

O DISCURSO MÉDICO E A PATOLOGIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO*

THE MEDICAL DISCOURSE AND ITS PATHOLOGICAL EFFECTS IN SCHOOLING PROCESSES

SIMONE TIEMI HASHIGUTI**

RESUMO: Em discussões sobre *avaliação escolar*, e em meio à afirmação de que ela é um “instrumento que ajuda a direcionar e redirecionar a prática pedagógica”, não é raro ouvir de professores, coordenadores pedagógicos, diretores e assessores de escolas públicas e privadas a afirmação de que o que se faz na escola por meio desse “instrumento” é “diagnosticar” as “dificuldades” dos alunos. “Diagnostica-se”, através da avaliação, os “problemas” que os alunos têm, o que “não conseguiram apreender das aulas” e que “remédio” lhes deve ser dado para “sanar” tais problemas. Todas essas palavras são originalmente encontradas no discurso médico para a descrição de situações de doença, mas elas fazem parte, igualmente, do meio escolar. O objetivo deste texto é discutir a forma como a escola se apropria desse discurso e seus efeitos.

Palavras-chave: avaliação; diagnóstico; discurso.

ABSTRACT: When *evaluation* comes as a topic for discussion it is common to hear teachers, principals and pedagogical coordinators refer to evaluation tests as “instruments that help direct and redirect the pedagogical practice”. They state “that via the application of tests” it is possible “to diagnose” the students’ “difficulties”, their learning “problems”, what topics “they could not learn” and the kind of “medication” that should be administered in order to cause them “to recover”. All these terms are originally found in the medical discourse to refer to medical situations, illnesses, but they have been largely used in the educational discourse as well. The objective of this study is to reflect on how such terms migrated to the educational environment and what their effects are.

Keywords: evaluation; diagnosis; discourse.

INTRODUÇÃO

Um dos tópicos abordados nos cursos Ler para Aprender e Língua Portuguesa e Literatura, constantes do Projeto de Formação Continuada para Professores do Estado de São Paulo: Teia do Saber, nos anos de 2004 e 2005, foi *avaliação*. Cada curso teve em

* Agradeço a leitura e os comentários enriquecedores da professora do Departamento de Linguística do Instituto de Estudos da Linguagem, Unicamp, doutora Maria Irma Hadler Coudry.

** UFU, Uberlândia (MG), Brasil, <simonehashiguti@yahoo.com>.

média 30 alunos, e, para iniciar a discussão do tópico, a prática proposta foi de elaboração de definições para o termo pelos participantes, com a subsequente análise das respostas.

Em 61 respostas escritas sobre os sentidos de avaliação¹, 40 delas apresentaram as palavras *diagnosticar* e *diagnóstico* para defini-la, além, é claro, das palavras a elas relacionadas (“sanar”, “remédio”, “deficiência”, “cura” etc.). Os textos, reproduzidos *ipsis litteris* abaixo, mas com grifos meus, são exemplares dessas respostas, disponibilizados aqui para dar visibilidade a essa repetição:

(1) Avaliação: instrumento utilizado para *diagnosticar* o aprendizado do aluno em relação a determinados assuntos trabalhados, ou temas ainda não explorada, neste caso com a finalidade de conhecer como está a bagagem do nosso aluno. Ela deve ser *diagnóstica*, pois sua intenção não é de o “xeque-mate” para o aluno, mas sim descobrir suas *deficiências*, e assim poder dar-lhe o *remédio* certo para cada caso encontrado. Além disso deve ser contínua, avaliando o aluno como um todo, e a todo momento, e não apenas pontualmente, com datas pré-determinadas.

(2) *Conceito de avaliação*

Avaliação é o meio de identificar *erros e acertos*; antigamente era vista como punitiva, hoje para detectar a aprendizagem e construir novos rumos no ensino-aprendizagem, ou seja *diagnóstica*, dia a dia.

(3) *Conceito de avaliação*

Diagnosticar quais pontos do conteúdo precisam ser retomados (se necessário). A avaliação serve para que o professor avalie os pontos positivos e negativos de sua aula.

(4) *Diagnóstico*, como um médico. Não é para condenar, mas para buscar o *remédio* que *sana* as dificuldades do aluno. Serve como uma autoavaliação. Deve ser contínua, ela direciona e redireciona o trabalho. Não deve ser classificatória.

