

LUÍSA AZEVEDO DAMASCENO

**O DISCURSO DA MEDICALIZAÇÃO ENQUANTO PRODUÇÃO:
REFLEXÕES NA INTERFACE ENTRE SAÚDE MENTAL E EDUCAÇÃO**

MESTRADO EM PSICOLOGIA

NITERÓI

2016

LUÍSA AZEVEDO DAMASCENO

**O DISCURSO DA MEDICALIZAÇÃO ENQUANTO PRODUÇÃO:
REFLEXÕES NA INTERFACE ENTRE SAÚDE MENTAL E EDUCAÇÃO**

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Linha de Pesquisa Subjetividade, Política
e Exclusão Social

Texto apresentado à Banca examinadora da Universidade Federal Fluminense, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, sob orientação da Professora Katia Faria de Aguiar.

NITERÓI

2016

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

D155 Damasceno, Luísa Azevedo.

"O discurso da medicalização enquanto produção: reflexões na interface entre Saúde Mental e Educação" / Luísa Azevedo Damasceno. – 2016.

109 f.

Orientadora: Katia Faria de Aguiar.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2016.

Bibliografia: f. 105-109.

1. Medicalização. 2. Saúde mental. 3. Educação. 4. Biopoder. 5. Normalização. I. Aguiar, Katia Faria de. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr^ª. Katia Faria de Aguiar
Professora Orientadora
Departamento de Psicologia - Programa de Pós-Graduação
Universidade Federal Fluminense

Prof^ª. Dr^ª. Giovanna Marafon
Departamento de Ciências e Fundamentos da Educação
Faculdade de Educação da Baixada Fluminense
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Jairo Werner Júnior
Departamento Materno-Infantil
Faculdade de Medicina
Universidade Federal Fluminense

NITERÓI

2016

*Aos anjinhos
Mel, Brian, Sandy e Spike,
que partiram, deixando muita saudade.
À alegre Luna, seja bem-vinda!*

AGRADECIMENTOS

“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra. Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só, porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso” (Charles Chaplin)

Agradeço à minha mãe, por ter me oferecido a oportunidade de estudar, pelo exemplo e inspiração na escolha de minha profissão, e por sempre vibrar com minhas conquistas;

À Letícia, minha irmã, amiga, pela paciência nas minhas ausências nesses últimos meses, pela admiração, carinho e afeto incondicional;

À minha avó, por sua fé, orações e acolhidas à noite em sua casa, ainda na graduação;

Ao meu namorado, Rodrigo, pelo amor, momentos alegres e cumplicidade nesses anos juntos;

Ao meu irmão, pela ajuda indispensável no “abstracts”,

À Katia, pela carinhosa recepção como minha orientadora. Obrigada pelas (des)orientações e por, principalmente, respeitar meu tempo, minha escrita e confiado em mim. Agradeço pelas conversas individuais e sugestões que notoriamente deram outro tom para esse trabalho, pelo acolhimento em seu grupo de pesquisa, pelo encorajamento para experimentar e exercitar outro tipo de escrita e pelo cuidado durante a toda a orientação.

Ao professor Jairo, por seu exemplo como professor e profissional. Agradeço pelas ótimas aulas, por ter me acolhido no Ambulatório e nas atividades do GEAL, sempre com generosidade, desprendimento e afeição que lhes são peculiares. Obrigada por ter me apresentado, com brilho e competência, a outros possíveis no campo da Saúde Mental.

À professora Giovanna, pela cordialidade e participação em minha banca. Agradeço à sensibilidade na leitura do meu texto, sugestão de artigos potentes, assertividade e delicadeza nos comentários no encontro da qualificação.

A todas as crianças e adolescentes (im)pacientes do Ambulatório Didático de Psiquiatria Infantil-UFF e seus familiares, que muito me ensinaram, por compartilhar suas vidas comigo e por tornar possíveis as reflexões desse trabalho.

Obrigada à família GEAL pelo sentimento de pertencimento nesses anos como extensionista. Em particular, à Eulália, Rosário, Sônia, Fernanda, Andrea, Cilmar, Magaly, Bruno e aos meninos-médicos, Matheus e Pedro, pela parceria nos atendimentos.

Às meninas do PPG-UFF, que fizeram desses dois anos mais leves e descontraídos, ao dividirmos as dores e as delícias do mestrado e doutorado, nossas dúvidas e ansiedades nas aulas, nos corredores, nos espaços fora da universidade.

Às amigas Nathália, Carol, Gabriela e Polyana por ter com quem compartilhar minhas preocupações, pela amizade, descontração e torcida para concluir mais essa etapa.

Ao coletivo de orientação, por oferecer espaços de diálogos, trocas e aprendizagem, ajudando na construção dessa escrita. Um obrigado especial à Sônia e Alice, pela amizade, afetos, palavras incentivadoras nas horas certas, e pela carinhosa leitura do meu trabalho.

Obrigada a todos os docentes e funcionários da UFF, que me proporcionaram bons encontros durante esses oito anos de jornada, por conta da graduação e da pós. Especialmente à: Silvana Mendes, Marcelo Santana, Cláudia Abbês e Lilia Lobo pelas excelentes aulas.

Agradeço à professora Letícia Balbi, que supervisionou minha desafiante e marcante experiência na clínica do SPA-UFF; ao professor Gavri, pela minha primeira oportunidade na área de pesquisa e por ter ali, sem saber, me estimulado a seguir carreira acadêmica; à professora Bernadete Mourão, pelas ótimas aulas de desenvolvimento infantil, pela atenção, carinho e rigor na orientação da monografia, ponto de partida para esta dissertação.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – Brasil, órgão que financiou a bolsa de estudos para o desenvolvimento desta pesquisa.

Muito obrigada a todos que, ao deixarem um pouquinho de si, me apoiaram de alguma forma durante essa caminhada, me ajudando a amadurecer e a desenvolver um pensamento crítico e político, tornando-me uma profissional (incon)formada.

Agradeço, por fim, a Deus por ter me dado, até então, força para seguir em frente nos meus objetivos.

RESUMO

O trabalho analisa criticamente a questão da medicalização, a partir de uma experiência em Saúde Mental, tomando como referência a produção de discursos de especialistas sobre crianças que apresentam padrões de comportamentos desviantes ao que é esperado e desejado no ambiente escolar. Ao fundamentar-se metodologicamente na genealogia de Foucault, na epistemologia de Canguilhem e na perspectiva crítica da Psicologia Histórico-Cultural, intenta-se não ressaltar as diferenças entre essas teorias, mas operar com seus conceitos para pensar o problema da medicalização e questões que emergiram a partir de uma prática. Tem-se como objetivo sinalizar a “importação” dos parâmetros das ciências naturais nos processos epistemológicos de conhecimento das doenças, assumindo uma posição crítica diante de práticas que priorizam leituras biológicas e desqualificam fatores de ordem social nos modos de funcionamento dos sujeitos. O conceito de biopolítica e a análise das origens históricas da medicina moderna são fundamentais para tal proposta. Além disso, o processo da medicalização é entendido neste trabalho não apenas como um efeito de práticas e discursos outros, mas enquanto um produtor de realidades, forjando objetos de estudo e de intervenção, como alunos-problema, doentes mentais e crianças-que-não-aprendem. Este trabalho reside, pois, na possibilidade de problematizar intervenções no campo da Saúde Mental e da Educação, questionando modelos hegemônicos de assistência que tendem a reduzir os sujeitos e seus modos de funcionamento a circuitos cerebrais e a respostas adaptativas e normalizantes.

Palavras-Chave: medicalização, Saúde Mental, Educação, biopoder; normalização

ABSTRACT

This paper critically analyses the medicalization process, based on an experiment conducted at a Mental Health Service, taking experts' speech about subjects who differ from a given and socially accepted behavior at school as a reference. Relying on the genealogy in Foucault, the epistemology of Canguilhem and the principles of Social-Historical Psychology, the goal is not to point the differences between these theories, but to use their concepts to discuss medicalization and the issues raised from practice. This paper aims to address the "import" of natural science parameters into the epistemological processes of knowledge of diseases, criticizing practices that prioritize a biological view to human behavior and pain over the collective dimension of the subjectivity process. The concept of biopower and the historical analysis of modern medicine will be key points to this analysis. Furthermore, the medicalization process will be presented not only as an effect of practices and discourses, but also as a reality creator, producing objects of study like "problem" students and mentally ill people. This paper, thus, is about thinking of ways to act and produce knowledge in psychology, questioning hegemonic models of care which usually reduce subjects to mere brain circuits and adaptive, normalizing responses.

Key-words: medicalization, Mental Health, Education, biopower, normalization

SUMÁRIO

PARA INÍCIO DE CONVERSA.....	11
Pesquisa e experiência.....	12
INTRODUÇÃO.....	19
Delimitação do campo de investigação.....	20
Proposta da pesquisa e questões metodológicas.....	22
Ainda sobre a metodologia.....	26
CAPÍTULO 1: CLÍNICA E POLÍTICA	28
1.1. Medicalização e as políticas de saúde do XIX.....	28
1.2 Estratégias do biopoder	31
1.3 O modelo epistemológico da racionalidade científica moderna.....	36
1.4 A formação em Psicologia como prática política.....	42
CAPÍTULO 2: OBSERVAR, REGISTRAR, CLASSIFICAR – A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA “NORMALIDADE”	50
2.1 “ <i>Eles não são normais</i> ”: reflexões sobre o conceito de normalidade.....	51
2.2 Conceituações de saúde e doença.....	56
2.3 A medicalização dos anormais	58
CAPÍTULO 3: UM POUCO DE POSSÍVEL, SENÃO SUFOCO.....	64
3.1 Um mercado em ascensão e a produção de demandas.....	65
3.2 A proliferação de patologias mentais.....	69
3.3 Modelos metateóricos de desenvolvimento e o discurso da medicalização	77
3.4 O acolhimento da queixa escolar como um diferencial do serviço.....	82
3.5 O atendimento à família e à criança.....	87
3.6 O olhar para a “falta” e seus efeitos nas práticas escolares e terapêuticas.....	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106

PARA INÍCIO DE CONVERSA...

Em curso ministrado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 1993, Réne Lourau discorre a respeito de um conceito caro para essa dissertação: o conceito de *implicação*. Estar implicado (realizar ou aceitar a análise das próprias implicações) trata-se do pesquisador ou profissional admitir seus vínculos afetivos, políticos e institucionais frente à sua pesquisa, possibilitando sinalizar as diferentes forças presentes em seu campo de atuação (LOURAU, 1993). Conforme Aguiar e Rocha (2007), não se trata de uma decisão consciente de ligar-se a um processo de trabalho, mas “remete a uma análise do sistema de lugares ocupados ou que se busca ocupar ou, ainda, do que lhe é designado, pelo coletivo, a ocupar, e os riscos decorrentes dos caminhos em construção”. (p.656)

Em outras palavras, *implicar-se* exige que o profissional/pesquisador faça da sua própria formação matéria de intervenção, rompendo com as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido. E, ao contrário do que se poderia pensar, essa proposta não é óbvia. Segundo Lourau (1993), quase todas as ciências baseiam-se na noção de não implicação ou desimplicação, buscando para si propriedades como objetividade, universalidade e neutralidade nos atos de conhecer. De forma crítica, o filósofo responde que todo cientista necessariamente “confere à ciência os seus próprios valores, independente da posição ideológica que possui (seja esquerda, direita ou centro). Logo, a neutralidade axiológica, a decantada "objetividade", não existe”. (ibid. p.16)

Partindo desse conceito, para o início de conversa, serão apresentadas de forma breve algumas de minhas implicações com o tema da medicalização, de modo a indicar ao leitor a partir de qual lugar escrevo, que experiências me constituíram e serviram como disparadores para problematizar o tema nesta dissertação. Relatar tais vivências que perpassaram, em especial, minha trajetória acadêmica muito vão dizer sobre o corpo pesquisador que comporta este trabalho, sobre as escolhas feitas por dialogar com determinados autores e perspectivas teóricas, além de localizar a procedência de falas de pacientes que serão trazidas em alguns momentos para articular com a discussão.

Pesquisa e experiência

O presente trabalho é fruto de minha inquietação diante de uma tendência observada em muitas instituições de ensino e de saúde, que considera todo e qualquer tipo de conduta desviante como patológica, em função de a criança não atingir um padrão de comportamento ou de aprendizado esperado socialmente. O elemento catalisador desse meu incômodo foi ainda na graduação, quando atuei, entre 2010 e 2014, como bolsista extensionista em um ambulatório de Saúde Mental Infantil. Porém, ainda antes de chegar a esse serviço, em minha trajetória acadêmica, já havia circulado por alguns espaços onde já era possível ensaiar críticas frente às práticas que buscam reduzir os modos de funcionamento dos sujeitos a respostas normalizantes e adaptativas. Assim, minha aproximação e o vínculo com a Psicologia, enquanto ciência e profissão, foram definidos, por um lado, por certa insatisfação e crítica, por outro, pela vontade e disposição de encontrar pares que me ajudassem a problematizar questões concernentes ao tema da medicalização.

O início da minha formação em Psicologia foi marcado pela experiência de iniciação científica no Laboratório de Neurobiologia da Atenção e do Controle Motor do Instituto de Neurociências da Universidade Federal Fluminense. Neste laboratório, trabalhava-se com a técnica da cronometria mental, que permitia medir os tempos de reação (TR) de voluntários para diferentes investigações que envolviam questões de afetividade, atenção, linguagem, lateralidade etc. O tempo de reação de um indivíduo tem início com uma mensagem enviada ao cérebro e termina quando o corpo executa uma resposta. Por exemplo, quando uma pessoa está andando de bicicleta e avista um obstáculo, a mensagem é registrada no cérebro como um perigo e resulta numa reação: uma manobra ou uma freada. Para que o cérebro receba a mensagem e diga ao corpo para executar uma ação leva um tempo: um tempo de reação. Este tempo é medido em milissegundos e permite ao pesquisador fazer inferências dos processamentos e mecanismos subjacentes que envolvem a tarefa.

Os experimentos no Laboratório baseavam-se na análise desses tempos, que dependiam da complexidade e do conteúdo emocional do estímulo e do número possível de respostas que eram oferecidas aos voluntários. Como pesquisadora, era responsável por recrutar voluntários, realizar questionários e experimentos para, por fim, analisar os tempos de reação e obter tempos médios e dados estatísticos¹. Era necessário controlar as variáveis

¹ Para saber mais sobre as pesquisas desenvolvidas neste laboratório, indica-se: RANGEL, M. L. S. *Reconhecimento háptico da lateralidade de partes do corpo: uma integração sensorio-motora*. Dissertação de

do ambiente, mantendo sempre um distanciamento dos voluntários ao dar-lhes instruções estritas e pré-determinadas, evitando interferir em suas respostas e, assim, não comprometer a “cientificidade” do trabalho.

Nesse período, participei de muitos seminários e congressos, organizados por psicólogos e médicos a respeito de pesquisas em neurociências, descobertas genéticas e trabalhos sobre psicodiagnósticos, em que se testava um grupo controle, procedimento semelhante ao que era feito no Laboratório, só que as médias dos tempos de reação eram comparadas as de um grupo de jovens identificados com algum transtorno mental. Essas pesquisas afirmavam que a cronometria mental, por exemplo, poderia ser uma técnica interessante não apenas para investigar os componentes das funções executivas, mas seria útil na avaliação diagnóstica e acompanhamento terapêutico dos ditos transtornos emocionais e comportamentais, como o de ansiedade generalizada, autismo e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDA/H).

Os discursos, nesses eventos, em sua grande maioria, partiam da ideia de que os transtornos mentais sempre existiram, os profissionais que até então não tinham capacidade nem instrumentos para diagnosticá-los. Ou seja, o TDA/H seria um transtorno presente desde sempre na sociedade, mas que somente agora, graças aos *avanços das ciências*, seria possível identificar e curar essa população que, sem nem mesmo saber, sofreria de tal patologia - ou, ainda, teria uma pré-disposição genética a desenvolver comportamentos pensados como doenças pela matriz biomédica.

Além disso, havia uma notória preocupação dos palestrantes em sustentarem suas falas em dados numéricos. As apresentações nesses congressos iniciavam e terminavam com informações estatísticas e gráficos indicando quantos pacientes participaram dos experimentos e avaliações, quais suas médias de desempenho em comparação com o grupo controle dos indivíduos chamados “normais”, qual a perspectiva de desempenho para daqui a tantos anos após iniciarem determinado tratamento medicamentoso ou outro etc. Esse excesso de informações estatísticas provocava-me certo incômodo, em especial, quando se referia a comorbidades nos diagnósticos, com falas do tipo: “70% dos pacientes com TDA/H têm transtorno de conduta, e dos que têm TC, 60% têm dislexia, e dos que têm dislexia, 55% têm

Mestrado. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2010; RANGEL, M.L.; DAMASCENO, L.A., et. al. Deficiência visual e plasticidade no cérebro humano. *Revista de Psicologia: Teoria e Prática* (Online), 2010.; RANGEL, M. L. S; LAMEIRA, A. P.; et al. Imagética motora: estudos cronométricos e aplicações clínicas. IN: LANDEIRA-FERNANDEZ J.; FUKUSHIMA, S.S. (Org.). *Métodos em Neurociência*. 1ª ed. São Paulo: Editora Manole, 2012.

a probabilidade de desenvolver um quadro depressivo”, e assim por diante. Saía desses eventos *transtornada*! Era difícil ouvir que uma grande população era portadora de alguma (provavelmente até mais de uma) doença mental e - o que era ainda pior – poucas pessoas eram diagnosticadas, segundo os discursos, em função do desconhecimento dessas doenças. Cabia aos médicos e psicólogos qualificarem-se, *identificá-las* nas escolas e nos consultórios para garantir seus tratamentos e *prevenir* tais doenças mentais.

