



A INFÂNCIA SOB O OLHAR DA EXPERTISE MEDICAL: 1930-1970¹

Louise Hamelin Brabant²

Faculté des Sciences Infirmières, Université Laval

Tradução de: **Renato Abramowicz Santos**

Resumo

Na medida em que a cultura das sociedades industriais entrou na era da expertise profissional, como a intervenção racional dos especialistas contribuiu para a construção social da infância? O objetivo desse artigo consiste em identificar dois modelos profissionais médicos que investiram no campo da infância em Quebec entre 1930 e 1970, e perceber sua influência na sua configuração. Na verdade, trata-se de compreender a maneira pela qual os conhecimentos científicos se tornam, ao longo do tempo, quadros de referência na educação das crianças.

Palavras-chave: Infância, representação social, discurso médico, educação infantil

Veja também a versão original em francês publicada nesta edição.

Abstract

Childhood under the regard of medical expertise: 1930-1970

Given the way the culture of industrial society has influenced professional expertise, we can ourselves ask how the rational intervention of specialist has contributed to the social construction of the child. The purpose of this paper is outline the two medical models that defined childhood in Quebec, Canada between 1930-1970 as well to grasp their influence. The key point of his analysis is to show how scientific knowledge progressively became the reference in childhood education.

Key words: Childhood, social representation, medical discourse, childhood education

¹ Artigo originalmente publicado como: HAMELIN BRABANT, L. – L'enfance sous le regard de l'expertise médicale: 1930-1970. **Recherches Sociographiques**, XLVII, 2, p. 277-298, 2006.

² Professora agregada à Faculté des Sciences Infirmières da Université Laval. Socióloga de formação, seus interesses de pesquisa recaem sobre a análise dos discursos sócio-sanitários e a construção da infância.

Professeure agrégée à la Faculté des Sciences Infirmières de l'Université Laval. Sociologue de formation, ses intérêts de recherche portent sur l'analyse des discours sociosanitaires et la construction de l'enfance.

PHD in sociology. She is professor at the faculty of nursing at Laval University. Her research concerns the field of the health of childhood.



See also the original French version published in this issue.

Résumé

L'enfance sous le regard de l'expertise médicale: 1930-1970

Dans la mesure où la culture des sociétés industrielles est entrée dans le règne de l'expertise professionnelle, comment l'intervention rationnelle des spécialistes a-t-elle contribué à la construction sociale de l'enfance? L'objectif de cet article consiste à identifier deux modèles professionnels médicaux qui ont investi le domaine de l'enfance au Québec entre 1930 et 1970, et à saisir leur influence sur sa configuration. Il s'agit en effet de comprendre la façon dont les connaissances scientifiques deviennent, au fil du temps, des cadres de référence dans l'éducation des enfants.

Mots-clés: enfance, représentations sociales, normes éducatives, discours médical, discours professionnel

Voir aussi la version originale française publiée dans ce numéro.

Nas sociedades industriais avançadas, a infância é considerada como uma categoria social particular. Mas nem sempre foi assim. Na verdade, muitos trabalhos históricos colocaram em evidência que a elaboração da noção de infância como etapa diferenciada do ciclo de vida foi fruto de um longo processo. Ariès (1973) salienta que a concepção moderna da infância, uma etapa distinta da vida, nasceu lentamente na Europa do século XVII ao mesmo tempo que as práticas modernas associadas às noções de educação, de família e de vida privada. Tanto em filosofia quanto nas artes, na moral, na medicina ou em economia política, ficamos sensíveis à fragilidade da criança, à sua inocência, que deve ser preservada. É desta maneira que vemos aparecer toda uma série de publicações mais ou menos científicas sobre a melhor maneira de criar e cuidar das crianças. Além disso, embora as necessidades particulares da criança tenham sido reconhecidas publicamente no século XIX, foi necessário esperar a virada do século XX para que a condição da criança melhorasse.

“No século dezanove, a criança fornecia, primeiro e antes de tudo, uma contribuição econômica para a família. Hoje, a criança é pouco rentável economicamente, mas ela é central no plano “emocional” tanto como objeto de amor quanto de cuidados” (ZELIZER, 1985, p. 278, tradução livre).

Do ponto de vista sociológico, essa diferenciação da representação da criança variável no espaço e no tempo se mostra de suma importância. Essa fase da vida não pode ser apreendida como universal, pois ela aparece claramente ligada ao contexto social de uma época, às mudanças familiares, à intervenção do Estado (instalação de instituições sócio-sanitárias,

leis de proteção à infância, escolas, serviços médicos especializados, instâncias jurídicas) e à consolidação da ciência. A criança aparece mais como resultado de uma construção social do que como uma categoria biológica (JAMES *et al.*, 1998 ; JAMES e JAMES, 2004). Essa construção não é um caso isolado: ela se integra dentro das configurações culturais mais amplas inerentes ao processo de racionalização do social (HABERMAS, 1973, 1979; BERGER e LUCKMANN, 1989). Essa racionalização do social se materializou, por exemplo, pelos avanços do saber científico e técnico, e conduziu a cultura das sociedades industriais a valorizar esse tipo de saber instituído como modo de conhecimento fundamental, abrindo a porta a uma profissionalização ampliada no campo da infância (HALPERN, 1988). Nesse movimento, a cultura das sociedades modernas entrou na era da expertise. A autoridade dos especialistas se impôs em virtude da legalidade e de uma competência fundada sobre as regras institucionais estabelecidas racionalmente (BERGER e LUCKMAN, 1989). A infância contemporânea se torna assim mais e mais regularizada por outras instâncias sociais que não a família. No movimento onde novas regras institucionais dão forma para os atores sociais, aparece uma nova linguagem, das idéias e das concepções inéditas sobre o tema da infância. Essa expertise prescritiva e normativa anuncia de forma explícita a maneira de se comportar com a criança. Assiste-se assim a uma junção entre o registro medical e o registro social no seio de uma aliança que reúne infância, medicina e família.

Na última década, nossas pesquisas³ consistem em questionar os espaços discursivos sócio-sanitários e médicos a partir dos quais se construíram representações das crianças e modelos de conduta. Nós analisaremos dois modelos profissionais médicos que se desenvolveram em Quebec nos anos 1930 até o final dos anos 1970 e cuja influência se estende até os nossos dias. O questionamento que subentende nossa abordagem é o seguinte: como a produção de conhecimentos científicos nos campos como a pediatria e a psicologia intervêm na configuração da criança e como ela a afeta? Para isso, nós nos deteremos brevemente, em um primeiro momento, na abordagem metodológica. Depois, nós descreveremos as formas que tomam as representações sociais nos discursos profissionais, e identificaremos as características distintivas de dois modelos médicos predominantes na época estudada, a saber, a puericultura e a psicopediatria, indicando em que elas se diferenciam.

³ Esses resultados são resultantes de duas pesquisas. A primeira foi realizada no âmbito de uma tese de doutorado em sociologia, defendida na Universidade Laval. A segunda, em curso desde 2003, faz parte de um programa financiado pelo FQRSC (Fonds de Recherche sur la Société et la Culture – Quebec) sobre a parentalidade. Mais precisamente, eu examino os aspectos da promoção da saúde da criança (1930-1990). Eu devo agradecer ao senhor André Turmel, que orientou meus trabalhos de doutorado, assim como à senhora Dominique Damant, diretora do programa de pesquisa sobre a parentalidade, por seus excelentes comentários.