(5) Avaliar: observar o aluno, o que ele sabe, a partir desse *diagnóstico* buscar soluções, estratégias, para que os seus erros sejam objeto de trabalho para nós. Quando avalio o aluno, meu objetivo é estar verificando o que ele não sabe e a partir disso trabalhar suas dificuldades. Avaliar não é dar nota. É um ato ou reflexão sobre o processo ensino-aprendizagem.

As palavras *diagnosticar* e *diagnóstico*, entretanto, não apresentam, em seus sentidos dicionarizados, relação explícita com o discurso escolar, mas, sim, com a *doença*, o *mal*, o *problema*, isto é, relação com a área médica:

Diagnosticar v.t.(Conj.[12]) 1. Fazer diagnóstico de uma doença, identificá-la a partir de seus sintomas. — 2. Identificar a natureza de um problema; detectar ou prever um mal pela interpretação de seus indícios.

Diagnóstico s.m. (Do gr. *diagnóstikos*, hábil em discriminar.) 1. A arte de conhecer as doenças pelo seus sinais e sintomas. — 2. Identificação da natureza de um problema, de uma dificuldade, de um mal etc. pela interpretação de seus indícios exteriores. — 3. Conjunto de medidas e controles realizado para determinar ou verificar as características técnicas de um sistema, a fim de garantir a manutenção ou a melhoria das instalações².

¹ A pergunta era: “Para você, o que é avaliação?”

² Definições presentes no *Grande dicionário Larousse cultural da língua portuguesa*. São Paulo: Nova Cultural, 1999.

Na prática proposta, foi somente nas análises realizadas nos grupos, quando da visualização dos textos, que ocorreu a todos o reconhecimento da frequência com que tais palavras apareciam nos textos, e como esses termos, juntamente com aqueles outros relacionados à área médica, povoavam as definições de um conceito da área da educação. As questões que se colocaram então foram: O que seria aquilo a ser “diagnosticado” nessa outra área? Por que somos pegos pelo discurso médico, sendo, entretanto, professores? Muitos responderam que talvez quiséssemos diagnosticar a “ignorância”, a “falta de conhecimento”, as “dificuldades” dos alunos, ou que, talvez, na escola, estivéssemos todos “doentes”...

Durante o curso, refletimos sobre os efeitos desses termos nos processos escolares, em nossa prática docente. Neste texto, o objetivo é retomar essa reflexão de maneira mais aprofundada, a partir de pesquisa bibliográfica, e discutir como se deu seu deslocamento do ambiente hospitalar para o escolar. A perspectiva adotada é a discursiva materialista (PÊCHEUX, 1988), na qual compreendemos que o discurso é o lugar da relação entre os sujeitos como posições históricas (o eu e o tu, professor e aluno ou médico e paciente, por exemplo, são posições nas quais enunciamos, determinadas no discurso), como também aquilo que, sendo estrutura linguística e acontecimento histórico (PÊCHEUX, 1983), é instância material da ideologia (ORLANDI, 2005). Discursivamente, o sujeito produz sentido porque é interpelado ideologicamente, ou seja, o sentido não existe em literalidade com os objetos simbólicos, resulta do gesto de interpretação do sujeito do/no discurso. O foco, portanto, é a compreensão de como a posição-sujeito-professor passa a se igualar à posição-sujeito-médico.

1. A MEDICINA E AS CIÊNCIAS MÉDICAS NA ESCOLA

Collares e Moysés (1985), no artigo “Educação ou saúde? Educação X saúde? Educação e saúde!”, apontam como a década de 1980 foi abundante de uma literatura médica sobre educação. Segundo elas, discutiam-se, nas escolas, os “distúrbios de aprendizagem”, leitura possível dos problemas de aprendizagem enfrentados pelos alunos a partir do quadro médico conhecido por “nova morbidade” — a incapacidade ou dificuldade de aprender relacionada a problemas neurofisiológicos:

As questões relativas ao desenvolvimento neuropsicomotor da criança e à aprendizagem têm sido crescentemente incorporadas em uma área de atenção médica, conhecida como “nova morbidade”. Essa visão [...] tem se espalhado rapidamente pelo Brasil, a partir de livros e artigos publicados em revistas americanas e da postura da Academia Americana de Pediatria e de associações médicas brasileiras.

