

Empoderamento do professor diante do discurso médico patologizante: uma questão curricular

Isabella de Cássia Netto Moutinho
isabella.bel@gmail.com

Resumo. Este artigo busca descrever o papel do currículo dos cursos de formação de professores no atual processo de patologização das dificuldades de leitura e escrita no contexto educacional brasileiro. Para tal, um dos objetivos é refletir sobre os processos históricos que permitiram que a patologização se instaurasse e apontar como a formação de professores pode abarcar estudos linguísticos e passar a atuar como agente de desconstrução do discurso médico patologizante, que, transformando dificuldades normais em sintomas de patologias, compromete o percurso escolar de tantas crianças.

Palavras-chave: Currículo, Patologização, formação de professores, estudos linguísticos.

Teacher empowerment on the pathologizing medical discourse: a curricular issue

Abstract. This article aims to describe the role of the curriculum of teacher training courses in the current pathologization process of reading and writing difficulties in the Brazilian educational context. In order to discuss it, one of the goals of this article is to reflect on the historical processes that allowed pathologization to take place and point out how the curriculum of teacher training courses can include linguistic studies and act as a deconstruction agent of the pathologizing medical discourse, which sees normal difficulties as pathologies symptoms, compromising the education process of many children.

Keywords: Curriculum, Pathologization, Teacher training, Linguistic studies.

É cada vez mais frequente o uso e a discussão dos termos *patologização* da educação e *medicalização* da infância em congressos acadêmicos nas áreas da Educação e da Linguística no contexto brasileiro. A recorrência das discussões se deve ao crescente excesso de diagnósticos (Coudry, 1987) relacionados à aprendizagem - especialmente de leitura e de escrita - que se verifica no Brasil desde meados da década de 80. Diagnósticos de patologias como a Dislexia e o Distúrbio/Dificuldade de Aprendizado são emitidos por profissionais da área da saúde (médicos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, psicólogos) a partir de testes padronizados que são aplicados para todas as crianças, independentemente de sua idade e de seu contexto socioeconômico e cultural. A quantidade de erros das crianças nestes testes aponta para a presença ou não de uma patologia do aprendizado, sem levar em conta quais tipos de erro elas cometem, se as dificuldades que enfrentam para ler e escrever são as mesmas ou se as características de sua escrita são recorrentes. É possível afirmar, portanto, que a aplicação destes testes padronizados e o seu resultado não levam em conta a subjetividade das crianças: o contexto familiar, histórico e social nos quais estão inseridas e, principalmente, as hipóteses de leitura e escrita (Abaurre, 1997) comuns e até mesmo esperadas construídas pelas crianças na fase inicial de aprendizado de leitura e escrita. Desta forma, muitos diagnósticos se revelam equivocados e se tornam o marco inicial de um processo de patologização/medicalização que afeta negativamente todo o percurso escolar da vida das crianças e, inclusive, sua vida afetiva e profissional. Há a crença de que estas crianças nunca irão aprender, a separação delas do resto da turma, o estigma de portador de patologia, e, principalmente, o fato de que seu percurso escolar é facilitado: é como se essas crianças fossem *café-com-leite*, ou seja, não precisam ser ensinadas como as outras, estão livres do aprofundamento de conteúdos e usam o laudo como uma muleta no qual se apoiam para finalizar as etapas escolares sem necessariamente aprender o que era esperado. Este contexto é objeto de estudo

da Neurolinguística de orientação discursiva desenvolvida no Instituto de Estudos da Linguagem desde a década de 80, no qual esta pesquisa se insere. A partir do acompanhamento longitudinal de crianças com dificuldades de leitura e escrita, a observação de seus cadernos e laudos, entrevista com a família e professores, observa-se uma tendência hegemônica à patologização de dificuldades normais no aprendizado.

Para compreender este processo que atualmente caracteriza o cenário educacional brasileiro, faz-se necessário uma breve retomada do conceito *medicalização* ou *patologização*. O termo medicalização foi inserido nos estudos das Ciências Sociais por Irving Zola (1972). Para ele, a medicalização pode ser definida como uma jurisprudência da profissão médica a outras esferas sociais, categorizando problemas desta ordem como pertencentes ao campo médico, podendo ser supervisionados e analisados apenas por um médico. Ampliando a reflexão iniciada por Zola, convém tratar brevemente da teorização de Foucault (2008) sobre este tema. Segundo o autor, o perigo da medicalização vai muito além da interpretação dos problemas sociais como orgânicos: ele reside no fato de que o espaço médico passa a penetrar completamente o espaço social, possibilitando que os médicos exerçam em todos os lugares e a qualquer momento, através de sua presença generalizada e de seus olhares cruzados, “uma vigilância constante, móvel e diferenciada”. O autor insere, assim, a medicalização no conjunto de poderes disciplinares por ele estabelecidos. Foucault aponta, assim, preocupação com uma tendência por ele verificada ao final do século XX: a crença de que a vida não pode mais ser pensada e cuidada na ausência de profissionais da área médica.

