

# A medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal

Cecília Azevedo Lima Collares  
Maria Aparecida Affonso Moysés

**Como citar:** COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. A invenção dos distúrbios de aprendizagem. *In:* CHACON, Miguel Claudio Moriel; MARIN, Maria José Sanches (org.). **Educação e saúde de grupos especiais**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. p. 185-197.

DOI: <https://doi.org/10.36311/2012.978-85-7983-253-6.p185-197>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin derivados 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Campus de Marília



**CULTURA  
ACADÊMICA**  
*Editora*



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin derivados 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

## A MEDICALIZAÇÃO DO NÃO-APRENDER-NA-ESCOLA E A INVENÇÃO DA INFÂNCIA ANORMAL

*Cecília Azevedo Lima Collares  
Maria Aparecida Affonso Moysés*

Na década de 90, em 57 escolas estaduais no Estado de São Paulo, apenas 10% dos alunos completaram 8 séries em 8 anos (0,1% em algumas escolas). Todos os professores citaram problemas biológicos como impeditivos da aprendizagem. Em paralelo, todos os profissionais da saúde apontaram causas biológicas para o não-aprender-na-escola.

A atribuição de causas biológicas a problemas coletivos é antiga, remontando ao início do século XIX, quando a biologização passa a ser resposta rotineira da sociedade (respaldada pela ciência positivista) a conflitos sociais. Esse processo, denominado medicalização, transforma problemas coletivos, de ordem social e política, em questões biológicas, individuais. Deslocando causas e soluções para o campo médico, isenta de responsabilidades instituições e governantes.

A medicalização de um problema político-pedagógico tem constituído, então, obstáculo à transformação das práticas educacionais e à superação do fracasso da escola.

Neste texto, analisa-se a história da construção do campo médico-pedagógico que, a par da invenção da infância anormal, dissemina mitos sobre a pretensa incapacidade de aprender das crianças das classes populares e a apropriação da aprendizagem pela medicina, criando doenças do não-aprender.

Atribuindo-se o estudo não apenas das doenças, mas o estudo e a definição da normalidade, a medicina se apropria das relações do homem com a natureza e com outro homem, isto é, a vida. Legisla sobre hábitos de alimentação, vestuário, habitação, higiene, com a abordagem empregada frente às doenças. Um discurso genérico, aplicável a todas as pessoas porque pretensamente neutro.

A sociedade delega à medicina a tarefa de normatizar e vigiar a vida - estão colocadas as condições históricas para a medicalização.

Embora o discurso médico aponte as condições insalubres como implicadas em doenças e epidemias, ele abole as condições de vida concretas de cada pessoa e sua inserção social e nos modos de produção. É preciso abolir particularidades, ou seja, o subjetivo, para que o pensamento positivista se imponha.

Não se deve perder de vista que o discurso médico, nesse momento - como o discurso científico, em geral e em qualquer momento - está intimamente afinado com demandas de grupos hegemônicos. Ao capitalismo que surgia, as desigualdades sociais constituíam tema a ser omitido dos fatores *determinantes*, transformado em *determinado*.

As transformações políticas e econômicas que ocorrem na fase inicial do capitalismo demandam transformações também nas formas de organizar a vida das pessoas e, mais ainda, nas formas de pensar essa organização. É necessária uma nova conformação de sociedade e de família. Essa concepção será estruturada por pregações moralistas, enaltecendo a nova ordem familiar. Os grandes agregados familiares, com divisão de responsabilidades, evoluem para a família que conhecemos. É fundamental entender que, sem julgar qualidades e defeitos, é a organização adequada e necessária à consolidação da nova ordem política e econômica.

Nesse contexto histórico, nessa família, constrói-se a concepção de infância. Até aí, também a criança não existia conforme a conhecemos.

As transformações políticas e econômicas demandam ainda nova forma de ocupação do espaço, surgindo as cidades. A propagação de doenças é amplificada pelas urbes e trocas comerciais.

A preocupação com as doenças interpõe-se à necessidade de construir o papel da criança, resultando no surgimento da *puericultura*, que, atribuindo as doenças à ignorância, tem por objetivo ensinar. Ou, em suas palavras, *civilizar os novos bárbaros*. E centra suas orientações na criança.

