



A Representação do Corpo «Anormal» no Estado Novo (1942-1951): a Primeira Década do Instituto de António Aurélio da Costa Ferreira

Rui Gomes*

1. Introdução

Analisarei neste trabalho a génese do Instituto de António Aurélio da Costa Ferreira (IAACF). Encontra-se, frequentemente, a ideia de que a fundação deste Instituto esteve sobretudo ligada à formação em educação especial. Tentarei mostrar que essa era apenas uma das dimensões em causa: que o IAACF, participando numa verdadeira tecnologia de transformação do corpo biológico em corpo social, tem por pano de fundo uma certa tecnologia do corpo social perfilhada pelo Estado Novo; que o IAACF constituiu um elemento importante da consolidação de uma medicina social da exclusão, individualização e distribuição dos espaços e dos indivíduos.

A minha hipótese de partida considera que com a consolidação do Estado Novo não se deu a passagem de uma medicina colectiva para uma medicina individualizada, de uma medicina social para uma medicina privada, mas precisamente o contrário: que o Estado Novo socializou e medicalizou um primeiro objecto, o corpo, enquanto força de produção, integrando-o no circuito de reconstrução da essência do *homolusitanus*.

As noções de normalidade e anormalidade, as suas fronteiras, revelam que a intervenção não se dirige à doença propriamente dita, como na medicina da crise, mas ao que a circunda, o contexto social, o acompanhamento pedagógico. Desta forma, o Estado Novo percebe que o controle sobre os indivíduos não opera apenas pela consciência ou pela

* Assistente da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação-UL.
Boletim SPEF, n.º 9 Inverno de 1994, pp. 85-106.

ideologia, mas começa precisamente no corpo, numa espécie de naturalização da ideologia.

A temporalidade que construímos opta por estruturar a história do corpo «anormal» em função das perspectivas segundo as quais a principal instituição medico-pedagógica o integra. Estas constituem verdadeiras teorias implícitas que reagrupam as representações eruditas e de senso comum em relação aos «anormais». Assim, a estratégia de pesquisa situou-se na recolha e tratamento quantitativo e qualitativo dos artigos publicados na primeira década do Boletim do IAACF, *A Criança Portuguesa*.

A nível tipológico o tema refere-se a factos institucionais que concorrem para a continuidade e reprodução de uma determinada formação social; de consciência, que correspondem a manifestações de conhecimento, particularmente o de senso comum; científicos, que se relacionam com a produção científica do IAACF; de formação, que interessam à produção e transmissão de saberes.

2. Poder e Saber sobre o Corpo «Anormal»: a Constituição do Objecto de Estudo

2.1. Génese

Se utilizarmos a grelha de análise de Foucault que reconstitui a formação da medicina social a partir de três etapas — medicina de Estado, medicina urbana e medicina da força de trabalho — podemos considerar que o discurso e as práticas do Estado Novo constituem uma forma subalterna de uma modernização conservadora das práticas médico-pedagógicas particularmente dilatória através de uma intervenção a partir da cúpula.

A fundação do IAACF inscreve-se nesse movimento típico do salazarismo que tentou repor as gentes na sua sociabilidade natural. Nos idos da década de quarenta, uma minoria de portugueses modelavam a maioria dos portugueses por fazer. A génese e o desenvolvimento de um novo modelo médico-pedagógico de intervenção junto da «anormalidade» que consiste na passagem da «instituição-prisão» para a «instituição-horta», compartimentada de acordo com a classificação nosológica, constitui um longo processo, produzido no seio de um complexo jogo de relações sociais e de mudanças das representações e das orientações normativas respeitantes à sociedade e aos homens. Esse processo deve ser visto em relação com:

1. A constituição de toda uma série de instituições que visam o *controle do corpo*.

2. O desenvolvimento duma *nova concepção da doença*, enquanto fenómeno natural e, por isso, classificatório. Como as plantas ou as espécies animais, a doença tem características observáveis, um certo curso e um desenvolvimento típico. A anormalidade é a natureza em acção, mas uma natureza devida a acções particulares do meio sobre os indivíduos. A doença tem espécies e gradações. A classificação nosológica e o deslocamento da intervenção médica do espaço estritamente hospitalar ou de exclusão para outros espaços — pedagógico, familiar e do trabalho — vão estar na origem do IAACF.
3. *A normalização da prática e do saber médico-pedagógico*. Surge a ideia de uma normalização do ensino de anormais e, sobretudo, de um controle pelo Estado dos programas de ensino e da atribuição dos diplomas. Antes de aplicar a noção de fronteira normal/anormal ao doente, começa-se por aplicá-la aos agentes educativos. Essas noções devem ser uma tecnologia social manipulada pelo Estado. Donde, a emergência de uma organização administrativa para controlar a actividade dos médicos e dos professores. Um departamento especializado é encarregado de acumular e centralizar as informações transmitidas por médicos, professores, serviços tutelares de menores, tribunais, etc.

2.2. *Problemática*

Ser um «grande anormal educável», um «anormal ineducável», «oligofrénico» ou «psicopata» não constitui uma classificação clínica independente das relações sociais e de poder historicamente constituídas. A noção de anormalidade do Estado Novo, ou a de necessidades educativas especiais dos nossos dias não simbolizam uma condição imanente, independente da interacção social. A deficiência constitui uma designação, uma categorização, imbricada nas relações sociais, que pontua uma particular forma de pensar, de agir e de reagir sobre certas pessoas. A anormalidade constitui uma outra lente, uma outra forma de ver o corpo e os comportamentos, uma outra grelha de análise das formas de os esquadriñar e medicalizar, uma específica forma de os poderes agirem sobre a circulação, distribuição e enclausuramento dos indivíduos.

Que determinações científicas, culturais e políticas podemos descortinar na origem das práticas do IAACF e dos métodos de educação de anormais implantados durante os anos de consolidação do Estado Novo? Que teorias suportavam as propostas? Havia uma teoria dominante ou, pelo contrário, surpreendemos a presença de diversas teorias em confronto? As decisões tomadas tinham um carácter uniforme, váli-

das para a sociedade no seu conjunto ou destinavam-se a certos grupos sociais em detrimento de outros?

O corpo dos homens é o produto de certas relações sociais. O poder, concentrando meios de controle directos e indirectos dirige a ordem corporal. A própria natureza do poder se pode verificar pela maior ou menor rigidez dessa ordem. Sendo que rigidez não é sinónimo de eficiência, na medida em que podemos surpreender formações sociais de hierarquia social rígida e grande desordem corporal e sociedades caracterizadas por uma grande mobilidade social e uma hierarquia corporal estática.

No caso do Estado Novo estamos perante um exemplo típico de rigidez, centralismo e eficiência. E isto porque, ao mesmo tempo que se assegurava a produção de uma série de organismos disciplinares, concentracionários (MP, FNAT, Polícia de costumes, etc.) dirigidos para o corpo, promovia-se também um aparelho de controle social e ideológico moralista, pedagógico e propagandístico que deveria permitir a correspondência entre a imposição externa e a vontade individual. Os anos de consolidação do salazarismo são exemplos vivos da procura de uma legitimidade social por via de um consenso imposto.