Algumas observações metodológicas

O discurso que escolhemos para estudar é de tipo profissional. Diferentemente dos discursos de pesquisa, cuja função é fazer avançar o estado de conhecimento de um campo disciplinar, o discurso do especialista visa a um objetivo duplo: cognitivo, pois trata de difundir o estado de conhecimento em um dado campo disciplinar, e normativo, pois é necessário persuadir o leitor a tomar ou evitar certas atitudes levando em conta o avanço dos conhecimentos. Discurso aberto entre pares, ele é levado a abordar diversas questões relativas à criança que interessam, contudo, a um público mais amplo.

Período de estudo e seleção de periódicos

Nós retivemos o período 1930-1970 para a constituição do *corpus* dos textos escritos. Os anos 1930-1950, que precedem a Revolução Tranquila⁴, foram marcados, ao mesmo tempo, pela tradição e pela emergência de um pluralismo ideológico que exerceu uma influência maior sobre a sociedade quebequense (LAMONDE e TRÉPANIÉ, 1986). Já o período 1950-1970, foi uma época na qual, ao longo dela, as crianças ocuparam um lugar central na vida econômica e social de Quebec. A forte natalidade que caracterizou os anos 1945-1960 (*baby boom*) provocou reviravoltas demográficas que repercutiram sobre a infância e a juventude. Em 1961, mais de 44% da população tinha menos de 19 anos (LINTEAU, 1989). Portanto, os anos 1950-1970 foram marcados profundamente pela infância e pela juventude, e pelo clima de ebulição que os caracterizava. Esse clima se manteve aproximadamente até os anos 1970, antes de se desintegrar. Em 1960, a natalidade começou a cair e ela despencou radicalmente a partir dos anos 1970, para dar lugar a outros fenômenos associados à maturidade (LINTEAU, 1989).

O *corpus* analisado é constituído de textos publicados principalmente em duas revistas profissionais, *L'Union médicale du Canada* (A União médica do Canadá) e *La Garde-malade canadienne-française* (A enfermeira franco-canadense, editada posteriormente sob o título *Les Cahiers du nursing- Os Cadernos da enfermagem*). Os textos relativos à prevenção e à promoção da saúde da criança foram selecionados nas revistas *Bulletin d'hygiène* e *Bulletin sanitaire* (Boletim de higiene e Boletim sanitário). O livro de Ernest Couture (1941), *La mère canadienne et son enfant* (A mãe canadense e sua criança), também permitiu que enriquecessemos nossa análise.

O recorte do corpus

A construção do *corpus* se efetuou em várias etapas. Nossa abordagem foi construtivista a fim de evitar projetar sobre os discursos uma

⁴ A Revolução Tranquila foi um período de grandes mudanças e transformações políticas e sociais, que ocorreu em Quebec durante a década de 1960 (N. do T.).



corrente cujos laços fossem muito apertados de antemão. Antes de tudo, nós gostaríamos de circunscrever a diversidade dos discursos. Em suma, tratava-se de poder percorrer o *corpus* sem impor um esquema rígido a priori. Como nos importava, antes de tudo, conhecer a representação que se fazia da criança do ponto de vista de seu ser, de seu fazer e de princípios educativos sugeridos, o texto deveria, por seu conteúdo, interessar-se de perto pela problemática da criança. Nós assim reagrupamos, em uma primeira análise, todos os títulos dos artigos reenviando a realidades que abrangiam domínios semânticos muito amplos, como o da alimentação, do exercício físico, da mortalidade infantil, das doenças infantis, da saúde, da educação ou ainda da pediatria, da puericultura e da psicologia. Alguns textos haviam sido publicados sob forma de crônicas mensais, por exemplo, *Mère-enfant* (Mãe-filho), *Leçons de puériculture* (Lições de puericultura), *Les Lettres post-natales* (As cartas pós-natais), *Maintenant, nous grandissons* (Agora, nós crescemos). Por outro lado, nós deixamos de lado todos os artigos cujo conteúdo fosse muito específico (ex. as vitaminas, etc.) e aqueles que tratavam de patologias médicas infantis (ex. tratamento de oclusão intestinal, pneumonias, etc.).

Representativo do período estudado, o conjunto do *corpus* analisado responde também aos critérios de homogeneidade e de precisão. Ele constitui um material rico e considerável comportando ao mesmo tempo informações factuais, conselhos, prescrições ou ainda interpretações de algumas situações tendo como característica a infância. Além do mais, esses discursos circularam em um período significativo para Quebec.

A análise dos discursos

Por fim, a análise dos discursos se apoiou em métodos sócio-semióticos. O que nos importava era perceber não só o conteúdo das ideias, mas também as formas linguísticas a partir das quais se manifestavam a materialidade do texto reflexivo e seus limites a fim de localizar progressivamente os mecanismos do discurso (MOLINO, 1969). Nós procuramos, a partir de quatro procedimentos de análise, elaborar modalidades de leitura que dão conta dos diversos níveis de funcionamento da língua, como a enunciação e as formas linguísticas subjetivas (os interlocutores, as oposições), a intertextualidade e a polifonia enunciativa (figuras de autoridade), o pragmático assim como as formas interativas (os verbos) e os relatos de práticas (metáforas) (FOSSION e LAURENT, 1981).

O modelo pediátrico da puericultura: 1930-1950

Antes de examinar o modelo da puericultura, seria útil descrever brevemente o contexto social da primeira metade do século XX a fim de mostrar como o discurso médico, longe de evoluir de forma isolada, é tributário da sociedade da qual ele está inscrito ao mesmo tempo em que também a influencia. Quando percorremos os trabalhos históricos, constatou-se que as primeiras décadas do século XX inauguraram um período de questionamentos



profundos no Canadá (SUTHERLAND, 1976; COMACCHIO, 1993). As dificuldades econômicas e sociais levaram, pela primeira vez, um movimento dito progressista a se debruçar sobre a natureza da sociedade e a questionar sua evolução marcada por uma industrialização e uma urbanização sem dúvida muito rápidas que provocaram profundas transformações na estrutura familiar.

Para muitos médicos quebequenses da época, a população operária de Montreal era pobre e estava exposta às influências nefastas do trabalho industrial. A condição sócio-sanitária da população era tida como precária, a frágil constituição das crianças era deplorável e a miséria produzia, segundo eles, comportamentos perigosos para a sobrevivência dos recém-nascidos (COPP, 1978; BAILLARGEON, 2004). Na virada do século, “um quarto das crianças que nasciam com vida morriam antes de atingir seu primeiro aniversário” (HENRIPIN, 1961, p. 3). Mesmo que a queda da mortalidade infantil, que era chamada de a ceifadora de vida das crianças, tenha sido importante durante o primeiro quarto do século, Quebec se encontrava no último lugar entre as províncias canadenses, tanto em 1926 quanto em 1936, com taxas de 142 e 82,6 para mil nascidos vivos. Em plena Revolução Tranquila, Quebec ainda não havia diminuído a distância que a separava do resto do Canadá. A verdade é que Ontário será alcançado somente em 1974 (TURMEL e HAMELIN, 1995).

Na trilha dos movimentos higienistas americanos e europeus (MECKEL, 1990; ROLLET, 1994), os reformistas canadenses e quebequenses publicaram artigos e relatos taxando de patologia social a vida nas grandes cidades do país. Um dos temas que voltava com mais frequência ao debate público, constata Sutherland (1976), era a conservação do capital humano. Tentou-se conscientizar a população por reformas sociais para o bem-estar das crianças. Mas essa tomada de consciência foi uma tarefa complexa e que só pode ser realizada de forma lenta, no meio de uma série de ensaios sucessivos. Preferia-se ainda, no começo do século, ver o setor privado, ao invés dos próprios governos, como provedor de soluções para os problemas sociais. Progressivamente, ele especifica, as atitudes mudaram “(...) Os Canadenses começaram a ter um novo olhar sobre a maneira de criar seus filhos” (SUTHERLAND, 1976, p.27, tradução livre).