Este trabalho, desenvolvido no interior da Linguística, assume uma postura contrária ao recorrente processo de medicalização instituído no Brasil, principalmente nas escolas e nas clínicas de diversas especialidades (Psicopedagogia, Psicologia, Fonoaudiologia, Medicina) quando se trata das patologias relacionadas à aprendizagem e embasa sua argumentação a partir de uma teoria histórico-cultural (Vygostky, 2007) que articula autores como Freud (1981), Luria (1988) e Vygostky (2007). Cada vez mais, professores, coordenadores e orientadores pedagógicos, são capturados pelo discurso médico patologizante e sentem a obrigação de encaminhar para uma avaliação clínica qualquer questão relacionada ao aprendizado apresentada por crianças e adolescentes, principalmente quando se tratam de problemas de leitura e escrita. Diante deste quadro, uma das questões principais que proponho discutir neste artigo é a forma pela qual as hipóteses de escrita construídas pelas crianças em fase de alfabetização passaram, dentro de um contexto patologizante, a ser interpretadas como erro/desvio ou sintoma de uma patologia como a Dislexia ou o Distúrbio de Aprendizagem e o papel do professor e do currículo dos cursos de formação de professores neste contexto. Para tal, desenvolverei a exposição teórica em três itens centrais: (a) a pré-história da escrita na criança, (b) as características da língua escrita e a escrita inicial das crianças e (c) a organização curricular que inclui (ou exclui) os estudos linguísticos dos cursos de formação de professores.

A primeira questão a ser debatida acerca do percurso de aprendizagem de leitura e escrita é formulada no interior de uma teoria histórico-cultural (Vygostky, 2007) do desenvolvimento. De acordo com Luria (1988), é essencial ao educador conhecer as peculiaridades de um momento anterior à entrada da criança na escola, porém determinante do sucesso ou do fracasso de seu aprendizado de leitura e escrita. Esta fase foi nomeada por Luria de pré-história da escrita. Segundo o autor, ela envolve os primeiros anos de vida, nos quais a criança vivencia um conjunto de experiências simbólico-cognitivas materializadas principalmente nos jogos, brincadeiras e brinquedos infantis, nos rabiscos e desenhos. Para o autor, os gestos de representação simbólica presentes em cada uma dessas atividades devem ser vistos como momentos diferentes de um processo essencialmente unificado de desenvolvimento em direção à linguagem escrita, juntamente com todas as outras situações nas quais a leitura e a escrita estão envolvidas no cotidiano familiar e através das quais a criança possa perceber as funções sociais de ler e escrever: a observação do momento em que os pais se dedicam a escrever/ler ou ler para a criança, os livros disponíveis na casa, os textos escritos por familiares, as práticas sociais que

envolvem ler e escrever (escrever a lista do supermercado, ler um manual, escrever um bilhete ou um e-mail, ler o jornal, etc.). Tais vivências simbólico-cognitivas que envolvem o desenho, o brinquedo e o contato com a língua escrita mediado pelos adultos são fatores constitutivos do processo de letramento da criança e preparam para o trabalho escolar sistemático com a escrita.

Podemos afirmar que a pré-história da escrita é fundamental para a ampliação que acontece no uso da linguagem quando as crianças começam a ser alfabetizadas: o contato com a linguagem que antes era inconsciente, prático, situado no eixo familiar passa a ser analítico, consciente e objetivado no ambiente escolar. Assim, vemos que algumas crianças estão em desvantagem em relação à outras: a falta destas experiências letradas¹ nos anos que antecedem a entrada na escola – muito comum no contexto brasileiro, especialmente na vida das crianças inseridas em segmentos sociais pouco letrados (pais analfabetos, sem condições financeiras para comprar brinquedos, sem papéis, sem desenhar, etc.) e que estudam nas escolas públicas -, afeta negativamente o processo de alfabetização.