Nesses encontros, não se questionava em nenhum momento que tais instrumentos e categorias diagnósticas não eram “descobertas”, mas convenções, construções sociais, produzidas pelos pesquisadores e profissionais. Reforçava-se a ideia de que os cursos de formação em Psicologia deveriam ensinar prioritariamente os estudantes a diagnosticar de forma *objetiva e precisa* os portadores de doenças mentais. Além disso, os discursos passavam muita credibilidade, pois eram pesquisadores de universidades federais, com publicações nacionais e em revistas estrangeiras. Os gráficos, tabelas e imagens computadorizadas de áreas cerebrais também contribuía para dar um tom de Ciência, de única verdade, nos relatos de pesquisas.

O que era ainda mais perverso nesse discurso sedutor é que defendiam a patologização das crianças com dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamentos, como um *direito*. O profissional – diziam - deveria atuar para garantir o direito que essa população tem de ser identificada, medicada e atendida nos serviços de Psicologia e Psiquiatria. Em nome de uma *defesa da sociedade*², afirmava-se que era um direito da família saber o problema de seu filho. E, ainda, seus discursos sustentavam-se por argumentos incisivos, que convocavam o Estado a arcar com as despesas do diagnóstico, tratamento e medicação, conquistando espaço, inclusive, no legislativo brasileiro por meio de projetos de lei que visavam criar serviços especializados, seja nas Secretarias de Educação, seja nas Secretarias de Saúde, para atender essas crianças com problemas de escolarização. (Conselho Federal de Psicologia, 2012, p.7) Era uma luta por direitos que tinha como efeito a produção de comunidades identitárias de doenças, a qual, se por um lado, avançava em direitos como passe livre e acesso a determinados tratamentos e medicamentos, por outro, estigmatizava e segmentarizava ainda mais essa população.

De certa forma, apropriando-me desse discurso, passei a ter o interesse em estudar como eram feitos tais diagnósticos e quais instrumentos avaliativos *fantásticos* da Psiquiatria

² Expressão inspirada na obra “Em Defesa da Sociedade” (FOUCAULT, 1995) [original de 1976]

e Psicologia *capacitaram-me* a conseguir identificar na criança com atrasos escolares, no marido esquecido e desorganizado, na dona de casa irritada e sem paciência, doenças que explicassem tais comportamentos. Foi quando, em 2010, fui apresentada ao trabalho desenvolvido no Ambulatório Didático de Psiquiatria Infantil da UFF por meio de uma disciplina eletiva.

A inscrição nessa disciplina foi feita na expectativa de aprender mais sobre psicodiagnósticos e atualizar-me sobre tais *avanços das ciências* tão citados nesses cursos e seminários que frequentava. Contudo, contradizendo as expectativas, as aulas eram conduzidas por outro olhar: discutia-se a perspectiva de desenvolvimento infantil de Vigotski³, suas contribuições para pensar intervenções em Saúde Mental e fazia-se crítica a respeito, inclusive, da medicalização da educação. Por ser afetada com os casos clínicos que eram problematizados em sala e com a concepção teórica das aulas, no período seguinte, fiz a seleção para ser extensionista deste Ambulatório. Os experimentos do Laboratório de Neurociências foram finalizados e, no início de 2010, como acadêmica extensionista, passei a acompanhar as atividades do Ambulatório, que eram realizadas no campus denominado *Mequinho*, espaço onde eram desenvolvidos outros projetos de pesquisa e extensão, e próximo ao Hospital Universitário Antônio Pedro, em Niterói - Rio de Janeiro.

Os pacientes eram encaminhados a esse serviço por diferentes instituições como Conselhos Tutelares, abrigos, escolas, pelo próprio Hospital Universitário, e ainda por Secretarias, não só de Niterói, como também de outros municípios do Rio. O Ambulatório residia na possibilidade de pensar uma atuação interdisciplinar no campo da Saúde Mental Infantil, tendo como principal objetivo oferecer serviços e atividades integradas a crianças e adolescentes nas áreas da Saúde, Educação e Cultura. Atuava na parte dos atendimentos clínicos às crianças e adolescentes, nas entrevistas com os familiares, participando de algumas oficinas terapêuticas que aconteciam no próprio espaço, em especial, as voltadas para questões psicopedagógicas e de alfabetização. Por conta da identificação com o trabalho e equipe, permaneci atuando no Ambulatório durante quatro anos, até concluir minha graduação em Psicologia na UFF e ingressar neste mestrado⁴.

A atuação nesse Ambulatório permitiu o acompanhamento de casos muito interessantes e diversificados: desde crianças com dois/três anos de idade que apresentavam

³ Nesta dissertação, serão usadas as grafias Vigotski (em Português) e Vygotsky (em Inglês), conforme consta nas bibliografias de referência.

⁴ O Capítulo 3 será responsável por descrever com mais detalhes a metodologia e o funcionamento dos atendimentos realizados nesse Ambulatório, assim como a minha experiência.

algum atraso no desenvolvimento a tratamento e grupo de apoio a adolescentes que faziam o uso abusivo de álcool e outras drogas. Dentre esses casos clínicos, os que mais me chamaram a atenção foram os das crianças encaminhadas pelas escolas por apresentarem problemas de comportamento ou de aprendizagem. Foi a partir, em especial, desses atendimentos que observei o quanto que o discurso medicalizante, cada vez mais, vem permeando a vida cotidiana, adentrando nas instituições família e escola, de forma a intervir diretamente no modo como nos relacionamos uns com os outros.

Percebia que muitos pais/professores sentiam-se incapazes de cumprir seus papéis com seus filhos/alunos sem recorrer à supervisão ou aval técnico (pareceres, laudos) de especialistas. Nas primeiras entrevistas, principalmente, era notória a ansiedade em saber do especialista qual era o “nome” ou “a sigla” da “doença”. Sabe-se que o diagnóstico pode orientar de certa forma um trabalho terapêutico, contudo, no sentido como era feita essa demanda, “diagnósticos relâmpagos” acabariam por desimplicar outras instituições e a própria pessoa dos seus atos, pensamentos e dificuldades. Na verdade, produziria certo efeito de “esvaziamento” do sujeito, atrelando-se a discursos como “*Isso não é ele, é o TDAH*”, como se não houvesse nenhuma singularidade nesse processo. E ainda, era preciso interrogar esse lugar de especialista designado aos profissionais e alunos extensionistas do serviço, de forma a questionar essa função que nos era atribuída de “descobrir” ou “desvelar” as Verdades do comportamento agitado ou agressivo da criança⁵.

Todas essas questões, emergidas a partir da experiência neste Ambulatório, serviram como disparadores para que passasse a refletir criticamente a respeito da medicalização e me interessasse a estudar mais sobre o assunto. O interesse pelo tema também foi provocado a partir da participação em eventos organizados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e pelo *Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*, além de ter cursado disciplinas da graduação que traziam no referencial teórico os estudos de Foucault para problematizar questões referentes à saúde e aos processos de formação.

Em 2013, produzi o trabalho de conclusão de curso em Psicologia, intitulado *Considerações sobre o processo da Medicalização na Contemporaneidade*. A temática foi costurada trazendo os meios midiáticos, próprios ao cenário contemporâneo, na direção da produção de subjetividades em que se naturaliza a perspectiva medicalizante. Discutiu-se, ainda, que o mercado farmacêutico não apenas se articula a um modelo capitalista em que a

⁵ Essas questões serão retomadas e desenvolvidas ao longo do trabalho.

produção da saúde é orientada e restrita a um mercado consumista, como também produz toda uma sintomatologia que reduz os processos saúde/doença (e as saídas a tal quadro) a uma orientação meramente medicamentosa. Multiplicam-se os transtornos, tomados enquanto “defeitos” e “sintomas” que devem ser aplacados quando não extirpados.

Até o momento, minhas produções estiveram voltadas, principalmente, para estudos mais teóricos, com características de revisão bibliográfica - como foi o caso da monografia - e apresentações em eventos acadêmicos, não comportando minhas afetações no campo, os encontros com os pacientes, a identificação com a equipe de trabalho e as impressões sobre a metodologia desse Ambulatório. Essas questões não apareceram nos trabalhos produzidos até então, ficando “fora dos textos”, registradas em um diário de campo.

A respeito do conceito de diário de campo, Lourau (1993) afirma:

“Uma característica da escritura "fora do texto", como o poderemos constatar lendo os diários de campo, é a de produzir um conhecimento sobre a temporalidade da pesquisa. Essa temporalidade não é a dos resultados, a do texto final... O diário nos permite o conhecimento da vivência cotidiana de campo (não o "como fazer" das **normas**, mas o "como foi feito" da prática). Tal conhecimento possibilita compreender melhor as condições de produção da vida intelectual e evita a construção daquilo que chamarei "lado mágico" ou "ilusório" da pesquisa (fantasias, em torno da cientificidade, geradas pela "asséptica" leitura dos "resultados" finais). Sem as condições de emergência dos "dados" da pesquisa, o leitor vai ter sempre muitas ilusões sobre a cotidianidade da produção científica”. (p.77-78)

Para além de um estudo bibliográfico, portanto, esta dissertação é tecida por falas de pacientes e percepções durante minha atuação no Ambulatório e outras vivências registradas em meu diário de campo. Intente-se, ao revelar um “fora do texto” - que, por sinal, não é, necessariamente, redigido todos os dias – será produzido um material interessante, também de pesquisa, sobre a pesquisa. Como ressalta Lourau (1999), uma das vantagens de se analisar o diário é possibilidade de fazer uma restituição da pesquisa de campo como sendo a de um laboratório. Mostra, entre outras coisas, a contradição entre a temporalidade da produção pessoal e a institucional, ou burocrática, reconstituindo a história subjetiva do pesquisador. “Este proceder dos "diaristas" torna-se muito produtivo para nos auxiliar a desnaturalizar as construções científicas, em especial a - já mitológica – neutralidade”. (p.79)

Esta dissertação de mestrado, portanto, propõe-se a dar continuidade e intensidade a essas discussões que tanto ainda me inquietam e que me deslocam a pensar formas possíveis de trabalho com crianças dentro desse campo tensionado que é o da Saúde Mental em

intersecção com atravessamentos do campo da Educação. Procurando discutir algumas implicações de natureza ética, social e política que cercam o processo de medicalização, a partir desse material “diarista” de análise, objetiva-se indicar as dimensões sociais e culturais da produção dos inúmeros transtornos que ficam invisibilizadas, consolidando-se discursos de especialistas que buscam a mera adaptação ou a normalização desses sujeitos na sociedade. Somado a esta proposta, há também um desejo meu em registrar e compartilhar algo tão singular e significativo como foi essa experiência de quatro anos atuando em um serviço de saúde diferenciado que é o Ambulatório Didático de Psiquiatria Infantil-UFF.

INTRODUÇÃO

Segundo Collares e Moysés (1994), o termo *medicalização* pode ser entendido como “o processo de transformar questões não-médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas dessa natureza” (p.25). Medicalizar, nesse sentido, pode ser entendido como uma prática que busca explicações e intervenções médicas para fenômenos comportamentais das mais diferentes proveniências - o que acabaria por reduzir os modos de funcionamento dos sujeitos e seus determinantes coletivos a quadros patológicos e questões individuais.

Ao buscar na literatura possíveis definições do conceito de medicalização, esta pesquisa deparou-se com um processo complexo e irregular, estudado por diversos autores e épocas, sendo necessário observar as particularidades do contexto em que cada discussão se insere. Essa irregularidade no conceito da medicalização, segundo Zorzanelli, Ortega e Bezerra (2014), “indica que tal processo é, por excelência, variável, anômalo, desigual, dependente de seu alvo, do grupo social a que esse alvo pertence, dos vetores que concorrem para sua configuração” (p.1863-1864). Nesse sentido, entende-se que alguns comportamentos são potencialmente mais medicalizáveis do que outros, conforme a época, a disponibilidade de tratamentos, as contingências históricas e sociais, o maior ou menor apoio da profissão médica nas pesquisas, entre outros fatores. Trata-se, portanto, de um conceito abordado por diferentes entradas e com diferentes usos, atravessando diferentes campos de pesquisa e práticas.

Visto isso, o problema da medicalização não será entendido neste trabalho como uma estratégia que surgiu de forma estanque na sociedade, numa espécie de ruptura súbita a outros saberes e dizeres já existentes sobre o corpo. Mas, medicalização será entendida enquanto um acontecimento polimorfo (LE MOS, GALINDO & RODRIGUES, 2014) e um discurso que vem se consolidando na sociedade ao longo dos anos, “resultado de vários processos de origens e localidades distintas que se repetiram e se apoiaram, se estruturando lentamente” (SANCHES, 2011, p.10).

Além disso, é importante afirmar, de antemão, que o problema da medicalização ultrapassa o uso de medicamentos⁶. Reconhece-se que é alarmante o número de crianças

⁶ Essa questão será desenvolvida mais adiante, nos subtítulos 3.1 e 3.2.

fazendo uso de remédios “tarja preta”, como a Ritalina⁷. Não se pode negar que a medicalização perpassa pelo abuso na prescrição e uso de medicamentos. Contudo, não se restringe a tal. Só o ato de prevenir um risco, mesmo que não passe pela questão medicamentosa, já pode ser medicalização. Era impressionante o fato de crianças cada vez mais novas chegarem ao Ambulatório já fazendo uso de algum psicofármaco para “estimular” a concentração ou “conter” seus comportamentos agitados. Inclusive, em sua maioria, eram acompanhadas de queixas de que o remédio, receitado pelo médico anterior, não teria “resolvido” o problema. Contudo, diante do um número crescente de diagnósticos infantis, alastrando-se como um senso-comum pela sociedade, considera-se que o processo de medicalização vai além, e em muito, da prescrição e uso indiscriminado de medicamentos.

Delimitação do campo de investigação

Atualmente, o fenômeno da medicalização tem sido objeto de intensos debates nas ciências médicas, humanas, pedagógicas e sociais aplicadas, estando presente tanto em discussões acadêmicas quanto de militância política.

Em novembro de 2010, foi criado no Brasil o *Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*, cujo objetivo é promover diálogo entre profissionais e instituições, articular ações junto aos poderes Legislativo e Judiciário, a fim de criar estratégias de enfrentamento aos processos de medicalização na sociedade. O Manifesto⁸ elaborado pelo movimento conta com a assinatura de mais de 40 entidades, formado por pesquisadores de universidades públicas e privadas, parlamentares, representantes de movimentos sociais, professores da Psicologia, Medicina e profissões afins das áreas de Saúde e Educação. De caráter político e atuação permanente, o Fórum tem-se articulado com a proposta de levar à população reflexões sobre o tema e mostrar quais interesses estão encobertos pelas formas como determinadas saídas para a vida estão sendo apresentadas a nós. (CFP, 2012, p.6), desempenhando uma importante função à medida que vem promovendo seminários e reuniões por todo o Brasil⁹.

Buscando somar às atuais discussões do tema, este trabalho está referenciado na interface entre os campos Educação e Saúde Mental Infantil. Esse recorte foi feito por

⁷ Nome comercial do metilfenidato, principal medicamento utilizado no tratamento do TDA/H.

⁸ Manifesto disponível em <<http://www.crpsp.org.br/medicalizacao/manifesto.aspx>>

⁹ Para mais informação sobre o Fórum, acessar o site <<http://medicalizacao.org.br/>>

observar que as pessoas não apenas procuram os serviços de saúde para suas dificuldades cotidianas e escolares, mas também a maioria busca nos serviços de Psicologia ou Psiquiatria uma validação da ideia de que possuem um “transtorno mental” - o qual supostamente explicaria todos os seus problemas vivenciais.

Apesar dessa escolha, ressalta-se que o processo da medicalização não se restringe às doenças mentais, tampouco ao campo da Educação. Há estudos¹⁰ que indicam, inclusive, uma tendência medicalizante da nossa própria alimentação, a medida que cada vez mais temos nos alimentado de forma pragmática e funcional em busca de um corpo perfeito. Tais trabalhos pensam como o discurso da medicina estética tem transformado beleza, magreza e juventude em sintomas de saúde, fazendo com que ao invés de escolhermos a comida pelo sabor, textura, cheiro... sejamos convocados a fazer “escolhas saudáveis” fundamentadas em restrições a componentes como gorduras trans, açúcares livres, sódio e glúten. Há restaurantes no Rio, inclusive, que informam no cardápio não a comida, mas somente os componentes nutricionais do prato: uma porção de proteína e uma de carboidrato, com a opção de fibras, custa determinado valor. Tal discurso medicalizante estabelece uma rigidez de pensamento que guia seus seguidores a adotar apenas uma verdade para manter um equilíbrio energético do corpo, passando a comida do cotidiano a ser mensurada, as calorias contabilizadas e seus nutrientes ressaltados. Os trabalhos que problematizam tal questão indicam, ainda, que nossos hábitos alimentares são medicalizados em nome de uma verdade científica, verdade esta que é sempre provisória, pois dura enquanto não é substituída por uma nova teoria. Enquanto isso, mudamos nossa relação com a comida e controlamos nossos comportamentos e de outros, como se só tivesse um norma de vida, destituindo o valor de todas as outras experiências.¹¹

Afirma-se também que o processo de medicalização não se restringe à profissão médica - como se poderia supor devido ao radical do termo -, mas diz respeito a vários outros atores. Como Lima (2005) sinaliza, nas primeiras décadas do século XX, “educadores,

¹⁰ 1) FREIRE, G. Medicalização da comida e transformação de pessoas em mercadorias: reflexões a partir de revistas dirigidas ao público feminino. *DEMETERA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, v.8, setembro, 2013. KRAEMER, F. B. et al . O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1337-1360, Dezembro, 2014. 3) CASTIEL, L. D. A dominância das dimensões médicas na sociedade. *Revista IHU Online*. Entrevista disponível em: <<http://www.ihuonline.unisinos.br/>>. Acesso em 28 Mar 2016.

