo com que os estudantes fiquem mais dispostos para a aprendizagem”.

A idéia de que o professor deva diagnosticar seus alunos é, neste período, como disse acima, ainda mais marcante. Continuam a ser oferecidos subsídios para isso e, novamente, ressaltamos o tipo de explicação dada para as vicissitudes vividas pelas crianças e jovens:

As lições que a fonoaudiologia tem a ensinar. **Existem mais crianças com distúrbios do que se imagina. Saiba identificá-los e encaminhá-los para tratamento.** Quando um ou outro aluno tem um desempenho inferior aos demais, é fácil perceber que há algo errado. Se o problema é na comunicação, porém, vale a pena um olhar mais clínico sobre o assunto. [num destaque da revista encontramos]: **Fala:** um especialista detecta com facilidade um distúrbio de fala. Para o professor, que não foi treinado para identificar estes problemas, valem algumas dicas: observar as crianças que têm dentes mal posicionados, oclusão dentária ou má formação da boca; língua presa ou entre os dentes; fala nasal; abertura da boca insatisfatória; troca de sons. As crianças que não têm problemas aparentes, mas ainda assim falam errado, certamente sofrem com esse distúrbio. (...) A professora Viviane Bandoni, da Escola Carandá, em São Paulo, olha cada estudante como se fosse único. “Preciso descobrir que mecanismos ele utiliza para aprender”. Viviane já descobriu em sua parceria com fonoaudiólogos, que o distúrbio de processamento central é o mais comum em classe. Veja a seguir como é perfeitamente possível detectar as principais alterações nos alunos e identificá-las, para encaminhar para o tratamento mais adequado. (...) A doutora Renata Carvalho, professora de fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da USP e especialista em audiologia, descreve as crianças que apresentam alteração auditiva como agitadas e dispersas.(...) Se você tem alunos assim, saiba que talvez eles não

sejam “bagunceiros”, mas sofrem de um mal que só pode ser detectado num consultório. (...) Em todas as situações, o papel do educador é estar atento para fazer o encaminhamento a um especialista. Só assim há chances de recuperação. [grifos nossos] (Setembro 2002)

Calma, isso pode ser estresse. E tem jeito. **Choro, agressividade, medo. Esses são alguns dos sintomas desse mal que atinge também as crianças e adolescentes. Saiba como identificá-lo.** Seu aluno anda irritado, agressivo e não consegue ficar parado. Tira a concentração dos colegas, atrapalha a aula, não presta atenção nas explicações e se sai cada vez pior nas avaliações. Você até tenta controlar a situação, achando que se trata de indisciplina. É possível, no entanto, que o caso seja mais sério. Ele pode sofrer de estresse. (...) O problema é que os sintomas se confundem com mau comportamento, rebeldia ou hiperatividade. (...) Porta de entrada para a depressão, precisa ser logo identificado. Estando tão próximo da turma, você tem condições de auxiliar nesse diagnóstico. (...) De acordo com a pesquisadora [psicóloga] a maior de todas as causas para o estresse infantil é a falta de tempo para brincar. (...) Confira outras causas para o estresse: presenciar discussões e agressões em família; separação ou novo casamento dos pais; nascimento de um irmão; ausência de limites ou orientação de um adulto, que causa insegurança; doença ou morte de alguém querido; desemprego dos pais, que traz ansiedade e incerteza. (...) Os sinais mais frequentes: (...) Os sinais assinalados abaixo, isoladamente, não são indícios do mal, mas fique alerta para uma mudança brusca no comportamento ou se notar que o estudante apresenta dois desses sintomas ou mais: demonstração de vários medos; dificuldade de concentração; pesadelos e dificuldade para dormir; choro (no caso dos menores); agressividade e irritabilidade; isolamento e falta de prazer em estar com os amigos; sensibilidade a críticas. [grifos nossos] (Novembro 2003)

No primeiro recorte vemos validado “um olhar mais clínico” do professor. As “dicas” para que observe o problema, levam à detecção do “distúrbio”, termo médico muitas vezes utilizado para substituir “doenças”. Assim, levam a um diagnóstico e é “perfeitamente possível detectar as principais alterações nos alunos e identificá-las”, só não fará isso um professor que se torne negligente e não observe que “o papel do educador é estar atento para fazer o encaminhamento a um especialista. Só assim há chances de recuperação”.

No segundo recorte observamos como se apresentam as novas nomeações para antigos “problemas”: a irritação, a agressividade e a inquietação são agora associados ao estresse, doença contemporânea. Pelo fato de ser considerada uma doença, o estresse deve ser tratado como um assunto sério e por isso merece atenção. As causas do estresse, no entanto, são as mesmas que muitas vezes vimos apresentadas, em artigos anteriores, para toda sorte de “problemas” mostrados pela criança durante sua escolarização (separação dos pais, nascimento do irmão, morte de alguém querido), causas estas que antes faziam parte do discurso psicológico para o fracasso escolar. Essa nova nomeação – estresse – , também permite uma nova descrição da indisciplina e da rebeldia. E, ainda, são nomeados como sintomas algumas vivências cotidianas de muitas crianças, mas a presença de dois ou mais deles orienta o professor a “desconfiar” da presença de um “mal”.²¹

Encontramos ainda uma discussão sobre os avanços da ciência:

²¹ Analisaremos, a seguir, como a nomeação da hiperatividade segue a mesma tendência.

Pesquisa científica: A chave não são os genes. **Conclusão do Projeto Genoma revela que os segredos da vida estão, na verdade, contidos nas proteínas.** (...) As pesquisas nesse campo da Biologia vêm evoluindo muito e várias descobertas revelam soluções para antigos dilemas da humanidade. (...) A teoria era de que ao decifrar nosso genoma os pesquisadores teriam nas mãos o mapa do ser humano ideal, com atalhos para evitar doenças e problemas hereditários, entre outras coisas. (...) Com mais de 98% da tarefa concluída, os cientistas perceberam que a chave não são os genes, mas as proteínas que são produzidas pelas células – e, o mais importante, como elas se combinam. (...) Agora terão início novas pesquisas para desvendar o papel das proteínas no desenvolvimento da vida. (...) Para seus alunos é importante mostrar que os novos conhecimentos representam um duro golpe nas teorias deterministas, segundo as quais a genética poderia explicar toda a estrutura e formação do ser humano. (...) Para aumentar o interesse da classe pelo tema, lembre as implicações éticas que as pesquisas carregam. (Abril 2001)

Ainda que revele o “golpe” nas teorias deterministas, mais de uma vez o artigo faz menção à possibilidade, com o avanço das pesquisas, de que a Biologia venha a desvendar “os dilemas da humanidade” ou “a estrutura e formação do ser humano”.

Um dado curioso no último artigo registrado sobre a avaliação da visão: o artigo sugere o uso de um modelo da Carta de Snellen (teste de visão utilizado pelos oftalmologistas) para que o professor possa avaliar a visão de seus alunos. Num dado momento encontramos a seguinte passagem: “Antes de aplicar o teste (...), converse com os alunos e explique seu objetivo. As informações que você já tem sobre o comportamento e as dificuldades de cada um vão ser muito úteis. ‘Há crianças que têm vontade de usar óculos’, alerta Leôncio Queiroz Neto, oftalmologista do instituto Penido Burnier, em Campinas (SP). Por isso, é necessário ficar atento àqueles “pacientes” que podem mentir durante a avaliação. (Abril 2006)

Provavelmente o médico tratou das crianças como “pacientes” quando falou com alguém da revista, no entanto o termo “pacientes” substitui “alunos” no texto do artigo, por isso está entre aspas. A substituição aqui é uma escolha significativa no contexto que vimos apresentando, qual seja, a proposta de que um diagnóstico seja feito pelo professor, colocando-o no lugar do especialista.

Ainda um comentário tomando os artigos dedicados à saúde do professor. Interlocutor fundamental da revista, o professor passa a ser considerado nos artigos também como objeto de preocupação. Sua saúde, associada a seu bem-estar, passa a ser contemplada nos artigos. Nestes, o que vemos é a difusão de um ideal que associa cuidados com a saúde a hábitos saudáveis e prazerosos – ou divertidos -, que podem ser facilmente adquiridos. Também nos deparamos com um tipo de informação muitas vezes encontrada em revistas femininas, mas

tomar este tipo de consideração nos levaria a um outro tipo de análise dos artigos: qual é a imagem de professora presente e difundida na revista²².

Há ainda a veiculação de um ideal de produção, onde inclusive o que pode ser estressante, possa ser revertido a favor do trabalho. O funcionamento bioquímico do corpo é também tema dos artigos, levando o professor a se ver também como objeto das explicações científicas atuais.

Aprenda a relaxar. **Controlar o estresse do dia-a-dia vai aumentar seu rendimento e ajudá-lo viver melhor.** Você já se sentiu estressado? Se é professor em tempo integral, lida com alunos indisciplinados, falta de infra-estrutura na escola e passa o mês pensando numa maneira de esticar o salário, é muito provável que a resposta seja sim. (...) A explicação para o estresse do professor está dentro da sala de aula. Não tem relação apenas com a quantidade de trabalho a que o docente é submetido, mas com o que ele faz. Profissionais que lidam diretamente com o ser humano tendem naturalmente a ser mais estressados, segundo todos os especialistas. (...) OK, parece impossível desligar-se, mas não desanime. A boa notícia é que é possível tirar proveito da tensão, desde que se aprenda a conviver com ela. “O estresse não é sempre negativo, pois está ligado à própria vida” ensina o psiquiatra Luiz Nogueira Martins, chefe do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria Social da Universidade Federal de São Paulo. Em pequenas doses ele pode até ser produtivo, uma vez que serve de estímulo para o trabalho, segundo o médico. O problema aparece se as atividades do dia-a-dia deixarem de ser agradáveis. (...) O primeiro passo para evitar esses males [o artigo menciona o risco do estresse desencadear “problemas de depressão”] é identificar se você se encaixa nos tipos de personalidade de risco (...). [conselhos oferecidos pelo artigo]: **Viva Melhor:** (...) Veja o lado bom da vida. Reclamar do trabalho o tempo todo não ajuda em nada; (...) Ria mais. O humor reduz o estresse e mostra que a pessoa aceita seus limites; Pratique exercícios moderados. Suba escadas, ande pelo bairro, passeie em praças e parques. (Maio 2000)

Como ficar livre de dores no corpo. **Movimentos simples ajudam a evitar lesões musculares como o Dort, comuns em quem fica horas corrigindo provas, escrevendo no quadro-negro...Você sabe!** Conhecido até sete anos atrás como LER (Lesão por Esforço Repetitivo), o distúrbio engloba um conjunto de doenças. Ele ataca principalmente os tendões das mãos (tendinite), a região do pescoço (cervicalgia) e as articulações do ombro (bursite), da coluna (lombalgia) e dos cotovelos (epicondilite). (...) Ortopedistas e médicos do trabalho levam em consideração o estado físico do paciente, o tipo e o histórico da dor ou mesmo uma análise do perfil psicológico, para saber se o trabalhador está vivendo sob clima tenso em casa ou no trabalho.(...) Para evitar a doença ou seu agravamento, os especialistas recomendam aos professores diminuir a carga de trabalho por um certo período (...) [destaque no Box]: Um, dois, três...e pronto! Esses exercícios de alongamento podem ser executados em casa ou na escola. Eles ajudam a evitar ou minimizar os efeitos do Dort . É importante fazer deles uma rotina. As sugestões abaixo devem ser repetidas no mínimo três vezes por dia. (junho/julho 2004)

Estresse: O (ex) inimigo número 1 do professor. **Em excesso, ele se transforma em exaustão emocional e acaba com sua energia. Na medida certa, dá o impulso necessário que você precisa para enfrentar as pressões do dia-a-dia. Veja o que fazer para encontrar esse equilíbrio e manter o inimigo sob controle.** (...) Um dos maiores desafios dos dias de hoje é justamente conseguir equilibrar o trabalho e as emoções sem se deixar dominar pelo estresse. (...) “O estresse é contagioso”, brinca a pedagoga [especializada em saúde coletiva]. “Um professor desanimado é capaz de desanimar a turma inteira”. Um exemplo: em uma aula de ciências, você dificilmente conseguirá passar aos alunos a importância de cuidar do corpo, de comer alimentos saudáveis e de se relacionar bem com os

²² Sobre isso, vale a leitura de Rocha, A. R **Relatos de experiência publicados na revista Nova Escola (2000 – 2004): modelo de professora ideal.** Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2004.

pais e amigos, se tiver o rosto cansado e for o retrato do desânimo.(...) Os médicos são unânimes: a regularidade da atividade física contribui para a sensação de bem-estar porque o organismo libera endorfina, reforçando a capacidade de combater o estresse. (...) teste: como anda seu nível de estresse? Indique quantas vezes você teve os seguintes sintomas na última semana. (Abril 2005)

O artigo de abril de 2005 apresenta uma lista do que chama de sintomas e, em seguida, um escore para ser a chave do nível de estresse do leitor. Dentre os sintomas, encontramos: grande irritação, impulso de ser indelicado, vontade de sumir, inquietude interior, sensação de trabalhar num nível de competência abaixo do seu normal etc.