Em Quebec, a ação dos reformistas se atualizou principalmente ao redor da luta pela sobrevivência das crianças (BAILLARGEON, 2004), ao redor da abolição do trabalho infantil e da frequência escolar obrigatória⁵ (HAMEL, 1984), e ao redor da proteção da criança (JOYCE *et al.* 2000). É nesse contexto social, muito brevemente descrito, que a pediatria quebequense tentou se afirmar e consolidar sua prática na primeira metade do século XX. Esquemáticamente, podemos distinguir duas facetas intimamente ligadas: a pediatria clínica, que se interessa pelas patologias e pelos tratamentos de doenças infantis, e a puericultura, que seria o seu lado preventivo.

⁵ Até 1943 não tinha sido votada em Quebec a lei da frequência escolar obrigatória. De acordo com Hamel (1984), um dos fatores que explicam esse atraso é a utilização do trabalho infantil até os anos quarenta, mais tarde portanto do que no restante do Canadá.



Criada por um médico francês, o Doutor Caron, a puericultura foi elevada, no final do século XIX, ao posto de disciplina científica para estabelecer a autoridade da profissão médica sobre a prevenção da doença (NEYRAND, 2000). Pelas suas raízes latinas, ela significa “criação das crianças” e ela se propõe a assegurar a progressão regular do crescimento da criança e de seu pleno desenvolvimento.

Em Quebec, a análise do *corpus* revela que, desde 1930, os médicos eram adeptos da associação dessa disciplina com a pediatria. Modelo profissional dominante até depois da Segunda Guerra, a puericultura se articula a uma norma médica prescrita regularizando a vida cotidiana das crianças a fim de assegurar que as mães não sigam mais os preceitos tradicionais transmitidos de mãe para filha. Nos artigos consagrados à puericultura são apresentadas, de uma maneira ordenada, simples e concreta, as noções que uma jovem mãe deve conhecer sobre a fragilidade do recém-nascido e o desenvolvimento de sua criança. As regras são editadas de forma impessoal e o tom imperativo é generalizado: “Proteja seu filho dos resfriados e de suas conseqüências graves”, “evite levá-lo consigo”, “consulte seu médico regularmente”, etc. E os verbos modais “é necessário”, “deve-se” dão ritmo, invariavelmente, aos discursos.

Para entender como os discursos médicos puderam contribuir, em um primeiro momento, à formação e ao reforço de uma certa concepção de infância, e depois, em um segundo momento, a sua regulação, examinaremos primeiro como esses discursos especializados trouxeram à luz representações sociais da criança que se estruturavam por meio de grandes dimensões antropológicas, como o tempo, o corpo e o espaço. Depois nós descreveremos as características distintivas desse modelo profissional que delineiam alguns parâmetros educativos.

Representações sociais da criança

Como falamos da criança ao longo desse período? Como a descrevemos? Como os discursos médicos estruturam o tempo do ponto de vista da infância? E o que dizer de seu ambiente?

A infância: uma referência ao futuro da nação

Uma primeira forma de representação da temporalidade da criança se anuncia na dualidade “vida-morte” (TURMEL, 1997). O discurso profissional é marcado, simultaneamente, por uma luta pela sobrevivência da nação e contra o fatalismo face à doença e à morte dos bebês. A aposta na sobrevivência da nação aparece particularmente forte até a Segunda Guerra Mundial. O discurso médico é uniformemente natalista; ele anuncia assim uma escolha fundamental que toda sociedade deve assumir: procriar e dar prioridade às crianças lhes assegurando uma proteção. A consideração particular dada à sobrevivência da criança se explica em uma sociedade preocupada com as altas taxas de mortalidade infantil. A expertise medical

constrói assim um modelo cultural da criança sob o registro do prolongamento, da vitalidade que prega a primazia da vida sobre a morte. Domesticando a ortodoxia católica, para a qual existe uma vida melhor no além, recusa-se associar a criança à metáfora radical do redentor. A maldição, pregada por vezes no discurso religioso para explicar a morte delas, é rejeitada. Tentou-se quebrar a adequação ao fatalismo, à doença e à morte das crianças, ainda bem presente na cultura do entre-guerras. “Nós não podemos nos revoltar demais contra o preconceito que reina no espírito do povo, que é inútil cuidar das crianças. Esse erro condenável deveria desaparecer, agora que a ciência médica preencheu as lacunas do passado” (UMC, 1936, p. 885).

A ideia, que se tornava possível a partir daquele momento com medidas preventivas e avançadas da ciência, de salvar as crianças do risco de morte e de fazê-las viver em boa saúde será reiterado com vigor ao longo de todo o período estudado. Particularmente, as chances de sobrevivência de um recém-nascido são descritas como sendo estreitamente dependentes das práticas maternas. O Dr. Beaudoin, em seu curso de higiene (1931), revisa as causas da mortalidade infantil⁶. A causa que resume todas as outras, ele observa, é a ignorância das mães (UMC, novembro 1950). Prescrições médicas e sociais se esforçam então para modificar as condutas das mães em relação a seu bebê: regime alimentar, promoção do aleitamento, acompanhamento médico, visitas domiciliares pós-natais de enfermeiras graças às unidades sanitárias, instalação de clínicas de bebês⁷, etc. Todo um dispositivo sócio-sanitário foi então instalado para complementar sua educação⁸. Nesse sentido, nada pode formular melhor a ideia de que o

⁶ Ele distingue dois períodos na luta contra a mortalidade infantil. O primeiro se estende do começo do século até a Segunda Guerra mundial e o outro, vai de 1940 até os anos 1980. O primeiro se caracteriza pela luta contra as causas exógenas, isto é, aquelas ligadas às condições sócio-sanitárias das populações, o outro pelo combate contra as causas endógenas, notadamente, pela prevenção de nascimentos prematuros velando a saúde das mães durante a gravidez. Notemos que a diarreia e as enterites são as principais causas de mortalidade infantil até o final dos anos 1930 (TURMEL e HAMELIN, 1995).

⁷ A partir da última década do século XIX, as grandes cidades norte-americanas e européias assistem à implementação de instituições sócio-sanitárias chamadas de clínicas de bebê visando a vigilância alimentar e da saúde dos mesmos. É em Montreal, em 1901, que é estabelecida a primeira referência francófona para bebês chamada “Gouttes de lait” (Gotas de leite - em 1936, existirão setenta). Em Quebec, a Obra da Gota de leite foi fundada em 1915 (haverá treze em 1939). Aos olhos dos médicos, “era o centro por excelência para ensinar às mães as noções de puericultura. (...) Era uma verdadeira escola de mães” (GMCF, fevereiro 1937, p. 70).