De acordo com estes pressupostos cabe perguntar: sobre que influências e em que contexto sócio-histórico emergiu o sistema de medicina social da anormalidade de que o IAACF é um exemplo paradigmático? Quais foram as orientações preconizadas e que tipo de instituições paralelas foram criadas? Que pedagogia foi adoptada para o controle do corpo anormal e para a sua racionalização?

Existe uma multiplicidade de conhecimentos que se têm debruçado sobre a deficiência cuja hierarquia é, do ponto de vista sociológico, muito variável. Nessa medida seria mais correcto falar em saberes. O conhecimento do senso comum constitui um saber, assim como o conhecimento técnico ou político o são, não podendo ser redutíveis a um saber científico. Da mesma forma, no interior do conhecimento científico a classificação e hierarquização das ciências particulares flutua de acordo com os quadros sociais.

A anormalidade, como constructo referenciado a certas formas de educação especial constitui um segmento específico de conhecimento que ajuda a organizar o mundo. O processo de categorização da anormalidade introduz uma função ideológica importante num meio onde se privilegiam as transacções sociais e interpessoais: a função de preservação e estabilização do envolvimento social. As categorias da anormalidade dão a quem as usa uma sensação de conhecimento e, consequentemente, uma forma de intervir e programar. Assunções e expectativas são mobilizadas a partir do processo classificatório, ficando o indivíduo sujeito a um conjunto de comportamentos, maneiras de pensar e de contextos que alteram as suas circunstâncias de vida. O significado da

«anormalidade» vai muito para além das diferenças físicas, psicológicas ou comportamentais. A «anormalidade» tem um significado simbólico que pode ser entendido em termos do que a sociedade valoriza ou desvaloriza.

3. Da «Instituição-Prisão» à «Instituição-Horta»

Com a criação do IAACF vai-se consolidar a passagem dos mecanismos de exclusão que haviam marcado a intervenção médico-pedagógica até ao final da 1.^a Guerra para os mecanismos de individualização e distribuição dos anormais.

Em que consiste esta medicina social de distribuição? Essencialmente, revela-se em três tempos fortes de intervenção:

- 1) análise e diagnóstico dos lugares individuais e colectivos que podem provocar doença e anormalidade;
- 2) controle da circulação dos indivíduos;
- 3) organização das distribuições e sequências das diferentes entidades nosológicas.

3.1. Análise e diagnóstico dos «lugares» individuais e colectivos

De iniciativa do IAACF surgem os estudos sobre os pátios, o serviço social, o cinema e as mães mercenárias que pretendem analisar tudo o que no espaço urbano pode provocar ou facilitar a formação e difusão de fenómenos «anormais». Trata-se então de acumular informação sobre os lugares colectivos.

No que respeita aos lugares individuais, os estudos genético-sociais aparecem em primeiro plano. São os estudos de psicopatologia criminal na linha de Lombroso, os estudos antropométricos e a influência do alcoolismo em algumas categorias da «anormalidade».

Fazendo uma revisão dos artigos do domínio biológico e psicológico publicados na *A Criança Portuguesa* e apresentados como estudos de caso, facilmente verificamos a existência de dois temas centrais: a hereditariedade e a psicopatologia criminal. O primeiro, desmontando em parcelas o corpo humano, num aparente desprendimento quantitativo, parte da crença nas possibilidades de aperfeiçoamento do homem enquanto espécie animal e da hereditariedade dos caracteres adquiridos. O segundo, tenta classificar os indivíduos em função da sua propensão para a prática criminosa, fazendo intervir a psicopatologia na elaboração e codificação das causas que o originam.

Considerava-se então que as gerações vindouras reproduziriam as qualidades adquiridas, transmitindo os caracteres da raça. Neste enten-

dimento, a única atitude possível seria atender profilaticamente a esta situação:

«Como métodos a seguir na profilaxia, temos o estabelecimento de consultas pre-nupciais e o certificado pre-nupcial, de forma a aconselhar ou a proibir a união pelo casamento de indivíduos portadores de taras degenerativas hereditárias.» (Ataide, Schneeberger, 1946-47, p. 289)

Desta forma, a medicina infiltra-se no problema eugénico em geral, assumindo o poder de intervenção através de tecnologias sociais e em nome de um saber científico indiscutível e legitimado. Ao lado do tratamento médico há todo um conjunto de medidas de ortopedia social justificadas pela proliferação de meios sociais degenerativos:

«Entre as crianças com anomalias de conduta por causas diversas há aquelas em que o meio em que vivem contribui fortemente, quando não exclusivamente, para as suas atitudes perturbadas. Na verdade, muitas crianças portadoras de um psiquismo sensivelmente normal sofreram alterações deste, devido às condições em que viviam e a traumatismos afectivos sofridos» (Idem, p. 288).

«De igual gravidade são ainda as situações psíquicas criadas em menores que vivem abandonados dos pais; entregues a amas mercenárias que os não estimam e até maltratam; nos órfãos, nos que vivem com padrasto ou madrasta, que não compreendem a sua situação na vida familiar, de que fazem parte» (Idem, p. 289).

Confiança e desconfiança em relação à família andam sempre unidas num processo ambivalente típico da ideologia do Estado Novo. Por sua vez, a necessidade de observar as crianças delinquentes a partir de um olhar psicopatológico fundamentava-se em três princípios: na natureza biológica do crime; na necessidade de conhecer a responsabilidade do culpado com vista à sua regeneração e correcção; na importância de agrupar as crianças de acordo com o seu perfil psicopatológico, de forma a submetê-las a um regime correctivo apropriado.

Os actos praticados pelas crianças delinquentes têm uma natureza biológica. Na base do argumento não se encontram sobretudo postulados cientificamente comprovados mas propósitos reformadores do Código Penal. Elaborado este à sombra de juízos puramente sociais, permitindo o julgamento do acto somente pelos seus inconvenientes colectivos, deveria ser reformado de forma a acolher a observação e a análise da personalidade do executor. O criminoso devia ser entendido como indivíduo biológico onde morfologia, reacção emocional e quadro mental constituíam variantes definidoras.

«O homem é uma unidade em que, a nosso ver, se deverá falar em predomínio e não em dominância na integral análise dos elementos constituintes. Poderá um criminoso ostentar a aproximação eloquente ao quadro mental de Kraft EBBING, ou à morfologia do criminoso-nato de LOMBROSO, ou, então, denunciar uma reacção emocional das que, para BECHTEREW, bastariam ao diagnóstico da individualidade — mas, julgamos, à falta de

experimentação elucidativa, que existirá sempre um pouco de cada um desses factores-teses.» (Castro, Mário de, 1942, p. 142)

Naturalizava-se assim o criminoso, deixando de ver no seu comportamento uma constante. Este passava a ser uma variável que aceitava o estabelecimento de programas de reeducação. Para tanto, tornava-se necessário conhecer o *quantum* de responsabilidade nos actos, i.e., o *quantum* de faculdades componentes do indivíduo e o *quantum* de necessidades reeducativas.