2.2.2. Dos artigos sobre o comportamento.

Ainda que haja maior quantidade de artigos sobre comportamento no segundo período, não nos parece ser esta uma diferença significativa. Os novos temas abordados, podem, em parte, ser lidos como novas nomeações de alguns dos temas abordados no primeiro período. Desta forma, temas como a indisciplina, a hiperatividade e o déficit de atenção, não presentes no primeiro período, são, na verdade, formas contemporâneas de abordagem de assuntos antes tratados sob os temas agressividade e dislexia, por exemplo. Algo que vimos ocorrer também nos artigos sobre saúde do primeiro período.

Quanto aos temas mais genéricos - medos, fantasias, sexualidade, afetos etc -, continuam a ser abordados e aparecem como assuntos do cotidiano escolar. A psicologização do discurso escolar permanece praticamente a mesma; assim, não vamos nos deter tanto nestes exemplos. Por outro lado, à explicação psicologizada das questões da infância e adolescência, se junta um novo tipo de explicação, fundamentada nas produções médicas, para falar destas questões. Os termos médicos fazem cada vez mais parte dos artigos, bem como uma abordagem biológica dos comportamentos torna-se uma referência.

Vejamos uma sequência de artigos sobre a hiperatividade para explicitar este tipo de mudança que se dá na abordagem do tema:

Essas crianças não têm sossego. **O que é hiperatividade? A criança hiperativa pode frequentar escolas “normais”** [consulta por carta; resposta dada por uma psicóloga]. Antes de tudo, tenha em mente que hiperatividade não é uma doença. Descrita como um sintoma que se manifesta até os 7 ou 8 anos de idade, ela pode estar encobrindo dificuldades mais sérias no desenvolvimento motor, perceptivo ou emocional da criança. Um aluno hiperativo não pára quieto. Faz muitas perguntas, mas não espera respostas. Pode ser agressivo com os colegas e é considerado desastrado, pois constantemente se envolve em acidentes. Sua dificuldade em prender a atenção, mesmo que por curtos períodos de tempo, costuma prejudicar o rendimento em classe. Por todos esses motivos a criança hiperativa é considerada “aluno-problema” – rótulo que abala sua auto-estima e agrava ainda mais suas dificuldades de relacionamento. Se você tem em classe um aluno com essas características, o melhor a fazer é encaminhá-lo para uma avaliação médica. O psicólogo analisará o caso com base em dados colhidos diretamente na escola, por meio da anamnese (história da vida da criança), de seu contato com o estudante e de testes intelectuais, motores, emocionais e pedagógicos. Todos esses procedimentos são necessários para que se descubra o que está desencadeando o distúrbio, já que há

inúmeras possibilidades. A hiperatividade pode manifestar-se, por exemplo, em uma criança que esteja com depressão ou que tenha sofrido um trauma, como a separação dos pais. Quando a criança consegue superar o problema, o sintoma desaparece sozinho. Algumas vezes porém, a hiperatividade é decorrência de uma disfunção cerebral conhecida como “síndrome do déficit de atenção” ou de outros transtornos neurológicos. Nesses casos, somente um tratamento específico poderá ajudar a criança. [grifos nossos](Dezembro 1997)

Hiperatividade: indisciplinado ou hiperativo? **Como identificar os alunos que sofrem distúrbios de atenção e ajudá-los a continuar aprendendo.** Na sala de aula ele é o “pestinha”: arranca os brinquedos dos colegas, anda de um lado para o outro, não fica mais de dois minutos sentado no mesmo lugar. (...) Em algumas ocasiões chega a ser agressivo. Esse comportamento, geralmente confundido com indisciplina, é característico de um distúrbio de atenção que atinge cerca de 5% das crianças e adolescentes de todo o mundo: a hiperatividade. Conhecer os sintomas e aprender a lidar com esse problema é uma obrigação de qualquer professor que não queira causar danos a seus alunos. Afinal, a demora em diagnosticar o caso pode trazer conseqüências sérias para o desenvolvimento da criança.(...) Embora prejudique a capacidade de concentração e atenção, a hiperatividade é facilmente tratável. Além da medicação, a reorientação pedagógica na escola ajuda o aluno a não perder rendimento. (...) O distúrbio ainda não tem causa comprovada. Sabe-se que a origem é genética e que seus portadores produzem menos dopamina, um neurotransmissor responsável pelo controle motor e pelo poder de concentração, que atua com maior intensidade nos gânglios frontais do cérebro. Isso explica o fato de os hiperativos não se concentrarem e esquecerem facilmente o que lhes é pedido. Pela alta incidência em meninos – 80% dos casos -, acredita-se que o problema possa estar relacionado ao hormônio masculino testosterona.(...) Três fatores principais ajudam a distinguir o hiperativo da criança que tem apenas um distúrbio de atenção mais leve e daquela que busca apenas chamar a atenção: a contínua agitação motora, a impulsividade, a impossibilidade de se concentrar durante pelo menos seis meses seguidos (leia no quadro outros sintomas típicos). (...) “Em casos leves, o distúrbio pode ser tratado apenas com terapia e reorientação pedagógica, diz o psiquiatra Ênio de Andrade. (...) “Os casos graves necessitam de tratamento com medicamentos”. O tratamento é feito por um período mínimo de dois anos, mas deve durar até adolescência, quando os sintomas diminuem ou desaparecem, graças ao amadurecimento do cérebro, que equilibra a produção da dopamina. Se a hiperatividade não for adequadamente tratada na infância, pode deixar seqüelas na fase adulta, como desorganização para executar tarefas e rotinas diárias, distração excessiva, sonolência diurna e cansaço mental. Além disso, a pessoa corre o risco de se tornar hipersensível a críticas e irritadiça, apresentar aparente falta de motivação e rancor exagerado, bem como problemas de memorização.[segundo uma psicóloga consultada pela revista] (...) Quanto mais cedo se diagnosticar, melhor para a criança. Crianças simplesmente desatentas também necessitam de orientação e de acompanhamento individual para que a desatenção não se torne crônica e prejudicial. [grifos nossos] (Maio 2000)

O artigo acima divulga também um teste de diagnóstico presente no site da Associação Brasileira do Déficit de Atenção: “O teste serve como auxílio para professores e orientadores da escola, mas é preciso ter em mente que o diagnóstico final deve ser feito sempre por um médico.(...) Para o diagnóstico ter validade, os sintomas devem ser verificados antes dos 7 anos de idade e persistir por pelo menos seis meses, sem que a criança se dê conta deles, e em um grau incompatível com o nível de desenvolvimento dela.”

O teste divulgado pela revista, que permitiria ao professor diferenciar os alunos simplesmente desatentos daqueles hiperativos, é uma reprodução, praticamente literal, do conjunto de critérios diagnósticos presentes no DSM - IV (Manual Diagnóstico e Estatístico

dos Transtornos Mentais - IV)²³. Tais critérios são os sintomas a serem observados na criança e que, dependendo de sua quantidade e frequência, levam à definição de um ou outro quadro diagnóstico, no caso deste artigo: O Transtorno do Déficit de Atenção ou o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade. (TDA ou TDAH)

Inquieto ou hiperativo? Qual a diferença entre a agitação natural das crianças e o transtorno de déficit de atenção? Sintomas de desatenção e hiperatividade ansiosa podem ser considerados normais em crianças que acabaram de passar por situações traumáticas, como a perda de uma pessoa querida. Nesses casos, em geral as manifestações são passageiras. O que os diferencia do transtorno do déficit de atenção é a duração do problema. Fique atento e verifique se a “inquietude” é insistente – mais de cinco ou seis meses. Pode ser sinal de que a desatenção é provocada não por questões pontuais, mas por distúrbios mais profundos. (...) Alunos que apresentam essa síndrome distraem-se com qualquer estímulo, como uma buzina de automóvel ou uma pessoa que passa. (...) é comum esses estudantes serem excluídos do grupo e os professores perdem a paciência com eles. Por isso, não espere resolver o problema sozinho. Você vai precisar da ajuda dos pais, de um psicólogo ou psiquiatra e de colegas mais experientes. Como lidar: verifique se o aluno tem problemas auditivos ou visuais que prejudicam a atenção; (...) coloque-o sentado em uma carteira próxima a você; (...) faça com que participe de atividades físicas; (...) estimule e elogie pequenos avanços, para melhorar a auto-estima; (...) tenha paciência e simplifique as instruções das atividades; (...) encaminhe-o à avaliação psicológica. (Maio 2003)

Déficit de Atenção: Um diagnóstico que você pode fazer. Algumas crianças vivem no mundo da lua, outras parecem plugadas na tomada. Mas nem todas precisam de tratamento. Que tal medir o grau de TDA do seu aluno, antes de encaminhá-lo ao psicólogo? Alunos agitados ou desatentos sempre causam preocupação. Antes de atribuir a eles algum tipo de perturbação, contudo, é preciso observá-los atentamente. Existe hoje uma tendência pelo diagnóstico do transtorno do Déficit de Atenção (TDA). Mas nem sempre o comportamento que destaca o aluno do grupo está relacionado ao distúrbio. Há uma série de componentes sociais que também levam a criança a manifestar-se de modo não-convencional. Por isso, informar-se sobre o assunto e conversar com os pais são os primeiros passos na busca de um encaminhamento para a questão. Apesar da medicina ainda não contar com dados conclusivos sobre as formas de tratamento, o TDA é considerado um distúrbio psiquiátrico, portanto, uma doença. (...) **Tipos de TDA:** O TDA pode se manifestar de duas maneiras opostas. Uma delas, mais frequente em meninas, se caracteriza pela desatenção. (...) De outro tipo de TDA, que acontece mais em meninos, resultam a hiperatividade ou a impulsividade. (...) Uma série de tratamentos vêm sendo pesquisados, mas nada se mostrou superior à associação de remédios com acompanhamento psicológico. (...) **Como avaliar o comportamento da criança:** Se você suspeita que seu aluno seja portador de TDA, observe-o atentamente. O distúrbio pode ser detectado segundo critérios baseados na proposta da Associação Americana de Psiquiatria. Os sintomas devem ser observados a partir dos 7 anos de idade. [dois módulos de sintomas são apresentados, a partir da reprodução da avaliação diagnóstica do DSM-IV] **Tipos de TDA que precisam de tratamento:** predominantemente desatento: apresenta seis ou mais sintomas do módulo 1 e alguns do módulo 2; predominantemente hiperativo/impulsivo: seis ou mais sintomas do módulo 2 e alguns do módulo 1; misto: seis ou mais sintomas dos módulos 1 e 2. (Maio 2004)

Contraditório em sua apresentação, o artigo acima propõe, no título, que o professor tem condições de diagnosticar os alunos; no entanto, no seu início, faz uma ressalva ao diagnóstico prematuro. No corpo do artigo o que encontramos é o mesmo tipo de informação

²³ O DSM- IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -IV) é uma das edições da série DSM, organizada e publicada originalmente pela Associação Psiquiátrica Americana. Cf. nota 7 no Capítulo 1.

que passa a ser oferecida ao professor desde o início do segundo período: subsídios para uma observação diagnóstica - a forma ofertada para diferenciar quem tem ou não o distúrbio é o mesmo “teste” do DSM-IV, presente no artigo anterior. Além disso, no final do artigo, os “tipos de TDA” deixam em dúvida quem seriam aqueles que não precisam de tratamento, já que tanto um tipo, quanto o outro, bem como o “tipo misto”, precisam de tratamento.

Para a “série de componentes sociais” que levariam o aluno a um comportamento diferente que não seria diagnosticado como TDA, não há discussão, não se sabe do que o autor do artigo estaria falando.

Chama ainda atenção que a informação oferecida pelo artigo contenha erros: “os sintomas devem ser observados a partir dos 7 anos de idade”, quando nos artigos anteriores encontramos a informação contrária. Também é o inverso desta informação que encontramos no Manual (DSM-IV) original: um dos critérios diagnósticos deve ser a observação de que dois ou mais sintomas tenham se apresentado antes de 7 anos de idade. Talvez este descuido revele que o que importa mesmo no artigo são os sinais diagnósticos transmitidos e que o professor possa tê-los em mãos. A crítica ao exagero do diagnóstico, ao final, fica perdida.

Ainda vale comentar com que relevo o tratamento com medicação aparece aqui: ainda não há nada melhor do que a associação de medicamentos com o acompanhamento psicológico para o tratamento da hiperatividade. Este tipo de abordagem sobre o uso das medicações se apresenta pela primeira vez com essa ênfase.