¹¹ Esse exemplo remete a uma questão preciosa para este trabalho: além de reduzir os modos de funcionamento dos sujeitos a quadros patológicos e individuais, o discurso medicalizante produz mais ainda: incita determinadas compreensões de mundo e de si, produzindo verdades intimamente ligadas à normalização de condutas. Essa questão será discutida mais especificamente no Capítulo 2.

assistentes sociais e especialistas na área penal passaram a ver-se como ‘patologistas sociais’, adaptando os métodos consagrados pela saúde pública e pela medicina preventiva a seus objetivos”. (p. 39) Haveria, assim, agentes fora da profissão médica que contribuiriam ativamente para a medicalização, tais como profissionais de outras formações, a indústria farmacêutica, as associações de pacientes, os programas de televisão, os periódicos médicos e as propagandas de medicamentos.

Esta pesquisa, portanto, dialoga com questões que perpassam os campos da Saúde Mental Infantil e da Educação, considerando como material de análise não apenas o discurso médico, mas um conjunto de agentes, discursos e instituições que produzem efeitos de normalização - portanto, função psicológica, psiquiátrica, psicopatológica, psicossociológica, psicocriminológica ou psicanalítica, exercida por qualquer um. (FOUCAULT, 2001)

Proposta da pesquisa e apontamentos metodológicos

Defende-se, aqui, uma firme oposição em relação às tentativas de se transformar problemas de viver em sintomas de doenças ou de se explicar a subjetividade humana pela via estrita dos aspectos orgânicos. Tem-se como objetivo principal problematizar que não é da *natureza* da criança identificada com algum transtorno mental possuir tal patologia, bem como nem sempre essa criança assim identificada foi vista como um problema na sociedade. Há uma produção histórica, tanto do discurso medicalizante quanto da criança medicalizada, a ser analisada¹². Em vez de tomar os diagnósticos como verdades em si, interessa muito mais aqui questionar como eles configuraram-se como verdades e que produção de subjetividade os discursos medicalizantes contribuem para forjar. Os estudos de Michel Foucault serão fundamentais para esta proposta, pois, como ressalta Marafon (2013):

“Foucault quis ver historicamente como se produzem efeitos de verdade dentro do discurso, não sendo esses efeitos em si mesmos nem verdadeiros nem falsos. Assim, ele preferiu mostrar como uma prática discursiva funcionou em relação a outras práticas discursivas, por isso, para ele, se se vier a falar em funcionamento ideológico de uma ciência, seria para problematizá-la como formação discursiva.”
(p.14)

¹² Para aprofundar a discussão, sugere-se a discussão que Paul Veyne faz a respeito do conceito de “falso objeto natural” em *Como se escreve a história: Foucault revoluciona a história*. Tradução de Alda Baltar e Maria Auxiliadora Kneipp. 4ª ed., Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1998.

Além da perspectiva genealógica foucaultiana, a metodologia desta dissertação fundamenta-se na epistemologia de Georges Canguilhem para problematizar o discurso medicalizante enquanto um discurso produzido e legitimado pelas Ciências, como a Medicina e a Psicologia. Através de uma reflexão histórica sobre as Ciências, Canguilhem defende uma epistemologia crítica diante da existência de critérios universais de racionalidade ou de cientificidade. Conforme o autor, o saber científico não pode ser encarado como um fenômeno natural, descolado de seu contexto histórico¹³ e cultural; mas constitui-se essencialmente como uma produção cultural, um discurso com certa especificidade, pois tem a pretensão de comportar a Verdade. Os estudos de Canguilhem tornam-se centrais para este trabalho à medida que o autor investiga metodologicamente a história epistemológica das ciências e desenvolve a ideia de que o conhecimento científico é composto por conceitos relacionais, inseridos em práticas sociais e políticas responsáveis por suas produções. (MACHADO, 1981)

Há ainda mais uma vertente metodológica a ser considerada: a perspectiva crítica da Psicologia Histórico-Cultural. Inspirada nos estudos de Lev Vigotski (1896-1934), suas contribuições para este trabalho são muitas à medida que se adota uma postura crítica diante de ideais positivistas e idealistas na Psicologia, segundo a qual as funções psíquicas superiores manifestam-se ao longo do processo de desenvolvimento como simples consequência do amadurecimento orgânico, compreendendo o fenômeno psicológico à margem das determinações econômicas e sociais em que se constitui. Opondo-se à noção que de as funções psicológicas superiores seriam constantes e comuns a todas as épocas e a todos os homens, compartilha-se do seguinte pressuposto metodológico:

“As leis que regem a sociedade e os homens não são naturais, mas históricas, não são alheias aos homens, porque são resultado de sua ação sobre a realidade (trabalho e relações sociais); mas são leis objetivas, porque estão na realidade material do trabalho e das relações sociais; entretanto, essa objetividade inclui a subjetividade porque é produzida por sujeitos concretos, que são, ao mesmo tempo, constituídos social e historicamente”. (BOCK, 2007, p.34)

Adotando, portanto, como referencial teórico-analítico os estudos desses potentes autores, cujas contribuições serão retomadas e aprofundadas ao longo do texto, esta

¹³ O termo “histórico” aqui não remete a uma visão de história linear, composta por uma sucessão de fatos ou por um progresso das ideias. Refere-se ao modo como os sujeitos criam seus objetos e instrumentos, reproduzindo e transformando o social, o econômico, o político e o cultural.

dissertação aproxima-se da desnaturalização do problema da medicalização. Serão abordadas as doenças mentais, não como categorias diagnósticas universais, mas como convenções médicas, conceitos construídos historicamente e discursos completamente influenciados por valores que vigoram no contexto em que são pensados, formulados e, portanto, utilizados.

Por outro lado, entende-se também o discurso medicalizante não apenas como efeito de fatores históricos, econômicos, sociais e políticos, mas também como um produtor de visões de mundo, de outras realidades. A pesquisa aborda, então, o processo de medicalização não apenas como um efeito de práticas que se consolidaram e engrenaram umas nas outras e que, em última instância, produziram o olhar clínico do médico ou do psicólogo (FOUCAULT, 1995; VEYNE, 1998), mas também inversamente: a medicalização não gera conhecimento a partir de um objeto dado *a priori*, mas opera nesses corpos medicalizados, constituindo-os e lhes garantindo a visibilidade enquanto objetos de estudo das ciências humanas, sociais e médicas. Por conta disso, torna-se necessário problematizar a própria formação do saber científico *psi* e a produção de subjetividades¹⁴ de corpos adoecidos e inadaptáveis, de alunos-problema e de crianças-que-não-aprendem - forjados a partir da lógica medicalizante.

Importa aqui, de forma resumida, colocar os discursos e cenas em análise, dando visibilidade¹⁵ a determinadas condições de possibilidade da emergência de uma forma de governo da vida, nomeada medicalização. Nesse sentido, interroga-se: **Que discursos produzem e sustentam a lógica medicalizante?** e, inversamente, **O que o discurso medicalizante produz quando acionado em meio aos outros discursos e práticas?**

Assim, esta dissertação está estruturada da seguinte forma: três capítulos principais, cada um tratando de uma questão específica que se articula no todo do objeto da obra.

O Capítulo 1 tem certa característica de revisão bibliográfica, onde serão analisadas as proveniências históricas da medicina moderna e de certas políticas de saúde, que se consolidaram entre o final do século XVIII e início do XIX, na Europa Ocidental, a fim de oferecer uma perspectiva genealógica ao fenômeno da medicalização. Será discutido como as

¹⁴ Segundo a definição de Guattari (1992), em *Caosmose*, subjetividade é “o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como *território existencial*, autoreferencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva” (p.19). O conceito de subjetividade, portanto, será entendido neste trabalho como um processo de produção ou, ainda, como um conjunto de condições a partir das quais efeitos existenciais são produzidos. Afirma-se que o sujeito é algo em construção, tanto nas suas instâncias individuais, como sociais, e que a subjetividade, sempre múltipla, se faz coletiva, pois está circunstanciada sempre por muitos vetores.

¹⁵ O termo visibilidade remete aqui a ideia explorada por Gilles Deleuze (1992, 2005), que todo conceito, toda teoria, produz linhas de visibilidade e linhas de enunciação. Essa ideia será desenvolvida mais adiante, no subtítulo 2.1.

estratégias medicalizantes desse período garantiram que a atenção de especialistas fosse forjada na e forjasse a observação, registo e controle de comportamentos, tanto a nível individual quanto populacional. Ainda nesse Capítulo, será sinalizada a “importação” dos parâmetros das ciências naturais nos processos epistemológicos de conhecimento das doenças, assumindo uma posição crítica, fundamentada na Psicologia Histórico-Cultural, diante de práticas que priorizam leituras de causalidade biológica e individualizante e desqualificam a dimensão coletiva dos processos de subjetivação.

Em sequência, o Capítulo 2 ficará responsável por discutir a construção social das noções de “normal”, “anormal” e “patologia”. A obra *O Normal e o Patológico* do filósofo Georges Canguilhem será de grande importância nesse momento, pois trará a experiência singular de cada sujeito para o centro da determinação das fronteiras entre o que é normal e o que é patológico. Será retomado, no final deste Capítulo, o conceito de biopoder e sua relação com a prescrição, classificação e normalização das formas de pensar e atuar em sociedade.

O terceiro e último Capítulo será iniciado ressaltando que o discurso medicalizante no contemporâneo encontra-se atrelado a uma lógica mercadológica - mostrando-se bastante lucrativo para o mercado farmacêutico e de serviços e terapêuticas corretivas. Será analisado o discurso medicalizante presente em alguns trechos do DSM-V¹⁶, entendido como um instrumento que reforça na psiquiatria a crença de que os sintomas mentais estariam supostamente localizados na mente da pessoa e que o prejuízo em funções psíquicas levaria a modos irregulares de produção de sintoma. Em seguida, será descrita minha experiência no Ambulatório Didático de Psiquiatria Infantil da UFF, desde minhas impressões sobre o acolhimento da queixa escolar, até a concepção adotada de desenvolvimento infantil, que direcionava o trabalho sustentando-se, na minha percepção, como uma prática crítica ao discurso da medicalização da Educação.

Assim, este trabalho parte de um estudo sobre o processo medicalizante, que se fez presente em práticas médicas iniciadas no final do século XVIII e foram consolidadas ao decorrer do XIX, para pensar criticamente como tal movimento continua presente no campo da Saúde Mental e como ele se atualiza hoje em articulação a outras forças e formas. Tal percurso metodológico não tem como finalidade localizar as causas do fenômeno da medicalização no século XVIII. O objetivo é uma problematização sobre como a medicalização de comportamentos indesejáveis ou não esperados socialmente, emergidas em

¹⁶ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª versão

um momento da História (em sua dimensão política e econômica e, portanto, ideológica), são apresentadas como problemas até os dias de hoje – mesmo que sob outras formas. Espera-se, desse modo, que a análise crítica sobre a “epidemia” de patologias mentais nas últimas décadas, bem como a afirmação de valores subjetivos nas construções diagnósticas, possam oferecer algumas contribuições para a recolocação do problema da medicalização na contemporaneidade e, ainda, recolocação do problema dos atendimentos e práticas de cuidado referentes à saúde mental infanto-juvenil.

Ainda sobre a metodologia

Vale tratar de mais um aspecto metodológico que pode auxiliar na compreensão geral do texto. Uma das preocupações dessa pesquisa foi com relação à operacionalidade dos conceitos e teorias estudadas. A intenção foi manter a distância de um uso dos conceitos como espécie de ornamento, algo com valor apenas decorativo, propondo metodologicamente, trabalhar conceitos como “normalidade”, “biopoder” e “disciplinarização” como um dispositivo, uma “caixa de ferramentas” que nos ajudam a pensar nossa problemática.

“Uma teoria é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante... É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou. Não se refaz uma teoria, fazem-se outras; há outras a serem feitas. E curioso que seja um autor que é considerado um puro intelectual, Proust, que o tenha dito tão claramente: tratem meus livros como óculos dirigidos para fora e se eles não lhes servem, consigam outros, encontrem vocês mesmos seu instrumento, que é forçosamente um instrumento de combate”. (FOUCAULT, 1995, p. 71).

A citação acima é uma afirmação de Deleuze retirada do diálogo com Foucault sobre o papel do intelectual no final dos 1960, publicada no livro *Microfísica do Poder*, no Capítulo *Os Intelectuais e o Poder*. Em sua intervenção, o filósofo francês aponta para uma forma muito particular de compreensão do papel da teoria para o pensamento, indicando que os conceitos devem ser tratados de maneira pragmática, concebidos como instrumentos e dispositivos, que só ganham sentido no seu uso, no seu funcionamento e não como algo que se auto-justifique e contenha um valor em si, caso contrário devem ser descartadas.

É nesse sentido que se adota, nesta dissertação, uma proposta metodológica que opere com os conceitos, pois, compreende-se que o ato de pesquisar exige criação, esforço e paciência para que possa ser construído e que é sempre, por não ter receitas prontas ou moldes acabados, uma construção singular. O trabalho desenvolvido no Ambulatório Didático de Psiquiatria Infantil da UFF é apenas um dentre vários outros possíveis. Não se pretende produzir “verdades universais”, destituindo outras práticas nesse campo. Tampouco afirma-se que autores como Foucault, Canguilhem e Vigotski têm as mesmas concepções de homem e sociedade, abordando os **mesmos** problemas de pesquisa e de forma indiferenciada em suas obras. Esses autores imprimem suas particularidades em suas teorias, de modo que seria incorreto dizer que se tratam de perspectivas idênticas. Ao fundamentar-se metodologicamente na genealogia foucaultiana, na epistemologia de Geoges Canguilhem e na perspectiva crítica da Psicologia Histórico-Cultural, intenta-se não ressaltar suas diferenças, mas operar com seus conceitos, como ferramentas, para pensar o problema da medicalização e questões que emergiram a partir de uma prática.

A proposta é, de posse desta caixa de ferramentas, trazer cenas evocadas da memória de minha experiência nesse Ambulatório, na tentativa de problematizar momentos da rotina da escola, com suas tecnologias pedagógicas, espaços fechados, que, infelizmente, muitas vezes produzem e legitimam discursos normalizantes, disciplinarizantes, medicalizantes. Nesse sentido, meu trabalho será entendido como o de uma artesã, que precisa de ferramentas (teorias e conceitos) para realizar sua ação. Essas ferramentas podem ser emprestadas de outros autores, assim como podem ser criadas, inventadas de acordo com os impasses e questões enfrentadas. É preciso encontrar outro modo de lidar com as teorias e os conceitos, de torná-los efetivamente uma “caixa de ferramentas”. Eis a aposta deste trabalho.

CAPÍTULO 1

CLÍNICA E POLÍTICA

*Os cientistas dizem que somos feitos de átomos,
mas um passarinho me contou que somos feitos de histórias.*

Eduardo Galeano¹⁷

1.1 Medicalização e as políticas de saúde do século XIX

Michel Foucault atribui a medicalização da sociedade aos processos relacionados à expansão do domínio do poder e do saber médico, principalmente, a partir da segunda metade do século XVIII. Nesse período, foram se constituindo na Europa Ocidental - em especial, na França, Inglaterra e Alemanha - algumas políticas de saúde que estavam intimamente relacionadas a uma série de transformações econômicas, sociais e políticas (FOUCAULT, 1995, p.79-83). A expansão marítima para o Ocidente (durante os séculos XV e XVII) possibilitou a abertura de novos mercados consumidores; assim como a mecanização do setor metalúrgico e a descoberta do vapor como força motriz estimularam a produção europeia. Esses e outros fatores contribuíram para que a circulação de capitais - que até então estava voltada para a atividade comercial - começasse a se desviar para o setor industrial.

Tal período histórico testemunhou a transferência de muitos camponeses para os centros urbanos, onde passaram a constituir um grande contingente de mão de obra disponível para as fábricas, submetidos a péssimas condições de trabalho e a salários baixos. As cidades, por sua vez, não estavam preparadas para acomodar essa nova classe de trabalhadores e suas famílias, e, somadas às péssimas condições de trabalho, as habitações precárias ofereciam risco a saúde da população. (VICENTINO & PAOLO, p.331-337, 2001). Aos poucos, então, a emergência do capitalismo e a urbanização crescente e desorganizada foram caracterizando uma nova composição social, tornando-se necessária a intervenção por uma regulação dessa realidade e a extração de saberes sobre ela. Foi nesse contexto que discursos médicos sobre a sociedade ganharam uma maior dimensão na Europa Ocidental, marcando o nascimento daquilo que se pode denominar de medicina social (FOUCAULT, 1995, p.79-86).

¹⁷ Trecho retirado de uma entrevista ao Programa Sangue Latino do Canal Brasil, gravado em 2009. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=NFTTr4vVhxzU>>.

Segundo Foucault (ibid.), medicina social pode ser entendida enquanto um resultado, dentre outros, do desenvolvimento de técnicas e saberes médicos, que se apresentariam sob diferentes discursos e se expandiriam por quase todo o espaço social. Configurando-se como uma nova abordagem na relação saúde e sociedade, essa medicina estaria relacionada às políticas de saúde desenvolvidas na Alemanha, França e Inglaterra - sob os modelos, respectivamente, da polícia médica, medicina urbana e medicina da força de trabalho (LEMONS, GALINDO & RODRIGUES, 2014). Tais políticas sinalizariam um processo da medicalização da sociedade, à medida que passariam a intervir diretamente em comportamentos dos indivíduos dentro de instituições¹⁸, como a escola e a família – territórios de atuação que até então não lhe pertenciam.

As práticas higienistas podem ser consideradas como umas das principais medidas de intervenção da medicina social (SILVA, 2009). Tais práticas eram expressas por discursos médicos que prediziam técnicas de controle do ambiente, que estaria favorecendo ou prejudicando a saúde da população. Sustentado por um discurso de caráter preventivo, o saber médico ganha outras dimensões, passando a não mais se endereçar somente à doença propriamente dita, como na medicina da crise, mas também ao ambiente que a circunda. A água, a alimentação, a temperatura do meio e o ar passam a ser tomados como alvos de intervenções médicas, pois são vistos como solos responsáveis pelo desenvolvimento do indivíduo, assim como de diferentes espécies de doenças. Conforme Foucault, (1995) foi nesse período que surgiram os primeiros discursos sobre promoção da saúde, associando o estado de saúde com as condições de vida das pessoas (p. 23-27).