Este efeito negativo gera diversas dificuldades para a criança quando começa a aprender a ler e escrever. Essas dificuldades surgem principalmente no processo de alfabetização e a principal delas é a chamada *troca*² de letras na escrita, um dos principais sintomas descritos pelo DSM V³ na caracterização da Dislexia e do Transtorno Específico de Aprendizagem (popularmente chamado de Distúrbio ou Dificuldade de Aprendizado). Este diagnóstico é comumente atribuído no Brasil à crianças de faixa etária entre sete a doze anos e, por isso, cabe aqui esboçar alguns questionamentos: o que é trocar letras? Quais letras são trocadas? São trocas aleatórias, arbitrarias? Quando acontecem e com que frequência acontecem? A seguir, tentaremos responder a estas perguntas abordando o segundo item central a ser debatido neste artigo: as características da língua e a escrita inicial das crianças.

Para entender o que são e porque essas chamadas trocas acontecem, é preciso compreender algumas características da representação escrita da língua portuguesa elencadas por Faraco (2012). O autor enfatiza a importância de que os professores alfabetizadores ou dos anos iniciais do ensino fundamental saibam que a língua portuguesa tem uma representação gráfica alfabética e com memória etimológica. Essa afirmação pode ser desdobrada em duas: (a) a escrita alfabética tem, em tese, um princípio de que cada unidade sonora funcional (fonema) é representada por uma determinada letra (grafema) e de que cada letra representará uma unidade sonora funcional; (b) o princípio da memória etimológica nos mostra que o critério para fixar as formas das palavras não envolve apenas as unidades sonoras funcionais que a compõem, mas também sua origem.

Desta forma, a relação fonema/grafema nem sempre será regular e poderá envolver arbitrariedades. Um exemplo retomado pelo autor é o fato de que escrevemos *excelente* com *xc* e *essência* com *ss*, embora o fonema seja o mesmo nas duas palavras. É este tipo de arbitrariedade que representará dificuldades não só para o aprendiz de leitura e de escrita, mas também para os já alfabetizados. Quando uma criança escreve *passarinho* com *ç* e não com *ss*, percebe-se uma hipótese de representação gráfica de um mesmo fonema que pode ser representado de várias formas na escrita (*ss*, *c*, *s*, *sc*). A escolha, neste caso, não é aleatória: ela envolve raciocínio e memória. Esta memória é construída diante da exposição da criança às palavras e textos e facilitado (ou não) pela complexidade

¹ Não podemos dizer que estas crianças não vivenciam nenhuma experiência de letramento, nem mesmo entender que um ambiente pouco letrado seja um ambiente sem práticas culturais (letradas ou não) ou com práticas culturais ruins: neste trabalho, entende-se por ambiente pouco letrado um ambiente em que as práticas sociais e culturais pouco se relacionam com as práticas escolares e que, portanto, não colaboram muito para que as expectativas da escola em relação aos alunos sejam atendidas.

² A estas chamadas trocas soma-se o ato de inserir ou omitir letras, conforme o DSM V.

³ O DSM V é um manual elaborado pela sociedade americana de psiquiatria e que serve de base para o diagnóstico de doenças mentais. No Brasil, muitos cursos de psicopedagogos e até mesmo cursos de formação continuada para professores o adotam como material básico para ajudar os professores a perceberem possíveis sintomas em seus alunos e encaminhá-los para acompanhamentos clínicos – como se esta fosse a função do professor em sala de aula.

dos processos simbólico-cognitivos da pré-história da escrita. Infelizmente, o fato de que a criança não acerta sempre este tipo de representação arbitrária tem sido interpretado como sintoma de patologias, ou seja, uma questão de oportunidades sociais é revertida em problemas biológicos. Ademais, a memória etimológica presente na ortografia não é o único fator a ser considerado pelo educador ao longo do processo de alfabetização: deve-se refletir também sobre a relativa neutralidade em relação à pronúncia. É um grande equívoco dizer que pronunciamos as palavras tais quais as escrevemos. Além das questões próprias de variedade linguística comuns às diversas regiões do Brasil, há também as questões relacionadas ao ambiente fonológico. Sabemos que os sons tendem a ser modificados pelo ambiente (sons vizinhos – precedentes ou seguintes -, fronteiras silábicas, morfemas, palavras fonológicas e sentenças e a posição do som em relação ao acento) em que se encontram. Estas questões estão fortemente ligadas à omissão ou adição de letras, bem como às chamadas *trocas*. É comum que crianças construam a hipótese de representação da nasalidade em final de sílaba ou palavra acrescentando as letras *m* ou *n* ao final de palavras como *maçã*. Na escrita da palavra *banana*, por exemplo, sabemos que a pronúncia da vogal *a* é influenciada pelo acento, pela nasalidade e pela posição da coda silábica. A pronúncia não é a mesma, o que gera dúvida e construção de hipóteses que nem sempre correspondem à forma ortográfica convencional. A criança toma a fala como apoio para organizar sua escrita: fala para escrever, escuta o que diz, formula uma hipótese de representação gráfica e escreve as palavras tal qual fala. Neste percurso, fica às voltas com a arbitrariedade da ortografia e com a relatividade da pronúncia. É neste intervalo de construção de hipóteses que acontecem as chamadas trocas ou o erro ortográfico, comuns e esperados no processo de alfabetização.