Comparando os quatro artigos, vemos que no primeiro a hiperatividade não é apresentada como uma doença, sendo classificada como um sintoma de um sofrimento psíquico decorrente de outros problemas - a depressão ou um trauma infantil - do mesmo tipo apresentado na série de artigos sobre comportamentos que já acompanhamos (separação dos pais, perda de alguém querido etc). No entanto, há, segundo a especialista consultada, a possibilidade de que a hiperatividade seja um sintoma de uma “disfunção cerebral”, a síndrome do déficit de atenção ou outros transtornos neurológicos, sendo, neste caso, algo mais grave e que requer um tratamento específico. A especificidade não está clara, mas a distinção está explícita: a hiperatividade é um sintoma, não uma doença e, em casos mais graves, é sintoma de um problema orgânico e deverá receber outro tipo de cuidado que não uma atenção especial do professor e um acolhimento de um psicólogo.

Já no segundo artigo, ainda na tentativa de fazer distinções e qualificações, a hiperatividade é diferenciada da indisciplina. Na tentativa de fazer esta distinção, a indisciplina é apresentada como aquilo que é aparente, que confunde o professor; o artigo mostra que o “pestinha” de todo dia pode não ser só um “pestinha”, seu comportamento

indisciplinado pode ser expressão de um distúrbio de atenção: a hiperatividade. Aqui, ao contrário do primeiro artigo, hiperatividade e distúrbio coincidem - a hiperatividade não é mais um sintoma – e o texto do artigo segue justamente na direção de apresentar os sintomas do distúrbio hiperatividade. Novamente a idéia do distúrbio está associada a um problema orgânico e o artigo explicita qual seria o funcionamento em desordem: a produção de dopamina e sua ação no sistema nervoso central.

Ainda numa tentativa de distinção, a criança hiperativa é diferenciada daquela que tem um distúrbio de atenção leve e de outras que querem simplesmente chamar atenção. Tal distinção se dá pela duração dos sintomas, ou seja, quem quer chamar atenção não persiste muito na tentativa; a criança hiperativa estaria sujeita a sua própria impulsividade, agitação e falta de concentração por, pelo menos, seis meses. A distinção no artigo é frágil, mas mantém sua coerência com aquilo que é critério diagnóstico no DSM-IV. Mesmo assim, a distinção permite que saibamos que para aqueles que querem somente chamar atenção, ou têm um distúrbio leve, basta uma variação da abordagem pedagógica e uma terapia psicológica, enquanto os outros deverão ser medicados.

O terceiro artigo, que faz mais um trabalho de distinção entre inquietação e hiperatividade, torna este nosso último comentário explícito e mantém a tendência utilizada no segundo artigo.

Já no último artigo, aquilo que vinha implícito nos três textos anteriores se revela: “apesar da medicina ainda não contar com dados conclusivos sobre as formas de tratamento, o TDA é considerado um distúrbio psiquiátrico, portanto, uma doença.” Assim, neste momento, fica clara a distinção que vinha sendo feita: trata-se de distinguir aquilo que é passageiro (fruto da psicologia cotidiana das crianças), de uma doença, algo que toma o sujeito e que ele não pode controlar, tampouco algo que possa ser atribuído à uma experiência vivida na escolarização. Escola e professores não estão implicados na doença. Ao ficar explícito que o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade é uma doença, sabemos que *distúrbio* era o termo que substituíra *doença* nos artigos anteriores.

Vale aqui um comentário sobre a noção de distúrbio. Distúrbio é um termo freqüentemente utilizado como tradução de *disorder*. Este termo começa a aparecer na psiquiatria americana para substituir a idéia de doença mental. Não simplesmente como uma renomeação, mas aparece como fruto do debate em torno da objetivação do diagnóstico psiquiátrico e da necessidade de fundamentá-lo segundo critérios pragmáticos e não ontológicos. Tal tentativa se expressa na construção do DSM. Para o nome *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, a tradução mais freqüentemente utilizada é *Manual*

Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, sendo que também podemos encontrar *Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*.

O próprio termo “transtorno”, tradução para a língua portuguesa do original inglês “disorder”, já expressava um esforço de “descontaminação” da linguagem nosográfica de suas tradicionais raízes médicas. Era necessário constituir um sistema idealmente “ateórico”, não submetido aos pressupostos de qualquer das inúmeras disciplinas concorrentes no campo da psicopatologia. (...) Enquanto Krapelin necessitava pensar as entidades psicopatológicas como equivalentes às doenças orgânicas, seguindo o famoso aforisma de Griesinger segundo o qual “as doenças mentais são doenças cerebrais”, tudo se passa de maneira diferente na perspectiva do DSM. Inspirado no pragmatismo radical, o DSM não necessita, de forma alguma, da noção de “doença mental” para fundamentar seus procedimentos. Tanto é assim, que o termo “doença” praticamente desaparece das categorias do DSM, substituído por “disorder” – o transtorno: algo que está em desacordo com uma “ordem” operacionalmente definida. (Pereira, M.E. documento on-line)

No entanto, ultrapassando os limites de sua disciplina de origem, os termos utilizados no interior da prática e do saber médico, perdem seu contexto e sua fundamentação. De tal forma que a noção de doença ressurgiu, à revelia das supostas tentativas do grupo americano.²⁴

Gostaríamos ainda de ressaltar que, no que diz respeito ao diagnóstico dos alunos, as informações não mais se restringem a uma discussão sobre características psicológicas das crianças e jovens, mas se oferece um instrumento “científico” para que o professor possa atuar, antecipando um diagnóstico e fazendo, o quanto antes, o encaminhamento de seu aluno para um especialista. O uso deste tipo de recurso pode ser visto como uma das estratégias de difusão de um saber no espaço leigo e como a disseminação de uma concepção sobre os “problemas” vividos no cotidiano escolar. Mais uma vez o que surge é um efeito de patologização das experiências da criança, uma ausência de reflexão e a sugestão de que a atuação do professor pode e deve contemplar uma extensão das práticas terapêuticas.

Com relação à divulgação das novidades nos estudos em neurologia três artigos contêm informações importantes:

Reportagem de capa: Memória não é decoreba. **Conhecendo como o cérebro guarda informações você vai ajudar os alunos a fixar os conteúdos estudados em classe.** (...) Nos últimos 20 anos, a neurociência avançou muito nas descobertas sobre o funcionamento do cérebro. Hoje sabe-se o que acontece quando ele está captando, analisando e transformando estímulos em conhecimento e o que ocorre nas células nervosas quando elas são requisitadas a se lembrar do que foi aprendido. “ Com isso

²⁴ Também valeria acrescentar a dúvida de se, realmente, o efeito da substituição de “doenças mentais” por “transtorno”, efetiva uma mudança de concepção com relação a serem “as doenças mentais doenças cerebrais”. Isto considerando que as hipóteses etiológicas discutidas atualmente no campo médico, avançam justamente no sentido de considerar o funcionamento da bioquímica cerebral para a explicação do transtorno.

o professor pode aprimorar suas estratégias de ensino”, diz o neuropsiquiatra Everton Sougey, coordenador do curso de pós-graduação em neuropsicologia da universidade Federal de Pernambuco. (...) “Se o estudante não aprende um conteúdo é porque não encontrou nenhuma referência nos arquivos já formados para abrigar a nova informação e, com isso, a aprendizagem não ocorre. Não adianta insistir no mesmo tipo de explicação”, ressalta a neuropsicóloga Leila Vasconcelos, da Universidade Federal de Pernambuco. Cabe ao professor oferecer outras conexões. Como? Usando abordagens diferentes e estimulando outros sentidos. Daí a importância de investigar os conhecimentos prévios da turma, recordar conteúdos de aulas anteriores, para formar os “ganchos”, e dispor de diferentes estratégias de ensino. **Criando elaborações mentais:** O cérebro funciona em módulos cooperativos, que se ajudam na hora de recuperar informações. Quanto mais caminhos levarem a elas, mais fácil será o “resgate”. (...) Por isso, inventar uma imagem simbólica – associar conceitos a formas, palavras a sons, cores a significados e assim por diante – é um hábito extremamente saudável. (...) Os sentimentos regulam e estimulam a formação e a evocação de memórias. São eles que provocam a produção e a interação de hormônios, fazendo com que os estímulos nervosos circulem mais nos neurônios. (...) Algumas lembranças ficam ‘escondidas’ porque estamos expostos a mais informações do que conseguimos guardar. Aparentemente perdidas, elas ficam num lugar do cérebro chamado inconsciente. (...) **Uma rede bem montada** Sempre que você oferecer informações de diferentes naturezas sobre um mesmo conteúdo, estará ajudando o aluno a formar um aprendizado e um conhecimento que poderá durar por toda vida. Fornecendo imagens, sons, a possibilidade de usar o corpo em movimentos e produzindo emoções, diversas partes do cérebro serão ativadas quando esse conteúdo precisar ser resgatado, tornando sua lembrança mais fácil. E ao unir esse conteúdo a um conhecimento prévio, serão traçados vários caminhos que tornarão o aprendizado mais eficaz. **Entenda o cérebro e ensine melhor.** Ao conhecer o funcionamento da memória, você pode planejar ações para ajudar a turma a armazenar e evocar conhecimentos. Confira algumas estratégias: Estabelecer relações entre novos conteúdos e aprendizados anteriores (...); Criar elaborações mentais envolvendo recursos como sons, imagens, fantasias, significados e (por que não?) humor, permite que várias áreas do cérebro trabalhem simultaneamente no resgate de informações e estimula a memória; (...) Usar brincadeiras, dramatizações ou jogos para levar emoção à classe favorece a aprendizagem. [grifos nossos] (Junho 2003)

O artigo a seguir repete, de forma muito semelhante, as informações do artigo anterior, com o mesmo tipo de conteúdo e oferta de sugestões. Há maior ênfase quanto ao uso do humor na sala de aula, como forma de atuar sobre a capacidade de concentração dos alunos:

É assim que se aprende: **Está provado: um aluno emocionalmente envolvido com o conteúdo aprende mais. Saber como funciona o cérebro da criança vai ajudar você, professor, a planejar suas aulas e a escolher as melhores atividades para a turma.** Você já se perguntou por que os alunos reagem de maneiras diferentes diante das diversas atividades propostas nas aulas? (...) O que ocorre na cabeça delas? Conhecendo a resposta, fica mais fácil saber como agir para os alunos aprenderem de fato. Nesta reportagem, buscamos uma explicação científica para o processo de aprendizagem. A neurociência, área da medicina que estuda o sistema nervoso, está contribuindo muito para esclarecer o que acontece com o cérebro do ser humano, desde sua formação até o envelhecimento. Com isso, ajuda os educadores a entender o que ocorre no cérebro da criança quando ela está em contato com novas informações, como ela processa essas novidades e de que forma o aprendizado se torna conhecimento para toda a vida. [um primeiro Box apresenta informações para entender o cérebro, falando dos neurônios, das sinapses, dos neurotransmissores; o cérebro é comparado ao computador; outros destaques dentro do artigo abordam as várias áreas cerebrais, suas funções, a que tipo de atividade estão ligadas.]. **Humor e surpresa geram atenção** Despertar emoções é uma forma de fazer os estudantes prestarem atenção. Sem concentração, o cérebro não armazena nada. (...) a atenção é produto da ação da noradrenalina, que ajuda a deixar os sentidos voltados para a realização de uma atividade e turbinar a superfície do cérebro, onde ficam as memórias. Todo esse processo é desencadeado por decisão da pessoa em se concentrar (com a ordem para a noradrenalina ser distribuída vindo do lobo pré-frontal...) ou por estímulos externos. As

melhores emoções para chamar a atenção da molecada são a surpresa e o humor. **Os sentidos na sala de aula:** (...) peça aos alunos para desenhar, pintar ou fazer outros tipos de representações, como esculturas, instalações etc, referentes ao que poderia tradicionalmente ser estudado somente com a leitura e a escrita; crie versões de músicas conhecidas com o conteúdo ensinado; (...) sempre que possível planeje uma atividade física associada ao conteúdo (ao estudar a Bahia, que tal uma aula de capoeira?) [grifos nossos] (Janeiro/fevereiro 2005)

Ainda um exemplo da mudança de abordagem: se antes a adolescência era comumente descrita como uma fase de rebeldia, mudança, desadaptação, profundas mudanças psicológicas, conflitos, agora uma informação vinda das neurociências tenta ajudar o professor a entender a adolescência:

Adolescentes: entender a cabeça deles como chave para obter um bom aprendizado. Uns parecem estar no mundo da lua. Outros, num ringue de boxe. Para driblar essas atitudes que prejudicam suas aulas, é preciso conhecer e respeitar as mudanças que ocorrem na adolescência, ganhar a confiança da turma e aproximar o conteúdo escolar do cotidiano da garotada. “A culpa é dos hormônios”. Até há bem pouco tempo, a indisciplina e o comportamento emocionalmente instável dos adolescentes eram atribuídos à explosão hormonal típica da idade. Pesquisas recentes mostram, no entanto, que essa não é a única explicação para a agressividade, a rebeldia e a falta de interesse pelas aulas, que tanto preocupam pais e professores. Nessa fase, o cérebro também passa por um processo delicado, antes desconhecido: as conexões entre os neurônios se desfazem para que surjam novas. Simplificando: o cérebro se ‘desmonta’, reorganiza partes e em seguida se “monta” novamente, de forma definitiva para a vida adulta. Não adiante bater de frente (...) O jovem, a partir dos 12 ou 13 anos, está passando por um período de instabilidade psicológica natural. **Os alunos precisam ter voz (...)** O interesse facilita a aprendizagem. Se os adolescentes admiram e respeitam o professor, ele já tem meio caminho andado para desenvolver os conteúdos escolares. Para percorrer a outra metade do caminho, é preciso ter boas táticas. Uma das melhores formas de ensinar os jovens é fazer da sala de aula algo bem próximo do mundo deles. (...) Atividades feitas com base em um rap que a moçada adora, por exemplo, permitem que as informações sejam fixadas na memória com mais facilidade. “A música estimula o lobo temporal do cérebro e faz com que os circuitos estabelecidos com o córtex pré-frontal – região que analisa informação – sejam mais consistentes”, afirma a neuropediatra Tânia Saad, professora do Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação no Rio de Janeiro.(...) Como o cérebro está se reorganizando, o adolescente não tem idéia do que é ou não importante. Por isso, não vê relevância de uma informação para sua vida, o novo dado se perde no turbilhão que é sua cabeça.