⁸ Os diferentes ministérios foram grandes fornecedores de material educativo. Por exemplo, o ministério Federal da Saúde publicou uma série de manuais voltados às mães intitulados *Les petits livres bleus* (Os pequenos livros azuis). O primeiro, *Le livre de la mère canadienne* (O livro da mãe canadense) lançado em 1921, teve mais de 500.000 exemplares distribuídos. Reeditado várias vezes, ele só foi substituído no final dos anos 1930, quando o Dr. Ernest Couture, novo diretor da Divisão de higiene maternal e infantil, publicou *La mère canadienne et son enfant*. Essa publicação teve mais de dois milhões de exemplares distribuídos até seu desaparecimento nos anos 1970 (BAILLARGEON, 2004).

conhecimento médico⁹ contribuiu para melhorar o destino das jovens crianças do que esse discurso, publicado em 1950: “A consulta dos bebês (...) foi (...) de todas as medidas tomadas, a mais importante para reduzir a mortalidade infantil, pela educação das mães e a luta contra a ignorância e a pobreza” (UMC, novembro 1950, p. 1326).

Além da doença, valor negativo que deve ser combatido e até mesmo erradicado, é a saúde da criança, valor positivo, que é posto em primeiro plano. Nesse contexto, como falamos do corpo da criança?

A criança: um ser frágil e influenciável

Em primeiro lugar, o discurso profissional atribui ao corpo da criança uma forma determinada pelas estruturas biológicas. Ele explica as relações e desvenda uma imagem precisa: a criança é um ser frágil e impotente que devemos proteger. Ela é comparada a “uma flor delicada cujo odor suave perfuma o lar” (GMCF, abril, 1936, p. 176). Ela é construída como um ser novo, incompleto, vulnerável, muito móvel em seu progresso, mas que ainda está bem distante da resistência e do equilíbrio relativo do adulto.

A partir de 1933, uma série de textos é publicada por especialistas do Conselho canadense da salvaguarda da infância na revista GMCF que definem uma norma de infância e ditam um conjunto de conselhos para assegurar o bem-estar e a proteção dela. Cada uma das fases do desenvolvimento, do nascimento aos seis anos de idade, é alvo de uma atenção particular. Primeiro, *Douze lettres postnatales* (Doze cartas pós-natais) descrevem minuciosamente as práticas que devemos utilizar para que o corpo da criança se desenvolva harmoniosamente ao longo do primeiro ano. Seguido de um conjunto de escritos de mesma natureza intitulados *Maintenant, nous grandissons* (Agora, nós crescemos) que se refere às crianças de um a seis anos. É observando as regras de higiene prescritas, sublinha-se, que é possível combater a fragilidade da criança e assegurar-lhe um crescimento normal.

Por outro lado, o olhar clínico é centrado nas necessidades físicas e na maturação da criança, e o discurso pediátrico interpreta as primeiras idades da vida sem estabelecer de fato paralelos com o psíquico. A articulação “corpo-psique” mostra ser um processo de mão única, nesse sentido que um corpo são é visto como chave para um desenvolvimento mental adequado: “A primeira vigilância se exercerá sobre o crescimento normal da criança (...) e isso não será sem efeito sobre seu psiquismo” (GMCF, outubro 1934, p. 537). Será necessário aguardar a virada dos anos 1950 para ver se delinear nos escritos o reconhecimento e a consideração das necessidades psicológicas das crianças.

Paralelamente, a essa exacerbação da importância dada à pequena infância como espaço do sujeito a devenir, uma imagem insistente é

⁹ Ele especifica que diversos fatores contribuíram para a queda na mortalidade infantil: a melhora das condições socioeconômicas da população, a instrução das mães, a queda na fecundidade, a descoberta dos antibióticos, etc. (MCKEOWN, 1981).

desvendada sobre a natureza da infância: a de que a criança é um ser flexível e influenciável. Notadamente, essa imagem nos introduz à metáfora da *tabula rasa* que é necessário preencher, metáfora que se deve ao filósofo Locke. Para medirmos essa palavra normativa, paremos sobre alguns enunciados:

Dos cinco aos seis anos, a criança é um receptáculo. O que ela receberá? É sobre isso que falaremos (...). Uma criança pode melhorar ou se contaminar pelas circunstâncias, mas a educação deve ser dada em um solo virgem, durante a infância, onde os hábitos do bem, do direito, do justo, do belo são postos com raízes profundas que fazem com que possamos esquecê-las momentaneamente, mas nunca totalmente (GMCF, 1936, p. 546).

Quão fácil pelo contrário é a educação da criança: seu cérebro é uma cera plástica, e a juventude é tão propícia para a formação de hábitos (*Bulletin Sanitaire*, novembro-dezembro, 1941, p. 62-63).

A criança passa a ser encarada a partir das promessas que sua plasticidade contem, percebida como um ser em progresso constante. As metáforas do “solo virgem” e de “cera plástica” são indicativas da obra a ser fabricada, moldada, a partir de uma espécie de nível zero. Sem dúvida, essa concepção de infância leva a considerar também que, face ao determinismo genético, a educação e o ambiente são decisivos para seu desenvolvimento.

O ambiente da criança: um espaço relativamente fechado

Por outro lado, o ambiente da criança antes dos anos 1950 se constitui ao redor de sintagmas do encarceramento, de espaços vigiados e frequentemente fechados. O pátio, o parque, o pensionato, o tanque de areia, a escola, a família representam a centralidade do espaço infantil. De um lugar ao outro, enquadrava-se, dirigia-se, educava-se, vigiava-se, protegia-se. A família é descrita como a pedra angular sobre a qual repousa a educação das crianças. O pai, mesmo que sub-representado nos textos da primeira metade do século XX, é visto como o “provedor, a cabeça dirigente, o farol brilhante” da vida familiar. Por outro lado, a mãe ocupa um lugar central na estrutura. Tida como responsável pela educação das crianças, ela é o alvo privilegiado do discurso profissional. Ela é esposa, “rainha do lar” em tempo integral e promovida a grande responsável pela preservação da vida de seus descendentes, e foi assim até os anos 1970.

Em resumo, os discursos veiculados sobre a infância no período 1930-1950 propõem uma concepção de ser passivo integrado a um “nós comunitário” que edificava para ele um percurso de vida desejável. Seu direito de palavra era limitado. Fazia-se pouco caso da criança como sujeito e como ator de sua história, para retomar os termos de Gavarini (2001). Agora, examinaremos as características distintivas do modelo educativo da puericultura.



A puericultura: as características distintivas

Na medida em que a criança era construída como um ser frágil e vulnerável, que necessitava constantemente de um adulto para controlá-la, os conselhos educativos emitidos pelo modelo da puericultura adotaram uma linha bem diretiva. O essencial da reflexão médica consistia em promover junto às mulheres um modelo educativo centrado na prática de observação. Quatro características distintivas caracterizam esse modelo: a assepsia, a regularidade e a disciplina, e a medida.

A assepsia

A alimentação na mamadeira exige uma destreza asséptica: o leite de vaca não pausterizado deve ser limpo, puro, cozido por 30 minutos a 65° C. “Os micróbios nocivos morrem e as vitaminas ficam ainda vivas” (GMCF, julho 1933, p. 417-418). É necessário manter as crianças longe das multidões, nenhum lugar público é adequado a elas: bondes, cinemas, aniversários de crianças espalham as doenças. Face à ameaça bacteriana, a mulher é tida como responsável pela limpeza do lar: as casas mal cuidadas são propícias à propagação de germes; negligenciar o cuidado da casa é sinal de descuido com a criança. O cuidado da casa não pode ser feito de forma amadora; ele se torna um dever moral. O quarto das crianças deve ser de uma limpeza ideal, arejado e bem organizado. A cozinha deve brilhar; nenhum micróbio deveria entrar em seu recinto. Para que as mulheres pudessem seguir meticulosamente os conselhos editados e organizar adequadamente sua casa, elas foram encorajadas a seguir cursos de economia doméstica. Era um meio certo de conter a imprevisibilidade e a desordem. Assim, afirma-se a idéia da gestão racional da casa por meio da qual todas as tarefas familiares deveriam ser especificadas e feitas em horas precisas.