Não há espaço para determinantes como políticas públicas, condições de vida, classe social. A ignorância é a responsável pelas altas prevalências de doença. Daí, a solução só pode ser pelo ensino e a medicina exerce seu papel normatizador com grande eficiência, com ideias que perduram até hoje.

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

Pela normatização da vida, pela biologização do viver, a medicina assume, na ordem social que surge, antigo papel: controle social dos questionamentos.

Inicia-se a medicalização do comportamento, transformando em objeto biológico algo social e historicamente construído, reduzindo a própria essência da historicidade do homem - a diferença, o questionamento - às características inatas, biológicas, a uma doença, enfim. Os diagnósticos que subsidiam, legitimam e prescrevem a segregação surgem na psiquiatria e, logo depois, também na neurologia.

A partir daí, a medicalização da sociedade tornar-se-á bastante frequente. Nos momentos de tensões sociais, a sociedade responderá biologizando, sempre com respaldo da ciência positivista. Assim, nos anos 1960, período de intensa agitação social, a ciência “provou” a superioridade intelectual do homem branco sobre o negro, geneticamente determinada; a diferença neurológica, também geneticamente determinada, que explicaria

as diferenças intelectuais e de papel social entre o homem e a mulher; os efeitos benéficos e necessários da psicocirurgia (lobotomia), solução para os conflitos nos guetos.

Mas, voltemos ao início da medicalização da aprendizagem.

Na transição entre os séculos XIX e XX, já existem condições históricas para que a medicina tome para si a aprendizagem. Afirma a existência das *doenças do não-aprender e do comportamento*, com promessa dupla e irrealizável: diz-se capacitada a resolvê-las, apregoando a necessidade de médicos nos ambientes escolares como garantia de aprendizagem, da *salvação*; ao mesmo tempo, acena, para o futuro, com um tempo em que sua própria existência (a da medicina) será dispensável.

A extensão da normatividade médica ao campo da aprendizagem pode ser percebida em movimentos simultâneos, entrelaçados. Preconiza-se a higiene escolar; Binet e Simon instrumentalizam o ideário psicométrico inaugurado por Galton; o determinismo genético alicerça, pseudocientificamente, o racismo; o estudo do cérebro firma nova especialidade médica, a neurologia. Na encruzilhada desses movimentos, a medicina preconiza classes especiais para os alunos que não irão aprender na escola que ainda não frequentam.

Na última década do século XVIII, aprova-se o primeiro decreto da saúde escolar. Época em que, mesmo na Europa, o número de salas de aula é pequeno e a educação das classes populares era muito restrita. Se a igualdade é bandeira da revolução burguesa e a cidadania pressupõe direitos e não mais privilégios, a igualdade em educação é um tanto desigual.

No Brasil, a história se repete.

O movimento puericultor constitui o primeiro sinal da extensão da normatividade médica, à semelhança da França, onde se formavam os médicos brasileiros. De volta ao Brasil, trazem a doutrina de civilizações com problemas decorrentes da urbanização e a aplicam a uma sociedade ainda eminentemente rural.

O combate às altas taxas de mortalidade infantil dar-se-ia pelo enfrentamento da ignorância das mães, sua causa primordial; pela educação, livrar-se-ia o país da *mortalidade evitável*, devida à falta de asseio e ao não

seguimento das regras de boa alimentação. A puericultura objetivava, *cercando as crianças de todas as garantias, conservar e aperfeiçoar a espécie.*

Na transição entre os séculos XIX e XX, os pediatras brasileiros bradavam a importância da inspeção médica escolar; a causa das diferenças entre o Brasil e países avançados seria a educação e a higiene escolar. A esta caberia garantir condições que propiciassem a aprendizagem e, já demonstrando a impregnação das teorias racistas, reduzir a deterioração física e o abastardamento da raça, criar gerações perfeitas física e moralmente.

Embora distante, geográfica, econômica e socialmente, dos países europeus, o ideário político dos intelectuais brasileiros não era defasado, com discursos racistas, eugenistas; eram discursos sobre aptidões, inteligência...

Na primeira década do século XX, a higiene escolar é institucionalizada em São Paulo e Rio de Janeiro; o número de salas de aula ainda era ínfimo.