«A criança apresenta-se-nos como um micro-cosmos em evolução. Sujeita ao determinismo da herança, ou normal ou patológica, e ao condicionamento *fatal* dum meio que por ela não foi feito, sofre no mundo interior, para cujo fabrico em nada pôde concorrer, a acção benéfica ou maléfica da criação e educação ambientais.» (Idem, p. 145)

Arbitrário biológico e arbitrário social servem, simultaneamente, como instâncias leves de desculpabilização e instâncias pesadas de inculcação de novos valores morais. Nos idos de 40, a uma minoria de portugueses cabia a tarefa de modelar a maioria. Vinculada à teoria da disciplina formal, esta visão das coisas considera o homem como um animal racional com uma natureza moral má ou neutra. A natureza da acção da criança é fundamentalmente activa, vertendo a sua natureza psicológica de um inatismo de origem interna. Para os pedagogos salazaristas a criança nascia marcada pelo pecado original. Mas esta vulnerabilidade era, ao mesmo tempo, surpreendentemente contingente e transitória. A mente, substância imaterial, mantinha-se errada e inadequada apenas enquanto não fosse controlada por um processo de disciplina mental:

«A vulnerabilidade da psicologia infantil à acção do meio exterior permite, com singular êxito, o estabelecimento dum programa de educação pela nascença ou substituição de hábitos e regras e pela receita dum estado psíquico que se vai originar, sem quasi ter de substituir-se o existente que é pouco e instável.» (Idem, p. 146)

Finalmente, para que os propósitos ortopédicos resultassem, era necessário colocar os delinquentes nos seus lugares próprios, i.e., parafraseando a metáfora mecânica de Mário de Castro (Idem, p. 146) «o homem redondo no buraco redondo e o homem quadrado no buraco quadrado».

Vai-se então assistir a um movimento irresistível de medicalização da distribuição dos jovens delinquentes pelas instituições penais. Como se deu esta transformação? Antes de mais, o primeiro factor de transformação consistiu na busca da redução dos efeitos negativos dos espaços disciplinares e não, ainda, na procura da acção positiva. Caminhou-se então para a purificação dos espaços penais, evacuando-os da desordem e dos efeitos nocivos que a promiscuidade categorial acarretava.

A selecção biológica deve seguir os mesmos princípios da selecção moral:

«A selecção, deliberado o plano educativo da remissão dos crimes, não pode postergar-se e constitue o alicerce de todo o trabalho de reabilitação. A promiscuidade mental tem de abolir-se. A mistura dos criminosos, com meretrizes ao lado de simples libertinas a escorregar para a prostituição, e vádios ambulatórios vis-à-vis com gatunos de escola que teimam em induzir a matéria prima vulnerável que aqueles ostentam, contra-indica-se igualmente; assim se respeitará um dos aspectos da selecção moral». (Idem, pp. 147-148)

Estava assim aberto o tempo de valorização do serviço social, da higiene e da pedagogia. Estes são domínios tidos como exercendo uma influência decisiva sobre a dinâmica patológica. Estas afirmações usam a referência científica. Darwinismo ou lamarkismo, de forma alternada ou compósita fazem de indicadores de uma verdade insofismável. É a necessidade de decalcar os processos biológicos sobre os processos mentais dos seres humanos que origina a atitude didáctica.

A afirmação degenerativa da raça portuguesa é uma obsessão temática onde a pedagogia vai verter uma série de normas. A sociedade portuguesa, pobre, «(...) em que a fome e a doença produziam um dos mais elevados índices de mortalidade da Europa» (Mónica, 1978, p. 81) era, para a ideologia oficial, vítima dos defeitos morais. De acordo com a sua ortodoxia, a pobreza não tinha causas económicas, mas morais; a carência não constituía uma consequência social, mas um vício individual; não podia ser atacada por meios estritamente biológicos, mas didácticos.

«Como é confrangedor olhar para os corpos enfezados e as caritas anemiadas das nossas crianças. E como é doloroso observar a conduta social dêsses menores que tão cedo perdem a inocência dos seus poucos anos.

Desde tenra idade expostas aos vícios da rua, com alimentação deficiente, sofrendo mau ambiente familiar e habitando em meios de promiscuidade, as crianças desenvolvem-se em condições anómalas e adquirem hábitos anti-sociais que muitas vezes se mantêm pela vida fora tornando-os uns inadaptados à sociedade» (Nunes, Mercia, 1943-44, p. 177).

Tratava-se, portanto, de combater, por meios didácticos, os defeitos morais e os seus reflexos no corpo. E aqui não destoia a dialéctica do uno e do múltiplo que sempre acompanha o discurso da *A Criança Portuguesa*. Uno, quando se trata de legitimar o ensino e a reeducação dos anormais em nome do bem comum e das mais altas finalidades; múltiplo, quando se pretende segmentar e agrupar em taxonomias nosológicas e espaciais distintas os diferentes tipos de anormalidade.

Mas, para que em nome do bem comum não se provocassem promiscuidades indeferenciadoras, tornava-se imprescindível controlar a cir-

culação dos indivíduos e organizar a sua distribuição. Desde logo nos grupos primários:

«(...) pensamos em criar uma casa de Trabalho dentro do Pátio, com duas secções. Uma trataria da situação económica, moral e religiosa da população adulta (formação doméstica das mulheres, selecção profissional, assistência no trabalho, legalização das famílias, etc.); a outra seria especialmente destinada às crianças e adolescentes e nela se completaria a acção da escola proporcionando às raparigas uma conveniente educação doméstica e aos rapazes uma pré-aprendizagem profissional que os afastaria da rua e dos seus vícios, ao mesmo tempo que lhes ia despertando e fixando hábitos de trabalho» (Idem, pp. 210-211).

De qualquer forma, este tipo de intervenção nem sempre era suficiente. Em muitos casos, o afastamento das crianças dos grupos primários de pertença é o caminho mais indicado. E, nesse contexto, são requeridos outros procedimentos de controle.

3.2. Controle da circulação dos indivíduos: do rótulo ao estigma

O IAACF não está vocacionado para a acção directa sobre a anormalidade. As suas preocupações não estão viradas para o tratamento, mas para a selecção. Para que possa haver disciplina sobre a selecção, deve o Instituto manter um controle constante sobre o desenvolvimento das acções propostas. Esse controle é feito a partir da *multiplicação dos olhares* vigilantes de todas as instituições que de perto ou de longe contactam com a anormalidade e implica um *registo contínuo*, actualizado, das observações e diagnósticos. Constitui-se assim uma pirâmide contínua de olhares, no topo da qual se encontra o IAACF.