O movimento higienista surge ancorado em intervenções voltadas para as famílias e a criação dos filhos. Foi por meio, inclusive, desse discurso médico-higienista que as relações pais-filhos apareceram “como instâncias primeiras e imediatas da medicalização” (ibid., p.200). No âmbito desse processo, o médico passou a mediar as atividades cotidianas, como a amamentação das crianças, a escolha do vestuário mais adequado, os rituais de limpeza e higiene, estendendo-se também à recreação e aos exercícios físicos que preveniriam o aparecimento de certas doenças e favoreceriam o desenvolvimento das crianças. Como afirma Foucault (ibid.):

¹⁸ Esta pesquisa adotará o conceito de instituição de Lourau (1993) para se referir à família e à escola. Entende-se por instituição não um estabelecimento imóvel, mas um conjunto de forças sempre em movimento, uma produção histórica que atravessa diferentes atores. Isso quer dizer que as instituições família e escola estão sempre em construção, permitindo intervenções e rearranjos outros de forças e produções subjetivas.

“O retângulo pais–filhos deve se tornar uma espécie de homeostase da saúde. Em todo o caso, desde o fim do século XVIII, o corpo sadio, limpo, válido, o espaço purificado, límpido, arejado, a distribuição medicamente perfeita dos indivíduos, dos lugares, dos leitos, dos utensílios, o jogo do "cuidadoso" e do "cuidado", constituem algumas das leis morais essenciais da família. E, desde esta época, a família se tornou o agente mais constante da medicalização”. (p. 199)

O que se observa é um corpo profissional de médicos aprovado pelo Estado mediando as relações intrafamiliares e distinguindo os deveres e direitos concernidos à saúde daquele que cuida e daquele que é cuidado. Desse modo, percebe-se que as famílias modernas passaram a organizar suas vidas de acordo com as normas médico-higienistas, aprendendo que, por meio de mudanças em seus comportamentos, seria possível prevenir o desenvolvimento de certas doenças. Se, por um lado, a ordem médica desqualificava as práticas familiares de cuidado com o doente, por outro, a família, ao considerar-se desabilitada para aliviar sofrimentos de seus enfermos, via-se cada vez mais obrigada a buscar ajuda e orientações médicas (SANCHES, 2011, p.8-9). Por conseguinte, a instituição “família” aos poucos foi desvinculando-se da ideia de ser apenas um sistema de parentescos, tornando-se um espaço imediato e responsável por assegurar a sobrevivência e a saúde de suas crianças.

“São esses fenômenos que começam a se levar em conta no final do século XVIII e que trazem a introdução de uma medicina que vai ter, agora, a função maior da higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população”. (FOUCAULT, 1999, p. 290)

Além das relações familiares, o discurso medicalizante desdobrou-se para outros domínios sociais, provocando mudanças, inclusive, nas instituições de ensino. Entendidas enquanto instituições disciplinares, as escolas foram tomadas como um desses lugares privilegiados para o controle minucioso dos corpos, permitindo que as crianças passassem a ser efetivamente observadas, conhecidas e curadas pela prática médica. (FOUCAULT, 1995)

O final do XVII e o XVIII foram marcados pelo aparecimento de técnicas de poder que eram essencialmente centradas no corpo individual. Tais técnicas implicavam um registro contínuo, onde se buscava assegurar a distribuição espacial dos indivíduos: sua separação, seu alinhamento, sua colocação em série e em vigilância - possibilitando todo um campo de

visibilidade para o exercício do poder (FOUCAULT, 1999a, p. 288). Foucault utiliza-se do conceito de estratégias disciplinares para se referir a esse conjunto de procedimentos referentes à análise do espaço e a inserção dos corpos em espaços individualizados, classificatórios, combinatórios.

Os exames apareceram nesse processo como instrumentos fundamentais para disciplinarização dos alunos, cuja finalidade era redistribuir espacialmente o ambiente escolar para que se desse um ensino coletivo e padronizado. Ao permitir o registro e vigilância contínua dos alunos, abria-se a possibilidade de julgá-los, vigiá-los e distribuí-los em espaços classificatórios, sujeitando-os à melhor observação e atuação do educador e do médico. Além disso, ao confrontar registros detalhados de comportamento de alunos de diferentes regiões, os médicos podiam constatar fenômenos desviantes – considerados por eles patológicos - comuns a toda essa população.

1.2 Estratégias do biopoder

Por volta da metade do século XVIII, Foucault sinaliza, ainda, o aparecimento de outra estratégia de poder que não exclui a técnica disciplinar, mas que a integra, modificando-a parcialmente: o biopoder¹⁹. (FOUCAULT, 1999a, p.288-289) Enquanto as técnicas disciplinares eram voltadas para os corpos individuais em seus detalhes, garantindo-lhes visibilidade enquanto objetos de pesquisa e intervenção, em particular, da medicina moderna, as estratégias do biopoder vão incidir sobre fenômenos mais gerais, como vigilância e esquadramento do espaço urbano. A partir do séc. XVIII, a Medicina ganha um importante papel no controle dos corpos, orientando e definindo regras gerais de higiene, comportamento e moral, focando seus esforços no corpo do trabalhador tomado como corpo social. Não se trata de um corpo meramente biológico, mas também político. Cabe ao saber médico o importante papel de controlar e regular o corpo por meio de normas de saúde pautadas no modelo científico de saber.

¹⁹ O conceito de *biopoder* foi enunciado pela primeira vez numa conferência ministrada por Foucault em 1974 aqui no Brasil, na UERJ. Essa palestra foi publicada em 1977 com o nome de *O Nascimento da Medicina Social*. No entanto, é no quinto capítulo da *Vontade de Saber* que o autor trabalha mais detidamente este conceito por oposição ao direito de morte que caracterizaria o poder do soberano. Temática esta retomada novamente por Foucault no curso do *Collège de France* dos anos de 1975 e 1976 e no curso de 1978-79 - que são também material de referência para esta dissertação.

“Biopolítica se dirige não ao homem-corpo, mas ao homem vivo. Não é individualizante, mas massificante. Já não é uma anátomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma “biopolítica” da espécie humana” (ibid., p.289).

Nos mecanismos implantados pelo biopoder estava em jogo, sobretudo, a espécie humana, por meio da prevenção de doenças, de estimativas estatísticas e medições globais, que tinham como objetivos baixar as taxas de mortalidade, encompridar a vida, estimular a natalidade. Junto às tais estratégias, nasce também o planejamento urbano, uma vez que os médicos higienistas passaram a oferecer diagnósticos quanto à organização de ruas, a projetar a ornamentação de praças e a propor transformações visando ambientes mais limpos, arejados e adequados. (MIRANDA, 1998) Inaugura-se, portanto, um novo território de intervenção médica, assumindo o saber médico-higienista o controle social também sobre o espaço urbano. (SILVA, 2009)

“Não se trata absolutamente de ficar ligado a um corpo individual, como faz a disciplina. Não se trata, por conseguinte, em absoluto, de considerar o indivíduo no nível do detalhe, mas pelo contrário, mediante mecanismos globais, de agir de tal maneira que se obtenham estados globais de equilíbrio, de regularidade; em resumo, de levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação”. (FOUCAULT, 1999a, p.294)

Referenciados a estudos potentes como os de Foucault (1995; 1999a; 1999b), observamos um deslocamento - uma ampliação – do objeto da medicina nesse período: não se trata mais de ficar somente ligado a um corpo individual, a seus detalhes e hábitos dentro de instituições como a família e a escola; mas, tornam-se também objetos da medicina moderna a cidade, a espécie e a população, que aparecem como objetos a serem regulamentados e medicalizados. O discurso médico amplia, ainda mais, por meio do biopoder, seu território de atuação e foi a partir da produção de uma lógica higienista, preventiva e medicalizante que o espaço foi completamente tomado como lugar privilegiado para a promoção de uma pessoa sadia.

Foucault nos ajuda a pensar ainda que, por meio das estratégias disciplinares e do biopoder, instaurou-se um novo modo de poder onde a sujeição não se fazia apenas na forma negativa da repressão, mas, sobretudo, ao modo mais sutil de comportamentalismo. “O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela

ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. A saúde se torna um meio eficaz de controle e exercício de poder sobre os indivíduos. Com o objetivo de dominar a aleatoriedade inerente à população, a biopolítica organiza a vida, regula, protege e a controla para compensar suas contingências, delimitando suas possibilidades ao encaixá-las em um formato definido como 'normal'. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista (FOUCAULT, 1995). Com isso, Foucault ressalta as implicações de natureza ética, social e política que cercam o processo de medicalização - ideia preciosa para esta dissertação.

Em seu curso no *Collège de France* (anos 1975-1976), Foucault afirma que “a biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político” (1999a, p.292-293). Com essa afirmação, o autor situa as estratégias de saúde do século XVIII em determinado contexto socioeconômico, sugerindo que as intervenções médicas não estavam voltadas apenas a corpos adoecidos, mas enquanto corpos pertencentes a um Estado - respeitando a ideia de que um Estado só poderia ser forte se assim seus indivíduos também fossem (FOUCAULT, 1995). Afinal, estava em questão o controle da saúde e a preservação da quantidade de população ativa nos Estados Europeus.

O preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar mortes com a propagação de epidemias, a necessidade de se ter indivíduos fortes, saudáveis e produtivos para atender à produção capitalista, nos dão pistas de interesses sócio-político-econômicos que estavam implicados ao discurso higienista e as técnicas disciplinares a que foram submetidas instituições como a escola, família e hospitais. As estratégias biopolíticas, apesar de passarem por caminhos diferentes aos mecanismos disciplinares, são, como estes, destinadas em última instância a controlar as multiplicidades dos sujeitos, maximizando e extraindo suas forças (FOUCAULT, 1999a, p.293-294; FOUCAULT, 1995, p.105).

“Eram também as técnicas pelas quais se incumbiam desses corpos, tentavam aumentar-lhes a força útil através do exercício, do treinamento, etc. Eram igualmente técnicas de racionalização e de economia estrita de um poder que devia se exercer, da maneira menos onerosa possível, mediante todo um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de escriturações, de relatórios...” (FOUCAULT, 1999a, p. 288)

Há de serem feitas ainda últimas considerações a respeito das tecnologias de poder que constituíram as políticas médicas no período moderno. Na teoria clássica da soberania, o soberano tinha o poder de matar ou poupar vidas de seus súditos - isto é, ele exercia o poder

de fazer morrer e deixar viver. Com as estratégias de biopoder, essa lógica de certa forma inverte-se: o Estado passa a preocupar-se com seu direito de fazer viver, de produzir vida. E não qualquer vida, mas determinados modos de vida que lhe interessavam, invisibilizando e desqualificando todos os outros. Isso implica em dizer que o Estado Moderno, por meio do discurso médico, foi responsável por *produzir* subjetividades: produziu noções de indivíduos doentes e sadios, legitimou práticas de cuidado com a higiene e alimentação que preveniriam doenças, autorizou saberes sobre a aprendizagem e a sexualidade infantil, etc. Assim, à medida que as intervenções médicas tomavam o corpo, as relações e a vida como alvos privilegiados de medidas corretivas do Estado, percebe-se o ingresso da dimensão biológica do humano no registro da política, produzindo junto a esse processo subjetividades, modos de atuar em sociedade considerados “normais” e “anormais”.

Procurou-se indicar, nesse início de trabalho, que tanto o saber quanto as práticas em medicina sofreram grandes mudanças na Idade Moderna, à medida que não apenas o hospital (território explícito da área da saúde) tornou-se um espaço privilegiado para os discursos médicos, mas também outros ambientes, como os espaços urbanos e as relações familiares e escolares. Como forma de produzir verdades sobre elas mesmas, os discursos medicalizantes produzidos nas sociedades disciplinares ultrapassaram as fronteiras entre público e privado: o médico passou a atuar como um administrador da saúde (MIRANDA, 1998), ao registrar as causas das mortalidades, as taxas de longevidade, a se envolver em projetos para edificações de casas, e ainda, dimensionando a proteção às grávidas, a saúde infantil, a alimentação, a sexualidade e a recreação das crianças. Desse modo, o discurso medicalizante estenderia suas fronteiras aos mais diferentes pólos da vida, inclusive aos mais íntimos: tudo em nome de um bem estar, e em “defesa” de uma sociedade.

Seguiremos problematizando o tema da medicalização, tendo como referência o período moderno, mas, em especial, no que se refere à produção de conhecimento e a relação entre clínica e política, afirmando os sujeitos - pesquisadores e objetos de estudo - enquanto produtos e produtores de realidades. Contudo, antes disso, considera-se relevante fazer uma pequena observação a respeito da apropriação que está sendo feita aqui do conceito de “clínica”.

A palavra “clínica” deriva do grego *klinikos* (“que concerne ao leito”; de *klíno* “inclinar, dobrar”). Porém, neste trabalho, este termo não fará referência somente ao ato de inclinar-se sobre o leito do sujeito doente, tampouco ao sentido simplista de “consultório”. Esse conceito será entendido de forma mais ampla, enquanto uma experiência de desvio, que possibilita a criação de novos territórios existenciais. Conforme explicam Passos e Benevides, em “Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo” (2001):

“Mais do que essa atitude de acolhimento de quem demanda tratamento, entendemos o ato clínico como a produção de um desvio (*clinamen*), na acepção que dá a essa palavra a filosofia atomista de Epicuro (1965). Esse conceito da filosofia grega designa o desvio que permite aos átomos, ao caírem no vazio em virtude de seu peso e de sua velocidade, se chocarem articulando-se na composição das coisas. Essa cosmogonia epicurista atribui a esses pequenos movimentos de desvio a potência de geração do mundo. É na afirmação desse desvio, do *clinamen*, portanto, que a clínica se faz”. (p.94)

Em diálogo com Espinoza, Gilles Deleuze, Félix Guatarri e Michel Foucault, articula-se o conceito de clínica às práticas históricas e seus efeitos. Entende-se que a clínica está comprometida com a devolução do sujeito ao plano da subjetivação, ao plano da produção, que é sempre coletivo²⁰. Considera-se, desse modo, que o conceito clínico mais importante não é o de sujeito, mas o de produção de subjetividade, tal como ele é proposto por Guattari (1992). E ao definir clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade, estamos, necessariamente, analisando de forma crítica as formas instituídas, o que nos compromete politicamente. Eis a interface que propomos aqui, entre clínica e política, pois é nesse lugar que encontramos, não mais a interpretação da realidade ou o desvelamento de “Verdades” - lugar muitas vezes designado ao profissional psicólogo, - mas modos de subjetivação, de experimentação, de criação de si e do mundo. Assumir a dimensão política da clínica é apostar na força de intervenção sobre a realidade, sendo sempre necessário nos perguntar, como ressalta Passos e Benevides (2004), “qual política tal clínica produz?”. Questionamentos como esse nos ajuda a desnaturalizar determinados eventos, a fugir dos

²⁰ “O coletivo, aqui, bem entendido, não pode ser reduzido a uma soma de indivíduos ou ao resultado de um contrato que os indivíduos fazem entre si. (...) Coletivo é multidão, composição potencialmente ilimitada de seres tomados na proliferação das forças. No plano de produção, plano coletivo das forças, lidamos com o que é de ninguém, ou, poderíamos dizer, com o que é da ordem do impessoal. No coletivo não há, portanto, propriedade particular, personalidades, nada que seja privado, já que todas as forças estão disponíveis para serem experimentadas”. (PASSOS & BENEVIDES, 2004, p.166)

lugares instituídos e de trabalhos clínicos adaptacionistas, utilitários e ortopédicos – enfim, a repensar nossos modos de produzir conhecimento e intervir em Psicologia.

Feita essa observação acerca do conceito de “clínica” para esta dissertação, seguimos.

Na experiência como estudante de Psicologia, incomodei-me com a costumeira separação entre clínica e política, entre sujeito-pesquisador e objeto-pesquisado. Durante a formação, deparei-me com situações onde a neutralidade e objetividade do psicólogo-pesquisador eram não apenas valorizadas, mas imprescindíveis a ponto de considerar que qualquer influência em seu dado empírico desqualificaria sua atuação. No Laboratório de Neurobiologia, uma atitude a mais frente ao voluntário, uma instrução diferente daquela estrita e pré-programada, indicaria que os dados recolhidos deveriam ser descartados para efeitos de análise. Contudo, o estranhamento teve início mais tarde: quando passei a conhecer pesquisas que se utilizam desses mesmos parâmetros metodológicos do Laboratório não apenas para investigar os componentes das funções executivas, mas para avaliar diagnosticamente e acompanhar terapêuticamente sujeitos com dificuldades de aprendizagem ou com os chamados transtornos emocionais e comportamentais.

Inquietei-me diante da anulação do clínico enquanto sujeito ativo, desvinculado de seus valores subjetivos, éticos e morais. Essa psicologia, muito inspirada no modelo científico consolidado no período moderno, pode ser até competente na classificação do sujeito, na sua ordenação e prevenção de comportamentos indesejáveis; mas *do que adianta se não é capaz de, ao falar do fenômeno psi, falar de vida, falar de potências ou problematizar as condições econômicas, sociais e culturais nas quais estão inseridas, necessariamente, suas pesquisas e intervenções clínicas?*

1.3 O modelo epistemológico da racionalidade científica moderna

Na obra “Discurso do Método”, Descartes (1596-1650) discorre sobre os fundamentos do método científico moderno, propondo uma instrumentalização da natureza, através da explicação matemática e racional dos fenômenos, inaugurando a filosofia moderna. O método científico proposto por esse filósofo fundamenta-se no princípio de que o conhecimento sobre determinado objeto de estudo seria o resultado da captura de suas verdades. Para conhecer o todo, bastaria o sujeito-observador conhecer as partes de seu objeto, estando separado do mesmo para percebê-lo a partir de exercícios sensitivos e racionais. Segundo seus estudos, o mundo poderia ser expresso por meio de equações matemáticas e seus fenômenos deveriam

ser passíveis de compreensão, previsão e modificação. Um conhecimento baseado na formulação de leis universais tem como pressuposto a noção de estabilidade e de ordem do mundo, isto é, do mundo-máquina. Nesse sentido, o método científico cartesiano, que predominou até o início do século XX, ficou conhecido como "Determinismo Mecanicista", recebendo mais tarde importantes contribuições de outros pensadores, como as de Augusto Comte (1798-1857).