É importante trazer também para esta reflexão considerações sobre o ambiente em que a criança escreve. É muito comum que nas escolas as crianças não possam falar em voz alta para escrever, comprometendo assim a dinâmica silenciosa nas quais os professores preferem que a sala de aula mantenha. Desta forma, muitas crianças sussurram para escrever, o que gera as chamadas trocas de *b* por *p*, *f* por *v*, *q* por *g* etc. Sussurrando, as crianças acabam por dessonorizar as consoantes sonoras e representam graficamente exatamente aquilo que falam, sem o traço de sonoridade. Cabe, diante desta reflexão, problematizar o uso do termo *troca*. Vemos que as hipóteses construídas pelas crianças têm embasamento, seja em sua própria fala, seja nas diversas maneiras possíveis de representar graficamente o mesmo fonema. Desta forma, fica claro que há um raciocínio lógico no qual se assenta esta escrita e não um processo inconsciente, no qual as crianças optam por uma letra qualquer, aleatoriamente, como sugere a palavra *troca*.

Como nomear, então, este processo? A teorização proposta por Vygotsky (2007) nos ajuda a estabelecer um termo. De acordo com o autor, o processo de aprendizado de leitura e de escrita não é linear: é composto por idas e vindas, picos e platôs e hipóteses com diferentes embasamentos, o que faz da escrita das crianças algo singular, heterogêneo, recheado de hipóteses previsíveis que podem aparecer em momentos imprevisíveis, ou seja, em diversas fases do aprendizado. Assim, podemos dizer que este período é caracterizado não por *trocas*, mas por *instabilidades* ortográficas, que, à medida que a criança passa a ler mais e fica exposta aos textos escritos, desaparecem e dão lugar à ortografia convencional. Tal imprevisibilidade característica da escrita das crianças não está prevista pelos manuais de psiquiatria que as avaliam, e quando acontece, é vista como um sintoma.

Por fim, é preciso reforçar que o aprendizado da ortografia das palavras envolve mais questões de memorização da imagem visual das palavras (Freud, 1973) que a memorização das regras ortográficas – o que não seria nem possível, dada a arbitrariedade resultante da memória etimológica característica da ortografia da língua portuguesa e a necessidade de um saber gramatical e morfológico que as crianças não têm neste momento do percurso escolar. Portanto, memorizar a forma pela qual as palavras são escritas envolve a exposição às palavras, a leitura diária e o contato com a língua escrita, processo que, como vimos, é anterior e paralelo à alfabetização. Se as crianças letradas, cuja pré-

história da escrita foi recheada de experiências simbólico-cognitivas significativas e que abarcavam práticas de leitura e escrita valorizadas pela escola já estão sujeitas a encontrar dificuldades com a representação ortográfica, mais sujeitas ainda estão as crianças de ambientes socioculturais menos letrados, que correm, então, o risco de ter sua escrita patologizada. Partindo desta análise, percebemos que não é por acaso que as crianças de escola pública, que cresceram em ambientes menos letrados, são as crianças que encontram mais dificuldades com a leitura e escrita e que recebem mais diagnósticos de patologias relacionados à aprendizagem.

Desse modo, se faz necessário tratar da terceira questão central colocada para este trabalho: como este processo de patologização acontece e qual é o papel do currículo dos cursos de formação de professores neste percurso. Trago para este trabalho alguns depoimentos de professores para enriquecer a discussão aqui proposta. Esses depoimentos foram consentidos por professores do 3º ano do Ensino Fundamental I das redes pública e privada de escolas localizadas no interior de São Paulo. As questões a eles dirigidas foram: Como você se sente diante de uma criança que enfrenta dificuldades para ler e escrever? O que você acha da presença constante da clínica (psicopedagogos, médicos e fonoaudiólogos) na escola? Qual é o efeito do trabalho deles no seu trabalho com as crianças em sala de aula? Veja-se algumas das respostas:

“Eu não sei mais o que fazer. A criança troca várias letras. É t/d, p/b, f/v. Eu sinto que se eu não encaminhar para o médico ou para a psicopedagoga, estarei sendo negligente”.

“Em cada curso ou palestra que a gente vai, falam uma coisa diferente sobre o Montessori, sobre o método fônico, sobre o tal do Capovilla⁴. É muita informação, mas ao mesmo tempo não tem informação nenhuma”.