A multiplicação dos olhares é uma indicação repetida e actualizada em todos os textos sobre técnicas de diagnóstico e observação. Esta técnica de poder só se torna eficaz se for perene, permanente, e tiver uma organização piramidal:

«As fichas que constituem os resultados destas inspecções possuem matéria da maior utilidade para os directores e professores dos asilos para onde forem enviados os menores admitidos. E toda a dúvida suscitada por êsses funcionários será, quanto possível esclarecida pelos serviços dêste Instituto.

Igualmente a não adaptação de alguns dos menores observados, o seu não aproveitamento na vida de internato, deve ser comunicada a êste Instituto a fim de que êle possa ajudar a resolver os casos que porventura apareçam.

De tudo isto resulta que as fichas, para serem úteis, devem continuar a ser actualizadas com outros exames, com acrescentamentos que resultem das informações obtidas pelos directores, pelos professores, ou por outro qualquer pessoal dos asilos, onde se encontram os menores» (Fontes, Vítor, 1942, p. 84).

O *registo contínuo* faz-se a partir de uma ficha e da transferência da informação de baixo para cima, de modo a que nenhum acontecimento

ou intervenção escape a esse saber. Este sistema de controle tem por alvo a singularidade do indivíduo. Na individualização, o poder do exame aparece como instrumento fundamental. A ficha constitui o procedimento mais poderoso para o exercício da vigilância permanente e classificatória que, ao permitir julgar, medir e localizar os indivíduos introduz a disciplina no até então confuso espaço da anormalidade.

«Uma criança de 6 ou 7 anos pode não mostrar à entrada qualquer apreciável anomalia mental; mas o decurso da idade infantil, a prepuberdade, a puberdade e a adolescência, são quadras extremamente susceptíveis sob o ponto de vista psíquico (e físico) e sujeitas a traumatismos de diversas ordens que podem provocar no indivíduo o desencadamento de alterações mentais mais ou menos graves; e a Assistência tomando conta duma criança na 2.ª infância e levando a sua acção muitas vezes até à formação profissional pela adolescência fora, necessita uma vigilância seguida sobre o valor intelectual dos seus pupilos, donde a necessidade de um contacto permanente do Instituto com esses indivíduos, o que exige uma organização cuidadosa e amplíssima dum perfeito arquivo.

Além da ficha, suponho que havia vantagem em fazer também um verbete, cujo modelo me permito enviar a V.Ex.ª, mais facilmente manejável que a ficha e donde constasse um mínimo de informações úteis» (Idem, p. 83).

Apresenta-se aqui toda uma nova tecnologia da verdade acerca da anormalidade. A quem diagnostica não cabe apenas esperar pelos momentos críticos que levam ao encontro da anormalidade. Esta deve ser suscitada, provocada por rituais, atraída por exames, apanhada na complexa rede de produção da prova. O indivíduo é submetido a um ritual de produção da anormalidade que se objectiva num método a todos acessível e que classifica um objecto permanente do conhecimento. À desordem provocada pela anormalidade respondem o Estado e a medicina com um poder jurídico-administrativo que repõe a ordem.

A ficha e o verbete não são mais do que um aspecto particular do desenvolvimento das estruturas do Estado e da sua infiltração nos comportamentos sociais e profissionais dos que, como os médicos e professores, cumprem funções de controle social. Partindo de um pressuposto de universalidade, impõe-se um objecto de conhecimento que deve ser reconhecível e aceite por todos como sendo natural, estável e manipulável. À incerteza e à angústia da anormalidade como fenómeno transcendente, responde o poder médico-administrativo com uma definição física do ser vivo. Determinando uma higiene pública e directivas para o uso de todos; propondo mecanismos de observação, taxonomização e controle dos anormais, o médico introduz-se na máquina administrativa, tornando-se indispensável ao poder. Através de uma ordem tranquila da vida, o poder e o saber pretendem apaziguar a insegurança contemporânea e o medo dos homens, impondo-lhes um domínio secreto dos corpos, tornando-os bem geridos e precisamente disciplinados. Remédio que cure a doença e a anormalidade e castigo que puna o excesso e os desvios vão-se confundir nos mesmos espaços

disciplinares, desencadeados pela mesma ambição racional de conhecer e dominar.

Interessa-nos neste trabalho um dos mecanismos deste processo de «microfísica do poder» (Foucault): a *ficha*, produzida a partir do exame e observação realizada no IAACF, que acompanhava os menores na sua passagem e/ou internamento nas diferentes instituições asilares, psiquiátricas e escolares.

3.2.1. O exame

A observação realizada na consulta externa é descrita sumariamente por Schneeberger de Ataíde (1947):

«A observação das crianças que a ela ocorrem começa na sala de espera, onde uma enfermeira regista na ficha o seu comportamento e as reacções e preferências em face dos brinquedos que se encontram à sua disposição, enquanto aguardam a vez de ser atendidas (...)

Depois de anotado o seu comportamento na sala de espera, é conduzida com a família, ou pessoa que a acompanha, ao gabinete do Serviço Social, onde a respectiva assistente interroga esta última, não só sobre o motivo porque a criança foi levada ao Instituto, mas principalmente sobre o meio em que tem vivido, registando na ficha as informações.

Só depois é observada pelo médico, que previamente toma conhecimento, pela ficha, das suas atitudes e respectivo meio familiar» (p. 295).

Tais observações servem para estabelecer uma categorização inicial das crianças e adolescentes, conduzindo imediatamente aos primeiros procedimentos a adoptar pelos médicos tais como o internamento ou o aconselhamento de outras instituições asilares ou de assistência.

Este processo de categorização continuará ao longo do atendimento, mediante observações e testes efectuados pelo médico que, por extensão, accionará distintas formas de intervenção adequadas a cada caso.

No diagnóstico são procurados indícios, sinais, que indiquem as atitudes a tomar em relação a cada caso. As «evidências» surgem da observação do comportamento do «anormal» e de alguns testes de reflexos que evidenciam o seu grau de consciência.

O grande problema enfrentado pelo atendimento no Instituto é o de como interpretar adequadamente o quadro inicial do «anormal» de tal forma que a recolha de indícios seja apropriada à montagem de um diagnóstico correcto. Uma parcela importante deste quadro clínico e social é composta pelos relatos apresentados pelos familiares ou acompanhantes.

Tomemos como exemplo o relato de uma observação realizada na consulta externa do IAACF:

«M. E., 2 anos de idade, veio à consulta trazida por uma vizinha, pelos motivos seguintes: 'é mui-to fraquinha, está ainda atrasada, não anda, não fala e vomita muito,

mas só quando está em casa, pois quando vai para casa de qualquer vizinha a comida assenta-lhe muito bem. Quando está com a madrastra, acrescenta a nossa informadora, acaba de comer o que esta lhe dá, vomita logo e põe-se a rir para ela, parece que faz troça».