De forma resumida, pode-se dizer que Descartes revolucionou o método de pensar e Comte expandiu esse método das ciências naturais para as ciências humanas e sociais. Considera-se Comte o principal idealizador do positivismo, corrente filosófica que surgiu na França no começo do século XIX. Esta escola filosófica ganhou força na Europa na segunda metade do século XIX e começo do XX, servindo como modelo para a produção científica da Idade Moderna, período contextualizado no subtítulo anterior.

Em linhas gerais, o positivismo propõe um afastamento radical entre Ciência e a teologia e a metafísica, defendendo o conhecimento científico como a única forma de conhecimento verdadeiro. Inspirado na racionalidade cartesiana, afirmava-se que uma teoria seria correta apenas se ela pudesse ser comprovada através de métodos científicos válidos, desqualificando conhecimentos ligados a crenças e superstições. A racionalidade científica moderna compreendia o homem enquanto máquina, cujo modo de funcionamento seria regido por leis naturais e universais. Enfatizava-se o estudo do homem, na sua individualidade e na possibilidade de transformar o mundo real por meio da sua razão. Sendo assim, a construção do conhecimento científico dar-se-ia a partir do empírico, da observação de comportamentos regulares, universais, e, por isso, passíveis de serem controlados e previstos.

Além disso, o modelo epistemológico da ciência moderna fundamentava-se na relação de transcendência entre sujeito e objeto. O pesquisador/profissional, marcado por um discurso de neutralidade e racionalidade, procurava estar o mais distante possível de sua observação, de seu objeto de estudo – este tomado como algo em si, *a priori* e pronto a ser desvelado por seu saber. Não havia, pois, abertura para considerar crenças e valores subjetivos do pesquisador no método científico racional. Os pesquisadores nesse período buscavam a previsibilidade dos fenômenos, procurando investigar o que era regular neles, sendo tudo o que desviasse à Verdade preestabelecida era visto como erro. Assim, surgia a ciência moderna: positivista, racionalista, determinista, experimental, empírica, quantitativa. (BOCK, 2007, p.15)

“A corrente positivista em voga, que acreditava ser possível o pesquisador se manter “fora do campo de investigação”, pregava um entrevistador neutro e independente em relação às estruturas de poder da organização estudada, um sociólogo ou psicólogo que deveria fazer tábula rasa de suas experiências anteriores, de seus valores, opiniões ou preconceitos. Ele deveria, em suma, colocar-se como um observador exterior.” (PASSOS & BENEVIDES, 2000, p.72)

Ao longo do século XIX e XX, a Medicina e as ciências humanas (inclusive a Psicologia) foram constituindo-se conforme esses mesmos parâmetros positivistas modernos das ciências naturais. Imersa em discursos cientificistas, a medicina moderna destacou-se por adotar novas estratégias metodológicas de conhecer seu objeto de estudo, revolucionando o modo de encarar o funcionamento do corpo e seu adoecer. Da arte de curar indivíduos doentes, a medicina moderna transformou-se numa disciplina das doenças. O alvo privilegiado passou a ser o corpo individual, o que ajudou a constituir o indivíduo moderno. Desarticulando a doença do sujeito doente, esta medicina não oferecia nenhuma abertura para que o sofrimento singular do paciente aparecesse, silenciando-o (SANCHES, 2011). O doente era, pois, apropriado como apenas um conjunto de órgãos e tecidos, indicadores de uma patologia a ser registrada, classificada e tratada pelo médico. Como pontua Sanches (ibid.), nesse período, “o doente como sujeito da doença e o corpo do doente ganharam um lugar diferente na linguagem médica” (p.8-9). A saúde passou a ser vista não mais como afirmação da vida, mas como ausência de alguma patologia. Assim, da eliminação dos sintomas do corpo dos indivíduos, nasceu a saúde na medicina moderna.

A Psicologia também procurou respaldar-se no positivismo para aproximar-se dos ideais cientificistas modernos e afirmar-se como Ciência. Acreditando que os comportamentos das pessoas poderiam ser diferenciados, classificados e previstos, as práticas psicológicas nesse período passaram a criar e a reforçar padrões de comportamento que interessavam à sociedade manter, como necessários ao “bom desenvolvimento das pessoas”. (BOCK, 2007). A Psicologia, enquanto detentora de poder e saber, apropriou-se de modelos universais como referências para avaliar e classificar os sujeitos como “dentro” ou “fora” da norma, e, com isso, passou a legitimar formas corretas e “naturais” de pensar e atuar em sociedade, como será visto a seguir.

Ao sofrer influências dos parâmetros positivistas das ciências naturais, a Psicologia, seguindo os passos da Medicina, passou a produzir saberes sobre os fenômenos psicológicos descolando-os da realidade social e cultural. Dessa forma:

“Fala-se da mãe e do pai sem falar da família como instituição social marcada historicamente pela apropriação dos sujeitos; fala-se da sexualidade sem falar da tradição judaico-cristã de repressão à sexualidade; fala-se da identidade das mulheres sem se falar das características machistas de nossa cultura; fala-se do corpo sem inseri-lo na cultura; fala-se de habilidades e aptidões de um sujeito sem se falar das suas reais possibilidades de acesso à cultura; fala-se do homem sem falar do trabalho; fala-se do psicológico sem falar do cultural e do social. Na verdade, não se fala de nada. Faz-se ideologia!” (BOCK, 2007, p.25)

O conceito de ideologia faz referência a um sistema teórico que transforma as ideias, que têm suas origens na realidade, em entidades universais, em essências. Não se trata de um sistema errôneo, de falsas ideias, mas sim de um sistema idealizado, social e potencialmente eficaz, segundo Bock (ibid., p.23-24). Sabe-se que, no período histórico descrito anteriormente, a burguesia moderna ascendeu enquanto classe social. Tal mudança oportunizou condições para o surgimento de estratégias de poder (como já foi dito nesse trabalho) e de um saber científico que, baseado nos modos particulares dessa classe dominante, passou a legitimar ideias universais de todos e para todos os membros da sociedade. Desenvolveu-se, assim, uma representação idealizada da realidade, pois tais ideias passaram a ser vistas como naturais, neutras, autônomas - quando, na verdade, estavam referenciadas a um determinado modo de vida dominante, o burguês.

Nesse momento, torna-se pertinente uma pequena ressalva. Foucault, diferentemente da perspectiva marxista adotada por muitos autores da Psicologia Histórico-Cultural, não trabalha com a ideia de que exista uma estrutura binária de poder, caracterizada por uma relação entre classes dominante e dominada. Foucault nega o entendimento de que o poder teria essencialmente como papel manter relações de produção e reproduzir uma dominação de classe, escapando de um esquema economicista para analisar o poder e da lógica que a infraestrutura condiciona a superestrutura social. Todas as classes sociais, segundo Foucault, são submetidas às relações de poder e sofrem seus efeitos, não sendo o exercício do poder algo que aconteça em uma só direção - dominantes para os dominados - pois onde há poder há resistência. Não são as estruturas sociais que determinam as relações de poder, tampouco o poder atua em um único lugar, mas estaria em múltiplos locais: na família, nas relações ensino-aprendizagem, na sexualidade, no modo como nos relacionamos com a loucura, nas diferenças de gênero etc. Todas essas relações são relações de poder, segundo o filósofo, e a mudança da sociedade se daria justamente na mudança dessas relações, apostando nas micro relações, que muitas vezes passam despercebidas.

Apesar das diferenças na abordagem do conceito de ideologia entre os estudos foucaultianos e a Psicologia Histórico-Cultural, inspirada na vertente do materialismo histórico marxista, o que particularmente interessa para essa dissertação é a noção de que ideologia não significa falsa consciência pelos homens das relações de poder, crença falsa e alienação. Ou seja, não se deve atuar no sentido de querer libertar os homens das ideias errôneas. Assim, os autores citados nos ajudam a problematizar a produção de ideias, valores e crenças na vida social, e que muitas vezes são reforçadas, legitimadas ou, ainda, naturalizadas pela academia, pelos saberes das ciências que atuam na ponta, seja nos consultórios, nos serviços públicos de saúde ou nas instituições escolares.

Em um trabalho produzido pelo *Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*, publicado em 2015 pelo Conselho Federal de Psicologia²¹, utiliza-se do exemplo da configuração familiar ressaltada nas propagandas de margarina. Esse exemplo pode nos auxiliar no entendimento dessa questão.

Nas propagandas clássicas de margarina, há o pai (geralmente com uma roupa social de trabalho e um jornal em mãos), a mãe (carinhosa, do lar, calmamente preparando o café da família), provavelmente um casal de crianças brincando com o cachorro da casa, todos em um ambiente arrumado, espaçoso, e felizes ao redor da mesa do café da manhã. Esse tipo de configuração idealizada de família, assim como a do “aluno ideal” ou “filho ideal”²², está bastante distante da realidade brasileira contemporânea. Quem realmente tem uma família assim? Não só com relação aos papéis dos personagens, mas também com condições financeiras semelhantes, com a mesma disposição e alegria que aquelas pessoas demonstram ter ao iniciar seus dias? No entanto, mesmo assim, utilizamos esse mesmo modelo como referência quando olhamos, avaliamos e trabalhamos com crianças e adolescentes atendidos e educados nas nossas instituições. Mesmo assim, os profissionais tropeçam no erro de muitas vezes referenciar àquela configuração familiar do paciente ou aluno como “desestruturada”, por não se aproximar de seus valores e/ou daqueles enfatizados na “família margarina.”

“Talvez, por estarmos inseridos em um modelo burguês, tenhamos nos acostumado com essa idealização, e qualquer outra forma de relacionamento familiar tende a nos causar certo estranhamento, parecendo errada, frágil, sem sustentação, sem estrutura... Uma casa sem pilares, uma cadeira sem pé, nessa família algo falta. E essa

²¹ Este trabalho produzido pelo CFP será retomado novamente no último capítulo dessa dissertação.

²² Esses exemplos serão trabalhados um pouco mais à frente, no Capítulo seguinte.

ausência seria aquela que impossibilitaria a tal “normalidade” modelar”. (CFP, 2015, p.19)

As famílias do aluno ou do paciente são, muitas vezes, nomeadas acriticamente como desestruturadas por profissionais da saúde e educação, pois nelas, falta o pai, falta a mãe, faltam recursos financeiros. Falta, ainda, aquele que deveria comparecer nos serviços de saúde e reuniões escolares quando chamado para conversar, com toda a disposição e tempo para acompanhar a criança, mesmo que isso implique em perder um dia de trabalho ou ter que deixar o filho mais novo com a vizinha de favor para pegar duas conduções lotadas com o filho mais velho, “que está dando problemas na escola”. Quando não comparecem às solicitações, logo são julgados como “ausentes”, “desinteressados”, “negligentes”, ainda que outros familiares se façam presentes como representantes (CFP, 2015, p.20).

Percebe-se, com esse breve exemplo, que as discursividades ideológicas incidem diretamente sobre os padrões culturais de vida, e direcionam, muitas vezes, o olhar do psicólogo, do médico, do educador em suas práticas. No início da década de 1980, Maria Helena Souza Patto publicou o livro “Psicologia e ideologia: uma introdução crítica à psicologia escolar”, no qual ressaltou como esse campo específico da ciência estabeleceu-se como uma ciência ortopédica, corretiva, adaptacionista e voltada à seleção dos mais aptos e inteligentes. Essas características encontram-se, inclusive, - e o livro resalta isso - na formação do clínico e do pedagogo, muitas vezes ligada à correção dos comportamentos considerados desviantes, à exclusão dos sujeitos que resistem à norma e, portanto, à conservação de determinada ordem social (PATTO, 1984)

Muitas famílias, para não dizer a maioria, não se encaixam no modelo da propaganda de margarina. Nos serviços de saúde, encontram-se crianças sem pais e criados pelos avós; uma mãe que cria sozinha seus quatro filhos sem qualquer ajuda do pai, mas que conta com um sobrinho para “olhar as crianças” enquanto está fora; um casal que trabalha o dia inteiro e quem cuida dos filhos a maior parte do tempo é uma babá; um casal homossexual que adotou um adolescente... Vários arranjos familiares são possíveis. “Estas são as famílias funcionais reais”, como ressaltava a cartilha do CFP (2015, p.20).

Contudo, os modelos ideológicos são apreendidos socialmente pelos sujeitos e acabam servindo, com efeito, para a construção de um sistema teórico que camufla e justifica a dominação de classe. Afinal, segundo esse discurso, a criança-que-não-aprende não encontra-se nessa situação porque faltam-lhe possibilidades de acesso à cultura, não porque passa noites seguidas acordada por conta do tiroteio da comunidade em que vive, não porque tem

que acordar às cinco da manhã para pegar as conduções e chegar a tempo na escola às oito... mas porque tem uma família “desestruturada”, avaliada por nós. Ou, quando a “culpa não é da família”, sua dificuldade pedagógica é justificada, legitimada e corrigida - via o discurso da medicalização - em função de uma suposta “falha biológica”, que lhe é própria, individual, talvez tenha um déficit intelectual ou mesmo um transtorno de déficit de atenção.

Seja qual for a justificativa, essas práticas sociais, com o discurso de uma suposta neutralidade e objetividade científica, passam a instituir e a naturalizar modos de se comportar em sociedade, passando a contribuir para estigmatizações e responsabilizar “psicologicamente” ou “biologicamente” os sujeitos por seus fracassos e sucessos. Nota-se que é grande a força dessa lógica em mascarar e manipular a realidade, estando presente, sobretudo, nos aparelhos do Estado, especialmente na instituição escolar, que desconsidera, inclusive, que aquele aluno, reprovado em álgebra ou geometria, é a mesma criança que, junto a outros colegas da comunidade, utiliza-se dos mesmos princípios matemáticos para confeccionar uma pipa ou para calcular o troco quando ajuda na mercearia da família.

Dessa forma, encontramos ressonâncias com o seguinte questionamento do CFP (2015, p. 20): caso o profissional não seja flexível com conceitos como “família” e “aluno”, estariam preparados para atender às demandas que chegam aos serviços educacionais e de saúde? E se passasse a conceber o aluno ou paciente não mais de forma isolada, individualizando qualquer dificuldade acadêmica, mas **na relação** que seria estabelecida com ele dentro do processo ensino-aprendizagem, na clínica? Talvez esse mesmo profissional deixasse de encarar esse aluno ou sua família como disfuncionais, como “anormais”, como “saudáveis” ou “doentes”, passando a vê-los em sua construção singular, com suas estratégias de funcionamento produtoras de relações, que, como qualquer uma, têm suas dificuldades e potencialidades.

1.4 A formação em Psicologia como uma prática política

Este subtítulo tratará da formação do discurso do psicólogo. Assim como anteriormente, não se tem a pretensão de fazer um histórico do surgimento da Psicologia, mas propor uma discussão em torno da ideia que toda prática psicológica é uma prática política. Indica-se, ainda, que, apesar de estar se falando de um campo específico, as questões abordadas aqui interessam a outras especialidades, do campo da Educação e da Saúde, pois, como qualquer outro dispositivo social, são igualmente responsáveis por produzir

subjetividades e legitimar verdades. Além disso, preocupamo-nos em articular o problema da medicalização com a produção do discurso cientificista moderno, pois entendemos que tal movimento e concepção positivista continuam presentes em diferentes campos. Percebe-se que o discurso do profissional técnico atual ainda remete, e muito, a essa visão de que haveria comportamentos universais, regulares, passíveis de serem classificados e corrigidos, conforme foi dito no início de nossa conversa, a partir da minha percepção e contato com outros profissionais, eventos e trabalhos.

Pensamos que as práticas em Psicologia, muitas vezes, estão imersas em territórios caracterizados como competentes, neutros e detentores de um saber universal sobre os processos humanos, seus comportamentos e sofrimentos. Seguindo uma perspectiva positivista e reificadora, muitos psicólogos apresentam-se - ou são vistos pela comunidade, mídia e profissionais da educação - como peritos tecnicistas, especialistas que aplicariam com maior ou menor eficiência as diversas tecnologias e instrumentos avaliativos produzidos pelos cientistas na área. Tais profissionais operam com verdades sagradas e inquestionáveis. A teoria perde sua vitalidade exatamente naquilo que de novo ela poderia produzir, transformando-se em dogmas que devem ser seguidos biblicamente. Dessa forma, aos poucos, acabam por transformar diagnósticos e testes psicométricos em modismo, em “verdades” prontas e acabadas, inquestionáveis e apenas reproduzíveis.