“Depois que a gente pede uma avaliação, tem criança que volta do médico com um laudo e nenhuma orientação. Esse laudo não me trouxe resposta nenhuma, só me trouxe mais perguntas”.

“Tem criança que troca ou não coloca letras. Eu não sei resolver esse problema. Tem psicopedagoga que já fala que é dislexia ou distúrbio da aprendizagem e já manda para o neurologista. Quando eu era criança, eu também fazia isso. Então eu tinha distúrbio? Só se minha professora era médica, porque ela mesma conseguiu me curar”.

É possível perceber, aqui, um quadro diverso: os professores do ensino privado recebem muitas informações de diferentes linhas teóricas sobre o processo de alfabetização e patologias do aprendizado através da mídia, dos cursos de formação continuada e dos profissionais da área clínica que acompanham seus alunos. Este excesso de informações gera dúvidas e confusões⁵ com relação à como realmente ensinar leitura e escrita para as crianças.

Os professores do ensino público relatam que vivem em um contexto de poucas informações sobre alfabetização e as patologias que envolvem o aprendizado e que, quando têm alguma dúvida, preferem encaminhar os alunos a um profissional da área clínica com medo de negligenciarem um problema de saúde que pode ser sério. Como podemos perceber, o que é comum aos cotidianos dos professores das duas redes de ensino é o medo de estar negligenciando os alunos caso não

⁴ Autor brasileiro que desenvolveu o conceito de consciência fonológica, frequentemente estudado em cursos de formação continuada e adotado pelo governo nos programas curriculares nacionais. Sua teoria é frequentemente utilizada inclusive em testes de audiometria que têm sido usados para diagnosticar problemas de processamento auditivo - que teriam um impacto na alfabetização e que são frequentemente solicitados por professores.

⁵ Muitos relatam, também, que a constante presença de reportagens e da temática das patologias da aprendizagem em programas de televisão, jornais e revistas também faz com que se sintam no dever de pelo menos encaminhar as crianças para uma avaliação, já que podem ter um sério problema cognitivo.

encaminhem ao médico. Tanto professores da rede pública como da privada relatam, ainda, a pressão que existe da família e da hierarquia escolar para encaminhar os alunos com dificuldades aos profissionais da área clínica: espera-se que o professor identifique quais dificuldades podem ser sintomas de patologias e sugira o encaminhamento ao médico. Fica evidente, então, a responsabilidade do professor no processo de patologização: é como se a primeira palavra sobre a gravidade das dificuldades e sobre a capacidade do aluno de superá-las com ou sem intervenção clínica fosse dele. Esta fala se revela crucial para que possamos compreender como discurso médico captura o sujeito e, principalmente, os professores, atuando como um dispositivo (Agamben, 2010) de normatização e padronização. Para compreender como o discurso médico se tornou um dispositivo, cabe aqui fazer uma breve retrospectiva histórica guiada por Foucault (2006) e Barbarini (2011). Estes autores nos relatam e analisam quais acontecimentos históricos deram à medicina o estatuto de ciência absoluta, inquestionável e detentora da verdade. No Brasil, este processo de legitimação teve início no início do século XIX, com a proliferação da lepra. Paralelamente às revoltas populares internas e às ações dos jesuítas, a lepra representava perigo ao Estado, que encontrou no planejamento urbano e, principalmente, na atuação médica, uma maneira de controlar e afastar tais incômodos: as doenças passam a ser fortemente vinculadas à pobreza, aos vícios, ao crime e à ociosidade.

Para solidificar este novo discurso e o efetivo afastamento das pessoas indesejadas nos centros urbanos, foi fundamental que a concepção de como deve ser um hospital fosse reformulada: não mais uma instituição assistencialista, no qual as pessoas já chegam enfermas, mas um “espaço de cura e aprendizado, produção do saber médico, identificação, classificação e controle dos indivíduos, observação individual, registro, vigilância constante, enfim, de disciplina”. (Barbarini, 2011. p. 61). Com a recente e constante ênfase no discurso oficial do Estado na associação entre pobreza, sujeira e doença, viu-se a necessidade emergente de um novo planejamento urbano: a urbanização foi vista como a única solução para afastar um conjunto de doenças que ameaçava os brasileiros e isso conferiu aos médicos certa legitimidade para administrar e influenciar em decisões médicas e políticas.