Para que este relato possa ser apreciado como uma transcrição da realidade deve pressupor a confirmação, a tradução da linguagem narrativa em jargão médico e psicológico e relações de causalidade. A confirmação realiza-se a partir de uma estratégia que consiste em conectar os dados da biografia do paciente com o comportamento observado:

«O aspecto geral da criança é o da maior miséria e de um acentuado atraso de desenvolvimento. Muito emagrecida, extremamente pálida, face edemaciada, olhar vivo, brilhante, inteligente, mantém-se dificilmente sentada por hipotomia muscular geral mais acentuada nos membros inferiores. Tórax muito magro, costelas e esterno desnudado, abdomen enorme, bombeado, globoso. Não diz nada, mas ouve; não se encontram sinais de lesões neurológicas adquiridas ou congénitas. Parece mais um acentuado atraso da evolução do sistema nervoso, do que uma qualquer entidade patológica» (Idem, p. 7).

Neste período do relatório verificamos como a ordenação do fenómeno é sugerida pela vizinha que trás a criança e confirmada pelo médico. Trata-se de um pressuposto de senso comum que é compartilhado pelo médico e pela pessoa encarregada de fornecer informações segundo o qual «(...) os filhos de pai vivendo com madrastra favorece a aparição de condutas estranhas». E o preconceito é tão forte que o diagnóstico não precisa sequer de ser explicitamente anunciado no relatório. Este é apenas sugerido:

«Não interessa na verdade transcrever mais elementos colhidos no exame que fizemos, para se poder avaliar o significado psicológico desta observação. E da mesma forma é inútil insistir sobre a acção maléfica deste meio sobre o psiquico desta desgraçadinha» (Idem, p. 8).

É interessante sublinhar como a verdade ou falsidade dos relatos surge não como uma propriedade do fenómeno observado mas da forma como é articulado o relato. A conexão entre os elementos compilados da biografia do consulente e os acontecimentos observados tem a propriedade a que Garfinkel (1967) chama de *reflexividade*. Serve este procedimento para dentre as características, acontecimentos e comportamentos de uma pessoa, seleccionar apenas alguns, mobilizando-os como eventos que explicam uma certa anomalia de comportamento. A biografia do doente é que fornece o padrão através do qual se explica o comportamento e este, por sua vez, aponta os elementos relevantes a serem destacados na biografia para a sua explicação.

Podemos ter uma ideia aproximada de alguns destes padrões a partir da análise das categorias utilizadas para a apresentação dos resultados

brutos sobre o item «Situação familiar» na *A Criança Portuguesa*. Assim, em 1943, no seu segundo ano de publicação, num artigo de Vítor Fontes e Alice Tavares, os conjuntos classificatórios com interesse para um estudo comparativo de crianças normais e anormais são: órfão de pai; órfão de mãe; órfão de pai e de mãe; entregues ao pai e madrasta; entregues à mãe e padrasto; entregues a estranhos; entregues a instituições de assistência; lares desfeitos por abandono da mãe; lares desfeitos por abandono do pai; lares desavindos; meios de grande miséria.

Destas categorias, uma das mais valorizadas pelos autores é «filhos de pai vivendo com madrasta», situação familiar que,

«(...) pode considerar-se como favorecendo a aparição de condutas estranhas, factos aliás averiguado por diversos investigadores». (Idem, p. 6)

Tal conclusão é sublinhada apesar de contraditória com as estatísticas apresentadas no artigo que revelam uma maior percentagem de normais «filhos de pais vivendo com madrasta».

Da mesma forma, quanto aos «lares desfeitos por abandono do pai», apesar de a percentagem de normais ser superior, enfatiza-se, num apelo renovado ao senso comum que,

«Todos sabemos como as dificuldades de vida e a miséria influem na formação de condutas psicológicas anómalas das crianças nessas condições. E assim é que sendo, em regra a miséria maior quando da falta de pai, a percentagem nessa circunstância é bastante superior (11%) do que quando do abandono do pai (2%)». (Idem, p. 6)

Finalmente, também as categorias «lares desavindos» e «meios de grande miséria» são consideradas como pertinentes na diferenciação de anormais e normais, se bem que, tanto numa como noutra os normais apresentem uma percentagem mais elevada. Tais condições actuam como verdadeiros indutores de uma política assistencial, sem a qual estariam criadas condições para os complexos psicológicos e para as anomalias de conduta.

Esta desvalorização dos meios sociais «pervertidos», «moralmente doentes» e de «grande miséria» dirige-se para o auto-reconhecimento da inferioridade e para a legitimação da neutralidade dos meios de tratamento e internamento. Pontuando uma relação de poder, de violência simbólica, a anormalidade, como vontade perturbada, deve encontrar no espaço do internamento uma vontade justa e paixões constantes e ortodoxas. Uma ortopedia onde se estabeleça o poder terapêutico e de adestramento. Projecto duplamente virado para o interior: é-o espacialmente, é-o também no ataque à moral desajustada. Finalmente, projecto ambivalente: o discurso que salva é o mesmo que condena; o gesto que cura confunde-se com o que pune.

Esta medicina pedagógica é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho

e menos perigosas. Esta fórmula de assistência-protecção possibilitava a reunião de três coisas: assistência médica aos pobres; controle da saúde da força de trabalho e isolamento dos focos de contaminação e desenvolvimento da anormalidade.

Um dos elementos essenciais na produção da anormalidade sustentava-se na anamnese que, por sua vez, é travejado na exposição de motivos que provocaram a anormalidade, em especial quando se trata de anomalias de conduta. Para a explicitação desses motivos que se supõe serem causas, os médicos e assistentes sociais utilizam necessariamente procedimentos de senso comum. O diagnóstico é sempre um processo interpretativo.

O contexto institucional no qual se desenrola a interacção anamnésica é formado por dois registos. O primeiro diz respeito às normas prescritivas de conduta e de competência que se desenrolam num espaço delimitado de rotinas do Instituto. Definindo deveres e responsabilidades, as fichas de observação pontuam um espaço de poder importante do IAACF pois que estas serviriam

«(...) no intento de classificar os asilos, de maneira a por êles distribuir os menores segundo as respectivas características mentais» (Fontes, Vítor, 1942, p. 78).

O segundo registo diz respeito ao ambiente mediato no qual as orientações abstractas e gerais são actualizadas pelo contexto específico em que se dá a interacção entre médicos, assistente social, consulente e familiares ou acompanhantes. Nesse momento emergem procedimentos de senso comum na estruturação das actividades e do ambiente em que ocorrem essas interacções.

3.3. Organização e distribuição das sequências

Com os três instrumentos referidos no ponto anterior — consulta externa, internato para observação e brigadas técnicas — cumpria-se a função de *diagnóstico e classificação* do IAACF. De acordo com a classificação, a fase seguinte correspondia à prescrição do tratamento. Esse tratamento não se dirigia em primeiro lugar para as sugestões de ordem clínica. As preocupações de intervenção não se dirigem à doença ou à anormalidade propriamente ditas, como na medicina da crise, mas ao que a circunda: o contexto social, o contexto familiar, o acompanhamento pedagógico. Em primeiro lugar havia que individualizar e distribuir os indivíduos por diferentes instituições.