Recordo que, recentemente, assistindo a um programa de televisão, deparo-me com a seguinte fala de um psiquiatra, especialista no estudo do TDA/H: *“Segundo os estudos epidemiológicos, o TDA/H afeta uma a cada vinte crianças. Em uma turma de quarenta, sessenta alunos, espera-se que duas ou três crianças tenham essa doença”* A entrevistadora – assim como eu – espanta-se com o número alto dessa população de crianças classificadas como doentes. Ela, então, interroga o entrevistado se o TDA/H não seria uma “doença do século XXI”, em função talvez da hiperestimulação virtual, de tv, celular, computador, do excesso de atividades que temos proposto às crianças. Em outras palavras, a entrevistadora estranha se esse número alarmante de supostos portadores desse transtorno não teria relação com o contexto social, cultural, que vivemos, com a concepção de atenção que tomamos hoje, diferente de como era há décadas atrás, por exemplo. Segundo o psiquiatra, não. E explica:

“O TDA/H não é uma coisa nova. Na verdade foi descrito desde o século XVIII. Mesmo em diferentes culturas, por exemplo, na Índia, na África, em países árabes, na China, nos Estados Unidos, e no Brasil, a prevalência da doença, quer dizer, o número de casos na população, é mais ou menos o mesmo. (...) Se realmente fosse

secundário, na forma como as crianças são criadas, então, esse número não poderia ser o mesmo. Se o número é o mesmo, então, sugere que realmente é um transtorno, é uma doença, não é secundário ao ambiente”.²³

Afirma-se que o *número* que indica que a prevalência do TDA/H mantém-se independente da cultura e das condições socioeconômicas dessas sociedades. A doença, nesse sentido, é entendida enquanto uma entidade universal, que transcende a todas as culturas. Nessa lógica, não se leva em conta se aquela criança diagnosticada com a doença mental está inserida em uma “família margarina” ou se compartilha os poucos comôdos da casa com seus irmãos, sem ter um espaço independente para desenvolver seu *interesse e concentração* nos deveres de casa diários. Mais uma vez, fala-se das funções psíquicas superiores, sem falar da concepção social de atenção que está se tomando como referência. Fala-se da criança-que-não-aprende, sem falar do pedagógico, do processo de escolarização. Fala-se do doente mental, como se a doença existisse em si mesmo, sem falar do contexto em que esse sujeito está inserido, e que produziu não apenas seu corpo diagnosticado, como também o corpo-pesquisador que o diagnostica. Fica então a pergunta: será mesmo que os instrumentos avaliativos – e, por conseguinte, os sujeitos diagnosticados com doenças mentais - são conceitos destituídos de valores, a-históricos, transcendentais a todas as culturas e épocas?

Frente à complexidade dos modos de existência e de organização social, tal referencial teórico-metodológico clássico de pesquisa (positivista, racionalista, determinista, experimental, quantitativo), tem sido colocado em questão, especialmente, nas últimas décadas. Profissionais das mais variadas disciplinas têm feito uma reflexão de suas práticas, compreendendo que estas - como qualquer outra prática social – têm uma dimensão valorativa e que suas intervenções e pressupostos teóricos são, portanto, produzidos a partir de um referencial cultural, político e ideológico dominante. Defendendo que as práticas *psis* não são compostas ingenuamente por ações isoladas e destituídas de valores, Foucault (1995) nos ajuda a refletir que:

“O surgimento progressivo da grande medicina do século XIX não pode ser dissociado da organização, na mesma época, de uma política de saúde e de uma consideração das doenças como problema político

²³ Programa De Frente com Gabi. Em 5 de setembro de 2010. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=NTyD2-63BWM>>. Acesso em 22 julho 2016. Ressalta-se que a opinião desse profissional não é isolada, mas, pelo contrário, representa a concepção de tantos outros pesquisadores, médicos, psicólogos e educadores.

e econômico, que se coloca às coletividades e que elas devem tentar resolver ao nível de suas decisões em conjunto”. (p.194)

Autores mais contemporâneos fomentam também a discussão. É possível estabelecer, por exemplo, relação entre os anos 1960 e os desígnos da ditadura civil-empresarial-militar com as modalidades terapêuticas que se consolidaram nesse período, conforme brilhantemente discute Coimbra (1995) em sua obra, “Guardiães da Ordem: uma Viagem pelas Práticas Psi no Brasil do ‘Milagre’”. Assim como correlacionar o espantoso crescimento das indústrias farmacêuticas nos últimos anos com certa tendência clínica em se medicalizar comportamentos e modos de estar no mundo²⁴ (GUARIDO, 2008; LIMA, 2005; ANGELL, 2011). Afinal, não podemos esquecer que:

“(…) as verdades são produções histórico-sociais e que nós, os intelectuais, cientistas, pesquisadores, especialistas, peritos, somos uma parcela importante daqueles que, ao longo do tempo, têm tido tal tarefa: a de produzir verdades. Verdades consideradas como “científicas” e, portanto, neutras, objetivas, absolutas e universais”. (COIMBRA, 2002, p.03).

Esse trecho foi retirado do artigo “Psicologia e Política: a produção de verdades competentes” da psicóloga e professora da UFF Cecília Coimbra, e nos remete ao fato que os princípios de julgamento, presentes nos instrumentos avaliativos, são sempre variáveis. Conforme Canguilhem (2006), “a veridicidade ou o dizer-o-verdadeiro da ciência não consiste em uma reprodução fiel de alguma verdade inscrita desde sempre nas coisas ou no intelecto”. Em outras palavras, cada ciência produz sua verdade e não existem critérios universais ou exteriores para julgar a verdade de uma ciência. Isso implica em frequentemente reconsiderarmos, refazermos a história das ciências, pois se a atual verdade científica é sempre provisória, a recorrência (por exemplo, a prevalência de crianças com determinado transtorno mental na sociedade) também é provisória, modificando-se de acordo com os critérios de julgamento, com o tempo histórico e contexto social em que foi produzida e utilizada. Encontramos nessa direção aproximações com os estudos da médica, pediatra e professora da UNICAMP, Maria Aparecida Affonso Moysés (MOYSÉS, 2001; MOYSÉS & COLLARES, 2002; 2006), pois considera que:

²⁴ Essa questão será retomada no início do terceiro Capítulo.

“Se a própria definição do objeto a ser estudado, assim como o método de aproximação, a ser empregado, são construções históricas, o dado em si não representa garantia da objetividade pretendida. O empírico não fornece dados neutros, absolutos, ao pesquisador; no empírico, constroem-se dados...” (MOYSÉS, 2001, p.12)

Serpa Jr. (2007) também contribui para a compreensão desta posição, defendendo que a psicopatologia é uma disciplina carregada de valores. Para ele, por mais que se avance na investigação das bases neurocientíficas dos transtornos mentais, os conhecimentos psiquiátricos permanecerão expressando valores concernentes a afetos e crenças conforme o contexto a que se referem. (p 29-30). Além disso, este autor reforça que em nenhum momento a presença desses valores nos indica ingenuamente um atraso ou imaturidade científica desta disciplina com relação as demais, como poderíamos pensar. Aliás, segundo ele, mesmo que algumas clínicas sejam mais ou menos carregadas de significados avaliativos, todas as atividades inevitavelmente remetem a juízos de valores. Essa característica indica a complexidade e riqueza de seus estudos, assim como sinaliza a importância do pesquisador e do clínico em se questionar quanto à dimensão política que se esconde sob suas práticas. Práticas estas que muitas vezes acabam justificando a desigualdade social, a exclusão, que busca ajustar os desviantes e padronizar respostas de resistências saudáveis... e que quase sempre omitem as relações de poder e as forças que estão em jogo.

A partir desses autores citados, dos estudos genealógicos foucaultianos e de contribuições da Psicologia Histórico-Cultural, encontramos ferramentas para defender uma postura crítica diante do ideal de neutralidade, universalidade e objetividade presente em muitos discursos medicalizantes de psicólogos, médicos e educadores, e que implicam na desqualificação da dimensão coletiva dos processos de subjetivação. Concordamos com Dantas (2010) quando a autora caracteriza, no artigo “Formar em Psicologia: Por quê? Para quê?”, a formação em Psicologia enquanto “práxis embebida em compromisso social e não como uma simples ciência aplicada” (p.622). Reconhece-se que todos os profissionais são atravessados por fatos cotidianos e constituídos por vetores históricos, os quais não apenas determinam seus modos de agir, pensar e trabalhar, mas também produzem seus olhares. Dessa forma, passam a não ocupar mais esse lugar de Verdade, mas passam a ser vistos como formadores de opiniões, como pensadores de suas próprias práticas, no viés da desnaturalização de seus saberes.

Chegamos ao outro lado de uma mesma questão: se o discurso da Psicologia e seus instrumentos avaliativos são produzidos, carregados de valores subjetivos, o que se tem

produzido a partir deles? Que demandas atendemos, produzimos ou reafirmamos nesta formação que se coloca por vezes à margem das discussões sociais e políticas?

Analisamos que os psicólogos têm formado opiniões e, não raramente, contribuído para aumentar o controle sobre os grupos sociais, ampliar a capacidade produtiva dos trabalhadores, selecionar o homem certo para o lugar certo. Nas instituições de ensino, essa Psicologia tem efeitos, legitimando a distribuição de alunos em classes segregatórias, como acontece em muitos colégios tradicionais. Turmas de ensino fundamental e médio são arranjadas a partir de médias globais: turmas com os “melhores alunos”, isto é, composta por aqueles modelos ótimos de alunos, com maiores notas, que são potencialmente “capazes”, e turmas com os alunos “mais fracos”, com a justificativa de garantir o lugar do aprendizado, atenção especial e disciplina para aqueles com dificuldades em aprender. O discurso da Psicologia e da Pedagogia aparece quando se legitima a competição entre esses alunos, afinal, a cada semestre um aluno “cai” de turma, enquanto outro “sobe” para a melhor. Essa divisão de turmas é justificada pelos mais diferentes motivos, passando desde a *imaturidade* da Ana, o *temperamento difícil* de João, ao TDAH de Pedro, *doença que o impede de aprender como os outros*. E essa exposição dos alunos, quando se valoriza somente os “melhores” e condena os “piores”, tidos como mais ou menos inteligentes, respectivamente, muitas vezes, é feita da forma mais perversa, estigmatizando-os com um laudo psicológico ou uma etiqueta psiquiátrica.

Baptista (2000), Dantas (2010), Coimbra (1995, 2002) nos ajudam a refletir sobre essa questão atentando para a formação do especialista. Entende-se que técnicas e teorias diversas sobre o homem são necessárias na base da formação em Psicologia. Contudo, muitas vezes, as mesmas acabam produzindo peritos, sujeitos do conhecimento fechados em si mesmos, aprisionados ao ato de diagnosticar em massa, respondendo a uma demanda da comunidade e das instituições de ensino de forma inquestionável, a-crítica, sem implicá-la no contexto sócio-histórico que a produziu. Fala-se nesse momento de respeito (DANTAS, 2010). Respeito ao usuário do serviço, respeito que se configura em uma prática de escuta e de reflexão de nossas ações no mundo, em uma prática política não reprodutora de especialismos, de discursos medicalizantes, que transformam as relações de poder em relações existenciais que devem ser tratadas e curadas pelo médico ou psicólogo. Nosso paciente é mais que um dado na escala de testes, mais que um nome num plantão de serviço de psicologia aplicada, mais que um número da chamada de sala de aula. Somos instigados a

pensar junto com Dantas (2010): será que tudo é doença, que toda forma de estar no mundo deve passar por uma métrica, por um aparato técnico, ou quiçá, tratada por um remédio?

Nesse sentido, os trabalhos dos psicólogos, médicos, pedagogos e de tantos outros profissionais passam a ser vistos como ações direcionadas e intencionadas. Não assumir a influência social na produção de conhecimento é camuflar essas propriedades do trabalho, ficando de fora de questão nossa própria análise, debate e crítica. Ao participar de alguns eventos na área da saúde, de neurociências e até de educação, percebia o quanto era comum encontrar discursos como *“nosso trabalho não modifica o indivíduo, apenas lhe dá condições para que ele próprio se modifique”*, desimplicando completamente o professor ou clínico de sua prática, onde o homem e a sociedade são apresentados como “coisas em si”, abstratos, naturais e não produzidos historicamente.

“Nossas práticas, nossos alunos, nossas universidades, nossos sujeitos não são dados em si, nem existentes por si, mas estão continuamente sendo produzidos por práticas como um artesanato jamais completado. Uma história onde currículo, sistemas e técnicas psicológicas são imprescindíveis, mas se apresentam apenas como um das faces desta formação que, essencialmente, precisa ser contextualizada, política, cultural e socialmente como possibilidade de uma prática enriquecedora do seu tempo”. (DANTAS, 2010, p.5)

Na obra *“A Fábrica de Interiores: a formação psi em questão”*, Baptista (2000) faz uma alusão à figura de uma fábrica para se referir à formação em Psicologia. Segundo o autor, este lugar de formação é um lugar de alienações e contradições. A fumaça que sai dessa fábrica se dispersa, ocupando outros lugares, penetrando em corpos e afetos, poluindo vários espaços (p.19), sendo essa engrenagem fabril capaz de produzir tanto vida quanto morte, gerar tanto indagações e pensamentos críticos, quanto (re)produzir e reforçar discursos individualizantes, psicologizantes e – completamentos aqui – medicalizantes. Como percebe Bock (2007):

“Daí a necessidade de o psicólogo conceber seu trabalho como intencionado e direcionado, para que, com uma postura ética, supere uma suposta neutralidade que ocultou, sempre, no discurso cientificista, a concepção de normalidade e saúde que nada mais eram do que valores sociais instituídos e dominantes sendo reforçados” (p. 31)

Vistas estas considerações, pensamos que a formação em Psicologia deve ser um processo criativo e de descoberta, onde o profissional não mais se configuraria apenas como

um “especialista”, mas sim aquele que se propõe a pensar questões que envolvem a produção de subjetividade. Pensar a prática psi enquanto prática política é apostar, portanto, em um território teórico que transborde o acúmulo de conteúdos, o depósito de informações abstratas e “receitas” universais. Defendemos aqui uma formação ativa, crítica e reflexiva sobre si e sobre o mundo.

Reitera-se, por fim, a estreita relação entre clínica e política, entre a formação do saber psicológico enquanto ciência e as condições de possibilidade sociohistóricas que produzem os sujeitos. As ciências humanas, sociais e da saúde precisam atentar ao fato de que os fenômenos de estudo não podem ser pensados fora do campo das lutas políticas, dos jogos de poder e da historicidade que os compõem. Infelizmente, muitas vezes o psicólogo passa a servir de instrumento para manter os valores dominantes e legitimá-los como única possibilidade de pensar e atuar em sociedade, configurando-se essa atitude como uma prática conservadora que trabalha para impedir o surgimento do novo. O diferente na clínica, visto como crise ou desajuste, passa a ser combatido e - apropriando-se do discurso da medicalização - os profissionais passam a “tratá-lo” visando seu retorno à condição “saudável”, “natural” e “normal”.

CAPÍTULO 2

OBSERVAR, COMPARAR, CLASSIFICAR – A CONSTRUÇÃO DA NOÇÃO DE NORMALIDADE.

Desfazer o normal há de ser uma norma.

(Manoel de Barros)²⁵

Ter sido formada pela engrenagem “formação de psicólogos” faz parte da minha história e muito está presente nas problematizações dessa dissertação. Eram recorrentes em congressos de Psicologia, Psiquiatria, Neurologia e Neurociências, discursos que afirmavam uma ciência *competente*, capaz de determinar *com precisão* as fronteiras da normalidade. O psicólogo - enfatizava-se - deveria ser capaz de operar com seu saber para identificar e diferenciar nas diversas instituições (inclusive e, especialmente, na escola e na clínica) a criança ou adolescente com uma conduta “normal” daquela do “doente mental”. E ainda, cabia ao psicólogo atuar junto a médico-psiquiatra na retificação desses modos de existência visto como desvios patológicos.

Mas afinal, o que é ser normal? Como diferenciar um comportamento normal do anormal? A partir de que momento uma criança sai do espectro do normal e entra no do disléxico, do que sofre de transtorno bipolar ou TDA/H?

A partir da definição das normas higienistas, e do modelo de racionalidade científica moderna, descritas no capítulo anterior, surgiram novos padrões de normalidade no âmbito da medicina geral e mental, bem como, nas nascentes ciências humanas, permitindo a produção de certo saber do homem, da individualidade, do indivíduo normal ou anormal, dentro ou fora da regra. Visto isso, este próximo capítulo discutirá a noção de normalização através, em especial, de elementos da epistemologia de Georges Canguilhem. Objetiva-se fornecer subsídios para uma reflexão sobre o problema da medicalização, atentando para a questão do sujeito e sua relação com o par normal/anormal transversalizando os campos da saúde e educação.

²⁵ BARROS, M. *Memórias Inventadas: A Segunda Infância*. São Paulo: Planeta, 2006.

2.1 “Eles não são normais”: reflexões sobre o conceito de normalidade

Em 1943, o médico e filósofo francês Georges Canguilhem defendeu sua tese de doutorado intitulada “Ensaio sobre alguns problemas concernentes ao normal e ao patológico”, recorrendo à história das ciências e a conceitos de filosofia para discutir temas como ética, Psicologia, Medicina, ideologias científicas e constituição da biologia como ciência. Sua tese foi reeditada e, em 1966, lançada a obra “Le normal et le pathologique” (2006), que influenciou vários estudiosos que abordam o problema da medicalização, entre eles, notavelmente, Michel Foucault (1995, 1999a, 2001) e autores mais contemporâneos, como Ramminger (2009,2008), Caponi (2009), Serpa Jr (2007, 2001) e Ortega (2003).

A palavra “normal” tem origem latina e está relacionada à ideia de uma reta perpendicular, a um eixo que não se inclina nem para a direita, nem para a esquerda, mantendo-se num meio termo²⁶. Canguilhem afirma que o normal é a norma manifestada no fato, sendo, ao mesmo tempo, sua extensão e exibição (CANGUILHEM, 2006, p.193). Isto quer dizer que todo comportamento percebido como normal na sociedade estaria necessariamente referenciado a um projeto normativo, visto que o sujeito normal multiplicaria, ao mesmo tempo, que indicaria a regra. Este projeto normativo teria como finalidade comparar os sujeitos, de forma mais ou menos explícita, a valores que serviriam de parâmetros para discriminar qualitativamente aquele que estaria dentro ou fora desse eixo (ibid. p.190).

Uma das principais contribuições de Canguilhem para esta dissertação é seu entendimento a respeito dos conceitos normal/anormal como necessariamente relacionais. Trata-se de uma relação de polaridade, defende o autor. A partir da confirmação às normas deduz-se quem é normal e, em contrapartida, cria-se a possibilidade de uma inversão dos termos: seriam entendidos como “a-normais” os desvios ou variações desse eixo para mais ou para menos. O anormal poderia ser definido, em poucas palavras, como a negação lógica da norma. (ibid. p.192).