A medicina, então, tornou-se mais poderosa quando organizada racionalmente e formada por um corpo de médicos legitimamente habilitados a exercer a cura, a prevenção e a luta pela saúde do Estado e da população. Tornou-se poderosa também porque mostrou seu conhecimento— científico e racional — como capaz de promover o progresso do país por meio da saúde.(...) Tendo em vista uma população ignorante - as famílias que abandonavam as características do período colonial (o pai como líder social, a convivência de inúmeras pessoas dentro da casa, entre elas escravos e parentelas políticas e espirituais, a ausência de hábitos “civilizados”, como comer com talheres, vestir-se com recato e pudor) e começavam a adotar hábitos europeizados, porém eram ignorantes em termos de higiene, criação dos recém-nascidos, educação dos filhos etc. -, o movimento higienista estabeleceu normas que orientavam as experiências familiares, adotou o saber da ciência e sua racionalidade como mediadores entre a periculosidade do mundo e a família indefesa em sua ignorância e garantiu ao médico o papel de orientador social da família.

(Barbarini, 2011. p. 62)

Paralelamente ao novo conceito de ambiente hospitalar, surge também um novo conceito de espaço urbano, também orientado pela medicina, que sugere novas estratégias de urbanização: a parcela mais pobre da população foi forçada se deslocar para as margens do perímetro urbano. O pretexto era a necessidade de se manter a limpeza, a ordem, de eliminar a sujeira e de afastar os vícios, reduzindo, assim, as possibilidades de contaminação. Esses eram os princípios do movimento higienista brasileiro, iniciado na transição do século XIX para o século XX. Neste contexto, a medicina, ciência na qual se

fundamenta o discurso do médico, o novo orientador social da família, passa a ser instrumento de vigilância e de manutenção da disciplina (Foucault, 2006, p. 191). O tratamento dispensado pelos médicos às famílias dos grandes centros urbanos e às famílias marginalizadas era diferente e fundamentado na distância social, linguística e intelectual que existia entre médicos e a parcela mais pobre da população, justificada pelas práticas de cura consideradas extra medicinais recorrentemente utilizadas por elas: mistura de ervas, simpatias, benzedadeiras etc.

Ao contrário da abordagem feita às classes altas e médias, que recebiam recomendações e mantinham um contato mais próximo e menos hierarquizado com os médicos de família, às classes populares – distantes sociais, linguística e intelectualmente dos médicos – eram impostas ordens. Os saberes populares relacionados à saúde e à criação dos filhos eram considerados “pré-científicos” ou “não-científicos”, baseados nas tradições transmitidas de geração a geração e, por isso, representaram aos saberes racionais dos médicos puericultores saberes concorrentes. Dessa forma, a prática puericultora tentou combater seu inimigo (o ‘leigo’) desqualificando-o e substituindo-o por conhecimentos modernos. (Barbarini, 2011, p. 64)

Neste processo, a intervenção da medicina não se restringiu somente às doenças contagiosas, mas se estendeu também às doenças mentais, representadas principalmente pela loucura, que, contrariamente às doenças vinculadas à pobreza, não demandava prevenção, mas sim intervenção de uma área específica da medicina: a psiquiatria. “A loucura passou a ser um perigo em potencial e um atentado à moral pública, o que exigiu medidas específicas: tirar o louco do contato com os sãos, do convívio na cidade, isolá-lo em um local adequado (o hospício) e tratá-lo” (Barbarini, 2011, p. 65). Para Foucault, a necessidade de disciplinar o louco fez com que nascesse um novo poder, o poder psiquiátrico, pautado na disciplina. O conceito de disciplina tal qual discutido pelo autor se faz essencial para compreender a patologização/medicalização tão presente no ambiente escolar brasileiro atualmente, já que, em sua análise, a estruturação das escolas, seja no nível arquitetônico, seja na organização interna, está diretamente relacionada às mudanças no papel da medicina e dos hospitais. Segundo Foucault (2006), o poder disciplinador exercido pela medicina e pelos médicos se expandiu para o ambiente escolar. A cultura de cura vigente se definia como uma cultura da marginalização da parcela mais pobre da população e da negação de seus próprios hábitos de curar, falar, trabalhar, morar, comer – todos vinculados à proliferação e contágio das doenças. Desta maneira, a relação entre médico e as pessoas marginalizadas se caracterizava pela imposição do saber médico legitimado pelo Estado e pela exclusão das práticas sociais e culturais dos mais pobres fundamentadas sempre no argumento da manutenção da boa saúde. Nas palavras de Foucault, esse era um processo disciplinatório, que inseria a disciplina dentre as demais técnicas de poder, definidas pelo autor como “um conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade” (Foucault, 2006, p. 58). O autor amplia esta reflexão apontando que a principal maneira de coerção das singularidades dos sujeitos reside na disciplinarização de seu corpo a partir de um perfil pré-estabelecido de como todos devem se apresentar fisicamente e se comportar social e psicologicamente.