Na perspectiva das autoras, houve, nessa época, a existência de duas situações: a “incorporação da saúde pela educação” e a “incorporação da educação pela saúde”. A primeira dizia respeito à aplicação, na educação, do “raciocínio clínico tradicional, privilegiando relações causais lineares e explicações fisiopatológicas” para explicar os

“fracassos escolares” (repetência), num processo que as autoras chamaram de “medicalização do fracasso escolar”. Nesse processo, o “fracasso escolar” era tratado por profissionais da área médica (pediatras, fonoaudiólogos, psicólogos, psiquiatras) como resultado de alguma doença, como a desnutrição, por exemplo, no caso dos alunos mais pobres³, ou como a Disfunção Cerebral Mínima (DCM), no caso de alunos de classe média ou alta, diagnosticados com sintomas do tipo “hiperatividade” ou “dificuldades de aprendizagem”⁴. Segundo as autoras, essas formas de interpretar os problemas escolares deslocaram a reflexão do viés social para o individual, em que a responsabilidade pelas “deficiências de aprendizagem” passou a ser do próprio aluno, num processo de isenção da instituição escolar e da própria sociedade de sua participação na construção desses “quadros médicos” na educação.

A segunda situação dizia respeito aos programas de saúde desenvolvidos, à época, nas escolas. Programas sobre alimentação e higiene, por exemplo, eram, ao contrário dos diagnósticos e tratamentos, realizados por professores e não por profissionais da saúde. De acordo com as autoras, esses professores não tinham a formação necessária para desenvolver tais programas, mas os desenvolviam. Dessa maneira, havia uma inversão de papéis: os professores acabavam por lidar com aquilo que era função dos profissionais de saúde, e estes acabavam por lidar com aquilo que era da responsabilidade dos educadores.

O que chama a atenção nesses fatos é a forma como o conceito de “nova morbidade” veio facilmente explicar e apresentar soluções para os problemas da área da educação naquele momento, e como as “patologias” então reconhecidas carregavam explicitamente a divisão de classes sociais⁵. A “nova morbidade” parece ter sido uma solução que preencheu uma lacuna no entendimento do processo escolar de aprendizagem, sendo criada em tempo para discutir os números elevados de repetência e desistência escolar e acalmar profissionais da área da educação. O nome “nova morbidade”, entretanto, carrega o sentido de uma doença nova que, à semelhança de outras, epidêmicas ou viróticas, por exemplo, acomete os sujeitos. Estaríamos, então, sendo acometidos por uma incapacidade de aprender.

Dos anos 80 para cá, outras propostas de leitura dos fatos escolares têm sido apresentadas em estudos de diversas áreas: da pedagogia, da linguística, da psicologia etc. Elas têm-se referido tanto aos processos de aprendizagem quanto, e principalmente, aos métodos ou abordagens de ensino. Mas a prevalência da leitura médica, criticada pelas autoras e também neste trabalho, continua acontecendo. A terminologia clínica tem sido uma constante na descrição dos processos de avaliação e escolares de maneira geral, como vimos acima. Essa permanência é efeito, como aqui pensado, de uma ligação mais

³ Deve-se notar, a esse respeito, que as autoras lembram que a questão da merenda escolar era também um tópico de discussão na época.

⁴ A respeito do reconhecimento da DCM na escola, conferir também Caron (2000).

⁵ Não se questiona a importância da alimentação no desenvolvimento e crescimento do ser humano, mas sim o *efeito* que a classificação dos alunos por níveis financeiros poderia provocar no próprio reconhecimento das patologias.

estreita entre a escola e o hospital, uma relação de constitutividade na forma de funcionamento das duas instituições, que foi apontada anteriormente por Foucault.

2. FOUCAULT: DISCIPLINA COMO TÉCNICA DE PODER

Segundo Foucault, a forma arquitetônica das escolas e sua organização institucional têm relação com a evolução da medicina moderna ocidental e dos hospitais. Houve, no século XVIII, o surgimento de uma cultura da cura que só foi possível graças à inserção da disciplina como *técnica de poder*, “um conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade” (1984), em que o exame se torna a possibilidade de controle (localização, classificação, vigilância e julgamento) dos sujeitos. A boa saúde passava a significar o controle das doenças nos grupos pobres da sociedade e a prevenção de epidemias que poderiam atingir as camadas mais ricas, além de maximizar a força de trabalho dos primeiros.