A teoria de Canguilhem nos oferece algumas ferramentas para pensarmos a respeito de questões que envolvem a rotina escolar e os alunos percebidos e classificados como “alunos-problema”. Em uma instituição de ensino, por exemplo, são esperados dos alunos determinados padrões de comportamento e de aprendizagem. Os estudantes devem respeitar

²⁶ Disponível em <http://www.dicionariodoaurelio.com/Normal.html> [Acesso em 30 março 2016]

horários de entrada, saída e recreio, entrar em sala de aula quando o sinal tocar, adotar o uso de uniformes, apresentar um ritmo de aprendizagem que conduza para boas notas (acima da média), dirigir-se aos colegas, professores e funcionários da escola de forma respeitosa, entre outros²⁷. Além dessas normas sociais, explícitas muitas vezes no regimento escolar, existem outras que também fazem parte da expectativa do professor e implicam em um modelo ótimo de aluno. Certa vez, em contato com uma professora que leciona há vinte e três anos no ensino médio, recebi a queixa de que seus *alunos não eram normais*. Questionada a respeito de como seria em sua concepção um aluno normal, a professora no momento respondeu que:

*“Normal seria aquele aluno que não ficasse em recuperação, que não conversasse com os colegas durante minha explicação, permanecendo sentado em sua carteira e concentrado durante os 50 minutos de aula, sem pedir para toda hora ir ao banheiro ou beber água. Um aluno normal, Luísa, aprende o conteúdo na ‘idade certa’, não fica ‘para trás’ como a maioria que eu tenho aqui. É participativo em sala, mas também não curioso demais, a ponto de me interromper a todo momento etc. Esse ano definitivamente não tenho nenhum aluno assim...”(R., 2015).*²⁸

O desabafo dessa professora assemelha-se ao discurso de muitos educadores. De forma mais ou menos explícita, no dia-a-dia dos professores, os comportamentos de cada um dos estudantes são constantemente comparados às suas expectativas de um modelo ótimo de aluno, de um modelo idealizado. Conforme Canguilhem, um objeto ou fato normal caracterizar-se-ia por ser tomado como ponto de referência em relação a objetos ou fatos ainda a espera de serem classificados como tal. Nessa direção, um estudante que questionasse o uso do uniforme ou que não se conformasse em permanecer sentado durante todos os 50 minutos de aula, por exemplo, poderia ser facilmente percebido como anormal, como um “aluno-problema” por essa professora, em função de destoar de um padrão de comportamento desejado ou esperado por ela. Inversamente, aquele que atendesse às regras da escola e às

²⁷ Não se pretende aqui, obviamente, generalizar tais características. Reconhece-se que existem diferentes métodos pedagógicos, formações tanto por séries como por ciclos, escolas que trabalham com o modelo de projetos etc. Essas características, recorrentes muitas vezes em escolas mais tradicionais, são apenas para ajudar na discussão.

²⁸ Durante a produção dessa dissertação, estagiei no colégio estadual Instituto de Educação Professor Ismael Coutinho (IEPIC), Niterói/RJ, para a obtenção do título de licenciatura em Psicologia, oportunizando encontros como este com a professora R. Essa fala, usada como material de análise, foi registrada em setembro de 2015 em seu diário de campo.

suas expectativas subjetivas, aproximando-se de seu modelo ótimo de aluno, seria classificado como normal.

Reflete-se ainda que a opinião singular dessa professora certamente não pode ser generalizada para todos os outros professores. Para ela, um modelo ideal de aluno teria que ter essas características, para outra educadora, poderia ser diferente e ressaltaria outros aspectos, segundo suas vivências e histórias pessoal e profissional. Entende-se, portanto, que a atribuição da propriedade “normal” para um aluno requer *a priori* a problematização do que se está chamando de “normal”: *Que normas esse aluno deve reafirmar ou negar para ser percebido como normal ou anormal?*

Esse pergunta nos remete aos trabalhos de Marisa Eugênia Meira (2012, 2009) e às suas seguintes reflexões:

“Veamos a listagem dos comportamentos indisciplinados mais apontados pelos professores em relação a seus alunos: conversam muito, são agitados, não ficam sentados, falam palavrões, são agressivos/violentos (brigam, ofendem ou agredem fisicamente colegas, professores e funcionários), respondem afrontosamente ao professor, não se concentram nas atividades, exibem roupas ou comportamentos considerados indecentes, fumam ou usam álcool e drogas na escola e destroem ou danificam materiais próprios e dos colegas ou, ainda, o patrimônio da escola. Qual seria efetivamente a diferença entre esses comportamentos e os sintomas de TDAH anteriormente descritos?” (2012, p. 139)

“Em uma visão tradicional, o sentido da disciplina é o da obediência e, dependendo das escolas e dos professores, um mesmo comportamento pode ou não ser considerado indisciplinado. Ou, ainda, pode ser visto como sintoma de TDAH”. (2009, p.3)

Com esse questionamento, analisa-se que o conceito de “normal” não existe em si mesmo, pois os sujeitos são julgados e avaliados conforme seu modo de ser **em relação** a outro modo de ser - pois o par “normal” e “anormal” é uma construção subjetiva e coletiva que sempre está **para algo, em relação** ao meio em que o sujeito está inserido.

Ampliando um pouco mais a discussão para além do campo da Educação, essas questões permanecem atualizadas quando notamos, por exemplo, que um mesmo comportamento, em determinada sociedade, pode passar despercebido, considerado como normal e aceitável, enquanto em outra pode ser caracterizado como anormal e patológico. Cita-se para ilustrar o chamado “transtorno do jogo patológico”, referido na psiquiatria norte-

americana em 1980²⁹. Em cidades com alta concentração de casas de apostas, jogos e bingos - como Las Vegas (EUA) - pessoas que apresentam comportamentos limítrofes desse “transtorno” são muitas vezes consideradas “normais”. Suas formas de atuar em sociedade não são entendidas enquanto indicadores de um quadro patológico, tendo em vista que tal comportamento faz parte da cultura local e é, até mesmo, socialmente esperado.

Portanto, muda-se o contexto e o avaliador, mudam-se as concepções de “aluno-problema”, “família desestruturada”, “transtorno”, “aluno-que-não-aprende”, “criança desatenta” etc. Defende-se que não existe uma concepção universal desses conceitos, pois qualquer forma de “normalidade”, “anormalidade” ou “doença mental” encontra-se intrinsecamente imersa no contexto social, político e histórico que a produziu. Esses conceitos não são puramente objetivos a serem apreendidos pelos saberes da Psicologia, Pedagogia ou Medicina; mas sim objetos construídos subjetivamente e coletivamente, por discursos influenciados por valores que vigoram no contexto em que são pensados.

Por esse motivo, o profissional médico ou psicólogo, em sua clínica, deve sempre atentar-se para questionamentos como: *Que concepção de atenção considera-se para avaliar e classificar determinada criança como “desatenta”? O que se entende pelo conceito de família, ou ainda, que composição familiar é socialmente valorizada, quando se afirma que determinado “aluno-problema” tem uma família “desestruturada”? Que normas sociais um adolescente resiste ou transgride para receber o diagnóstico de transtorno opositivo desafiador?*

Critica-se, nesse sentido, que as práticas em Saúde Mental não podem restringir-se a mera aplicação de questionários objetivos ou a instrumentos como testes de QI e de nível de atenção para constatar a presença ou não de determinada patologia, como se ela existisse em si mesmo, de modo individualizante, atemporal e universal. Mas, os profissionais devem interrogar as próprias categorias diagnósticas, amplamente divulgadas pelas mídias e facilmente apropriadas pelo discurso da família e da escola. Para além da classificação dos sujeitos como “saudável” ou “doente”, “normal” ou “anormal”, importa na clínica colocar os discursos e cenas em análise, dando visibilidade a determinadas condições de possibilidade daquela forma de vida. *Como se configurou como uma verdade para aquela criança o*

²⁹ Em 1980, o “transtorno do jogo patológico” passou a ser classificado e reconhecido como transtorno psiquiátrico através da sua inclusão na classificação DSM-III (Manual Diagnóstico Estatístico de Doenças Mentais, 3ª Edição). A Organização Mundial da Saúde passou a reconhecer o comportamento compulsivo de jogar como doença a partir de 1992.

diagnóstico de TDA/H ou TOD? Que valores subjetivos, éticos, políticos são invisibilizados naquele diagnóstico?

Gilles Deleuze (1992, 2005), referenciando-se nos estudos foucaultianos, voltou-se para a ideia que todo conceito e teoria produzem linhas de visibilidade e linhas de enunciação. Essas linhas produziriam regimes de luz, iluminando de um certo modo o real, dando forma, contorno, maior nitidez a certos aspectos; ao mesmo tempo que produziriam uma contraluz, penumbras e sombras, obscurecendo e secundarizando outros elementos da realidade. Segundo o filósofo, cada nova enunciação justifica e legitima, assim como interdita e exclui, determinados modos de pensar e atuar em sociedade. Dessa forma, novas capacidades perceptivas e sensibilidades seriam inauguradas a cada novo conceito, quando criado, inventado ou usado.

Reflete-se, nesse viés, que a terminologia que é usada para designar o objeto de estudo/intervenção sempre aponta implicitamente para um determinado aspecto deste que se pretende sublinhar. Quando um psicólogo social ou pesquisador opta por usar o termo “menor abandonado”, e outro pela expressão “criança pobre”, “pivete” ou “morador de rua”, cada um acaba afirmando de forma implícita sua posição diante do caso. O uso do termo “menor abandonado”, por exemplo, coloca a criança sob uma condição de vítima diante da sociedade; o que já é bastante diferente do uso da expressão “pivete” para se referir a ela, onde sublinha-se a sua periculosidade; assim como da expressão “criança pobre” que enfatiza sua posição em uma hierarquia econômica; e assim por diante. Em outras palavras, não apreendemos os objetos em sua totalidade. Daí afirma-se a presença de uma hierarquia política de saberes, onde à medida que um especialista recorta certos aspectos deste objeto, concomitantemente, outros são silenciados.

O que se indica são os diferentes regimes de luz e de enunciação que cada conceito inaugura sobre a realidade, aquilo que permite ver e falar sobre certos aspectos da realidade num primeiro plano, secundarizando outros. Os conceitos não podem ser concebidos como elementos isolados, pois estão localizados e são criados partir de um solo epistemológico/teórico/metodológico específico, a partir do qual é formulado o problema que ele supõe responder. Os termos “menor abandonado”, “pivete” e “criança pobre” implicam em linhas de visibilidade distintas e, portando, em diferentes leituras da espacialidade do social, respondendo a questões e problemas distintos.

De forma resumida, as categorias dos transtornos mentais são, portanto, produções, conceitos relacionais e somente existem dentro de um recorte espacial e temporal, a partir de

regimes de luz que iluminam, de um certo modo, o real. Não se tratam de conceitos estáticos ou pacíficos, mas conceitos dinâmicos e polêmicos (CANGUILHEM, 2006). Foucault em seus estudos (1968) reafirma essa ideia, defendendo que “a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal” (p.71). Interessando-se por como cada civilização produz suas próprias concepções de doença e de normalidade, esse autor observou que o que em determinada sociedade é doença, em outra pode ser crime, manifestação de santidade ou pecado (FOUCAULT, 1994), sublinhando com isso a importância de haver um diálogo entre o campo da sociologia e da patologia mental.

2.2 Conceituações de saúde e patologia

Canguilhem elaborou suas concepções de “normalidade”, “patologia” e “saúde” a partir do exame crítico de filósofos modernos, como Augusto Comte, pai do positivismo. Para a racionalidade científica moderna, o conceito de patológico seria apenas uma variação quantitativa do estado normal. Predominou-se a concepção de que, em oposição à noção de “normalidade”, estaria tanto o “anormal” quanto o “patológico” (a deficiência, a loucura) (RAMMINGER, 2009, p.44-46). Em resumo, para Comte, a doença difere da saúde, o patológico do normal, como um atributo difere de outro.

Além disso, o positivismo defendia que o conhecimento do estado normal do sujeito deveria preceder o estado patológico individual e social. Nessa direção, as práticas em medicina do século XIX - descritas no primeiro capítulo dessa dissertação - tinham a convicção de que restaurando cientificamente o normal, anularia-se seu caráter patológico. O médico não se interessava somente pelos conceitos saúde e doença, mas em diagnosticar e curar, fazer voltar aquele sujeito ao normal – em **normalizar**. Considerava-se a doença um desvio de normas fixas, constantes, cabendo à Medicina, e também à Psicologia, trazer aquele organismo de volta ao estado de saúde, ao estado normal, do qual havia se afastado.

Conforme essa visão da ciência moderna, todas as minorias que apresentassem modos de funcionamento desviantes a um padrão considerado normal, teriam seus comportamentos não só tidos como anormais, mas também patologizados. E por considerar todo e qualquer tipo de modo desviante da média como patológico – presente num discurso medicalizante e normalizador – precipita-se ao abordar como fato em si aquilo que é essencialmente relacional, como foi discutido anteriormente. Assim:

“A Psicologia tem reforçado formas de vida e de desenvolvimento das elites como padrão de normalidade e de saúde contribuindo para a construção de programas de recuperação e assistência destinados àqueles que não conseguem se desenvolver nessas direções. Tem transformado em anormal o diferente, o “fora do padrão dominante”. (BOCK, 2007)

Considera-se que uma das principais contribuições de Canguilhem para o entendimento dos conceitos “saúde” e “doença” é sua crítica referente à abordagem positivista da dicotomia normal-patológico. Para o autor, a relação entre o normal e o patológico nos indivíduos não se daria através de variação quantitativa, da semântica do *hipo/hiper*. Em sua tese de doutorado, seu principal argumento é que esses conceitos são qualitativamente diferentes e implicam em forças de luta, contrariando o pensamento dominante da época, segundo o qual os fenômenos patológicos seriam meras variações quantitativas dos fenômenos normais.

O autor procurou demonstrar, em sua obra (2006), que há certos desvios individuais que não são índices patológicos. É normal, inclusive, que exista uma variabilidade fisiológica entre os indivíduos. Essa variabilidade é necessária à adaptação e, portanto, à sobrevivência. Nessa lógica, Canguilhem (ibid.) é incisivo ao afirmar que se opondo à noção de “normalidade”, **não** deve estar a de “doença”, mas somente a ideia de “anormalidade”. A anormalidade está associada à diferença, à variabilidade, pois foge das médias estatísticas e, conseqüentemente, dos valores desejáveis ou do modo como um comportamento deveria ser. Já a patologia não. Caso contrário - complementa-se -, cairia-se no discurso da medicalização, patologizando comportamentos apenas por serem percebidos como desviantes, isto é, tratando como doença aquilo que apenas difere de uma maioria por não ser desejável ou esperado socialmente.

Canguilhem nos ajuda a entender, ainda, que as normas sociais determinam a vida dos indivíduos parcialmente, pois deixam margens que permitem que os sujeitos possam criar novas normas e delas se apropriarem. Em seu entendimento, os sujeitos são efeitos das normas, porém efeitos originais. Cada sujeito detem um grande poder inventivo, um poder de quebrar as normas sociais em vigor e instituir novas, poder este que serve como princípio avaliativo de seu estado de saúde. O conceito de saúde, nesse sentido, está para além de obedecer às normas impostas pela sociedade. O que caracteriza a saúde é a possibilidade do sujeito em tolerar as infrações das normas habituais, em criar novas normas em situações novas - tendo a oportunidade, inclusive, de não obedecer, resistindo, às normas sociais instituídas.

O conceito de doença, seguindo essa mesma lógica, deixa de ser visto como uma mudança quantitativa da saúde, como um desvio padrão. O doente, segundo Canguilhem (2006), não pode ser deduzido por se opor ao sujeito normal, mas sim por sua impossibilidade ou dificuldade singular em criar outras normas que deem conta das novas experiências - conservando uma norma que já não funciona mais às exigências do coletivo. “É preciso tomar como ponto de referência os conceitos de equilíbrio e de adaptabilidade, reconhecendo que normas humanas são determinadas como possibilidade de agir de um organismo em situação social” (ibid., p.218). A doença passa a ser vista, em última instância, o que faz o corpo falar, o que anuncia a necessidade de cuidado e intervenção. É o sofrimento causado pela impossibilidade de criar novas normas que define o estado de doença nos sujeitos, portanto.

Assim, como destacam alguns comentadores de sua obra (SERPA Jr, 2007; CAPONI, 2009; RAMMINGER, 2009) uma grande contribuição do autor em foco foi sublinhar a experiência singular do sujeito no centro da determinação das fronteiras entre o que é normal e o que é patológico. Afirma-se que cada sujeito teria sua própria concepção do que seria normal e anormal para si mesmo. São condições determinadas apenas na história de cada um, pois cada sujeito fixa suas normas, mudando-as em função de suas experiências e de normas anteriores. Analisa-se, portanto, a distinção entre normalidade e saúde junto com a proposição da saúde como capacidade normativa.

2.3 A medicalização dos anormais

Feita a discussão acerca do par conceitual “normal/anormal” e do processo de normalização, fundamentada em Canguilhem, retomamos nesse momento a Foucault, em especial, à sua obra *Os anormais*, publicada em 1975. Em seu curso, Foucault (2010) ressalta que, mais do que prescrever, classificar e fomentar comportamentos, a medicina social, como já foi anunciado, buscava, por meio das estratégias de poder (descritas no primeiro capítulo dessa dissertação), **normalizar as condutas desviantes** dos sujeitos e suas formas de pensar e atuar em sociedade.

O saber médico, nesse período, sofreu uma grande reorganização pois passou a produzir um discurso não apenas sobre os comportamentos dos sujeitos, mas também, e principalmente, sobre seus desvios e suas anomalias. Houve, conforme Foucault, um deslocamento do objeto de estudo dessa medicina: das doenças às condutas, das patologias às anomalias, dos sintomas às síndromes. (FOUCAULT, 1999, p. 291). Em outras palavras,

com a forte presença de ideias higienistas e eugenistas, já não se trata de curar o enfermo, mas de antecipar, de prevenir as doenças e normalizar comportamentos indesejáveis.