A neurologia explica: Tudo que pode parecer estranho no comportamento dos adolescentes tem explicação neurológica. A falta de interesse pelas aulas, por exemplo, é consequência de uma revolução nas sinapses(...). Nessa etapa da vida, uma série de alterações ocorre nas estruturas mentais do córtex pré-frontal – área responsável pelo controle das emoções -, daí a explicação para ações intempestivas e às vezes irresponsáveis. Por volta dos 12 ou 13 anos, o cérebro entra num processo de reconstrução. “é o que eu chamo de ‘poda’ das sinapses para que outras novas ocupem o seu lugar”, afirma o psiquiatra Jorge Alberto da Costa e Silva, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). [grifos nossos] (Setembro 2004)

Nos artigos sobre a hiperatividade vimos como, ao longo desse segundo período, as explicações médicas e os instrumentos médicos passam a ser difundidos como necessários ao professor para que identifique seus alunos, de forma criteriosa e responsável. Aqui, as boas novas da neurociência revelam como o aprendizado acontece e o funcionamento neurológico passa a ser o fundamento do aprendizado. Seu conhecimento, portanto, é um subsídio necessário para que o professor organize sua prática.

Os artigos dispõem a informação de maneira que o cérebro é tratado como o sujeito do aprendizado: “Nos últimos 20 anos, a neurociência avançou muito nas descobertas sobre o funcionamento do cérebro. Hoje sabe-se o que acontece quando ele está captando, analisando e transformando estímulos em conhecimento e o que ocorre nas células nervosas quando elas são requisitadas a se lembrar do que foi aprendido”. Se antes o professor era convocado a entender seu aluno tímido, agressivo, pré-adolescente, para poder ensiná-lo melhor, agora é importante que ele “entenda o cérebro e ensine melhor”.

A maneira como os sentimentos são abordados também está em acordo com o entendimento do que são os sentimentos em sua base neurológica, ou seja, “os sentimentos regulam e estimulam a formação e a evocação de memórias. São eles que provocam a produção e a interação de hormônios, fazendo com que os estímulos nervosos circulem mais nos neurônios”.

Ao final, no artigo sobre os adolescentes, a diferença com relação às abordagens do primeiro período é ainda mais clara. Em abril de 1987, encontramos o artigo “Não é fácil ser um pré-adolescente” (comentado anteriormente). Lá se afirmava que “os pré-púberes enfrentam um intenso conflito entre o desejo de permanecer criança e o de crescer para a vida adulta. É verdade que esse conflito está centrado, fundamentalmente, entre a dependência e a independência – e a escolha pela independência se faz, com frequência, pelo comportamento teimoso, rebelde aos momentos de rotina. Esse conflito se arrastará por toda a adolescência. (...) O pré-adolescente conquista uma sensação de ser capaz de fazer as coisas e de fazê-las bem. (...) O educador envolvido com esse aluno precisa reconhecer a responsabilidade que tem no amadurecimento de sua personalidade.”

Parece-nos fazer bastante diferença, do ponto de vista do que seria pensar uma relação educativa, quando se considera o tipo de descrição acima em comparação com o que pudemos ler no artigo de setembro de 2004 – “Adolescentes: entender a cabeça deles como chave para obter um bom aprendizado”: “A neurologia explica: Tudo que pode parecer estranho no comportamento dos adolescentes tem explicação neurológica. A falta de interesse pelas aulas, por exemplo, é consequência de uma revolução nas sinapses(...). Nessa etapa da vida, uma série de alterações ocorre nas estruturas mentais do córtex pré-frontal – área responsável pelo controle das emoções -, daí a explicação para ações intempestivas e às vezes irresponsáveis”. Numa clara alusão à expressão “*Freud explica*”, o que se propõe aqui é uma mudança de concepção: agora a *neurologia explica*. Entretanto, entre o que interessava à Freud explicar e o que a neurologia busca explicar, há uma distância considerável!

Podemos dizer que registramos aqui as algumas das novas configurações da medicalização do discurso escolar: algumas vivências humanas cotidianas passam a ser denominadas “sintomas” e o recurso à bioquímica cerebral como base explicativa das experiências humanas – uma redescritção própria da maneira como os novos conhecimentos biológicos vêm sendo utilizados pelo saber médico. Tais apropriações têm reduzido a dimensão simbólica humana à expressão de um funcionamento biológico.

Chama atenção a banalização da experiência humana que este tipo de informação produz e a naturalização que promove na discussão do que têm sido hoje as experiências escolares das crianças. O professor corre aqui o risco de se reduzir a um estimulador do cérebro e a relação formativa e simbólica perder em importância.

No início deste capítulo, perguntávamo-nos se as mudanças observadas no campo das neurociências e da medicina haviam se disseminado no campo pedagógico. Parece que sim. Também nos perguntávamos que tipo de reorientações a disseminação da informação científica pode promover no campo educativo. Algumas discussões a esse respeito foram feitas aqui, já durante a análise dos artigos da revista Nova Escola. Pretendemos avançar nesta discussão no capítulo final desta dissertação.

CAPÍTULO 3

DISCUSSÃO: implicações da presença atual do saber médico na educação

Introduzimos este trabalho explicitando que nos chamava atenção a insistente demanda dos agentes escolares por um diagnóstico médico que pudesse nomear os problemas de aprendizado apresentados pelas crianças. Nomeação essa que viria, na crença dos professores, combinada a uma técnica adequada de ensino que pudesse fazer aprender aqueles que, supostamente, têm fracassado. A partir disso, apresentamos nosso interesse em investigar as raízes históricas da construção de uma discursividade escolar, na qual o saber médico aparecesse como um aliado na identificação dos problemas encontrados pelas crianças em seu processo de escolarização.

Assim, o que nos guiou foi reconhecer que há uma presença do discurso especialista no campo educativo e que este parece ser, para os professores, portador das soluções da problemática educacional de nossos tempos. Ou seja, diante da crise no sistema escolar e dos crescentes fracassos de sua empreitada educativa, passou-se a considerar que seria possível buscar explicações e soluções para tal fracasso num conjunto de disciplinas científicas que se consolidaram, ao longo dos dois últimos séculos, como fundamentais no entendimento do homem.

Avançamos ainda constatando que, até algumas décadas atrás, o discurso psicológico era o que comumente habitava o discurso pedagógico. No entanto, também observamos que verificávamos uma busca mais intensa, nos tempos atuais, pelos especialistas da área médica, ainda que o recurso à psicologia se mantivesse como referência.

Por este motivo e interessados nos efeitos dessa mudança, buscamos investigar a história da aproximação entre a pedagogia e a medicina, considerando o que se chamou de medicalização do discurso escolar, quais formas assumiu e que formas assume hoje. Para isso,

tomamos por referência os estudos de Foucault e outros autores sobre a medicalização. Para tratar do que seriam as formas atuais da medicalização do discurso escolar, pareceu-nos importante buscar num veículo da mídia, dirigida aos professores, como o saber médico estava presente na informação oferecida a esses profissionais e se poderíamos mesmo constatar a mudança apontada acima. Por isso analisamos a produção da revista Nova Escola.

A idéia de buscar como se deu a formação de um discurso pedagógico apegado a certas disciplinas como explicativas do mal-estar na educação, sustentou boa parte da pesquisa para esta dissertação. Pudemos ver os efeitos normalizantes e de exclusão que este tipo de recurso ao saber médico-psicológico produziu no interior da escola. Também sabemos de seus efeitos estigmatizantes, das crianças que foram consideradas “crianças-problema”, ou daquelas que são hoje diagnosticadas como portadoras de um transtorno psíquico. Pretendemos agora discutir algumas das possíveis implicações que a presença atual do saber médico no discurso pedagógico tem para a educação.

Para Hannah Arendt, “a educação está entre as atividades mais elementares e necessárias da sociedade humana, que jamais permanece tal qual é, porém se renova continuamente através do nascimento, da vinda de novos seres humanos. Esses recém-chegados, além disso, não se acham acabados, mas em um estado de vir a ser.” (Arendt, 2003, p. 234). A educação pode ser incluída no registro da *ação* humana, que Arendt caracteriza como: “única atividade que se exerce diretamente entre os homens sem a mediação das coisas ou da matéria, correspondente à condição humana da pluralidade, ao fato de que os homens, e não o Homem, vivem na Terra e habitam o mundo.” (Arendt, 1995, p.15)

Falamos assim de educação em seu sentido amplo, como uma ação de transmissão, de uma geração à outra, do conjunto de práticas e valores que compõem uma cultura. Desta maneira, é antes ao ato educativo que estas reflexões se dirigem e não pretendemos advogar a favor de uma metodologia capaz de fazer valer a transmissão necessária do mundo às crianças por via de uma técnica.

O fato de chegarmos prematuramente a esta vida, de não nascermos munidos de códigos instintivos para a sobrevivência e nem de condições inatas para a troca simbólica, impõe a condição de dependência da cria humana a um outro. Dependência tanto no que diz respeito à sobrevivência, à própria vida, quanto no que diz respeito ao aprendizado e à condição de estarmos no mundo, de recebermos e utilizarmos as marcas simbólicas que nos permitem a condição de sujeitos.

Tal dependência implica uma assimetria e uma hierarquia entre adultos e crianças que faz dos primeiros os portadores de uma tradição a ser transmitida, bem como de uma

responsabilidade pela garantia da vida de cada novo ser que chega. Negar esta diferença implica uma ilusão – de que exista um mundo das crianças separado de um mundo dos adultos, bem como uma desresponsabilização dos adultos pela manutenção do próprio mundo humano. (Arendt, 2003)

A responsabilidade diante da existência das crianças impõe, segundo Arendt, uma atuação dupla dos adultos: de cuidado e proteção das crianças – visto serem novos no mundo e precisarem não somente ser cuidados e mantidos, mas apresentados ao mundo, incluídos na tradição humana -, bem como esta responsabilidade dos adultos implica também num cuidado e proteção do mundo, visto serem os “velhos” que o conservam diante dos novos no mundo.

Diante do mundo, a nova geração é tanto a possibilidade de sua continuidade como a ameaça de sua destruição, sempre em jogo diante do novo que os recém-chegados podem representar. Assim, é preciso que haja, diante das crianças, uma atitude dos adultos em relação ao mundo, à tradição humana, incluindo-as na tarefa de conservar o mundo para além da duração de cada geração. Quando os adultos se furtam, no exercício da educação das crianças, da responsabilidade pelo mundo, ameaçam a condição de que elas por ele também se responsabilizem. Entretanto, é também imprescindível sustentar a crença na liberdade, inerente a cada ser, de criar algo novo e inesperado.

Ao falar sobre a crise na educação, Arendt (2003) afirma que os problemas em torno da educação devem ser pensados como reflexos de transformações políticas no mundo moderno. A autora não restringe a crise na educação a uma crise técnica e geograficamente situada, apontando o que se estabelece na modernidade em relação à tradição e à autoridade, à política, ao lugar da ciência, aos discursos sobre o indivíduo, à divisão entre o público e o privado. Assim, Hannah Arendt, ao tratar da crise na educação, advoga por uma crise na modernidade, crise de ordem política e simbólica.