Na escola, como explicita Foucault (1984), essa cultura disciplinar e de cura também passou a controlar os alunos na produção do conhecimento e para sua maximização:

Nas escolas do século XVII, os alunos também (à semelhança dos doentes nos hospitais da época) estavam aglomerados, e o professor chamava um deles por alguns minutos, ensinava-lhe algo, mandava-o de volta, chamava outro etc. Um ensino coletivo dado simultaneamente a todos os alunos implicaria numa distribuição espacial. A disciplina é, antes de tudo, a análise do espaço. É a individualização pelo espaço, a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório.

A técnica disciplinar rearranjou a arquitetura do século XVIII, com a construção de prédios cercados, fechados em si mesmos, que se constituíram como microcosmos em que tudo deveria ser vigiado e controlado. Os indivíduos passaram a ser separados em classes, em fileiras, em filas, numa organização que os classificava a partir de seus saberes e capacidades, ou de suas doenças, no caso dos hospitais. E, nas salas, sua disposição física era tal que dirigia seu olhar para um único centro de controle (a mesa do professor, no caso da escola; a carceragem, na prisão; e o médico, no hospital).

Os tempos de aprendizagem e de cura também foram reorganizados, passando a serem controlados pela “economia do exame”. As provas nas escolas e os exames médicos no hospital tornaram-se ferramentas para dar visibilidade ao indivíduo e criar a ilusão da diferenciação: ao serem expostos através de um ritual de exames, os indivíduos, ao invés de serem destacado quem os manipulava, como nos séculos anteriores, eram eles destacados dentro do processo. Esse exercício de poder foi construindo o próprio saber e a própria ciência: a pedagogia, para a escola, e a medicina, para o hospital. Com o exame, vieram a punição e a recompensa, formas de prender e adestrar os indivíduos num sistema de funcionamento.

O funcionamento disciplinar foi a base que constituiu o imaginário sobre educação e possibilitou a construção do sistema, até hoje existente, de hierarquização e perpetuação

de poderes e posições discursivas que inculca o ideal de homogeneidade dos processos escolares e dos sujeitos envolvidos. Esse sistema permite a transposição mais “natural” do discurso médico para a educação e o surgimento de sujeitos e saberes “melhores” ou mais “corretos”, isto é, que podem ser julgados, classificados, tratados e, principalmente, excluídos numa ordem de valores em que a instituição, o material didático, o aluno e o professor ocupam posições de poder diferentes entre si. Como apontou Foucault (2004):

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. Funcionamento penal da ordenação e caráter ordinal da sanção. A disciplina recompensa unicamente pelo jogo das promoções que permitem hierarquias e lugares; pune rebaixando e degradando.

3. “PATOLOGIAS” NA ESCOLA?

A ilusão da homogeneidade que garante a manutenção de métodos, as fórmulas (receitas objetivas de como ensinar) e os materiais de ensino, para muitos dos profissionais, dão respaldo à nomeação daqueles que se mostram diferentes dessa expectativa homogeneizante e subordinante (tanto professores quanto alunos), como “desorganizados”, “indisciplinados”, “irresponsáveis”, “fracos” ou “doentes”, os “desvios” a que se refere Foucault. Essas, por exemplo, foram palavras mencionadas por vários profissionais da educação nas discussões sobre avaliação para dizerem dos problemas encontrados na escola e poderiam ser, portanto, algumas das “doenças” que sustentam o discurso médico na escola. Com o propósito apenas de tornar mais visíveis esses termos ao leitor, nos contextos em que ocorreram, alguns relatos orais⁶ são trazidos abaixo:

(6) Hoje em dia é muito difícil avaliar. Temos que levar em consideração tudo o que o aluno traz, mas é difícil. Com o fim da importância da prova e da reprovação, os alunos estão cada vez mais *indisciplinados*, não querem saber de nada. Se não é para a prova eles não estudam.

(7) O professor ruim é aquele que não planeja a aula, é *desorganizado*. Ele *não tem controle dos alunos, não direciona*.

(8) Não há como não gostar mais daqueles alunos lindos, caprichosos, cheirosos que sentam na frente e fazem tudo o que você pede, enquanto os outros do fundo fazem bagunça, são *fracos* e não prestam atenção na aula, não se interessam por nada (grifo meu).