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento das suas habilidades, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto mais útil é. Forma-se então, uma política de coerções que consiste num trabalho sobre o corpo, numa manipulação calculada dos seus elementos, dos seus gestos, dos seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que

o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, os chamados "corpos dóceis". A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças. Ela dissocia o poder do corpo faz dele por um lado uma "aptidão", uma "capacidade" que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita.

(Foucault, 1997. p. 119)

O autor aponta convergências entre este processo disciplinar social pautado na medicina e o processo disciplinar escolar, também por ela orientado. O espaço escolar foi estruturado em nome da possibilidade de vigiar, punir, disciplinar e controlar os alunos: a separação em classes, fileiras, dispostas de modo a ficarem de frente para o centro de poder (exercido pelo professor), a categorização dos alunos baseada no critério das capacidades e do perfil de cada um etc.

Haverá em todas as salas de aula lugares determinados para todos os alunos, de maneira que todos os da mesma classe sejam colocados num mesmo lugar e sempre fixos. Os alunos das lições mais adiantadas serão colocados nos bancos mais próximos da parede e em seguida os outros segundo a ordem das lições avançadas para o meio da sala. Cada um dos alunos terá o seu lugar marcado e nenhum o deixará nem trocará sem a ordem e o consentimento do professor. [Será preciso fazer com que] aqueles cujos pais são negligentes e têm piolhos fiquem separados dos que são limpos e não os têm, que um aluno leviano e distraído seja colocado entre dois bem comportados e ajuizados, que o libertino ou fique sozinho ou entre dois piedosos.

(Foucault, 1997, p. 126)

O autor afirma ainda que a possibilidade de aprender, nas escolas, e a possibilidade de se curar, nos hospitais, também passaram a ser determinados e controlados pela economia do exame, presente em quase todas as técnicas disciplinares. O exame é, para o autor, a técnica de poder que reúne a vigilância, o poder, a sanção, o controle do tempo e do espaço; por isso, se tornou uma das formas mais legítimas de classificar, de punir e de disciplinar.

A divisão segundo as classificações ou os graus tem um duplo papel: marcar os desvios, hierarquizar as qualidades, as competências e as aptidões; mas também castigar e recompensar. A disciplina recompensa unicamente pelo jogo das promoções que permitem hierarquias e lugares; pune rebaixando e degradando. O próprio sistema de classificação vale como recompensa ou punição.

(Foucault, 1997, p. 151)

O exame se revela, então, como um importante mecanismo de homogeneização: os resultados que não são esperados são marcados como desvio. Neste contexto, a discussão sobre o que é normal e o que é patológico se instaurou também nas escolas, como uma estratégia de dispersão do poder disciplinar. A partir do momento em que é possível classificar os resultados e os comportamentos, é possível classificar, também, os sujeitos como normais ou anormais. Os normais, segundo o autor, não precisariam de intervenção de acompanhamentos especiais, enquanto os anormais devem procurar instituições ou estratégias nas quais e pelas quais possam ser corrigidos para poderem, só então, passar a fazer parte do grupo dos normais.

Fica evidente, diante deste contexto, que as hipóteses de leitura e escrita apresentadas pelas crianças no espaço escolar foram apropriadas pela medicina como sintoma de patologia que separa, exclui, segrega alunos que estão em desvantagem cultural imposta por um sistema de desigualdades sociais.

Esse processo, porém, só foi consolidado pela impossibilidade dos professores de se posicionarem diante desta questão: faltam argumentos que refutem a tendência patologizante instaurada pelo discurso médico historicamente legitimado. As questões relacionadas à pré-história da escrita e da leitura das crianças, à arbitrariedade da representação ortográfica e à noção de hipótese (substituída pela noção de erro ortográfico ou sintoma) têm perdido espaço nos cursos de pedagogia (em muitos, esse espaço nunca existiu) para uma abordagem clínica, que se limita a listar sintomas e que tem como foco apenas o que as crianças não sabem fazer/escrever, apagando sua história de vida e o contexto simbólico no qual estava inserida antes de iniciar o período de alfabetização. A abordagem clínica, portanto, ignora as disparidades sociais historicamente estruturantes da sociedade brasileira que resultam em uma drástica desigualdade de oportunidades de vivências simbólico-cognitivas e patologizam sujeitos vítimas de contextos pouco letrados. Conhecer todos esses aspectos cruciais listados no início deste trabalho sobre o desenvolvimento e sobre as hipóteses de escrita construídas pela criança (a saber, este estudo envolve diversas áreas da Linguística, tais quais: Fonética e Fonologia, Semântica, Aquisição da Linguagem, Neurolinguística, Sociolinguística) se faz essencial na formação do professor alfabetizador. Diante deste conhecimento teórico-metodológico, o professor dificilmente será capturado pelo discurso médico e poderá argumentar com profissionais da saúde que assumem a tendência patologizante diante de uma criança que não apresenta uma patologia. Desta forma, incluir nos cursos de pedagogia disciplinas que abordem o desenvolvimento diante de uma perspectiva histórico-cultural, questões próprias da língua e de seu aprendizado, o estudo das hipóteses formuladas pelas crianças – abandonando da cultura do erro - é munir o professor de recursos para que ele possa ressignificar o percurso de aprendizagem de leitura e escrita. Assim, deixará de tentar encaixá-las em um padrão, com prazos e momentos estipulados para a aprendizagem das palavras e passará a vê-lo como único, singular e, portanto, nunca patológico.