E a Higiene Escolar já surge com amplo campo de atuação. Eugenista, alerta para a precariedade de saúde do povo e afirma sua competência em questões pedagógicas. Discurso e prática médicos estavam sintonizados com o referencial europeu contemporâneo: em 1918, um pediatra brasileiro aplica, no Hospital Nacional, o teste Binet-Simon.

A higiene escolar normatiza padrões de construção dos prédios escolares, dimensão de corredores e altura de degraus; tamanho e desenho de móveis escolares e sua distribuição espacial; currículo e horas de trabalho e de recreio; ginástica recreativa e restauradora.

Destaque-se que essa normatização é praticamente anterior à instalação de escolas. A medicina estende sua atuação às escolas; afirma-se competente para prevenir e tratar os problemas escolares antes mesmo que surjam. Quase que se poderia falar, antes mesmo que haja escola. Medicaliza a educação, transformando problemas pedagógicos e políticos em problemas médicos. Cria as *doenças do não-aprender-na-escola* e para elas propõe solução. Antecipando-se, prevê que os problemas irão ocorrer e se coloca como portadora das soluções.

Como se articulam todos esses movimentos? O discurso médico apregoará a existência de crianças incapazes de aprender, a menos que submetidas à intervenção médica.

Muitos consideram que os altos índices de fracasso surgem no Brasil com a expansão educacional e o acesso da classe trabalhadora; atribui-se as mesmas causas à medicalização da aprendizagem. A escola, atordoada e impotente com o fracasso das crianças das classes populares, desencadeado pela democratização do acesso, teria recorrido a especialistas que a socorressem. As classes especiais seriam consequência da entrada maciça de um segmento social que jamais havia frequentado a escola.

A análise histórica mostra o contrário.

No Brasil, repete-se a história francesa.

Na França, o ensino tornou-se obrigatório em 1882; nas classes populares, a escola, por muito tempo ainda, teria que lutar pela frequência às aulas. Nesse contexto, os especialistas ofereceram - muitas vezes, impuseram - ajuda à escola: testam alunos e preconizam exclusão da sala regular, encaminhando-os às classes especiais. O olhar clínico estava instrumentalizado pelo teste de Binet-Simon, que se propunha, exatamente, a identificar previamente crianças que não iriam se beneficiar da escola e deveriam ser submetidas à *ortopedia mental*.

Esse movimento vincula-se apenas pela superfície à obrigatoriedade do ensino e a preocupações com a aprendizagem das classes populares, encobrindo o combate à internação de crianças em asilos e hospitais psiquiátricos, que, de modo semelhante a nosso tempo, cumpriam a função de *depósitos de corpos quase-vivos*. Na luta contra essa institucionalização frequente, os *especialistas* propõem *hospitais-escola*, aliando educação e tratamento, e *classes especiais*, para crianças atrasadas, defasadas ou com debilidade mental leve. As classes especiais filiam-se às reivindicações alienistas e têm por objetivo não a escolaridade, mas a aprendizagem. Entretanto, deviam, mas forçar o Estado a assumir seus deveres, cuidando dos *deserdados da vida* e *velando pela sorte dos anormais*.

O *movimento em favor da infância anormal* se oficializa em 1904, na França; o Ministério de Instrução Pública cria comissão para definir medidas que garantam a instrução, não apenas a cegos e surdos-mudos,



mas a todas as crianças anormais e retardadas. Em 1909, promulga-se a lei que cria *classes e internatos de aperfeiçoamento*.

Esse movimento humanitário mascara, porém, duas motivações não tão solidárias aos *deserdados da vida*.

A primeira é o ideário instaurado imediatamente após a Comuna. A sociedade francesa, atemorizada pela possibilidade de movimentos semelhantes, amplia a instrução primária, gratuita, obrigatória e laica, com discursos e práticas voltados à ordem social e controle da desordem do lar, do local de trabalho, da rua, dos costumes, do corpo. Busca-se, pela filantropia, salvar a infância (pobre) dos perigos, para preservar a própria sociedade, isto é, as classes privilegiadas. O movimento em defesa da *infância anormal* vincula-se a outro, mais amplo, voltado à *infância em perigo*: age-se contra o leite contaminado, a rua contaminante, a debilidade dos pais e a delinquência.