A discussão das mudanças na modernidade, apontadas por Arendt, é extensa e complexa, pretendemos aqui apenas apontar alguns aspectos trabalhados pela autora, bem como por outros autores, com a intenção de configurar o contexto no qual estão inseridas as questões que tocam este trabalho.

A crise apontada por Arendt, em seu sentido amplo, revelaria uma perda no campo da política no mundo moderno, tanto no que diz respeito à sustentação das ações conjuntas, da prática do diálogo e da responsabilidade do homem público, quanto uma perda de confiança na política. Como resultado deste esfacelamento do espaço público, espaço da ação por excelência - e mesmo de um desencantamento com relação ao mundo-, Arendt aponta uma desresponsabilização pelo mundo por parte dos adultos, colocando em risco também a

condição de que estes sintam-se e façam-se responsáveis pelas crianças que nele chegam; o que expressa uma perda da autoridade na modernidade.

Decorre da natureza do problema – isto é, da natureza da atual crise de autoridade e da natureza de nosso pensamento político tradicional – que a perda da autoridade iniciada na esfera política deva terminar na esfera privada; (...) O homem moderno, (...) não poderia encontrar nenhuma expressão mais clara de sua insatisfação com o mundo, para seu desgosto com o estado de coisas, que sua recusa em assumir, em relação às crianças, a responsabilidade por tudo isso. (Arendt, op.cit.,p. 241)

A perda do espaço público tem também por consequência uma perda do senso comum, de um mundo compartilhado. Por outro lado, a vida moderna regida pelo capitalismo, tem por valor a constante mudança, a aquisição do que é sempre novo e um apego ao futuro como ideal de renovação e desenvolvimento. A perda do senso comum e a valorização do futuro, expressam a perda na modernidade do sentido da tradição. Do ponto de vista do conhecimento, o saber acumulado também não parece fazer muito sentido, pois é preciso adaptar-se constantemente a um presente sempre renovado, um presente que já é o futuro, num movimento incessante que torna obsoletas as produções do passado.

Assim, a perda inegável da tradição no mundo moderno não acarreta uma perda do passado, pois tradição e passado não são a mesma coisa, como os que acreditam na tradição, de um lado, e os que acreditam no progresso, de outro, nos teriam feito crer. (...) Com a perda da tradição, perdemos o fio que nos guiou com segurança através dos vastos domínios do passado; (...) não podemos negar que, sem uma tradição firmemente ancorada (...) toda a dimensão do passado foi também posta em perigo. Estamos ameaçados de esquecimento, e um tal olvido – pondo inteiramente de parte os conteúdos que se poderiam perder – significaria que, humanamente falando, nos teríamos privado de uma dimensão, a dimensão de profundidade na existência humana. Pois memória e profundidade são o mesmo, ou antes, a profundidade não pode ser alcançada pelo homem a não ser através da recordação. (op. cit, p.130)

Trabalhando também em torno da constatação de mudanças políticas ocorridas na modernidade, Lefort (1999) discute a ruptura que nela se produz “na concepção de educação entendida como formação do homem.” (Lefort, op. cit, p.207) O ideal humanista de formação permitia à educação, segundo Lefort, que esta acolhesse uma “indeterminação, já que quem aprende está sendo requisitado, não tanto para dominar um certo lote de conhecimentos, mas sim para travar um novo *relacionamento com o saber*. Relacionamento de tal sorte que lhe permite (...) ir interminavelmente ao encontro, à conquista de sua *humanitas*.” [grifos do autor](op. cit, p. 211). A concepção de um ideal educativo baseado na formação, implicou a constituição de uma responsabilização dos adultos pela formação das crianças, instaurando tanto um sentimento paterno, quanto um sentimento da infância, assim como uma percepção

da diferença geracional. Entretanto, segundo Lefort, na modernidade “a figura do mestre tende a se apagar para dar lugar à figura de um agente de transmissão de conhecimentos”. (op.cit. p.220)

Aqui, um aspecto que nos interessa particularmente é que uma ruptura com tal ideal de formação, expressa-se, nos nossos tempos, num esfacelamento gradativo da responsabilidade dos adultos como formadores e num embaçamento das diferenças entre adultos e crianças. E não se trata de ver nisso uma emancipação de um tradicionalismo ou de um ensino autoritário.

A alienação pode ser mais sutil, menos visível, mais astuciosa, quando passa por discursos pseudo-emancipadores, que levam a crer que abertura para o mundo exterior, o ensino vivo – segundo fórmula da moda –, o aprendizado natural, a boa comunicação são os verdadeiros meios de educação, ao passo que somente quando existem pontos de referência simbólicos, diferença não dissimulada dos lugares, possibilidade de identificação – com o mestre, com o pai, mas também com a instituição – e, no mesmo movimento, possibilidade de oposição e de crítica, é que a educação pode alcançar pleno sentido. (op.cit, p.223)

Silva (2001), por outro lado, trata das conseqüências no mundo contemporâneo do avanço da ciência e da tecnologia e de sua contínua e rápida transformação. A demanda de uma adequação do homem contemporâneo ao avanço tecnológico, a uma contínua e acelerada modificação da vida cotidiana e as práticas humanas apegadas à técnica, bem como a subordinação do homem ao mercado, impõem, segundo o autor, uma outra dimensão no contexto contemporâneo, para o futuro.

O que ocorre contemporaneamente é que a *presença* do futuro pesa sobre nós e quase nos oprime, porque seu significado deixou de estar relacionado com a *promessa* e passou a habitar nosso presente, usurpando esse presente e de alguma maneira fazendo que ele recue para o passado.

Como se deu esse fenômeno? Podemos descrevê-lo, segundo Michael Freitag, como uma espécie de perda de controle do processo civilizatório, na modernidade entendido sobretudo como o progresso científico e tecnológico. [grifos do autor](Silva, op.cit, p. 242)

Subordinamo-nos ao acúmulo externo de meios e produtos tecnológicos, acúmulo que é visto como progresso, mas que representa também um processo que nem sempre esteve acompanhado pela reflexão. É isso que significa dizer que nos apropriamos do futuro de maneira “irreflexiva e irrefletida”. (...) Essa subordinação do ser humano ao seu próprio fazer configura a base da tecnocracia, que significa a autonomia da técnica e o controle técnico sobre todas as dimensões da vida. É a perda da capacidade de refletir sobre a atividade técnica, de conduzi-la de tal maneira que ela venha a atender aos fins requeridos pelo aprimoramento do gênero humano. (op. cit. P. 243)

Arendt, Lefort e Silva situam mudanças políticas significativas ocorridas nas sociedades ocidentais modernas no que diz respeito a referências fundamentais para a

educação. Autoridade, tradição, aspecto formativo da educação e a referência ao futuro, podem ser vistos como elementos que orientam a convivência no mundo e a condição humana. Transformou-se, assim, ao longo da modernidade, o registro histórico e o apego à história e à cultura acumulada, bem como o posicionamento de quem educa, que implica, necessariamente, em uma outra maneira de relação de quem é educado com a autoridade. Também se modificou nossa relação com aquilo que produzimos e a maneira com que nos projetamos no futuro.

É preciso reconhecer que a crise da modernidade guarda estreita relação com a formação do discurso da ciência, com sua consolidação como referência para a vida moderna e com sua presença no discurso moderno sobre o homem. Lebrun (2004), sobre a consideração de um discurso da ciência, faz uma importante ressalva:

Precisemos, entretanto, imediatamente, que não se trata aqui, de desacreditar a ciência em nossas falas; as hipóteses que tentaremos fundamentar não se prendem à ciência como tal, mas às conseqüências dos implícitos que carrega com ela no social e que este não cessa de esposar cegamente. (p. 52) (...) É preciso, com efeito, claramente diferenciar a ciência como procedimento de conhecimento e o discurso da ciência como laço social inaugurado pela existência desse tipo de conhecimento, inclusive a forma pela qual ele se adquire e é adquirido. As ciências, enquanto elas, são apenas o conjunto dos conhecimentos assim elaborados, segundo o procedimento da ciência, nos mais diversos domínios. (p.53) (...) Em seguida, falar antes de discurso [da ciência] que de ideologia [da ciência] deixa entender que se tornou parte integrante do social de nossos dias, que não se trata somente de uma produção ilusória localizável, mas antes, de uma infiltração difusa que subverte o conjunto do tecido social. (Lebrun, op.cit., p. 54)

Ao longo do século XX, um certo apelo aos enunciados científicos que circulam no senso comum e aos especialistas, foram se tornando referência para a educação das crianças.

Um conjunto de especialidades científicas se consolidou como capaz de orientar a educação das crianças, tanto no interior da família, quanto no interior das práticas escolares. Diante do desenvolvimento da ciência e das práticas das especialidades no domínio da criação e educação das crianças, vimos se consolidar, ao longo do último século, uma nova autoridade em matéria de educação. A presença dos especialistas na educação se tornou de tal maneira senso comum, que é possível dizer de um tecnicismo em voga nas práticas educativas. Reside aí a força conquistada pela psicologia no discurso pedagógico, bem como da nova vertente da medicalização observada nos tempos atuais – o que pudemos registrar na análise dos artigos presentes na revista Nova Escola.

O recurso ao discurso especialista sustentou diversas práticas de intervenção junto às famílias e às escolas, como vimos no Capítulo 1, perdurando desde o início do século XX e

variando em sua forma segundo variassem as teorias formuladas tanto no campo da psicologia do desenvolvimento, quanto no campo da psiquiatria infantil.

No âmbito da educação privada, podemos dizer que o apego aos especialistas da educação, destitui os pais de seu “saber educar”. Este saber, se antes poderia se sustentar numa tradição, agora deve se sustentar na observação que fazem os especialistas sobre como se deve educar as crianças.

Por outro lado, as mudanças com relação à política e ao registro simbólico humano na modernidade, analisadas acima, têm conseqüências para aquilo que se articula ao nível do sujeito. Para tratar das questões relativas ao sujeito, tomaremos aqui algumas contribuições da psicanálise.

Para se tornar um ser falante e poder assumir e validar seu lugar de sujeito desejante no mundo, o pequeno *infans* precisa ser tomado pelos outros parentais tanto como semelhante, como ser singular. Assim, ainda que não fale, ainda que pareça somente imerso no registro das necessidades biológicas, o pequeno *infans* precisa ser reconhecido como um sujeito, antes mesmo de sê-lo. Precisa também ter suas necessidades satisfeitas e nomeadas, para que possa, além de manter-se vivo, saber reconhecer, a partir da linguagem, quem é, o que sente, o que deseja. Esta função primeira, de oferta simbólica e de cuidados, a psicanálise nomeia como função materna, não porque a atribua à mãe biológica, mas porque a registra no âmbito da inclusão do sujeito em sua língua – materna – de origem.

No entanto, para que não fique somente submetido a tais cuidados, e possa se reconhecer e identificar com os outros, diferenciando-se desta nomeação privada que primeiro lhe constitui, é preciso também que o pequeno humano seja chamado a renunciar a este primeiro tempo de satisfações e dependência, e possa assim passar a falar em nome próprio, buscando, fora desta primeira relação dualizada, sua inserção no mundo e a realização de seus desejos. É isto que também permite que, ao renunciar à exclusividade do mundo privado, a criança se socialize e possa construir seus ideais. Tal operação de convocação é dada pelo que se chama castração, operação fundamental da função paterna. Igualmente neste caso, a função é paterna não porque tenha que ser exercida por um pai biológico, mas por ser expressão da função de terceiro que o pai representa na dualidade mãe/ filho.

Cabe ainda mais uma observação. Além de singular, o desejo é para a psicanálise a dimensão que não encontra objeto único e adequado à sua satisfação. Em última instância, um desejo não se satisfaz, no sentido de que não se esgota. Isto move nossa eterna busca na vida, e a dimensão criativa da existência.

Diante das considerações acima, é possível dizer que “o ato de educar está no cerne da visão psicanalítica de sujeito. (...) É pela educação que um adulto marca seu filho com marcas de desejo; assim, o ato educativo pode ser ampliado a todo ato de um adulto dirigido a uma criança ‘com o sentido de filiar o aprendiz a uma tradição existencial, permitindo que este se reconheça no outro’.(Lajonquière, 1997; p. 30).” (Kupfer, 2001, p. 35)

E, neste sentido, uma das contribuições da psicanálise diante da crise na educação, seria pensar a respeito do encontro entre adultos e crianças. Isto porque, se para a psicanálise a constituição de um sujeito se articula a funções exercidas pelos adultos diante das crianças, funções que se articulam no universo privado da família, estas somente operam quando sustentadas pelo discurso social que as valida, ou não. E assim, que, uma perda da autoridade no campo da política, tem implicações para o exercício da função paterna no âmbito privado. (Lebrun, 2004) Bem como, o que circula na cultura sobre a infância, a criança e as vicissitudes humanas, atravessam o espaço familiar, que se constitui a partir das referências do discurso social de cada época.