Este tipo de recurso teórico resgata o conceito de alfabetização delineado por Soares (2014): aprender a ler e a escrever, para a escola, não pode significar apenas a aquisição de um instrumento para a futura obtenção de conhecimentos. A alfabetização deve ser reconhecida como processo de construção do saber e meio de conquista de poder político, processo no qual a figura do professor é determinante, já que, como vimos, recebeu a ingrata tarefa de determinar quais alunos entram no campo dos normais e dos anormais. Assim, elaborar um currículo que contemple os estudos da língua e da linguagem não é apenas apresentar ao professor novas práticas para a alfabetização em sala de aula, mas sim uma forma de empoderá-lo diante do discurso médico patologizante. Insisto no termo empoderamento, recentemente adotado em diversos âmbitos das ciências sociais. Kleba e Wendausen (2009) propõem uma definição para este termo que se alinha à perspectiva deste artigo:

definimos empoderamento como um processo dinâmico que envolve aspectos cognitivos, afetivos e condutuais. Significa aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos à relações de opressão, discriminação e dominação social. Dá-se num contexto de mudança social e desenvolvimento político, que promove equidade e qualidade de vida através de suporte mútuo, cooperação, autogestão e participação em movimentos sociais autônomos. Envolve práticas não tradicionais de aprendizagem e ensino que desenvolvam uma consciência crítica.

(Kleba & Wendausen, 2009, p. 736)

Adaptar o currículo dos cursos de pedagogia para incluir disciplinas que tenham como foco as contribuições que a Linguística pode dar para a teoria e a metodologia da alfabetização é mais do que revolucionar práticas em sala de aula. É empoderar o professor de modo a fornecer recursos teóricos para que ele atue como um contra-dispositivo diante da tendência preocupante e hegemônica de

patologização das singularidades das crianças e torná-lo agente de mudança e enfrentamento das desigualdades sociais, levando-o a assumir uma postura política diante do discurso médico e impedindo que este afete negativamente a vida de tantas crianças.

Referências

- Abaurre, M. B., Fiad, R. S., & Mayrink-Sabinson, M. L. (1997). *Cenas de aquisição da escrita. O sujeito e o trabalho com o texto*. Campinas: Mercado de Letras.
- American Psychiatry Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5*, 5ª ed. Washington: American Psychiatric Association.
- Agamben, G. (2010). O que é um dispositivo? In *O que é contemporâneo? E outros ensaios*. Chapecó: Argos.
- Barbarini, T. (2011). *O controle da infância: Caminhos da medicalização*. (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
- Coudry, M. I. H. (1987). Dislexia: um bem necessário. *Caderno de Estudos Linguísticos XIV da Universidade Estadual de Campinas*.
- Conrad, Peter. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, vol. 18, 209-232.
- Faraco, C. A. (2012). *Linguagem escrita e alfabetização*. São Paulo: Contexto.
- Foucault, M. (1997). *Vigiar e Punir*. Petrópolis, Vozes, 1997.
- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2008). *O nascimento da clínica* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Freud, S. (1973). *La afasia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Kleba, M. E., & Wendausen, A. (2009). Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde Soc.*, vol.18, n.4, 733-743.
- Luria, A. R. (1988). O desenvolvimento da escrita na criança. In L. Vygotsky et al. *Linguagem, desenvolvimento e aprendizado*. São Paulo: Ícone/Edusp.
- Soares, M. (2014). *Alfabetização e letramento*. (6ª ed). São Paulo: Contexto
- Vygostky, L. (2007). *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores* (7ªed). São Paulo: Martins Fontes.
- Zola, I. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review*, vol. 20, 587-504.