Salvar a criança pobre dos perigos que a cercam, para evitar cataclismos futuros. Começa o embate por competências. A partir de 1894, realizam-se congressos nacionais de beneficência pública e privada, em que se debate o direito - e o poder - da Igreja e do Estado sobre a caridade, a qual se transforma em filantropia. Surge o conceito de *previsão social*: fabricar indivíduos com comportamento *previsível*.

A infância será enquadrada por um conjunto institucional: escola, medicina e judiciário, em luta aberta contra pais (trabalhadores) e rua (crianças abandonadas).

Entre médicos, advogados, filantropos e educadores que engrossam as fileiras desses congressos e das instituições filantrópicas, voltadas à *elevação moral de meninos e meninas pobres*, surgirão os especialistas do campo médico-pedagógico. A criação, em 1925, da Clínica de Neuro-Psiquiatria Infantil, sob a dupla égide do Patronato da Infância e da Adolescência e da Faculdade de Medicina de Paris, é símbolo da afinidade entre instituições e o surgimento desse campo.

Os especialistas da infância anormal serão, com frequência, os defensores dos patronatos; as crianças serão, com frequência, as mesmas. *Endireitamento moral, ortopedia mental, crianças anormais* serão variações de nomeação: é sempre entre os pobres, entre os mais pobres dos pobres

que se esconde o perigo social futuro. Serão eles que, desde então, não cessarão de entrar na escola e dela sair com o rótulo de *anormais*.

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

A afinidade com a ideologia dominante revela-se no discurso médico. Binet e Simon, psicólogo e médico, publicam, em 1907, “*Les enfants anormaux: guide d’admission pour les classes de perfectionnement*”:

Este dever é ademais exigido por nosso maior interesse já que, se em um determinado prazo de tempo, não se der satisfação ao que têm de legítimo as reivindicações dos nove décimos da sociedade [...], se pode prever uma revolução violenta na qual os que possuem não terão muito a ganhar e que transtornaria, de baixo para cima, a organização atual da sociedade.

É esse futuro perigo social que o campo médico-pedagógico promete controlar. Mais uma vez, a medicina se apresenta como promessa de salvação para aflições da sociedade.

A outra motivação para o movimento em favor da infância anormal e da criação do campo médico-pedagógico refere-se a questões menos humanitárias: a ampliação de mercado de trabalho.

Em 1898, a *Revue des revues* alerta para a ascensão social do *proletariado intelectual*: os portadores de títulos universitários haviam se multiplicado rapidamente na França, passando de 4.000 a 8.800 os estudantes de direito, de 1.200 a 8.500 os de medicina e de 200 a 3.500 os de letras. Dos 2.500 médicos parisienses, metade é considerada proletária; dos 150.000 professores, dois terços vivem na miséria e 15.000 disputam 150 vagas no judiciário.

São homens nascidos pobres [...] que pedem para entrar nos quadros sociais com o benefício de seus diplomas, não são boêmios, nem refratários, mas sim, pelo contrário, submissos, aspirantes a burgueses e que terminam por serem candidatos à fome.

Justifica-se a criação dos especialistas que, por sua vez, inventarão um sistema classificatório e atuarão no entorno da escola. Cria-se o *mercado*

*da infância*, na convergência de interesses de universitários proletarizados e da sociedade temerosa. Cria-se nova nosografia, distinguindo *anormais médicos* e *anormais pedagógicos*.

Disputam-se áreas de competência e de atuação, confundem-se discursos corporativistas e pseudocientíficos. Binet e Simon (1907) no manual de admissão já referido criticam: “Seria preferível evitar o equívoco do termo médico e dizer, simplesmente, ‘anormais de hospício’ e ‘anormais de escola’, para mostrar claramente a diferença de seus destinos.”

O discurso médico-pedagógico reforça a crença no caráter natural das aptidões e, principalmente, das inaptidões. O discurso científico ainda não havia adquirido a opacidade que lhe será peculiar, no ocultamento da pertença de classe e das relações de produção.

Médicos afirmam a necessidade de sua atuação para o trabalho do educador. Os professores, que afirmam a impossibilidade de ensinarem *crianças anormais*, conseguem ser nomeados para as classes especiais, que tanto defendem.