As questões em torno da autoridade, da tradição, da formação e da relação com o futuro, parecem incidir significativamente sobre as diferenças entre adultos e crianças. De um lado, pela ausência de referências formativas e a assunção do discurso especialista no lugar de autoridade - o que muda a forma com que os adultos representam quem são as crianças no mundo e, portanto, que diferenças trazem com relação a sua própria geração. De outro lado porque, com a perda da tradição, a proposta educativa com relação à vida e à inserção das crianças na cultura, não parece mais sustentada firmemente pelos adultos; todos parecem um pouco aprendizes, o que novamente iguala, de certa maneira, adultos e crianças. E, por último, porque sem referência ao futuro, um ideal não se fantasia, tornando a vida presa a um presente de realizações imediatas, o que remete a uma dificuldade atual de que os adultos portem a função de interdição, própria do exercício da função paterna. Se esta função impõe contornos ao que é possível fazer, também abre a perspectiva das idealizações para o futuro, o que não deixa de ser motor para o desejo.

Semelhante alteração na razão educativa exprime uma mudança geral na relação adulto-criança. À diferença de outrora, os adultos de hoje, quando se endereçam a uma criança, não o fazem em cumprimento de um dever-ser retroativo, mas no intuito de procurar satisfazer as demandas de “*his majesty the baby*”, lembrando a expressão freudiana. Dessa forma, cada vez que um adulto se endereça a uma criança, não é improvável que experimente a tentação de vir a poupá-la de todo tipo de restrições. Infelizmente, se por ventura assim o for, a legalidade educativa não pode menos que acabar sendo embaralhada. (Lajonquière, 1999, p.189)

Diante disso poderíamos pensar numa certa equiparação entre adultos e crianças no mundo contemporâneo. E “apagar a diferença de lugares, a dos sexos e a das gerações, só tem como efeito embrulhar as referências simbólicas, no entanto indispensáveis a nossa vida social.” (Lebrun, op.cit. p. 128)

Além disso, na lógica de consumo tal como vivemos hoje no capitalismo tardio, a satisfação imediata dos desejos transformados em necessidades, convoca também a uma certa proximidade entre adultos e crianças, não somente porque coincidem na categoria de consumidores, mas porque a forma infantil de satisfação parece hoje valorizada. Talvez ela combine mais com o funcionamento do mercado do que com o consentimento do limite que impõe a interdição da castração.

Cabe agora avançar nas considerações sobre o que pudemos constatar na leitura dos artigos da revista Nova Escola, ampliando a discussão já iniciada no Capítulo 2.

Na análise da revista Nova Escola, vimos diversos exemplos da presença da orientação especialista e o tipo de convocatória que faz ao professor. O professor deve considerar os discursos científicos sobre a criança, seu desenvolvimento, sua aprendizagem, bem como sobre a saúde de seus alunos e reinventar sua prática de forma a incorporar em seu fazer aquilo que professam os especialistas. Por outro lado, deve estar atento para diagnosticar problemas das crianças e encaminhá-las para os especialistas competentes. Se isto, como já demonstraram muitos autores, contribuiu para os efeitos de normalização e exclusão no interior da escola, por outro, como vimos em diversos artigos, convocou o professor a ser uma extensão do especialista (psicólogo ou agente sanitário), contribuindo para um esvaziamento do ato educativo, em sua dimensão formativa, no interior da escolarização. Além disso, quando os professores aderem a tal chamado, estão mais uma vez fazendo intervir uma técnica em seu encontro com os alunos.

Mas é preciso também que se diga que aquilo que observamos como demanda dos professores - um diagnóstico médico que os alivie - foi intensamente validado como prática no interior da escola. Se tal prática foi validada como necessária e importante para saber o que acontece com os alunos, não é sem sentido que os professores tenham se apegado ao diagnóstico como instrumento potente na solução dos problemas do processo de escolarização de seus alunos.

Por outro lado, quando analisamos os artigos do segundo período (1996 – 2006) vimos a presença de uma consideração biológica das experiências humanas se tornar fundamento para o entendimento, tanto das vicissitudes do processo de escolarização de alguns, quanto para fundamentar a própria aprendizagem. Perguntamo-nos se, do ponto de vista do ensino

veremos se organizar técnicas didáticas baseadas em tais considerações. Do ponto de vista de uma estimulação cerebral, talvez possamos pensar que a presença de um sujeito que educa e ensina pode não se fazer necessária. Se a estimulação cerebral for transformada em técnica, teremos uma mudança ainda mais radical na forma encontrada nos tempos atuais para configurar o espaço, já não formativo, mas de transmissão dos conhecimentos. O lugar do sujeito que ensina e do sujeito que aprende ficaria aqui muito próximo do maquinal.

Quando analisamos os artigos que abordavam o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), vimos ocorrer uma tradução de comportamentos típicos das crianças, e que foram muitas vezes abordados do ponto de vista psicológico no primeiro período (1986 – 1995), como sintomas de uma doença. Ou melhor, vimos nos artigos uma tentativa de distinguir a inquietação, indisciplina, agressividade, desatenção - que eram comumente abordados como problemas psicológicos-, de manifestações mais duradouras destes mesmos comportamentos, o que levaria a pensar na presença de uma doença. Ainda que os artigos tentem fazer esta distinção, ao final, acabam por traduzir tais comportamentos como sintomas e instalam a categoria TDAH como explicação da presença de tais comportamentos nas crianças. A presença da doença explicaria o não-aprendizado da criança.

Quando então o não-aprendizado se vê traduzido em termos biológicos, passível de correção pelo uso de medicamentos, o que poderemos dizer sobre os efeitos desse discurso?

Parece-nos que um primeiro efeito é, mais uma vez, o da desresponsabilização. O discurso sobre o organismo que falha parece deixar muito poucas brechas para que a educação seja vista como um laço entre adultos e crianças que possa resultar em algum tipo de transformação. A sujeição ao corpo orgânico reduz em muito a possibilidade de pensarmos nas dimensões simbólicas das relações educativas entre adultos e crianças. Assim, mais uma vez, há uma tendência a um esvaziamento do ato educativo e da densidade da experiência humana.

Além disso, se a solução para tal condição é o uso de remédios, a dimensão da técnica novamente se impõe. E esta dimensão, presente em muito no discurso pedagógico contemporâneo, estabelece uma lógica bastante diferente daquela que leva em conta a dimensão formativa da educação e a impossibilidade de garantias, antecipações e adequações da relação humana que a sustenta. Por outro lado, a crença no remédio como solução, reduz outras intervenções na situação como potentes e transformadoras.

Esta medicalização da existência poderá se transformar numa ideologia totalitária, “fascista”, apta a legitimar a administração das condutas individuais, a mistificação das massas, se em nome da ciência médica os viventes se encontrarem convertidos em um “fetichismo da mercadoria”,

“objeto industrial” conforme as novas normas sociais, morais e políticas. Assim, à “Indústria Cultural” analisada em seu tempo por Horkheimer e Adorno, se somará uma “indústria sanitária” esquadrinhando o espaço social e político do humano, prolongando a mecanização racional, despedaçante, calculadora e alienante do trabalho e do lazer. [grifos dos autores](Gori; Del Volgo, 2006, p.20) [tradução livre]²⁵

A presença do saber médico, ou a tomada do saber médico pela pedagogia atual, acompanha o que se vê em diversos outros âmbitos da rede social que habitamos – a validação de um discurso que toma a vida como um bem a ser glorificado, em suas formas maquinais, em sua capacidade estressante de trabalho, em sua toda potência e em sua plena felicidade.

Maud Mannoni, por exemplo, já levava isso em conta ao criticar as intervenções médico-psicológicas no campo educativo:

É a própria vida que seria preciso reinventar, mas a vida é uma palavra vaga e não se trata de tomar novamente Robinson por modelo; trata-se, outrossim, das instituições e, em primeiro lugar, da Família, da Escola e do Hospital. Em vez de revolucionar o ensino e sua estrutura, o Ocidente prefere, pelo contrário, remediar os efeitos das anomalias geradas por um ensino inadequado à nossa época. Remediar os efeitos significa, neste caso, encarregar a medicina de responder onde o ensino fracassou. (Mannoni, 1988, p.49)

Apoiada num discurso médico onde o fenômeno subjetivo é visto a partir da lógica do funcionamento orgânico, a medicação aparece como reguladora da subjetividade, como elemento químico que reordena a desordem de um corpo não adaptado à uma lógica discursiva que define ideais de produção e satisfação. Na contramão de uma consideração sobre a complexidade subjetiva, o saber médico atual faz parceria com a lógica do capitalismo que idealiza no consumo a fonte de uma satisfação irrestrita. O medicamento cai aqui como bem a consumir, atrelado ao discurso do bem-estar saudável, numa economia de puro prazer.

Pensando a partir da lógica capitalista, os medicamentos oferecem a exata adequação entre o que se transforma numa necessidade e aquilo de que se precisa para satisfazê-la – um objeto adequado às necessidades do sujeito. Ou seja, se as quantidades de dopamina, serotonina, etc, estão irregulares no organismo, é possível encontrar nos remédios a dose exata de solução para tal falha.

²⁵ Or, cette médicalisation de l'existence pourrait se transformer en idéologie totalitaire, “fasciste”, apte à légitimer l'administration des conduites individuelles et la mystification des masses, si au nom de la science médicale le vivant se trouvait converti dans un “fétichisme de la marchandise”, “objet industriel” selon de nouvelles normes sociales, morales et politiques. Alors, à l' “industrie culturelle” analysée en leur temps par Horkheimer et Adorno s'ajouterait une “industrie sanitaire” quadrillant l'espace social et politique de l'humain, prolongeant la mécanisation rationnelle, morcelante, calculatrice et alienante du travail et du loisir.”

É assim que a lógica capitalista, cujo traço principal, segundo a rubrica lacaniana, seria o da primazia do objeto sobre o sujeito e a promessa de uma relação direta e satisfatória entre ambos, busca perenizar. Fazendo com que o indeterminismo do desejo se transmute em determinado da necessidade para a qual o sistema de ofertas teria o objeto na medida certa, já que feito para criar sua própria demanda, “pronto para levar”. O risco contido em uma tal proposição está no que nela existe de afirmação de que o acesso direto ao objeto seria mais compensatório do que o tortuoso e incerto caminho do laço com o outro, induzindo ao desinvestimento no laço. (Voltolini, 2007, 122)

No âmbito da escolarização, os remédios aparecem como um recurso a mais para que o processo de aprendizagem das crianças possa ocorrer, pois o diagnóstico do transtorno já está validado. No entanto, a soma aqui não se verifica; do nosso ponto de vista seria importante ressaltar seus efeitos de subtração: de responsabilidade, de profundidade reflexiva, da dimensão simbólica das experiências humanas. Quando os remédios assumem a posição de serem instrumento para que o aprendizado ocorra, estamos novamente diante de uma perspectiva técnica, que reduz a potencia do encontro humano como formativo, abrindo espaço, no campo da educação, para que esta seja reduzida a uma técnica de estimulação das habilidades e competências.

Como dissemos no Capítulo 1, a higienização do discurso escolar pautou uma mudança de práticas, uma transformação no conjunto das relações entre adultos e crianças, disciplinadora, é certo; normalizante, também, e ideologicamente marcada. Orientações médicas que podiam se transformar numa pedagogia; uma pedagogia que podia ser médica. Inseridos no social, os dois discursos se combinaram para orientar a formação de uma geração: saudável, letrada, produtiva, moralmente disciplinada. No entanto, tal junção se orientava para um futuro, o da nação, e por isso, defendia uma formação das crianças e jovens pautadas por seus ideais de cidadão.

A presença das propostas higienistas na gestão da escolarização do início do século XX, resultou na formação do que se chamou de pedagogia-médica ou pedagogia-higiênica e tal proposta esteve claramente vinculada à formação de um adulto, orientada para um futuro.

O que circula hoje como saber médico no social, parece mais ligado a um conjunto de procedimentos do que a um conjunto moral adequado a um ideal de adulto, como víamos no higienismo. É uma medicina exercida sem conselhos, remediativa, sem moralizações para o futuro. Muito mais pautada no controle da vida cotidiana, numa prática de hábitos no presente. Neste sentido, a prática no interior da escola, aquilo que possa ocorrer entre adultos e crianças, perde ainda mais em potência. O que circula, hoje, como discurso médico no social, não permite que o vejamos – digamos - como um parceiro de práticas a serem empreendidas na escola, como um conjunto de ideais com o sentido de uma formação.