A partir do momento em que a prova sobre a anormalidade passa a ser construída e não esperada, conquistada e não dada, é possível produzir fenómenos experimentais e estratégias de intervenção controladas. O problema da posição recíproca das diferentes entidades nosológicas

na escola, nas instituições de internamento psiquiátrico ou de reeducação, nas instituições de reclusão e nas comunidades ou grupos primários passa a constituir foro de higiene pública.

A organização da distribuição dos anormais deixa de poder limitar-se aos espaços já existentes, característicos do modelo colectivista das acumulações indistintas de anormais. Agora existe selecção e classificação. À construção da categoria mental segue-se a geometria espacial, a proposta da categoria topográfica:

«(...) permita V.Ex.^a que aproveite o material observado no sentido de se poderem tirar quaisquer conclusões particulares.

Uma primeira se nos depara imediatamente: é a necessidade urgente de criar asilos especiais para anormais. Um para grandes anormais ineducáveis, outro onde seja possível um ensino especial individualizado e que tenha um carácter profissional mais simples, para os susceptíveis de educação» (Fontes, Vitor, 1942, p. 84).

A reivindicação de especialização vai-se acentuar nesta primeira década de funcionamento do IAACF, de tal forma que, em 1952, é feita uma proposta muito pormenorizada de classificação clínica e das respectivas instituições aconselhadas. Schneeberger Ataíde, numa conferência realizada no Porto (1947, pp. 285-306), a convite da Direcção da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, sintetiza o conjunto de estabelecimentos que deveriam existir, associados aos Dispensários:

Em regime de externato

- classes especiais junto das escolas oficiais para os casos de atraso mental;
- classes especiais de ortofonia;
- classes especiais para duros de ouvido;
- oficinas especiais de pre-aprendizagem profissional.

Em regime de internato

- escolas de reeducação para oligofrénicos de inferioridade mental mais acentuada;
- escolas de reeducação para anormais delinquentes, nos casos de Justiça;
- instituições especiais para psicopatas, inadaptados à vida pelas alterações de conduta social e familiar;
- asilos de tipo colónia agrícola, para grandes anormais irrecuperáveis;
- asilos para epiléticos com escolas e oficinas apropriadas;
- instituições para reeducação de perturbações motoras;
- clínicas de psiquiatria infantil para os casos médico-psiquiátricos;
- instituições de surdos-mudos e cegos.

Dois fenómenos distintos na sua génese — a classificação nosológica e o deslocamento da intervenção médica do espaço estritamente hospitalar para outros espaços — podem ajustar-se durante a primeira década da vida do IAACF com o aparecimento de uma disciplina hospitalar social que terá por funções assegurar o esquadrinhamento do mundo confuso da anormalidade; a transformação das condições do meio em que as pessoas são colocadas, em particular o meio pedagógico; o registo do que acontece nesses espaços e, bem assim, o controle dos agentes de ensino.

Constitui-se, assim, um corpo documental no interior do IAACF que alarga o seu âmbito de intervenção médico-pedagógica e passa a ser também um lugar de registo, acumulação e formação de saber. Por intermédio desta medicina social da anormalidade, a prática médica põe-se em contacto com saberes extra-médicos, fundamentalmente pedagógicos e sociais.

3.4. *A terapêutica: uma nova partilha de poderes*

Com a constituição do IAACF, o saber sobre o corpo anormal não tem mais uma única referência normativa aos manuais médicos e começa a ser construído a partir do que é quotidianamente observado e registado no Instituto e nas outras instituições de que foi promotor.

O IAACF representa um ponto de referência da passagem de um *olhar normativo* em relação ao corpo anormal para um *olhar clínico*. Este olhar clínico organizava-se em torno de dois domínios fundamentais: por um lado, o IAACF passa a ser também um lugar de formação e transmissão de saberes acumulados; por outro lado, o referencial é cada vez menos o tratado e cada vez mais o resultado de uma prática clínica.

Esta evolução está bem patente no facto de a maioria dos artigos publicados na primeira década do boletim *A Criança Portuguesa* serem estudos de caso que pretendiam cumprir a intenção logo proclamada em 1942:

«Procuramos cuidar, tratar, educar a criança portuguesa ou seja, uma coisa que não sabemos ainda bem o que é.

Na verdade que sabemos nós da criança portuguesa? Da sua morfologia, da sua constituição física e do seu temperamento? Que é, e como é a criança portuguesa normal, no estado de saúde? Qual a forma como a criança portuguesa reage aos agentes mórbidos? O que é a mentalidade, a psicologia da criança portuguesa? O que sabemos da criminalidade ou da delinquência da criança entre nós, levando em linha de conta as suas características étnicas? O que sabemos de tudo isto?

Vestimos por figurinos estrangeiros.

Os tests que usamos, são os que se empregam com crianças vivendo em meios intelectual e material diferentíssimos do nosso. O ensino não atende, porque não pode atender por carência absoluta de elementos de informação, ao físico e ao psíquico do estudante português. E tudo o mais neste género.

É, portanto, necessário fazer numerosos estudos, em grandes séries de observações, sôbre os nossos pequenos compatriotas, conhecer-lhes as aptidões e condições físicas e a sua mentalidade, para, sôbre essas bases, se estabelecerem normas que sirvam de directrizes pedagógicas ou outras a seguir» (Fontes, Vítor, 1942, p. 5).

O indivíduo emerge como objecto de estudo e da prática medico-pedagógica. Mas, ao mesmo tempo, a partir do sistema de distribuição sistemática dos anormais pode-se observar continuamente grande quantidade de indivíduos. Cada indivíduo é um «caso» e cada caso deve ser repartido e classificado no todo. O exame combina o olhar vigilante e a sanção normalizadora. Esses registos, sendo conhecidos, permitiriam constatar os fenómenos patológicos comuns a toda a população. Graças à tecnologia proposta pelo IAACF, o indivíduo e a população são dados como objectos de saber e alvos de intervenção. Uno e múltiplo respondem a necessidades comuns de diferentes formas de poder.

Este conhecimento deixa de ser um conhecimento estritamente médico. Constitui-se um sistema de poder partilhado, diferente do sistema de poder hospitalar centrado no médico. Se os espaços pedagógico, familiar e social são considerados fundamentais na terapêutica, torna-se necessário obter no Instituto o mesmo efeito simplificador que Pasteur havia imposto aos hospitais: articular directamente o diagnóstico e as terapêuticas médica, psicológica e social; o conhecimento da natureza da anormalidade e a redução das suas manifestações. Para tanto, foram criados dois órgãos de gestão do Instituto constituído por médicos, professores e assistente social — a Comissão Pedagógica e o Conselho Escolar — onde se definiam as orientações gerais e se discutiam os estudos de caso.