Qual a linha que define a *criança anormal*? Como distinguir *anormais de escola* e *anormais de hospício*? O *anormal de escola* não pode ser demasiadamente louco, mas deve ser suficientemente louco para ser detectado. Os futuros psicólogos se tornarão os especialistas em definir essas fronteiras.

O discurso médico-pedagógico acrescenta aos *anormais de hospício* - *idiotas* e *imbecis* - os *retardados* e os *instáveis*.

Publicações do início do século empregam duas categorias para crianças com problemas na escola: *atrasados*, *defasados* ou *débeis mentais leves* aos considerados inaptos para acompanhar o nível de instrução adequado à idade; os considerados incapazes de se submeter à disciplina escolar, por *debilidade de capacidades morais*, denominam-se *instáveis*.

A medicina, já acompanhada pela psicologia, falará de *debilidade intelectual*, *fraqueza moral*. Falará em *anormais da escola*, ou *atrasados*, distintos dos *enfermos psicológicos* e dos *débeis profundos*, ou *alienados*.

Entretanto, é preciso ressaltar que já desde essa época existem vozes discordantes, internas à própria medicina, criticando tais nosografias, classificações e distinções.

Desde o início, havia preocupação com as condições de vida, na tentativa de relacionar a *anormalidade* da criança com a inserção social; porém, buscando não compreender as relações concretas do sujeito com o meio, mas encontrar as causas do comportamento doentio no meio pernicioso, imoral, onde só se poderiam desenvolver *crianças anormais*.

As classificações dos especialistas do campo médico-pedagógico coincidirão sempre com as da escola, como os resultados do teste Binet-Simon.

Os *retardados* continuam frequentando as classes especiais, mas sem acesso à instrução; com apenas meia hora de aula diária, a eles se reserva aprendizagem profissionalizante, de economia doméstica e de comportamento.

Em menos de quinze anos, a escola deixa de ser para todos, criando dejetos que serão expelidos para as classes especiais.

No Brasil, novamente a história se repete.

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

Tomemos o caso de Minas Gerais. Em 1927, é regulamentado o ensino primário pelo Decreto-Lei nº 7970A; na parte *Das Classes Especiais para débeis orgânicos e retardados pedagógicos*, definem-se os retardados pedagógicos: “Crianças de menos de 12 anos, que tenham sido reprovadas três vezes consecutivas numa mesma série [...]”

A seguir, recomenda-se que as crianças encaminhadas para o ensino especial sejam identificadas não apenas por reprovações consecutivas, mas por testes para “*determinar o quociente de inteligência*”.

Expande-se o rol de problemas encaminhados às classes especiais; aumenta o número dessas classes; na década de trinta, surgem as escolas especiais.

Em 1929, a convite do governo mineiro, chega a Belo Horizonte, Helena Antipoff, russa de nascimento, europeia de formação. Psicóloga e educadora, forma-se no circuito Paris-Genebra, com Theodore Simon (do teste Binet-Simon). Vem implantar a Escola de Aperfeiçoamento, considerada a primeira Faculdade de Educação brasileira, o primeiro Laboratório de Psicologia Experimental e o Museu da Criança. Dinâmica, difunde o ideário da psicologia diferencial e da psicometria; preconiza testes para identificar aptidões, formar classes homogêneas e selecionar crianças retardadas, que seriam encaminhadas às classes especiais. A pedagogia deveria submeter-se à psicologia. Em pouco tempo, está presente em toda a rede educacional de Belo Horizonte, por meio das ex-alunas. As classes especiais surgem como inevitáveis. Em 1932, funda a Sociedade Pestalozzi de Minas Gerais, rapidamente transformada em Sociedade Pestalozzi do Brasil, sob o lema “*Proteger a Infância Anormal é preservar a sociedade e a raça das influências nocivas da anormalidade mental.*” Em 1935, cria o Instituto Pestalozzi de Belo Horizonte, externato para crianças que não aprendiam na escola regular.

Sem dúvida, Helena Antipoff só foi convidada pelo governo mineiro porque o *campo médico-pedagógico* já existia na mente de educadores e médicos brasileiros, mas lhe daria visibilidade muito maior.