A regularidade e a disciplina

Essas duas normas, a regularidade e a disciplina, que se opõem ao prazer e à ternura para a mãe e para a criança, impõem-se como segunda característica distintiva (EHRENREICH e ENGLISH, 1982). Esse procedimento educativo se inscreve na linha da teoria behaviorista desenvolvida pelo psicólogo americano Watson, um pouco antes dos anos 1920. Watson estava maravilhado diante da maleabilidade da criança e estava persuadido a acreditar que um condicionamento apropriado permitiria que os pais e professores obtivessem os comportamentos que eles desejassem ver se manifestar na criança, chegando até a declarar que “era possível adestrar a criança a agir como uma máquina ou, ao menos, a se ajustar a um mundo que exigia tanto de regularidade e de disciplina quanto de uma máquina”¹⁰. O imperativo da regulação do corpo da criança se obtém pela aquisição de

¹⁰ EHRENREICH e ENGLISH (1978), traduzido por ARSENAULT e DE KONINCK (1982), p. 209.

hábitos, para os quais as mães devem aprender detalhadamente a arte de alimentar as crianças, de vesti-las, de tocá-las, de movimentá-las, etc. É verdade que tudo parecia ter se tornado objeto de regulação normativa na vida da criança graças a regras de comportamento: o horário de banhos e de alimentação eram também escrupulosamente descolados e fragmentados daquele dos passeios ao exterior. A iniciação à limpeza segue igualmente um ritual: a aprendizagem deve começar cedo, desde os 9 meses de idade, e a criança deve ser iniciada sempre nas mesmas horas. A temporalidade em relação à infância se manifesta por meio de um horário quase imutável, de uma imagem metafórica mecânica do tempo de produção da sociedade industrial¹¹.

“Para conservar a saúde de seu bebê, é necessário lhe dar cuidados a horas regulares. Desde o primeiro mês, o bebê, com uma hora fixada, esperará que lhe banhem, que lhe alimentem e que lhe dêem seus outros cuidados. O bebê deve comer sua refeição em intervalos regulares. Mesmo se ele dorme, deve-se acordá-lo.” (GMCF, fevereiro 1933, p. 90-91).

Em uma época onde recorrer à expertise medical não era um hábito, o discurso prescrevia o recurso indispensável ao médico para toda mudança referente ao horário da criança ou aparição de algum sintoma. “Aos cinco meses, não se deve aumentar o número de mamadeiras sem a opinião do médico” (GMCF, julho 1933, p. 416).

A inculcação de hábitos de disciplina toca igualmente a higiene mental. Uma criança maleável pode ser modelada desde a tenra idade. Uma regra anuncia que os pais devem deixar a criança chorar para formar seu caráter. “Jamais ninar o bebê nem ficar perto dele (...). Se ele acordar e chorar durante a noite, não lhe dar jamais o seio. Troque-o de posição e lhe dê um pouco de água fervida” (GMCF, fevereiro 1931, p. 91). Outras prescrições não são menos rigorosas: deixar a criança dormir seis horas seguidas de noite sem beber; deixá-la chorar até que ela obedeça; inculcar nela virtudes de pontualidade e de civismo. A arte de educar as crianças não pertence ao registro dos sentimentos, mas sim ao da razão. Aparece assim, implicitamente, nos discursos o poder da norma médica na relação pais-filhos, obrigando a novas delimitações do tempo social. Autoridade, hierarquia e regularidade são assim construídas como condições essenciais para o desenvolvimento da criança. De qualquer maneira, esses princípios educativos deveriam ser inculcados na criança com “calma e doçura”.

A medida

Última característica distintiva: a medida. O conhecimento do desenvolvimento da criança repousa, primeiramente, na prática controlável da medida. Descreve-se assim a infância por medidas de peso, de tamanho, de

¹¹ Para COMACCHIO (1993), os princípios educativos da regularidade e da disciplina estavam de acordo com as exigências do trabalho da sociedade industrial.



doença e de higiene, depois de inteligência, medidas que se inscrevem em normas aplicáveis a todos (TURNER, 1992).

O método de exame clínico serve para apreciar o estado psíquico da criança: as crianças são despidas, observadas, pesadas, apalpadas. Depois seu crescimento é medido a partir de dispositivos antropométricos ajustados por cientistas: as tabelas de peso e medida, etc. Assim, pode-se ler em uma lição de puericultura “que uma criança mede quando nasce de 20 a 21 polegadas; nos seis primeiros meses, ela cresce 1 polegada por mês. De seis a um ano, ela cresce meia polegada por mês (...)” (GMCF, junho 1936, p. 268-269). Essas medidas não se limitam só ao peso e à altura: minuciosas descrições examinam a aparição dos dentes, as horas de sono, a circunferência da cabeça, as pulsações cardíacas, a respiração, a temperatura corporal, etc. Estrutura-se com uma precisão científica as fases da criança assim como sua curva de crescimento.

O discurso médico divide a vida da criança em uma sequência de fases. Na primeira etapa da vida (0-30 meses) aparecem o primeiro sorriso, a primeira dentição, o temível desmame, a introdução de uma alimentação consistente, os primeiros passos, etc. Posteriormente, outras fases são determinadas: o acesso à palavra, ao raciocínio, à escola e à puberdade. Para acompanhar bem o crescimento da criança, a mãe deve ter um registro no qual ela registra os sinais de desenvolvimento: tamanho, peso, primeiro sorriso, primeiros dentes, os comportamentos alegres, agressivos, etc. Esse registro permite comparar o desenvolvimento da criança com os parâmetros reconhecidos, tudo compondo uma fonte de informações clínicas para a pediatria.

Desde os anos 1930, a escola começou a se preocupar igualmente com a higiene mental, particularmente a das crianças ditas de aprendizagem lenta, seja procurando meios de diagnosticar suas dificuldades de aprendizagem e adaptação, seja educando-as separadamente dos alunos considerados normais. São, principalmente, as crianças que repetem o ano que, no começo, chamam a atenção dos profissionais, assim como as crianças que sofrem de deficiências mentais (SOKAL, 1987).

Toda uma psicologia da diferença nasce com a aplicação de testes psicométricos¹². Uma oposição semântica se instaura entre as crianças: as normais e as anormais. Entre os anos 1930 e 1936, 20.594 crianças quebequenses passaram por testes psicométricos. Desse número, “8.839 foram consideradas normais enquanto que 11.265 foram classificados de retardados, sendo que os casos de fronteira (6.321) estavam incluídos na última categoria” (GMCF, 1936, p.442). A fim de fixar o valor obtido, os discursos colocavam em evidência que os psicólogos e os psiquiatras elaboraram uma classificação do ponto de vista da normalidade e da deficiência:

¹² Os testes BINET-SIMON (1905), revisados nos Estados Unidos por TERMAN da Universidade de Stanford (1916), foram administrados às crianças. Eles tinham por objetivo estabelecer o nível mental de um aluno, isto é, a relação que existe entre seu desenvolvimento intelectual e sua idade cronológica.