⁶ A pesquisa discursiva toma como significativa a recorrência de termos, porque vê nela a repetição discursiva, a constituição de sentidos num mesmo discurso, porém ela não se atém a quantidades numéricas para provar hipóteses. O objetivo é compreender os processos históricos e de linguagem que possibilitam que as repetições e os discursos se mantenham ou se transformem. Durante os cursos, pelo fato de haver dois professores ministrando as aulas, havia sempre um de nós que anotava os relatos dos participantes numa folha branca, exposta a todos, para que pudéssemos, posteriormente, fazer análises em conjunto. Esses relatos são algumas dessas anotações.

Nos casos em que os problemas de “disciplina” e “organização” dos alunos se mostram ainda mais “complicados” do que o professor possa resolver, o caminho geralmente é recorrer à intervenção do coordenador pedagógico, depois, do diretor da escola e, depois, de profissionais da área de saúde. E é nesses episódios que se torna frequente o reconhecimento dos casos de “dislexias”, “disfunções mentais” e de “comportamento”. Quase nunca ocorre a reflexão sobre a forma como se têm dado os processos de aprendizagem no ambiente escolar e sua relação com a legitimação dessas “doenças”, isto é, quase nunca se estranha como a escola tem produzido suas próprias patologias, seus encaminhamentos e suas curas, num processo que a constitui imaginariamente no mesmo lugar do hospital e posiciona os professores como médicos.

Caron (2004), por exemplo, ao analisar os psicodiagnósticos de alunos tidos como “problema”, mostra como, no percurso “aula de reforço/psicopedagogia/ psicoterapia/ sala especial”, que eles são obrigados a fazer a partir do reconhecimento do “problema de aprendizagem”, o funcionamento homogeneizante do sistema escolar e de diagnósticos apaga do sujeito aquilo que lhe é singular e que o constituiu como sujeito histórico e de linguagem (e, portanto, sujeito de equívocos). Segundo a autora, nos diagnósticos de psicólogos, fonoaudiólogos e pedagogos, busca-se “o normal (que tem a ver com o sujeito virtual, psicológico e construído na base da estatística)”, enquanto “as singularidades (que têm a ver com sujeitos históricos) ficam como ‘esquisitices’”. A pesquisadora aponta a dimensão absurda que os processos diagnósticos podem ter quando, a partir das formulações e dos formatos das avaliações, os profissionais reconhecem sujeitos “incapazes” de responder e entender perguntas que são descontextualizadas e, muitas vezes, da ordem do *nonsense*⁷. Além disso, ela lembra como a escrita desses profissionais, nos laudos por eles elaborados, traz marcas (trocas ortográficas, discordâncias verbal e nominal, traços de oralidade etc.) daquilo que eles reconhecem ser os sintomas das deficiências de seus pacientes⁸! Não é de se admirar, portanto, a confusão de papéis, formas de avaliar e diagnosticar tanto na escola como na clínica.

No fragmento (6), acima, é importante notar também outro aspecto relevante no quadro educacional atual que é pontuado. Muitos professores mencionam ter hoje uma certa angústia: não saber o que fazer para ganhar a atenção de seus alunos e ter deles o reconhecimento da importância de aprender mesmo que não haja provas. Esse conflito é

⁷ Como se pode perceber no fragmento recuperado pela autora de um dos diagnósticos. Os grifos são meus: “Em repetição de palavras, (o aluno) apresentou *excelente desempenho em palavras com sentido e desempenho razoável em palavras sem sentido*, o que mais uma vez sugere dificuldade na decodificação fonêmica [...]”.

⁸ A título de exemplificação, retomo novamente trechos de laudos que a autora explora durante o texto (dos laudos de profissionais de saúde sobre alunos-“problema”): “a mãe relata que a criança nasceu roxo [...], acorda várias vezes mais torna a dormir facilmente [...]”, “é importante que a leitura e a escrita também seja estimulado em casa”.

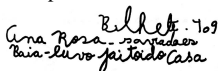
causado pela proposta do ensino em ciclos⁹, em que há eliminação das provas. Pelo que vimos discutindo, tal conflito não teria como não ocorrer, já que toda a estruturação da escola, como apontou Foucault, é constitutivamente baseada em relações de provação, punição e recompensa. Uma mudança nessa organização significa a necessidade de uma mudança na ordem discursiva (que diz respeito às práticas e posições discursivas constituídas historicamente), e isso requer muito mais do que a aceitação da proposta, requer a constituição de novas práticas de sala de aula, de novas formas de relação entre professor e aluno. Deixar de ocupar a posição do médico que diagnostica seus doentes, na sala de aula, talvez seja já um bom começo.