Em 1939, Artur Ramos publica o livro *A criança problema*, referência para médicos e pedagogos nas décadas seguintes. Discípulo de Nina Rodrigues, afasta-se de suas concepções racistas e aproxima-se da antropologia e da psicanálise; substitui o conceito de *criança anormal* pelo de *criança problema*; critica os excessos da psicometria; defende o meio como determinante da personalidade e do desenvolvimento.

A substituição da concepção de *anormal* pela de *problema* representa inegável avanço teórico, porém não ocorre na prática. Ao conceito de *criança anormal* agrega-se o de *criança problema*; ambos convivem nos discursos médicos, psicológicos e pedagógicos até hoje.

A medicina cria sua própria demanda. Nos anos 1940, é criado, por iniciativa médica, o Centro Psicopedagógico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, primeira clínica pública voltada ao atendimento de crianças com dificuldades de aprendizagem, para prevenir problemas futuros. Não se pode esquecer que a democratização real do acesso à escola brasileira somente acontece na década de sessenta...

É evidente a *promessa de soluções* implícita no discurso médico. Pretende-se não a garantia de aprendizagem para crianças pobres, mas de um futuro saudável a toda a comunidade, a justificar os gastos dos estratos ricos, que nunca usarão tal clínica...

A medicalização consolida-se ao se infiltrar no pensamento cotidiano, no conjunto de juízos provisórios e preconceitos que regem a vida cotidiana, o que se pode apreender pela incorporação de seu discurso, científico ou preconceituoso, pela população.

A medicina constrói, assim, artificialmente, as *doenças do não-aprender* e a consequente demanda por serviços de saúde especializados. A partir daí, apropriar-se-à cada vez mais da aprendizagem. Sem mudanças significativas, apenas estendendo seu campo normativo.

Em pleno século 21, as crianças das classes populares continuam não tendo acesso à escolarização, apenas adentrando os portões das escolas e permanecendo como que estacionadas em suas carteiras.

Suas vidas continuam sem qualidade e continuam recebendo rótulos para justificar essa situação, rótulos que deslocam o foco de luzes de problemas coletivos, políticos e educacionais, para pretensas doenças, como se fossem problemas de ordem biológica e individual. Continuam não aprendendo o que não lhes é ensinado, mas os rótulos se disfarçam sob a aparência de sofisticados – embora falsos – diagnósticos, que vão mudando de nome ao longo do tempo como forma de esconder o jogo que está sendo jogado.

E as crianças que realmente têm problemas e necessitam de atendimentos especializados não têm acesso a eles, esquecidos e perdidos em uma longa fila de espera de onde transbordam crianças que eram absolutamente normais, adoecidas na escola...

Realmente, a qualidade de vida, o desenvolvimento e a aprendizagem das crianças ainda está longe de ser prioridade para os campos da saúde e da educação...

## REFERÊNCIAS

BINET, A.; SIMON, T. Les Enfants anormaux: guide pour l'admission dos enfants anormaux dans les classes de perfectionnement. Paris, Armand Colin, 1907.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

BOLTANSKY, L. *Puericultura y moral de classe*. Barcelona: Laia, 1974.

COSTA, D. A. F. *Fracasso escolar: diferença ou deficiência?* Porto Alegre: Kuarup, 1993.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. *Preconceitos no cotidiano escolar. ensino e medicalização*. São Paulo: Cortez, 1996

FOUCAULT, M. Historia de la medicalización. *Educación, médica y salud*, Washington, v. 11, n. 1, p. 3-25, 1977.

\_\_\_\_\_. *O nascimento da clínica*. 2. ed. bras. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.

LIMA, G. Z. *Saúde escolar e educação*. São Paulo: Cortez, 1985

MOYSÉS, M. A. A. *A institucionalização invisível: crianças que não-aprendem-na-escola*. 2. ed. at. e amp. Campinas: Mercado de Letras, 2007.

MUEL, F. La escuela obligatoria y la invención de la infancia anormal. In: VARELA, J.; ALVAREZ-URÍA, F. (Org.). *Espacios de poder*. 2. ed. Madrid: La Piqueta-Endymion, 1991.

PATTO, M. H. S. *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1990.