O sujeito normal tem um quociente comprimido entre 90 e 109. O intelectual lento é um normal subdotado, mas não retardado; seu quociente vai de 80 a 89. Os casos de fronteira oscilam entre 70 e 79. Com o débil mental começa o verdadeiro retardo mental e em clínica encontra-se o tipo superior cujo quociente intelectual é de 60 a 69 ao passo que o tipo inferior não passa de 50 a 59. Por fim, em uma escala mais baixa, o imbecil cujo quociente varia entre 49 e 25, e mais baixo ainda o idiota cujo quociente é abaixo desse último número (GMCF, outubro 1936, p. 443).

O número de crianças classificadas como deficientes é propriamente problemático: quase 55% não respondiam aos critérios de normalidade. Os resultados desses testes ficavam inscritos na ficha médica do aluno e seguiam-no em todos seus deslocamentos de uma escola à outra. Toda uma reflexão sobre essa prática profissional aparecerá na virada dos anos 1960. Seguida de uma série de debates acalorados sobre a eficácia desses testes de inteligência, eles serão administrados de maneira mais parcimoniosa.

O modelo da psicopediatria: 1950-1970

Ao sair da Segunda Guerra Mundial, a ascensão da psicologia, assim como sua generalização, influenciará as práticas médicas fixando novas maneiras de conduta em relação à criança: as bases de um modelo educativo rígido estremecem. Assistimos então a junção entre a pediatria e a psicologia, e a referência a essa jovem disciplina dinâmica se torna rapidamente dominante nos discursos sobre a infância. Na verdade, é no decorrer desse período que se inicia em Quebec um processo de redefinição da infância concomitante àquele que se efetua nos países ocidentais. Esse período da história é impregnado por uma renovação social onde paralelamente a implantação de novas práticas afirma-se a ideia de que os princípios educativos devem ser mais flexíveis (GLEASON, 1999). Um segundo modelo, a psicopediatria, domina os discursos e transforma a configuração cultural do modelo da puericultura; ele aparece como alternativa plausível para a regulação das condutas infantis. Por consequência, as representações sociais não serão mais as mesmas.

Representações sociais

Como evocamos a infância? Quais são as características que a distinguem do período precedente?

a) A criança: um ser que tem seu próprio ritmo

Um dos pólos importantes que estruturam e organizam a temporalidade em relação à criança é a ruptura com um passado que se quer



abandonar e, por consequência, o começo de um novo tempo. A oposição ontem-hoje estava onipresente no *corpus*. Mas contrariamente aos anos do pré-guerra, não era apenas o saber popular que era considerado como ultrapassado, mas também os princípios educativos da puericultura. O discurso médico estava impregnado do desejo de esquecer o passado para estar no presente. Para essa entrada, em um tempo diferente, transplantou-se uma temporalidade que estrutura o ritmo da criança. Inspirando-se nas novas teorias do desenvolvimento cognitivo e intelectual da criança, simbolizados por Piaget e Freud, os discursos médicos instauraram todo um conjunto de fases, medidas e de regras que os pais deveriam assimilar para acompanhar bem o desenvolvimento cognitivo e afetivo de seu progenitor. “Se, por exemplo, os desejos do bebê não são atendidos, ele pode se prender ao prazer de chupar seu dedo, muito tempo depois de ter passado o estado em que isso é normal” (*Cahiers du nursing canadien*, Cadernos da enfermagem canadense, março 1966, p. 7). Além disso, a nova ideia anunciada pelo discurso pós-guerra era a seguinte: todas as crianças atravessam um conjunto de estados sócio-cognitivos para atingir sua maturação, mas cada uma evolui no seu próprio ritmo.

b) A criança: um ser que tem uma individualidade própria

A representação do corpo sofreu um deslocamento significativo. Enquanto que os discursos antes da guerra descreviam um modelo de crescimento que se aplicava a todas as crianças, a era dos anos 1950 e 1960 colocou em evidência que existe uma multidão de corpos infantis e que cada um possui uma individualidade que lhe é própria. Duas imagens ordenam a representação desse corpo singular: a metáfora do fundamento e a metáfora holística. Os primeiros anos da criança pareciam de uma importância capital para a construção das habilidades afetivas do adulto e, correlativamente, o eixo alma-corpo é deslocado. “Os seis primeiros anos são determinantes para a personalidade do adulto” (*UMC*, setembro 1951, p. 1124). Na verdade, nota-se que o pólo psicológico constitui a pedra angular da representação do corpo: ele constitui a base do desenvolvimento da criança. A metáfora holística estava presente também na superfície dos textos. Os discursos ilustram que a criança é um todo: o corpo físico, a afetividade e o ambiente são emaranhados. “A criança, reafirmamos (...) é um todo, indivisível” (*UMC*, março 1960, p. 322).

c) O ambiente da criança: um espaço aberto

Quanto ao ambiente da criança, ele é descrito como devendo ser aberto para o exterior. A criança é, na verdade, compreendida como um ator que vive dentro de um universo marcado por movimento. Para tanto, toda uma série de atividades, do teatro ao cinema passando pelas viagens, lhe é proposta para despertar sua criatividade e sua abertura para práticas culturais diferentes. Um espaço social, estimulante, vivo veio então erodir os fundamentos do espaço das décadas 1930 e 1940: a metáfora do



enclausuramento que caracterizava esse universo infantil dá lugar a uma abertura sobre o outro, sobre o “em outro lugar”.

Modelo psicopediátrico: as características distintivas

Essas novas representações dão à infância sua coloração particular. As características distintivas de amor e de ternura, de tolerância e de escuta assim como da busca por autonomia confundem a díade corpo-alma que até então havia orientado o desenvolvimento da criança. O pólo psicológico ganha aqui uma grande importância: ele é o vetor central de seu bem-estar. A simbologia da referência apenas ao corpo físico da criança como primeiro princípio para avaliação de sua saúde é abandonado; a partir desse momento, é reconhecido que o psiquismo da criança pode afetar sua saúde física.

a) O amor e a ternura

Notemos a primeira característica distintiva: a prioridade dada ao afetivo e ao emotivo no desenvolvimento da criança em oposição às necessidades físicas que eram importantes para os médicos e higienistas dos anos 1930 e 1940. Em um sentido mais amplo, a primazia do afetivo não atinge somente a relação pai-filho; é um estado de espírito largamente compartilhado por tudo o que concerne o ambiente da criança. Amor, ternura, doçura são, na verdade, sintagmas ligados que percorrem todo o *corpus*. Há um elemento fundamental no qual a criança tem necessidade e que ela deve receber de seus pais e de seu entorno: o amor, um amor incondicional, caloroso, demonstrativo. Essa característica distintiva se inscrevia, por exemplo, na esteira dos trabalhos do Dr. Spock que havia difundido sua mensagem no mundo todo.

Aproveite seu bebê. Ele não é exigente, mas ele tem necessidade de afeição (...). Não tenha medo de amá-lo e de satisfazer suas necessidades. As crianças tem necessidade de sorriso, de boas palavras, de jogos, de carícias gentis e amigáveis assim como de vitaminas e de calorias. Um bebê que não recebe nenhuma demonstração de amizade se tornará um ser frio, que não responderá a nenhum sentimento de afeição (SPOCK, 1976, p. 10).

Assim, conselhos tais como “dê atenção a sua criança, nine-o, toque-o, beije-o, brinque com ele”, tornaram-se o *leitmotiv* dos princípios educativos. Uma criança que chora exprime suas necessidades: ela tem fome, ela está molhada, ela tem sede; ou ela está nervosa e precisa ser adulada, acarinhada para se acalmar. “Por vezes, ela chora sem razão aparente. Nós diríamos “que ela chora por nada”, mas existe sempre uma razão (...). É necessário provar ao bebê que o amamos e que ele é o melhor bebê do mundo.” (*Les Cahiers du nursing*, dezembro 1969, p. 376-377). É na dimensão



afetiva que tudo se joga e é por essa razão que a primeira educação aparece como indelével, pois ela vai estruturar a identidade da criança e sua maneira de se comportar na vida.