Talvez seja arriscada a afirmação que fizemos acima, mas que ela não seja lida como indicativo de que estávamos bem com a intervenção do tipo disciplinar que o higienismo promoveu nas escolas e famílias. Que ela seja vista como mais uma consideração sobre os efeitos das mudanças políticas modernas e o tipo de saída a que se tem apelado para o mal-estar contemporâneo.

No mundo contemporâneo, o apelo aos remédios é expressão das maneiras encontradas na cultura para negar um mal-estar estrutural.

O cientificismo atual permite a construção de que tudo é possível, negando a impossibilidade enquanto limite estrutural do homem, buscando traduzi-la em impotência que um dia poderá ser superada, ou com esforço pessoal, ou com as novas conquistas tecnológicas, ou com a adesão de cada um a um governo de si que leve em conta os ideais contemporâneos de saúde e busca pelo bem estar pleno.

Em seu texto *o Mal-estar na civilização* (1930), Freud constata a inquietação dos homens diante da descoberta de que haviam criado pelo próprio uso da Razão, atributo que lhes conferira uma supremacia indiscutível sobre os “limites que a natureza lhe impusera”, instrumentos com os quais poderiam pôr fim a sua própria existência na Terra. Seu decorrente mal-estar viria da convicção íntima de que já não podiam mais confiar cegamente na justeza de sua Razão nem mais controlar integralmente o destino dos objetos por eles criados a ponto de impedi-los de “ganhar autonomia” em relação à própria vontade do criador. (...) é a mesma questão também que retorna na perspectiva do remédio criado para “resolver” o problema da impotência masculina, que garante uma “ereção sem sujeito”. Ainda que ele possa fazer algo para obtê-la nada pode fazer para eliminá-la, a não ser agüentar que os efeitos do remédio, que agora está no comando, sigam seu ciclo normal.

Ocasão para percebermos um paradoxo interessante: o quanto um “sem-limites” que o exercício da Razão nos levou, se foi capaz de nos emancipar dos limites impostos pela Natureza, não pode, entretanto, nos livrar de desembocar num outro limite agora imposto pela própria lógica do objeto criado por nós. O sonho acalentado por séculos, que a construção de objetos pudesse nos dispensar da labuta, realiza na contemporaneidade sua faceta inusitada: a do risco que eles nos dispensem de tudo. (Voltolini, 2007, p. 120)

É nesta medida que utilizamos o dito “*o que não tem remédio, remediado está*”. A retradução de nossa subjetividade em termos neuroquímicos abre espaço para um abandono da dimensão simbólica de nossa constituição como sujeitos e reduz nossa condição crítica em relação ao mundo em que vivemos. Um certo reducionismo ao biológico é também “a possibilidade, para um sujeito, de ser aliviado do mal-estar da incerteza inerente ao fato de pensar e sustentar seu desejo em sua singularidade, remetendo exclusivamente aos enunciados” (Lebrun, op. cit., p. 73). Também nos convida a nos afastarmos da idéia de que convivemos, como humanos, com uma dimensão do impossível, ou seja, não há garantias para

o futuro, não há garantias de satisfação, não há antecipação possível daquilo que um encontro possa nos fazer viver, e isso não coincide com impotência.

É justamente no reconhecimento do limite que a dimensão criativa pode existir. Mas se concordarmos em somente remediar nossas impossibilidades, talvez estejamos também reduzindo nossa liberdade de inventar formas possíveis de viver nesse mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse trabalho, investigamos as novas formas assumidas pela medicalização do discurso escolar. A partir dos estudos de Foucault sobre o Bio-poder, reconhecemos a medicalização como um discurso abrangente, que está presente na maneira a partir da qual o homem se constitui no mundo moderno.

A análise da revista Nova Escola permitiu que reconhecêssemos como o saber médico e as boas novas científicas têm estado presentes nas informações que circulam entre os professores. Tais informações têm aderido a uma descrição biológica dos fenômenos humanos e a uma decifração do processo de aprendizagem em termos do funcionamento cerebral.

Vale aqui a ressalva de que não pretendíamos com este estudo minimizar a importância da medicina e das pesquisas em biologia e nas neurociências, mas discutir os efeitos de suas concepções quando transformadas em senso comum. Dirigimos nossa crítica aos efeitos que a circulação de um saber pode ter no social. Assim, enfocamos a dimensão política que têm as produções científicas.

As discussões que fizemos no Capítulo 3, procuraram evidenciar os efeitos na prática educativa quando uma visão técnica torna-se hegemônica. O que pretendíamos validar é a necessidade de evitar naturalizações dos fenômenos no campo social.

No final do Capítulo 1, apresentamos alguns dados do aumento significativo e espantoso do uso de medicações nos Estados Unidos. Também apontamos alguns poucos dados brasileiros. Na verdade, os dados levantados por Nikolas Rose, revelam um aumento do uso de drogas psiquiátricas em quase todo o mundo.

Pensamos que não podemos simplesmente constatar, a partir de tais dados, que o aumento do uso de medicações é fruto do aumento das patologias que estes medicam. Ou melhor, não é possível tomar como verdade que em dois anos aumentou em 46% o número de

crianças deprimidas no nosso país. Ou que, em um ano (de 2003 a 2004), 51% a mais de crianças tornaram-se hiperativas no Brasil.

Diversas seriam as formas de tentar tratar os dados. Aquilo que nos interessou foi apontar para o fato de que temos sido “convidados” a representar de uma maneira diferente nossa vida e subjetividade, desde a entrada em cena das explicações médico-biológicas de nosso funcionamento, ou de nosso mau-funcionamento, ao aprendermos e ao levarmos a vida. E acreditamos poder afirmar que o aumento no consumo dos medicamentos, especialmente de drogas psiquiátricas, está em íntima relação com a difusão das idéias que sustentam esta redescritção biológica do humano.

Como vimos, este tipo de representação sobre o funcionamento bioquímico tem efeitos importantes quando adentra o campo da educação. A permeabilidade do discurso pedagógico ao discurso especialista contribui para práticas, neste sentido, irrefletidas. Era isso que buscávamos colocar em jogo.

Valeria avançar justamente ampliando a pesquisa sobre as “novas patologias” diagnosticadas nas crianças, tentando entender um pouco mais o que se construiu em torno destas, a que respondem, o que mais dizem do laço social que hoje se dá entre adultos e crianças.

BIBLIOGRAFIA

AGUIAR, A.A. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004. 166p.

AJURIAGUERRA, J. Historia y fuentes de la psiquiatria infantil. In: _____. **Manual de Psiquiatria Infantil.** 3ª edição. Barcelona: Toray-Masson, 1976. p.3-16.

ANTELO, E. Que quiere usted de mi? Lo incalculable en el ofício de enseñar. **Revista La educación en nuestras manos.** n. 72, Octubre de 2004. (versão on-line)

ARENDT, H. A crise na educação. In: _____. **Entre o Passado e o Futuro.** 5ª edição. SP: Editora Perspectiva, 2003. 348p. p. 221 -247.

_____. **A condição humana.** 7ª edição. RJ: Forense Universitária, 1995. 348p. p. 15 - 88.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família.** 2ª Edição. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1981. 279p.

BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989. 332p.

_____. A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico, Tradução: Oscar Cirino. 1980 In: CIRINO, O. **Psicanálise e Psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura.** Belo Horizonte: Autêntica, 2001. 155p. p. 127-144.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação.** RJ: Civilização Brasileira, 1999. p. 175-193. 300p.

BOLGUESE, M.S. **Depressão & Doença nervosa moderna.** São Paulo: Via Lettera, Fapesp, 2004.

CALIMAN, L.V. **Dominando corpos, conduzindo ações: genealogias do biopoder em Foucault.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001.

CIRINO, O. **Psicanálise e Psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura.** Belo Horizonte: Autêntica, 2001. 155p.

CLAVREL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico.** São Paulo: Brasiliense, 1983. 274p.

Comunidade virtual de vigilância sanitária. (BVS - Biblioteca Virtual de Saúde). Disponível em : http://comvisa.anvisa.gov.br/tiki-read_article.php?articleid=837&highlight=cartela

COSTA, J. F. **Ordem médica e Norma Familiar.** [1979]. 5ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004. 231p.

_____. **Historia da Psiquiatria no Brasil:** um corte ideológico. 4ª edição. Rio de Janeiro: Xenon Ed., 1989. 187p.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias.** 3ª edição. São Paulo: Edições Graal, 2001. 209p.

FREITAS, M.C; KUHLMANN Jr.M. (orgs). **Os intelectuais na história da infância.** São Paulo: Cortez, 2002. 503p. p.7-9.

FOUCAULT, M. História de la medicalización. **Educación médica y salud.** Vol.11, nº 1, p.3-25, 1977.

_____. **A crise atual da medicina.** Reprodução de conferência pronunciada por Michel Foucault na Escola de Saúde Pública do Rio de Janeiro, 1974. (mimeo sem paginação)

_____. O nascimento da medicina social. In: _____. **Microfísica do poder.** 3ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1982. 295p. p.193 -207.

_____. A política da saúde no século XVIII. In: _____. **Microfísica do poder.** 3ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1982. 295p. p.79 - 98

_____. **História da Sexualidade I:** a vontade de saber. 2ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. 152p.

_____. **Vigiar e Punir:** nascimento da prisão. 29ª edição. Petrópolis: Vozes, 1987. 288p.

_____. **O nascimento da clínica.** 6ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. 231p.

_____. **O Poder Psiquiátrico:** curso dado no College de France 1973-1974. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 511p.

GONDRA J. G. A sementeira do porvir: higiene e infância no século XIX. **Educação e Pesquisa,** São Paulo, v.26, n.1, p.99-117, jan./jun., 2000.

GORI, R.; DEL VOLGO, M-J. **La Santé totalitaire:** essai sur la médicalisation de l'existence. Paris: Denoël, 2005. 264p.

KANNER, L. Historia de la psiquiatria infantil. In: _____. **Psiquiatria Infantil.** 2ª edição. Bs As: Editorial Psiqui/Editorial Paidós, 1971. p. 27-52.

KUPFER, M. C. M. **Educação para o futuro:** psicanálise e educação. São Paulo: Escuta, 2001. 155p.

KUPFER, M.C.M; PETRI, R. “Por que ensinar a quem não aprende?”. **Estilos da Clínica:** Revista sobre a infância com problemas, São Paulo, v.5, n.9, p. 109-117, 2001.

LAJONQUIÈRE, L. **Infância e ilusão (psico) pedagógica:** escritos de psicanálise e educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. 204p.

LEFORT, C. Formação e autoridade: a educação humanista. In: _____. **Desafios da escrita política**. SP: Discurso editorial, 1999. p. 207 – 223.

LEGNANI, V.N; ALMEIDA.S.F.C. A construção da infância: entre os saberes científicos e as práticas sociais. **Estilos da Clínica**: Revista sobre a infância com problemas, São Paulo, v.9, n. 16, p. 102-121, 2004.

LEBRUN, J-P. **Um mundo sem limite**: ensaio para uma clínica psicanalítica do social. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004. 218p.

LIMA, A.L.G. **O Espectro da Irregularidade Ronda o Aluno**: um estudo da literatura pedagógica e da legislação sobre a “criança-problema”. Tese (Doutorado em Educação), Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2004. 236p.

MANNONI,M. **Educação Impossível**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988. 317p.

MONTEIRO, H.R. **Medicalização da vida escolar**. Dissertação (Mestrado em Educação). Centro de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MOYSÉS, M.A.A. **A institucionalização invisível**: crianças que não-aprendem-na-escola. Campinas, SP: Mercado de Letras; São Paulo: Fapesp, 2001. 264p.

Ó, J.R. **O governo de si mesmo**: modernidade pedagógica e encenações disciplinares do aluno liceal (último quartel do século XIX – meados do século XX). Lisboa: Educa, 2003. p.1-161 e p. 307- 521.

PATTO,M.H.S. **A produção do fracasso escolar**: historias de submissão e rebeldia. São Paulo: T.A. Queiroz Editor. 1993. 385 p. p. 7-127

_____. Para uma crítica da razão psicométrica. In: _____. **Mutações do cativo**: escritos de psicologia e política. São Paulo: Hacker Editores/Edusp, 2000. 223 p. p. 65-83.

_____. Mutações do cativo: caminhos da semiformação. In: _____. **Mutações do cativo**: escritos de psicologia e política. São Paulo: Hacker Editores/Edusp, 2000, 223p. p.157-185.