Um dos aspectos mais interessantes dos métodos pedagógicos terapêuticos utilizados no IAACF é constituído pela aplicação do método Ling aos débeis mentais. Dirigido por uma professora-adjunta formada pelo primeiro curso do INEF — Olinda Assis Pacheco — ela é bem a expressão das primeiras experiências sistemáticas e sistematizadas da Educação Física aplicada a populações especiais.

No sentido de justificar a aplicação do método ginástico de Ling como meio didáctico de formação integral, a autora desenvolve dois argumentos centrais: a atitude de moderação na atenção a dar ao corpo e a relação entre o desenvolvimento genético e o desenvolvimento ginástico. Esta atitude de moderação na atenção a dar ao corpo é partilhada por numerosos moralistas:

«Ling, menos dado à luta física, põe termo ao domínio da força, fundando o seu método no princípio do maior rendimento útil com o menor esforço. Todos os exercícios que aconselha têm efeitos terapêuticos, quer fisiológicos quer psíquicos» (Pacheco, Olinda, 1946-47, p. 117).

O corpo é valorizado na medida em que os cuidados que lhe sejam prestados e o adestramento que lhe seja ministrado permitam fazer dele 101

um instrumento eficaz num carácter adequado. Trate-se de performances físicas ou da saúde do corpo, as preocupações corporais não devem tornar-se inflacionárias e perder de vista a sua função no destino geral do homem. Ao débil mental destinam-se trabalhos produtivos simples.

«Na lição de coisas foi dito o que era uma horta e para que serviam os produtos da horta; falou-se dos trabalhos mais elementares da horticultura: o cavar, o semear, o regar, etc. São estas noções que as crianças precisam de fixar; serve-lhes de poderoso auxiliar o conto-jogo. Por meio deste, todas as acções são revividas com o mesmo entusiasmo, com o mesmo prazer, todos os dias em que o conto for realizado.

E, como na vida real os factos não se passam isolados, há sempre um ambiente, um conjunto de circunstâncias anexas que lhes servem de fundo; procurando dar ao nosso conto a feição mais real possível, juntamos às noções fundamentais, alguns pormenores adequados, que facilitem a fixação das primeiras, e permitam também a educação moral, a formação do carácter dos pequeninos» (Idem, p. 124).

Moral e ciência, teologia e biologia unem-se numa comunidade epistemológica em que a razão é uma mística e o corpo símbolo dessa mística. E esta comunidade é tão eclética que é capaz de unir harmonicamente, no mesmo discurso apologético da Educação Física autores tão distintos como Claparede, Rousseau, Binet e Piaget. Essencialismo de Binet, existencialismo de Rousseau e de Claparede e construtivismo cognitivista de Piaget são reunidos na mesma comunhão epistemológica que legitima a disciplina formal. Para a disciplina formal, baseando-se numa psicologia das faculdades, pedagogicamente essencialista, o papel do professor é encontrar os tipos de exercício que irão treinar as várias faculdades mais eficientemente. A ênfase não é colocada na aquisição de conhecimento mas no fortalecimento de faculdades. É por isso que a ginástica é entendida como meio, como actividade de aplicação. Nessa medida, a Educação Física é encarada como um espaço de não-saber por excelência. A ginástica não se aprende, faz-se. É preciso fazer como o professor, de acordo com o modelo.

E se no ensino de anormais o efeito de não-saber é acentuado pelo facto de se trabalhar com deficientes mentais, o efeito disciplinar dos métodos é esbatido pela incapacidade de a população envolvida imitar na perfeição o modelo.

«Neste sentido chamamos a atenção para o facto, a que atribuímos uma certa originalidade na aplicação do conto-jogo, de serem as próprias crianças que fazem espontaneamente, sem qualquer sugestão, o movimento que a frase sugere. Quer dizer, não somos nós que fazemos uma flexão lateral do tronco quando dizemos que '...o Carlitos cambaleava'. São as próprias crianças que fazem o gesto de cambalear e restamos a nós apenas, ampliar, corrigir, o movimento que a criança realiza na forma como interpretou a frase. Isto é; é a própria criança que nos dá a mímica da ideia; não somos nós que a impomos ou sequer a sugerimos (...)'» (Idem, p. 124).

Princípio de modulação das correcções e da intervenção pedagógica, esta declaração vai estar na origem de uma maior abertura às técnicas

do psicodrama de Leibovici e a alguns dos postulados da psicomotricidade. Porém, apesar da individualização do diagnóstico, o sistema colectivo de Ling traz uma certa paz e comodidade às instituições de reeducação de anormais. Com um tempo e um espaço claramente definidos e delimitados, a ginástica de Ling permite agrupar num espaço e num tempo reduzidos grande número de crianças. Cumpre-se assim um princípio de economia e gestão pedagógicas essencial ao funcionamento racional e controlado da instituição.

4. Conclusão

4.1. Para bem compreender os fenómenos integrados na dinâmica da medicina pedagógica para anormais num período particular da consolidação do Estado Novo, impunha-se uma reflexão sobre o quadro social da época. Não o conseguimos totalmente porque as normas, os valores e os símbolos criados para orientar as condutas não se revelam apenas nas fontes escritas, mas também no conhecimento do aparentemente insignificante. E sabemos como a gestão das pequenas coisas, o insignificante quotidiano, teve importância para o Estado Novo.

Não obtivemos portanto uma representação completa dos discursos dominantes e das eventuais resistências. Mas pudemos surpreender a transição de um modelo tipicamente *segregacionista* centrado sobretudo na exclusão do deficiente da sociedade e no seu internamento em asilos, albergarias, hospícios, etc., para um modelo de tipo *assistencialista* onde a intervenção passa a ser entendida como uma necessidade e um dever do Estado. Estamos ainda longe dos modelos autónomos que entendem a problemática da deficiência como um direito e não como uma necessidade. Contudo, *a acção do IAACF nos seus primeiros dez anos de vida constituiu, indubitavelmente, um alargamento progressivo do campo de intervenção e produção da «anormalidade»*. Três eixos emergem da nossa análise:

- o eixo definido por uma *dimensão médico-pedagógica*, centrada na análise e diagnóstico dos lugares individuais e colectivos que facilitam e provocam a anormalidade, que tem nos testes e nos estudos de caso os seus principais instrumentos e no desejo de controlar os efeitos da acção de reeducação o seu desiderato;
- o eixo definido por uma *dimensão de controle social*, centrada na imposição da norma e no controle da circulação dos indivíduos, que tem no exame e nas fichas os seus principais instrumentos e na ambição de impor modelos generalizáveis, duráveis e legitimados o seu objectivo;
- o eixo definido por uma *dimensão socio-institucional e profissional*, centrada na organização e distribuição dos «anormais», que tem

na reivindicação de novas instituições de assistência aos «anormais» o seu principal instrumento e na defesa da imprescindibilidade dos profissionais que nelas trabalham a retórica dominante.