Amar sua criança é também aceitar a criança tal como ela é. A ligação com a criança se desenrola ao redor de sua individualidade. O discurso médico atribui à criança uma identidade singular e os pais não devem insistir em criar a criança que eles gostariam de ter, mas ao contrário, ajudar a florescer suas potencialidades. O amor incondicional dos pais parece ser uma premissa para o sucesso da vida da criança. Isso nos introduz a uma característica do modelo psicopediátrico: a tolerância e a escuta à criança.

b) A tolerância e a escuta à criança

O espírito de tolerância que reina sobre a educação das crianças representa um retorno às teorias do pré-guerra. Os discursos dos especialistas, que haviam se preocupado antes de tudo pela regularidade e pelo controle da criança, invertem-se: a criança é um ser reflexivo e devemos deixá-lo explorar seu universo. O procedimento educativo defendido aqui se inscreve na linha de pensamento de Rousseau, que havia procurado defender a ideia que os impulsos naturais da criança são sensatos. Correlativamente, as más pulsações publicadas pelos adeptos da teoria behaviorista desaparecem dos escritos: a criança não é mais percebida como um receptáculo, como uma cera mole a modelar sobre a qual podiam ser inscritos grandes princípios de disciplina, mas como um ator digno de respeito que tem o direito de se exprimir e de ser escutado. A tolerância e a escuta se impõem doravante como medida educativa.

Assim, um horário flexível e um regime adaptado à criança são recomendados. O bebê, por exemplo, conhece a quantidade de leite que lhe convém; ele é o único a saber quantas calorias seu corpo reclama e que seu estômago pode suportar. “Fica cada vez mais evidente e reconhecido que não se deve adaptar a criança à dieta, mas a dieta à criança” (UMC, fevereiro 1956, p. 157).

A tolerância e a escuta dizem respeito também à aprendizagem social das crianças. A aquisição da limpeza assim como a obediência, passando pela escolha dos amigos, não podem ser ensinadas com sucesso se os pais preocupados com as necessidades da criança ficarem exercendo certo controle. A relação autoritária não é mais recomendada: forçar a criança a se conformar com a autoridade dos pais por uma submissão cega é um princípio ultrapassado.

“Recomendar o famoso método forte, as repreensões em tom enfurecido, as cintadas de couro no traseiro, ameaça de envio para o internato? Isso jamais deu resultado e na maior parte do tempo foi tentado antes com esse resultado habitual de aumentar o ressentimento das crianças e a impressão de impotência dos pais” (UMC, novembro 1950, p.1334).



Os escritos são formais: as habilidades e os conhecimentos que a criança adquire em toda idade se desenvolve ao longo de trocas com os pais e com os indivíduos significativos para ela. A relação entre a criança e seu entorno não se apoia mais, como antigamente, em uma abordagem unidirecional; ela é dada como um processo bidirecional onde a criança tem direito a palavra. Essa visão do desenvolvimento da criança contrasta singularmente com a imagem da criança dos anos do pré-guerra, submetida ao autoritarismo de antes, com suas regras rígidas, sua ausência de diálogo. A criança passa a ser um ativo participante de seu desenvolvimento (BERNARD-BÉCHARÈS, 1994). Ela

“forma seu comportamento, cria e fixa seus hábitos a partir de suas experiências e de suas reações ao comportamento e às reações de seu entorno. Seu caráter e seus hábitos de ordem moral serão então, em grande parte, o produto de influências e de reações de seu meio” (GMCF, maio 1954, p. 19)

Portanto, não se trata mais de impor sanções às crianças, proibições; aquilo que é necessário é favorecer sua espontaneidade, evitar as reprovações inúteis. No entanto, esse procedimento educativo não se reduz ao ponto de dizer aos pais para largarem suas crianças ao léu. Ao contrário, ele exige de sua parte uma grande disponibilidade e uma escuta permanente.

c) A busca por autonomia

Por fim, destacamos a última característica distintiva: a autonomia. Educar uma criança, é torná-la autônoma (SIROTA, 1998; DE SINGLY, 2004). Nós assistimos a uma modificação, senão a uma inversão, do princípio educativo da educação do corpo da criança. Os pais devem reconhecer as verdadeiras necessidades da criança e a liberdade da qual ela deve desfrutar. A autonomia da criança se adquire desde a tenra idade e a regra de ouro do procedimento educativo recomendado é de deixar a natureza agir; é suficiente guiar com delicadeza a criança até o ponto em que suas habilidades e aptidões se produzam, para que ela cresça em equilíbrio com o mundo que a rodeia. Nessa ótica, sua autonomia crescerá dia após dia se nós a ajudarmos a desenvolver seu senso crítico. “Para ajudar a criança a crescer, é necessário que os pais saibam encarar com calma (...) os problemas que surgem, sem esquecer jamais que a criança tem seu próprio destino, muito diferente do deles” (*Les Cahiers du nursing*, outubro 1960, p.19).

O modelo educativo psicológico instaura uma oposição semântica entre a criança autônoma e a criança dependente. Assim, se os pais dão a possibilidade para a criança em idade pré-escolar de ser independente, ela se mostrará mais sociável, ela se sentirá mais segura, mais comunicativa. Por outro lado, se uma criança é muito mimada e protegida por seus pais, sua autonomia será frágil. Essa criança será tímida e fechada dentro dela mesma. Como então se pode ajudar uma criança a adquirir sua autonomia? Recomenda-se aos pais deixar a criança explorar, evitando vigiá-la

constantemente. A importância dos primeiros anos no desenvolvimento da autonomia da criança impregna assim o discurso: uma criança autônoma e que sabe se virar é um indivíduo armado para a vida.

*
* *
*

A partir do começo do século XX, a ciência médica começou a investigar de maneira sistemática o campo da infância em Quebec. Por uma série de deslocamentos progressivos, o recurso a um saber formal e instituído sobre os cuidados com a criança foi associado ao de uma competência profissional e, simultaneamente, a pediatria, e seu duplo preventivo, a puericultura, modificaram as imagens do mundo infantil introduzindo como medidas educativas: o racionalismo asséptico, a regularidade, a disciplina e a medida. Os discursos médicos do entre-guerras definiram a educação das crianças como um trabalho estruturado, pontuado de horários “policidados”, o tempo todo retomado, que mostrou ser um trabalho de racionalização de um campo de práticas. Em um contexto marcado pela fragilidade da criança, a rigidez das regras referente ao corpo e à higiene se fez em detrimento de uma visão mais globalizante das necessidades da infância, notadamente de sua realidade afetiva.

A partir do olhar aos primeiros anos de vida, revela-se também uma representação da infância tal como ela deveria ser. A prática médica introduziu, na verdade, todo um leque de classe de idades, caracterizadas por critérios e padrões mensuráveis, dando assim a possibilidade, a partir das fases de maturação, de introduzir os parâmetros de normalidade da criança. O normal é que aquilo que se mostra medido e normatizado como tal.