_____. **Ciência e política na primeira república**: origens da psicologia escolar. Clio-Psyché, Uerj, Nape, 1999. Disponível em: www2.uerj.br/~cliopsyche/site/livros/cliol1/livrocliol1.htm
Acesso em: setembro/2005

PEREIRA, L.M.F. Os primeiros sessenta anos da terapêutica psiquiátrica no estado de São Paulo. In: ANTUNES, E.H; BARBOSA, L.H.S; PEREIRA,L.M.F. (orgs.) **Psiquiatria Loucura e Artes**: fragmentos da história brasileira, São Paulo: Edusp, 2002. 166p. (Coleção Estante dos 500 anos, 6). p. 33-53

PEREIRA, M.E.C. O DSM –IV e o objeto da psicopatologia ou Psicopatologia para quê? Documento on-line disponível em:

http://www.estadosgerais.org/atividades_atuais/pereira_mario_costa-dsm-iv_o_objeto.shtml
acesso em julho 2006

POSTEL,J., QUÉTEL,C. **Historia de la psiquiatria**. Cidade do México: Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis,1987. Cap. XXV, XXVI e XXVII. p.457-525.

RIBEIRO, P.R.M. História da Saúde Mental Infantil: a criança brasileira da colônia à república velha, **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n.1, p.29-38, jan./abr. 2006.

REIS, J. R. F. "De pequenino é que se torce o pepino": a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental. **Hist. cienc. saude-Manguinhos.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1 p. 135-157, mar./jun., 2000.

ROCHA, A. R. **Relatos de experiência publicados na revista Nova Escola (2000 – 2004):** modelo de professora ideal. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2004.

ROSE, N. **Becoming Neurochemical Selves**. Disponível on-line:
<http://www.springerlink.com/content/qm2c3r90rkx2tepi>
Acesso em 26/07/2007

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000. 163p.

SILVA, F.L. O mundo vazio: sobre a ausência da política no contexto contemporâneo. In: SILVA,D.A. ; MARRACH, S.A.(orgs) **Maurício Tragtenberg. Uma vida para as ciências humanas**. SP: Ed. Unesp. 2001. p. 239 – 250.

SILVA Jr,N. Sintoma e Mal-estar na cultura: sobre a re-codificação mercantil do psiquismo e seus efeitos. Documento on-line disponível em:
http://www.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/trabalhos/Nelson_da_Silva_Junhor.pdf.
Acesso em novembro/2006

TAVARES, F. A. R. **A Ordem e a Medida**: Escola e Psicologia em São Paulo (1890 a 1930). Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. São Paulo. 1996.

VOLTOLINI,R. A relação professor-aluno não existe: corpo e imagem, presença e distância.. **ETD - Educação Temática Digital**, Brasília, DF, 8.0, p.119 -139, jun. 2007. Disponível em:
<http://143.106.58.55/revista/viewarticle.php?id=415>>. Acesso em: 09/10/2007.

ZUQUIN,J. “Pequenos Psicopatas”: Infância, Criminalidade e Loucura na Primeira República. In: ANTUNES, E.H; BARBOSA, L.H.S; PEREIRA,L.M.F. (orgs.) **Psiquiatria Loucura e Artes**: fragmentos da história brasileira, São Paulo: Edusp, 2002. 166p. (Coleção Estante dos 500 anos, 6), p. 123-146.

ANEXOS

ANEXO 1 – ARTIGOS EM SAÚDE / REVISTA NOVA ESCOLA

1986

1. Drogas (Abril)
2. Nossa esse menino está ardendo em febre (Junho)
3. Educação sexual: a escola deve oferecer? (Agosto)
4. Poliomielite (Novembro)

1987

5. Ensine a combater a dengue e a febre amarela (Maio)
6. ESPECIAL AIDS . Uma nova lição no quadro negro (Junho)
7. Especial “SEXO” (Junho)
8. Ninguém está preparado para dar educação sexual (Junho)
9. Leite materno faz bem. Diga isso a seus alunos.(Agosto)
10. Planejar a família é um direito fundamental (Setembro)
11. Seus alunos enxergam bem? (Setembro)
12. Não deixe seus alunos perderem a pose (Novembro)
13. AIDS ajuda a romper tabus na escola pública (Dezembro)

1988

14. Guerra ao piolho, esse bicho tão teimoso (Março)
15. A dura luta pelo direito de sentar direito (Abril)
16. Ministério pede ajuda na batalha contra o sarampo (Junho)
17. Não deixe seu aluno se expor a riscos na escola (Junho)
18. Cuidado! a IRA pode estar atacando seus alunos (Agosto)
19. Verminhos: prevenção com muita higiene (Setembro)
20. Coça aqui, coça lá...Pode ser alguma doença de pele (Novembro)
21. As águas sobem. E,com elas, as epidemias. (Dezembro)

1989

22. Par eles, só fica doente quem quer. Você concorda? (Abril)
23. Levando os conhecimentos á comunidade (Junho)
24. Ensino não muda hábitos de higiene do aluno (Novembro)
25. Para falar de sexo é preciso saber ouvir (Novembro)

1990

26. Escola ensina a prestar os primeiros socorros (Março)
27. Meningite, um perigo que chega com o inverno (Maio)
28. Manual oferece nova dinâmica para treinamento (Setembro)
29. Preservando a visão e os dentes desde cedo (Outubro)
30. Não basta mandar por o peito pra frente e o ombro pra trás (Dezembro)

1991

31. Adolescentes produzem livro sobre amor e sexo (Maio)
32. Drogas: uma overdose de equívocos (Junho)
33. Ameaças à saúde (Junho/Julho)

34. Campanha: MEC promete atacar o problema (Julho)

35. Controle do cólera (Junho/Julho)

1992

36. Adolescentes fazem vídeo sobre educação sexual (Março)

37. “Para evitar a droga, o jovem precisa ter opções prazerosas” (Abril)

38. A escola não deve temer o convívio com portadores do vírus da Aids (Agosto)

39. Jovens desprezam a camisinha na prevenção da Aids (Setembro)

1993

40. “Cada jovem acha que ele, em especial, não vai pegar Aids” (Agosto)

41. Alunos mato-grossenses cuidam do bem-estar da comunidade (Agosto)

42. Cólera: Educação e água podem controlar a epidemia (Setembro)

43. Drogas: aumenta consumo entre os alunos (Setembro)

44. Saúde: A guerra à fome conquista o coração dos estudantes (Novembro)

1994

45. Sexo: Orientação gratuita para as escolas (Maio)

46. A orientação sexual ao alcance dos professores (Abril)

47. Aids: a vida está em nossas mãos (Agosto)

48. Drogas: violência na família estimula o consumo. (Outubro)

49. Você sabe mesmo medir febre? (Dezembro)

1995

50. Corpo: Ô Gordo! (Setembro)

51. Para o aluno que ouve mal (Outubro)

52. Saúde: Professora, tome cuidado (Novembro)

1997

53. Saúde: Teste prático de postura (Abril)

1999

54. Saúde: Expulse as drogas (Junho)

2000

55. Aprenda a relaxar (Maio)

56. Uma droga chamada cigarro (Dezembro)

2001

57. Fale em alto e bom tom (Março)

58. Pesquisa científica: A chave não são os genes. (Abril)

59. Fome de aprender: pedagogia do sabor (Maio)

60. Pôster: paro o corpo e a mente (Setembro)

61. Todos juntos para vencer a dengue (Novembro)

2002

62. Orientação sexual: Derrube os tabus (Junho)

63. As lições que a fonoaudiologia tem a ensinar (Setembro)

64. Quanto mais saudável melhor (Dezembro)

2003

- 65. Clonagem humana: É preciso impor limites para a ciência? (Março)
- 66. Com a voz não se brinca (Agosto)
- 67. Cigarro: apague essa idéia (Agosto)
- 68. Calma, isso pode ser estresse. E tem jeito. (Novembro)

2004

- 69. Professora: você quer uma maçã? (Maio)
- 70. Como ficar livre das dores no corpo (Junho)

2005

- 71. Cuidado! Barulho demais faz mal á saúde. (Janeiro/Fevereiro)
- 72. Estresse: O (ex) inimigo número 1 do professor (Abril)

2006

- 73. Teste a visão da turma (Abril)
- 74. Saúde em foco (Maio)

ANEXO 2 – ARTIGOS EM COMPORTAMENTO / REVISTA NOVA ESCOLA**1986**

1. Não sei mais o que fazer com essa criança (Março)
2. E se a criança não tiver mãe? (Abril)
3. Esses pais de alunos... (Abril)
4. Como lidar com a criança agressiva (Junho)
5. Algumas coisas que você deve saber sobre a Criança (Agosto)

1987

6. Superdotado: Ele pode estar na sua classe. Prepare-se. (Março)
7. Não é fácil ser um pré-adolescente! (Abril)
8. A escola espera demais da família (Setembro)

1988

9. Castigo: Ele só funciona se for bem compreendido pela criança (Março)
10. Uso das mãos: O que o canhoto precisa é de respeito e orientação (Junho)
11. Como você pode (e deve) ajudar o aluno tímido. (Agosto)

1989

12. Estamos enganando nossas crianças (Junho)
13. Sem afeto, não há alfabetização (Agosto)

1990

14. A confusão entre autoridade e autoritarismo ou A pedagogia do chinelo (Dezembro)

1991

15. Reunião de Pais: Escola se esforça em mudar relação de pais e alunos (Junho)
16. Meninas & Grávidas (Outubro)
17. Como melhorar o ensino incentivando a auto-estima (Dezembro)

1992

18. Grafites e teatro conquistam alunos rebeldes (Junho)
19. Meninas prostituídas (Novembro)

1993

20. Estou com medo. Que legal! (Março)
21. Como são, os estragos que fazem, os perigos que correm os garotos das Gangues juvenis (Maio)
22. Queda de braço entre a TV e os contos infantis (Junho)
23. Violência contra a criança. (Outubro)
24. Como a tevê seduz e “forma” o adolescente. (Dezembro)

1995

25. 200 entre 2002 alunos sentem solidão em escola pública (Maio)
26. Loteria genética: Eles tiveram a sorte de nascer superdotados e estudam numa escola especial. (Maio)
27. O problema da agressividade (Setembro)
28. Dislexia: O aluno pode ser ajudado (Novembro)

1997

- 29. O guru das inteligências múltiplas (Setembro)
- 30. Muita conversa, em lugar de punição. (Setembro)
- 31. Essas crianças não têm sossego (Dezembro)

1999

- 32. Deu certo: Escola boa tem pai e mãe (Dezembro)
- 33. Ele se apaixonou por você. E agora? (Dezembro)
- 34. Quando procurar o especialista.(Dezembro)

2000

- 35. Heperatividade: indisciplinado ou hiperativo? (Maio)
- 36. É hora de aceitar e valorizar as diferenças (Dezembro)

2001

- 37. A vida invade a escola (Abril)
- 38. Como se constrói a identidade (Outubro)
- 39. Não à guerra: “O mundo em nossas mãos” (Novembro)

2002

- 40. A indisciplina como aliada (Janeiro/Fevereiro)
- 41. Os jovens estão cada vez mais solitários (Março)
- 42. Coisa de menino. Coisa de menina. Será? (Maio)
- 43. São tantas emoções... (Dezembro)

2003

- 44. Como lidar com alunos desmotivados. (Janeiro/Fevereiro)
- 45. A turma precisa ter um bom auto-conceito (Março)
- 46. Como detectar a violência doméstica (Março)
- 47. Inquieto ou hiperativo? (Maio)
- 48. Como lidar com a morte (Junho/Julho)
- 49. Reportagem de capa: Memória não é decoreba. (Junho)
- 50. Assim se forma a identidade (Agosto)
- 51. Masturbação infantil: como lidar com a libido dos alunos de pré-escola que se masturbam na classe? (Setembro)
- 52. Como atrair os pais para a escola (Outubro)
- 53. Como dizer não ao palavrão (Outubro)
- 54. Aprenda a aumentar a auto-estima (Dezembro)

2004:

- 55. Furto na escola: conversar é a melhor solução (Março)
- 56. Déficit de atenção: um diagnóstico que você pode fazer (Maio)
- 57. Adolescentes: entender a cabeça deles como chave para um bom aprendizado (Setembro)
- 58. Mentira ou fantasia? (Outubro)
- 59. Como lidar com “brincadeiras” que machucam a alma (Dezembro)

2005

- 60. É assim que se aprende (Janeiro/Fevereiro)
- 61. Como criar uma escola mais acolhedora (Março)

- 62. O que você espera deles? (Abril)
- 63. Indisciplina: é mais fácil para os alunos seguir regras que eles ajudam a criar (Junho/Julho)
- 64. Gagueira: como ajudar seu aluno a se expressar melhor (Junho/Julho)
- 65. Aluno agressivo: ele precisa de afeto e limites (Agosto)

2006

- 66. Superdotados: Como identificar e atender alunos tão especiais (Janeiro/Fevereiro)
- 67. Educação sexual : “Eles querem falar de sexo” (Abril)