4. CONCLUSÃO: OS EFEITOS DO DISCURSO MÉDICO NA ESCOLA

A reflexão tecida neste texto leva a concluir que a educação construída pelo diagnóstico é aquela na qual saltam aos olhos o “erro” e a “deficiência”, *o conhecimento que ainda não se tem ou que é diferente do institucionalizado*, como foi explicitado no texto (5) analisado: “meu objetivo é estar verificando o que ele (o aluno) *não sabe e a partir disso trabalhar suas dificuldades*”. Considera-se, portanto, aquilo que falta (e que é, imaginariamente, “melhor”, como, por exemplo, o conhecimento da metalinguagem científica nas disciplinas), e não aquilo que já existe e que aparece no ato interpretativo, ou seja, *não* se considera a relação do sujeito com a linguagem, sua singularidade, as especificidades da língua, o funcionamento da linguagem¹⁰. Dificuldades normais no

⁹ As propostas, no Brasil, de progressão continuada no ensino datam, segundo Jacomimi (2007), de 1920, a partir de quando se ouviu falar e se começou a discutir o assunto pela primeira vez. Na década de 1960, houve algumas tentativas em pontos diferentes do país, mas o grande momento de discussão e de aplicação da proposta ocorreu a partir de 1996. Segundo a autora, a maioria das escolas com esse tipo de funcionamento está localizada na região Sudeste e no estado de São Paulo. Para mais informações, conferir JACOMIMI, M. A. Os educadores e a organização do ensino em ciclos na rede municipal de São Paulo (1992-2001). *Revista Factus*, v. III, p. 95-112, 2007.

¹⁰ Faz-se pertinente mencionar também que Abaurre e Coudry (2008), por sua vez, utilizam a noção de *processos intermediários de significação na linguagem* para tratarem de fatos considerados por outros como “deficiências” nos processos de reconstrução da linguagem por afásicos e de aquisição da representação escrita por crianças. As autoras sugerem que aquilo que tem sido apontado nas avaliações das produções desses sujeitos por parte de psicólogos e psicopedagogos como estilos “telegráficos” de linguagem e problemas disléxicos são *indícios* desses processos, isto é, formas intermediárias (e não produtos finais) que explicitam o trabalho do sujeito com a linguagem, na (re)elaboração de hipóteses sobre seu funcionamento. Para explicitação desse tipo de processo, as autoras trazem exemplos como o seguinte: (texto de uma aluna de primeira série de ensino fundamental de uma escola pública em Campinas)



Bahia e casa

Nesse texto, um bilhete solicitado pela professora, a aluna, além de escrever *Ana Rosa, Bahía e casa*, traz uma proposta de produção para “eu já vou para casa”, que ela explicitou quando fez a leitura do próprio texto. Como argumentam as autoras, na avaliação desse tipo de produção não se pode levar em conta o que “falta” no texto, mas sim o que é sublinhado pelo sujeito nas formas escolhidas e que revela as particularidades de sua relação, naquele momento, com o objeto. Outro exemplo, extraído do nosso

processo de escolarização e as soluções propostas pelos diferentes sujeitos são significadas como doenças e sintomas, e constitui-se o imaginário do “aluno que não consegue aprender”.

Coudry e Mayrink-Sabinson (2003), por exemplo, em uma pesquisa de “Avaliação e acompanhamento longitudinal de crianças/adultos com dificuldades na aquisição da escrita”, apontam como os diagnósticos e tratamentos dos sujeitos por elas analisados produzem incessantemente sujeitos mudos e analfabetos, ocupando exatamente o lugar dos “que não conseguem aprender”. Nos tratamentos, os sujeitos são submetidos a atividades que os limitam à reprodução de listas de palavras e repetição exaustiva de frases descontextualizadas¹¹, num processo de construção do imaginário de escolarização como algo violento, excludente e sem sentido. Nos casos estudados pelas autoras, o que fica marcado são as contradições entre a prática pedagógica (com exercícios e avaliações que desconsideram as variedades da língua e se apoiam num ideal de transparência da linguagem), as avaliações médicas e seus diagnósticos (a partir de uma condução dos sujeitos analisados nas tarefas que certamente leva ao “erro”) e o trabalho real do sujeito com a linguagem. Nessas condições, que são as nossas condições de produção de sentidos na escola, os sujeitos inevitavelmente se constituem doentes e incapazes e, de fato, não conseguem se adequar nunca ao ambiente escolar.