Mas com os anos 1950, ativou-se um processo de nova definição da infância. Globalmente, ela aparece como uma consciência para o universo dos adultos. Consciência boa para os pais que não se atrasam a saciar as necessidades primárias da criança, mas que sabem escutá-la, respeitá-la e estimulá-la no plano afetivo. É isso, ao menos, que nós retemos das características do modelo psicopediátrico que revirou a figura do modelo educativo precedente. Suas características distintivas: o amor, a ternura, a tolerância, a escuta à criança e a busca de sua autonomia testemunham o reconhecimento da criança como um sujeito social inteiro e não somente como um ser em via de devenir. Ela é construída como um ator agindo sobre seu desenvolvimento físico, cognitivo, social e intelectual. Ela tem direito à palavra, o direito de poder ser ela mesma.

Paradoxalmente, os modelos profissionais, apesar de seus métodos rigorosos e seus resultados interessantes, estão longe de fornecer um quadro objetivo e imutável da realidade, para retomar os termos de Thuillier (1988). Os discursos médicos analisados multiplicam, na verdade, as incertezas, introduzindo questionamentos novos do ponto de vista da infância



e colocam em evidência os limites das teorias defendidas pelos conhecimentos científicos. O que parecia ser uma certeza sobre os hábitos a inculcar na criança nos anos 1940 não o será mais uma década mais tarde.

Pela introdução de conselhos educativos e visitas dos pais, as instâncias médicas avançaram no terreno do espaço privado e doméstico das famílias. Martelados com convicção, seus discursos permitiram, em relação aos pais, a interiorização de valores da racionalização do universo familiar e aquelas do “corpo racional” e emotivo da criança. A prática médica produzia um movimento importante na configuração da infância.

Referências bibliográficas

ARIES, Philippe – **L’enfant et la vie familiale sous l’Ancien Régime**. 2e édition, Paris : Seuil, 1973.

BAILLARGEON, Denise – **Un Québec en mal d’enfants. La médicalisation de la maternité, 1910-1970**. Montréal : Remue-Ménage, 2004.

BERGER, Peter et LUCKMANN, Thomas – **La construction sociale de la réalité**. Paris : Méridiens Klincksieck, 1989.

BERNARD-BÉCHARIÈS, Jean-François – Quels paradigmes pour une thérie de l’enfant-acteur?, numéro spécial **Enfances et sciences sociales**, *Revue de l’Institut de Sociologie*, 1, 2, p. 21-37, 1994.

COMACCHIO, Cinthia – **Nations are built of babies. Saving Ontario’s mothers and children**. Montréal: McGill-Queen’s University Press, 1993.

COOP, Terry – **Classe ouvrière et pauvreté. Les conditions de vie des travailleurs montréalais, 1887-1929**. Montréal : Boréal Express, 1978.

DESINGLY, François (dir.) – **Enfants adults, vers une égalité de status?** France : Le tour du sujet Universalis, 2004.

EHRENREICH, Barbara et ENGLISH, Deirdre – **For her own good: 150 years of the Expert’s Advice do Women**. Garden City (NY): Anchor Press, 1978, traduit par ARSENAULT, L. et KONINCK, Z. – **Des experts et des femmes**. Montréal, Remue-Ménage, 1982.



FOSSION, André et LAURENT, Jean-Paul – **Pour comprendre les lectures nouvelles. Linguistique et pratiques textuelles.** Paris : De Boeck et Duculot, 1981.

GAVARINI, Laurence – **La passion de l'enfant, filiation, procréation et éducation à l'aube du XXe siècle.** Paris : Hachette, 2001.

GLEASON, Mona – **Normalizing the ideal. Psychology, Schooling, and the Family in Postward Canada.** Toronto: University of Toronto Press, 1999.

HABERMAS, Jürgen – **La technique et la science comme «idéologie».** Paris: Gallimard, 1973.

_____. **L'espace public.** Paris : Payot, 1979.

HAMEL, Thérèse – Obligation scolaire et travail des enfants : 1900-1950. **Revue d'histoire de l'Amérique française**, 38, 1, p. 39-58, 1984.

HAMELIN BRABANT, Louise – **L'énfance et la transformation des modèles professionnels médicaux.** Thèse de doctorat, Département de Sociologie. Sainte-Foy : Université Laval, 2000.

HALPERN, Sydney A. – **American pediatrics, the social dynamics of professionalism 1880-1980.** Los Angeles: University of California Press, 1988.

HENRIPIN, Jacques – L'inégalité sociale devant la mort:: la mortalité et la mortalité infantile à Montreal, **Recherches Sociographiques**, 2, 1, p. 3-34, 1961.

JAMES, Allison et JAMES, Adriain L. – **Constructing childhood, theory, policy and social practice.** Londres: Palgrave, Macmillan, 2004.

JAMES, Allison, JENKS, Chris et PROUT, Alan – **Theorizing childhood.** Cambridge, Polity Press, 1998.

JOYAL, Renée (dir.) – **Entre surveillance et compassion. L'évolution de la protection de l'enfance au Québec. Des origines à nos jours.** Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, 2000.

LAMONDE, Yvan et TRÉPANIÉ, Esther (dirs.) – **L'avènement de la modernité culturelle au Québec.** Québec : Institut Québécois de Recherche sur la Culture, 1986.

LINTEAU, Paul-André et al – **Histoire du Québec contemporain. Le Québec depuis 1930.** Tome II. Montréal : Boréal Express, 1979.



MCKEOWN, Thomas – Les déterminants de l'état de la santé des populations depuis trois siècles : le comportement, l'environnement et la médecine. In : BOZZINI, Luciano et al (dirs.) – **Médecine et société des années 80**. Montréal: Albert St-Martin, 143-175, 1981.

MECKEL, Richard A. – **Save the babies. American public health reform and the prevention of infant mortality, 1850-1929**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1990.

MOLINO, Jean – Sur la méthode de Roland Barthes. **Linguistique**, 2, p. 141-159, 1969.

NEYRAND, Gérard – **L'enfant, la mère et la question du père. Un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance**. Paris, Presses Universitaires de France, 2000.

ROLLET, Catherine – La santé du premier âge sous le regard de l'État. **Cahiers québécois de démographie**, 23, 2, p. 257-297, 1994.

SIROTA, Régine – Nouvelles sociabilité enfantines. **Informations Sociales**. 65, p. 104-111, 1998.

SOKAL, M. M. (dir.) – **Psychological Testing and American Society, 1890-1930**. New Brunswick (NJ): Rutgers University Press.

SPOCK, Benjamin – **Comment soigner et éduquer ses enfants**. Verviers, Belgique : Marabout. (Traduction de **The common sense book of baby and child care**). 1960.

SUTHERLAND, Neil – **Children in English Canadian Society, framing the twentieth-century consensus**. Toronto: University of Toronto Press, 1976.

_____. **Growing up: childhood in English Canada from the Great War to the Age of Television**. Toronto: University of Toronto Press, 1994.

THUILLIER, Pierre – **Les passions du savoir. Essais sur les dimensions culturelles de la science**. Paris : Fayard, 1988.

TURMEL, André – Absence d'amour et présence de microbes ; sur les modèles culturels de l'enfant. **Recherches Sociographiques**, XXXVIII, 1, p. 89-115, 1997.

TURMEL, André et HAMELIN, Louise – La grande faucheuse d'enfants : la mortalité infantile depuis le tournant du siècle. **Revue Canadienne de Sociologie et d'Anthropologie**, 32, 4, p. 439-463, 1995.



TURNER, Bryan S. – **Regulating bodies, essays in Medical Sociology**. London/New York: Routledge, 1992.

ZELIZER, Viviana – **Princing the priceless child**. New York: Basic Book, 1985.

Enviado em: 04/10/2009

Aceito em: 22/10/2009