4.2. O *exame* combina as técnicas da multiplicação dos olhares — de observação e diagnóstico — que vigiam, com as da classificação que sancionam e normalizam. Estabelecendo uma visibilidade racional sobre os indivíduos, obtém a sua diferenciação, distribuição, controle e assistência. No núcleo dos procedimentos que procuram a ordem na desordem da «anormalidade» encontramos a sujeição social dos que são tidos como objectos de avaliação e a naturalização daqueles que são sujeitos a tais procedimentos. Um novo saber sobre a anormalidade, que já não se contenta com a simples hierarquização inicial das entidades nosológicas num *quantum* de faculdades, alargando-se ao conjunto dos processos médicos e pedagógicos, vai dar lugar a um novo poder invisível, tanto mais útil e eficaz quanto oculto.

O exame impõe aos que a ele se submetem um princípio de visibilidade obrigatória e permanente e aos que o realizam um princípio de neutralidade e ocultação necessário. A função de observação e diagnóstico consiste na distribuição dos indivíduos avaliados numa escala de valores tida como objectiva de que eles próprios parecem os produtores. Nesta técnica disciplinar não é o poder que deve ser *visto* para que possa realizar-se, mas sim os sujeitos que devem estar permanentemente *visíveis* para que o saber que deles se recolhe possa ser devolvido em realizações de assistência. É o saber infinitesimal sobre o corpo e os comportamentos que assegura o poder. Os rituais visíveis de violência carcerária são substituídos pelos rituais do saber de decomposição da doença e composição dos espaços.

O exame, que situa os indivíduos num plano de visibilidade constante garante uma nova forma de relação com o «anormal» onde cada um recebe por estatuto a sua própria individualidade, registada numa memória documental, a ficha e o verbete, constantemente actualizada. Sob muitos aspectos, este poder mimetiza os procedimentos tradicionais da documentação administrativa. O IAACF, situando-se no topo da pirâmide de observação propõe e desenvolve um sistema de registo e acumulação de informação documental que vai estabelecer novos códigos, novas formas de correlacionar informações e acontecimentos, processos de estabelecimento de dados brutos, fixação de normas e padrões. O exame, como casuística ritualizada assegura a entrada do indivíduo no circuito das evidências do senso comum. Nesta óptica, o desejo permanente de individualizar a avaliação e de reunir os dados referentes a um mesmo indivíduo em fichas recapitulativas visa alargar a tutela que pesa sobre ele. Efeito de amolecimento da intensidade de um único poder segregacionista pelo endurecimento da extensão dos poderes assistencialistas.

4.3. Na perspectiva sócio-institucional e profissional da distribuição dos «anormais» por diferentes instituições o exame e o diagnóstico não são entendidos a partir do eixo acção/resultados mas como *expressão de uma retórica da procura e necessidades sociais*. Esta retórica organiza-se em torno de cinco princípios:

- *princípio da classificação*: os «anormais» devem ser repartidos segundo a gravidade da anomalia, a idade, o sexo e as técnicas de correcção que se entendam utilizar.
- *princípio da correcção*: o internamento, as classes especiais ou as famílias devem ter por função principal a transformação do comportamento do indivíduo, tornando-o útil. Reconhecendo, no entanto, no agregado familiar certas condições que podem conduzir a orientações defeituosas, o princípio da correcção deve sofrer um alargamento de campo: antes de corrigir o comportamento dos indivíduos-alvo deve assegurar-se a correcção e formação dos seus agentes.
- *princípio da modulação da intervenção*: as medidas prescritas devem ser seguidas e modificadas segundo os progressos e os retrocessos. Deve ser aplicado um regime progressivo que permita a reversibilidade das decisões e a subtracção ou adição de terapêuticas.
- *princípio do trabalho como educação*: a educação do «anormal» pelo trabalho é da parte do estado uma precaução indispensável para assegurar a reprodução do seu investimento no interesse geral e uma obrigação em relação às famílias e aos «anormais».
- *princípio do controle técnico dos «anormais»*: o regime a seguir pelos «anormais», em especial o regime de internamento, deve ser controlado e estar a cargo de pessoal especializado que possua as capacidades morais e técnicas necessárias à boa formação dos indivíduos.

A partir destes princípios, os técnicos — médicos, professores e assistentes sociais — que trabalham no IAACF e aqueles que aí se formam, acumulam provas do seu saber e da sua imprescindibilidade social. Inicia-se aqui o processo de formação da identidade profissional dos que trabalham com populações especiais. Mas essa é uma outra história com outras estórias de permeio.

Bibliografia

- ATAÍDE, Schneeberger (1946-47). A Assistência às crianças anormais no nosso País e as suas necessidades actuais. *A Criança Portuguesa*, ano vi, pp. 285-306.
- CASTRO, Mário de (1942). Acêrca da observação dos menores delinquentes. *A Criança Portuguesa*, ano i (1-2), pp. 141-152.

- DECRETO-LEI n.º 31801 de 26 de Dezembro de 1941.
- DECRETO-LEI n.º 2006 de 11 de Abril de 1945.
- FONTES, Vítor (1942). Notícias do Instituto. *A Criança Portuguesa*, ano I (1-2), pp. 78-84.
- FONTES, Vítor (1942-43). A nossa galeria. *A Criança Portuguesa*, ano II, pp. 6-8.
- FONTES, Vítor (1942-43). A vida do Instituto. *A Criança Portuguesa*, ano II, pp. XLV-XLVII.
- FONTES, Vítor; TAVARES, Alice (1942-43). Oito anos de consulta médico-psíquica. *A Criança Portuguesa*, ano II, pp. 1-6.
- FOUCAULT, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard.
- GARFINKEL, Harold (1967). «Good» Organizational Reasons for «Bad» Clinic Records. In H. Garfinkel, *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, Inc.
- GOMES, Rui (1991). Poder e Saber sobre o Corpo. A Educação Física no Estado Novo (1936-1945). *Boletim da SPEF*, 2-3, Primavera-Outono, pp. 109-136.
- MÓNICA, Filomena (1978). *Educação e Sociedade no Portugal de Salazar*. Lisboa: Presença-GIS.
- NUNES, Merícia (1942). O serviço social no Instituto Costa Ferreira. *A Criança Portuguesa*, ano I (1-2), pp. 154-158.
- NUNES, Merícia (1942-43). Secção do Serviço Social. Um doente visto sob o aspecto social. *A Criança Portuguesa*, ano II, p. 61.
- NUNES, Merícia (1943-44). Como vivem crianças num Pátio de Lisboa. *A Criança Portuguesa*, ano III, pp. 177-211.
- PACHECO, Carneiro (1940). Proposta de Lei apresentada à Assembleia Nacional para a criação do INEF. *Boletim do INEF*, ano I (1), p. 49.
- PACHECO, Carneiro (s/d). Discursos. In Lopes Arriaga, *Mocidade Portuguesa: breve história de uma organização salazarista*, pp. 131-134.
- PACHECO, Olinda (1946-47). A ginástica ao serviço da pedagogia terapêutica. *A Criança Portuguesa*, ano VI, pp. 117-124.