Casos tão comuns de instabilidades ortográficas (por ex.: “menoria”, “descutem”, “saice”), de concordância verbal (por ex.: “se nós fosse”) ou nominal (“as informação”, “os aluno”), por exemplo, no processo de escolarização (e que tanto afligem os professores entrevistados nesta pesquisa), são inscrições subjetivas, *marcas materiais do trabalho do sujeito com a linguagem*, que apontam as posições discursivas ocupadas, as identificações sociais de cada um¹². Não poderiam, dessa forma, ser alocados em um mesmo lugar de classificação de sintomas de possíveis doenças ou incapacidades cognitivas. Caso fossem sintomas de patologias reais, seríamos todos, então, doentes, já que todos somos sujeitos de linguagem.

corpus de pesquisa, que pode ser pensado pelo mesmo viés, é o texto de um aluno de ensino médio: “*Eu gostária que a escola estivece um muro mais alto p/ que os alunos não saice fora*”. Aqui, as formas em itálico evidenciam tentativas de adequação à variedade escrita da língua. O aluno sabe da existência da acentuação gráfica e hipercorrige “tivesse”, baseando-se nas formas escritas e faladas do verbo “estar”, comumente pronunciada sem a primeira sílaba. As grafias de “estivece” e “saice” fazem parte da mesma dúvida sobre as formas de escrever o fonema /s/, e a falta da marca plural no segundo verbo é marca de uma variedade oral da língua. Não são marcas de “burrice” ou “retardamento”, como ouvi dizer, mas sim de tentativas na língua escrita.

¹¹ Por exemplo: “Meu pé está sujo.”, “Minha boca é bonita.”, que uma paciente afásica que apresentava problemas de outra ordem de afasia tinha que copiar seguidas vezes, ou “Clóvis e Cleuza compraram chicletes de clorofila.”, que um menino de 8 anos que não tinha problemas de fala tinha que repetir.

¹² É importante mencionar as considerações de Payer e Bolognini (2005), que apontam como eventos de linguagem comumente considerados erros: são, em muitos casos, marcas da memória discursiva de outra língua na língua nacional, como no caso dos descendentes de italianos, por exemplo, que suprimem o /s/ final em algumas palavras (por ex.: óculo/0/, para óculo/s/) ou produzem sentenças como: “Nasci de setembro” (PAYER, 2006). A consideração do erro nessas produções marca o apagamento de uma história de imigração e constituição subjetiva e a filiação a uma ideologia dominante.

O profissional da educação, ao enunciar que “diagnostica os problemas” dos alunos, não se dá conta de que ocupa a posição discursiva do médico e automaticamente coloca o aluno na posição discursiva de paciente, responsabilizando-o pelas diferenças que são parte do processo de escolarização, da relação com a linguagem. Como os sentidos trabalhados (incutidos) pela escola são os sentidos de um saber que é legitimado pelo livro didático e pela palavra do professor, apaga-se, nesse processo, a possibilidade de um saber que é construído pela troca de experiências, pela inserção do aluno em seu próprio processo, pela autorização da produção de sentidos diferentes dos institucionalizados e previstos. O sujeito que entra na escola é desde antes “deficiente” porque não possui os mesmos saberes que circulam nos livros didáticos e que são os saberes de seus professores, e isso não é pouca coisa quando se julga que as relações estabelecidas na escola são construídas a partir dessa ideologia.

O discurso médico, ao ser apropriado e naturalizado pela escola, desloca os sentidos para aquilo que aqui se chama de uma *leitura patologizada e autorizada da educação*. Passa a ocorrer, por exemplo, a leitura médica especializada do *equívoco* constitutivo do processo de construção de sentidos e a sua nomeação como “erro”, “deficiência”, “dificuldade”. O *equívoco*, na teoria discursiva, é, ao contrário do “erro” ou da “deficiência”, o espaço que mostra o trabalho interpretativo do sujeito na construção de sentidos. É, como aponta Orlandi (1998b, p. 209), a historicização da repetição, a tentativa de integração em uma memória discursiva para fazer sentido, para fazer “outros” sentidos.

A discussão sobre a patologização do discurso escolar nos é relevante, sobretudo, porque, ao pensarmos sobre a posição ocupada pela escola na sociedade (que deve ser a de *escola* e não de *hospital* ou *clínica*), podemos refletir também sobre os imaginários que construímos a partir da aceitação de um discurso médico: os de que, de fato, somos “doentes”, “fracos” e “piores”, se não falamos ou escrevemos a mesma variedade linguística considerada “cult” ou se não possuímos ou conseguimos entender a metalinguagem usada nos livros didáticos, e de que a escola é o lugar onde se entra “doente” e se deve sair “curado”¹³.

Falar de educação pelo discurso médico significa reafirmar o funcionamento disciplinar, a interconstitutividade hospital-escola e o funcionamento de exclusão. A escola pode ser o lugar privilegiado para as reflexões sobre as diferenças e as particularidades dos processos de diferentes alunos, onde os sujeitos constroem seus saberes e que tem de especial a circulação de diferentes e variadas formas para que esse processo se dê. Mas esse é um deslocamento que depende de mudanças pela e na língua(gem), e a proposta, dessa vez, é a de ressignificação das “doenças” e de seus “sintomas” em outros sentidos que permitam nos reconhecermos como sujeitos de história e linguagem e de processos incompletos e heterogêneos de aprendizagem. Não adianta vivermos em época de projetos governamentais

¹³ Como também compara Almeida (1985, p. 4): “Educação e saúde, enquanto propostas de intervenção e controle do Estado seguiram e seguem caminhos semelhantes. [...] São locais em que um indivíduo entra com um certa deficiência (doença no hospital, ignorância na escola) e vai procurar, num sentido específico, sua cura, pelo saber médico ou educacional. [...] A medicina e educação produzem incessantemente suas ‘morbidades’, justificando até suas realidades”.

que enunciam como objetivo a “Educação para todos”, a inclusão social na escola, quando todos aqueles que são acolhidos fisicamente por ela continuam habitando sua margem, revivendo a cada momento que falam ou escrevem o processo de exclusão. De nada adianta incluir para excluir novamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABAURRE, M. B. M.; COUDRY, M. I. H. (2008) Em torno de sujeitos e de olhares. *Estudos da Língua(gem)*, v. 6, p. 1-10.
- ALMEIDA, M. J. de. (1985) Texto de apresentação. *Cadernos Cedes*, São Paulo, n. 15, p. 3-5.
- CARON, M. F. (2000) *As relações da escola com a sociedade nos processos de diagnosticar/avaliar*. Dissertação de Mestrado em Linguística. Instituto de Estudos da Linguagem, Unicamp. Campinas.
- _____. (2004) *Os selos da exclusão: efeitos de poder do psicodiagnóstico*. Tese de Doutorado em Linguística. Instituto de Estudos da Linguagem, Unicamp. Campinas.
- COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. (1985) Educação ou saúde? Educação X saúde? Educação e saúde!. *Cadernos Cedes*, São Paulo, n. 15, p. 7-16.
- COUDRY, M. I. H.; MAYRINK-SABINSON, M. L. (2003) Pobreza e dificuldade. In: Albano, E. et al. (orgs.) *Saudades da língua*. Campinas: Mercado de Letras, p. 561-576.
- FOUCAULT, M. (1984) *Microfísica do poder*, 4ª ed. Trad. R. Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- _____. (2004) *Vigiar e punir*. Trad. R. Ramalhe, 29ª ed. Petrópolis: Vozes.
- ORLANDI, E. P. (2005) *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. Campinas: Pontes.
- _____. (1996) *Interpretação: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico*. Petrópolis: Vozes.
- _____. (1998a) Paráfrase e polissemia: a fluidez nos limites do simbólico. *RUA*, Campinas, n. 4, p. 9-20.
- _____. (1998b) Identidade lingüística escolar. In: Signorini, I. *Língua(gem) e identidade: elementos para uma discussão no campo aplicado*. Campinas: Mercado de Letras, p. 203-212.
- PAYER, M. O. (2006) *Memória da língua: imigração e nacionalidade*. São Paulo: Escuta.
- PAYER, M. O.; BOLOGNINI, C. Z. (2005) Línguas de imigrantes. *Ciência e Cultura*, Campinas, v. 2, ano 57, p. 42-46.
- PÊCHEUX, M. (1975) *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Trad. E. P. Orlandi et al. Campinas: Editora da Unicamp, 1988.
- _____. (1983) *Discurso: estrutura ou acontecimento*. Trad. E. P. Orlandi. Campinas: Pontes.

Recebido: 15/11/2007

Aceito: 28/6/2008