Com essa proposta, a medicina foi aos poucos se apropriando da tarefa de defender a sociedade contra os perigos decorrentes das anomalias, preocupando-se, junto às intervenções nos espaços físicos das classes populares, com a herança patogênica (CAPONI, 2009; LEMOS, GALINDO & RODRIGUES, 2014). O poder médico passou a atuar de modo a **controlar a hereditariedade** das famílias dos anormais, **antecipando** a emergência do perigo. Assim, a partir dessas práticas, surge um novo tipo de racismo que é diferente do étnico (FOUCAULT, 1999, p.299): um racismo contra o anormal, contra os sujeitos portadores de um defeito qualquer, estigmatizados por escaparem de um padrão esperado ou desejado pela sociedade. Um racismo que, inclusive, legitima-se por meio do discurso de especialistas, de médicos e psiquiatras, e, mais tarde, de psicólogos e educadores.

Percebe-se, portanto, que multiplicação de novas condutas consideradas patológicas e o caráter incurável dos degenerados transformaram os saberes científicos modernos em instâncias privilegiadas de articulação de biopolíticas dessa população. A psiquiatria clássica, que já tinha conquistado um lugar na medicina como um saber capaz de analisar os sintomas e classificar a loucura, possibilitou o surgimento de uma ciência das condutas desviantes, do não-patológico, sem que, para isso, fosse necessário sair completamente do domínio da medicina. (CAPONI, 2009). E ainda, analisamos que as características dessa psiquiatria ampliada, por meio da medicalização das condutas e dos desvios, parecem ter persistido por muito mais que meio século.

“Quiçá esse mesmo esquema explicativo, essa transformação epistemológica que permitiu que a psiquiatria expandisse seu espaço de intervenção para a quase totalidade dos comportamentos humanos, permita-nos compreender o marco histórico que, ainda hoje, legitima a medicalização do não-patológico”. (CAPONI, 2009, p.546).

Por esse motivo, a seguir, será recolocado o problema da medicalização dos anormais de forma a trazê-lo para a contemporaneidade. Afinal, quando olhamos a proliferação de patologias nos últimos anos e as práticas que objetivam a normalização de crianças e adolescentes conforme padrões escolares desejados, percebemos que esse movimento medicalizante não desapareceu completamente, pelo contrário, vem se mostrando ainda mais evidente nos tempos atuais. O discurso médico permanece expandindo seu espaço de atuação e legitimando a medicalização de comportamentos desviantes a uma determinada norma –

persistindo, portanto, na busca por uma padronização de comportamentos e formas de sofrimento do humano.

Quando atuei no Ambulatório Didático de Psiquiatria Infantil - UFF, percebi que o discurso nas entrevistas iniciais era quase sempre o mesmo: “*Vim aqui porque meu filho não é normal; a escola falou para procurar um psiquiatra para saber qual é o problema dele*”. Notava com frequência que a visão de muitos pais e educadores, infelizmente, ainda está pautada no paradigma de normalidade *versus* anormalidade, onde se espera um padrão de comportamento e aprendizagem que conduz a um bom aproveitamento escolar. Aquele aluno que, por ventura, resistisse a certos hábitos e a disciplina escolar, não apresentando um tipo de comportamento tido como “normal”, seria o primeiro a ser encaminhado para o serviço de saúde a fim de diagnosticar e tratar seu “problema”. “Problema” este que, na maioria dos casos, era entendido precipitadamente pelos pais e professores enquanto genético, definitivo e naturalmente passível de tratamento farmacológico, apenas. Era um *problema* [localizado] *na cabeça* da criança - como alguns pais diziam.

Marafon (2013), em sua tese, compartilha de um estranhamento semelhante:

“Ainda ouvia reclames, deveria o menino ter algum problema neurológico, problema na família, preguiça, ou não “dava” pra estudo. Retrucava eu: escola não era para ensinar as crianças?! Começava a entender que ir para escola para ser disciplinado era a regra, talvez nela também se aprendesse a ler e a escrever. Mas, aprender os códigos do saber autorizado sem ser normalizado, habituado, domado, anestesiado, aplainado, parecia não ser muito possível”. (p.23)

A escola muitas vezes parece compor um modo possível de unificar um diverso, de resolver desavenças, de reabsorver diferenças que há, necessariamente, entre os estudantes e o desenvolvimento dos sujeitos. Percebe-se, nesse momento da dissertação, que a construção e a idealização de um modelo ótimo de “aluno” serviria não apenas como referência para a observação, comparação e classificação dos sujeitos, mas implicaria em um processo de produção de subjetividade e de **normalização**, que atravessariam diferentes atores e instituições. Professores, diretores e funcionários da escola produzem especulações em torno da figura do anormal: afinal, aquele menino-que-não-aprende devia ter alguma doença neurológica, vir de uma família desestruturada ou, talvez, não “*desse*” (geneticamente) *mesmo para estudo*. Esse discurso tem sido apropriado e reforçado pelos pais que, com o encaminhamento em mãos, procuram o serviço de saúde mental para problemas escolares do filho.

Por sua vez, o “aluno-problema” chega ao serviço de Psiquiatria e Psicologia por escapar da regra, por destoar das normas, ou melhor, da concepção burguesa de normalidade. E, ainda, tem-se como expectativa que o profissional de saúde consiga dar conta daquilo que a escola não dava (se é que ela realmente deveria dar): a retificação daquele modo de existência classificado como anormal em direção ao eixo normal (CANGUILHEM, 2006). Tal discussão remete a processos no âmbito da micropolítica que vêm marcando o cotidiano da escola, como disciplinarização dos corpos (FOUCAULT, 1995), normalização dos sujeitos e a medicalização das condutas. Problemas que surgem na escola acabam sendo tratados como se fosse doença localizada no aluno, criando-se categorias diagnósticas como a síndrome das pernas inquietas, Transtorno do Déficit de Atenção, Hiperatividade, Dislexia, Discalculia, Disgrafia, Transtorno Opositor Desafiante etc.

“Surgem, então, os “distúrbios de comportamento”, os “distúrbios de aprendizagem”, a “doença do pânico”, apenas para citarmos alguns entre os mais conhecidos. O que escapa às normas, o que não vai bem, o que não funciona como deveria... tudo é transformado em doença, em um problema biológico, individual”. (COLLARES & MOYSÉS, 1996, p.75)

Retornemos ao conceito de medicalização discutido na Introdução desta dissertação. Trata-se de um processo que ignora contextos, restringindo problemas multifatoriais a causas únicas. O problema é local, pontual e individual. O alvo é o aluno desajustado ao sistema, que não aprende ou que é ativo demais para as atividades em sala, ou a professora que está exausta demais ou deprimida, incapaz de dar uma boa aula. Independente do alvo, o modelo permanece individualizante, culpando os sujeitos que não se adaptam, esquecendo que seus corpos são efeitos de um tempo histórico, produzidos por práticas de poder e de saber que também têm uma história.

Indica-se que o discurso medicalizante tem, aos poucos, introduzido na sociedade a definição de como os indivíduos devem se comportar e pensar, conforme um padrão construído de normalidade. Aproveita-se dos desvios sociais, transformando-os em doenças e transtornos ou, ainda, em risco. “Ao mesmo tempo em que a promoção da saúde, enquanto prática individual, coloca os sujeitos sob vigilância constante, como prática coletiva, regulamenta condutas “saudáveis” e normatiza ações que não representam risco para o

coletivo” (SILVA, p.49). Criam-se novas tecnologias de poder³⁰ capazes de controlar os indivíduos e as populações, tornando-os produtivos por meio de técnicas de normalização que instituem exigências de ordem social e consideram anormal e patológica toda realidade diferente.

Reiterando o que já foi dito, o processo de medicalização comporta, portanto, um conjunto de agentes que produzem efeitos de normalização³¹. Isso quer dizer que o discurso medicalizante, por interferir nos hábitos e no modo como as pessoas cuidam de seu corpo e de sua saúde, tem a capacidade de moldar a seus propósitos o modo de vida das pessoas e seus hábitos. A Educação nos séculos XVIII e XIX necessitava que o saber da Psicologia observasse, descrevesse e sistematizasse o desenvolvimento das crianças. E, com o biopoder e o poder disciplinar, surge o poder da norma que, mais do que a codificação de comportamentos em termos específicos da Medicina ou da Psicologia, leva à “padronização” de modos de pensar e atuar em sociedade, por meio das disciplinas, que trazem um discurso de verdade ou de regra - não mais da regra jurídica que sustentava o poder soberano, mas de regra **natural**.

“Novamente nos deparamos, por um lado, com o tema da normatização das condutas e, por outro, com a mesma atitude passiva de professores que esperam que, ao entrar na escola, os alunos rompam de maneira imediata com as formas de comportamento cotidianas, adaptem-se de modo completo às regras e normas institucionais e apresentem-se “naturalmente” disciplinados e silenciados.” (MEIRA, 2012, p.139)

A clínica é, ou deveria ser, o lugar de intermédio entre o sujeito doente e o médico, possibilitando entender o normal para **aquele** indivíduo. É necessário pensar a terapêutica como “lugar onde esse “normal” se deseja restabelecer, onde o indivíduo pode voltar a ser normativo, possibilitando que ele recrie novas normas. Entendemos, agora, que os discursos presentes naqueles eventos sobre comportamentos, emoções e neurociências, cujas descrições abriram esse Capítulo, não tinham a ver com a multiplicidade da vida, com os modos como vivemos, nos cuidados e trabalhamos. Tinham a ver com uma competência que era designada ao profissional psicólogo de normalizar de condutas, com a possibilidade de se ter como característica individual e natural o que a sociedade valoriza, reforça e possibilita à determinada classe social. Percebe-se que a Psicologia registrou no período moderno, e

³⁰ Como o biopoder e a disciplina, discutidos nos subtítulos 1.1 e 1.2 deste trabalho.

³¹ Rever as páginas 18 à 22 deste trabalho

continua registrando, essas diferenças sociais como diferenças individuais, classificando, discriminando e estigmatizando as crianças-fora-da-norma.

Em tempos de mercado neoliberal, em tempos de poucas ofertas de trabalho, realmente esse lugar de poder, dono da “Verdade” sobre o comportamento agitado ou impulsivo do aluno-problema, aparenta ser bastante sedutor para o psicólogo. Que possibilidades têm-se, então, de criar outros lugares possíveis e escapar do que parece ser destinado ao profissional *psi* em sua atuação nessa interface complexa entre os campos da Saúde Mental e Educação?

CAPÍTULO 3

UM POUCO DE POSSÍVEL, SENÃO SUFOCO ³²

Em 2015, o Conselho Federal de Psicologia publicou o trabalho “*Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde*”. Nessa cartilha, reiterou-se a posição crítica do Conselho frente ao processo de medicalização, oferecendo sugestões de intervenções não medicalizantes a psicólogos, psiquiatras, pedagogos, professores, entre outros profissionais, convocando-os a repensarem suas práticas e o que se têm produzido a partir delas, tanto na macropolítica, quanto, e especialmente, nas micropolíticas.

Na minha percepção, o trabalho desenvolvido no Ambulatório Didático de Psiquiatria Infantil da UFF pode ser entendido enquanto uma prática não medicalizante. A forma como eram conduzidos os atendimentos, a perspectiva teórica-metodológica adotada pelos profissionais, sua concepção de desenvolvimento infantil, entre outras características, apontavam, no meu entendimento, para uma prática crítica ao discurso da medicalização. Este Capítulo, portanto, terá como principal material de análise minha experiência neste serviço de Saúde Mental, principalmente referente ao atendimento de demandas e queixas escolares, apostando na possibilidade de enfrentar a medicalização por meio do fortalecimento de determinadas práticas e concepções de sujeito, de desenvolvimento, de adoecimento e de processo ensino-aprendizagem.

Este trabalho está longe de qualquer visão romântica de uma perfeição pretensiosamente aplicável a qualquer serviço. Considera-se que não existe um único tratamento que seja apropriado para todas as pessoas, pois o processo terapêutico não é linear, mas dinâmico e dialético, com avanços e retrocessos conforme o tipo e nível de assistência que são oferecidos ao paciente, atendendo ou não suas necessidades. Por conta disso, intenta-se não oferecer uma receita pronta, mas analisar e registrar um exemplo de uma prática **possível**, que se dispõe a trabalhar em redes, em estreitar laços, aberta ao diálogo com outras instituições e campos de saberes.

³² Frase que, para Deleuze, se aplica aos últimos trabalhos de Foucault, relativos à ética. (DELEUZE, 1992, p.131)

3.1 Um mercado em ascensão e a produção de demandas

A demanda por medicamentos aparecia com frequência nos atendimentos que eram realizados no Ambulatório. Era comum os pais estabelecerem relação direta entre o fracasso acadêmico dos filhos e a falta ou o resultado ineficaz de algum remédio. O discurso da escola também aparecia por meio de demandas como: “*A professora disse para o senhor ver se ele não tem que tomar nenhum remédio*”. Dessa forma, muitas crianças chegavam ao serviço já fazendo o uso de algum psicofármaco, como a Ritalina, prescrito pelo médico anterior e, ainda, por não verem melhoras no comportamento, algumas famílias procuravam o serviço na expectativa de o profissional apenas “trocar” a medicação.

Percebo que a sociedade contemporânea, caracterizada por exigir cada vez mais das pessoas rapidez e eficiência em suas atividades, encontra-se numa busca desenfreada por explicações biológicas que possam dar conta do adoecimento psíquico. Noto que sofrimento, o sentimento de angústia, a ansiedade, a falta de determinada atenção, a dificuldade de aprendizagem, por exemplo, ganham outros significados e, atravessados pelo discurso da medicalização, passam a não ser mais toleráveis no século XXI.

*“Minha filha está afundando nas notas. A professora me explicou que ela fica no mundo da lua, aérea, distraída... e aí não aprende! Quando eu a coloquei na psicopedagoga, a primeira coisa que me disseram é que ela devia tomar algum remédio. Sabe, lá têm outros alunos parecidos com minha filha, e que melhoraram quando passaram a ir num psiquiatra. Por isso eu vim aqui... para o senhor passar alguma coisa para ela. Não precisa nem tirar notas muito altas não, mas pelo menos que dê pra ela passar de ano.”*³³

Essas demandas por diagnósticos relâmpagos e “soluções rápidas” (via medicação) nos alertam para pensarmos o problema da medicalização enquanto um discurso produzido e inserido dentro de uma lógica mercadológica, mostrando-se bastante lucrativo para o mercado farmacêutico. Nessa direção, será discutido a seguir o poder econômico (e, portanto, político) das indústrias farmacêuticas na contemporaneidade e sua contribuição para o fortalecimento de práticas medicalizantes, que priorizam a prescrição de psicofármacos, bem como explicações biológicas para comportamentos, dificuldades acadêmicas ou para qualquer mal-estar humano.

³³ Fala da mãe de uma paciente, em sua primeira entrevista, registrada no diário de campo da autora em 2012.

As indústrias farmacêuticas vêm conquistando grande espaço nos últimos anos no cenário econômico mundial. Segundo o Ministério da Saúde³⁴, o mercado mundial do complexo industrial da saúde é avaliado em US\$ 1 trilhão, sendo US\$ 670 bilhões apenas da indústria farmacêutica. Em nível nacional, a situação não é muito diferente. O mercado farmacêutico no Brasil movimentava R\$ 28 bilhões, com alta taxa de crescimento anual, firmando-se entre os dez maiores do mundo³. “Hoje, por exemplo, a indústria farmacêutica é a segunda em faturamento no mundo, perdendo apenas para a indústria bélica”, sublinha o Conselho Federal de Psicologia³⁵, indicando o poder não apenas econômico, mas também político deste ramo. Sobre o mercado farmacêutico, Sanches (2010) afirma que “o mercado no campo da saúde vende não somente medicamentos, mas também consultas, exames laboratoriais dos mais variados entre clínicos e radiológicos, internações, próteses, etc” (p.44), evidenciando ainda mais a complexidade da questão.

Consolidando-se, desta forma, como um dos mais poderosos e lucrativos do sistema capitalista vigente, este setor está em completa sintonia com o discurso medicalizante, sustentando-se nele. Isso porque, nesse discurso, conflitos psíquicos são encarados como transtornos (patologizando problemas como desatenção, hiperatividade, conduta antissocial, dislexia, entre outros) e, com o aumento no número de diagnósticos, aumentam-se também os “consumidores promissores” dos medicamentos. O discurso da medicalização promove, desse modo, a seguinte inversão: “ao invés de se fabricarem remédios para doenças, fabricam-se doenças para remédios, com vistas ao aquecimento de um mercado que se abre para a indústria farmacêutica com a criação de supostas doenças”. (CFP, 2015, p.11)

Tal argumento é amparado na posição de Marcia Angell (2011), médica que já ocupou importante cargo no *New England Journal of Medicine* e chegou a ser considerada pela revista *Time* uma das 25 personalidades mais influentes nos EUA. No entanto, desde 2004, ela passou a ser conhecida por expor as “verdades” sobre os laboratórios farmacêuticos, tirando o sossego de muitos profissionais que trabalham no mercado de medicamentos. Como professora do Departamento de Medicina Social da Universidade Harvard, Angell publicou vários artigos e livros alertando sobre o excesso de prescrição de drogas antipsicóticas, especialmente para crianças, e problematizando temas como a ética na pesquisa clínica. Uma de suas importantes publicações é o livro intitulado “A verdade sobre os laboratórios

³⁴ Disponível em <<http://www.agencia.fiocruz.br/>>. Acesso em agosto 2015

³⁵ CFP. Cartilha “Subsídios para a campanha ‘Não à Medicalização da Vida’ – Medicalização da Educação”. Disponível em <<http://site.cfp.org.br/publicacao>>. Acesso em agosto 2015

farmacêuticos”, no qual a autora discute como os laboratórios se afastaram da “missão” de descobrir e fabricar remédios úteis, para se transformar em grandes máquinas de *marketing*. Como o Conselho Federal de Psicologia indica, pesquisadores norte-americanos, argentinos, franceses e brasileiros têm denunciado o caráter mercadológico da indústria farmacêutica em função das campanhas que têm desenvolvido para comercialização em massa de remédios voltados para a área de transtornos mentais e de comportamento. O *marketing* desenvolvido pelas indústrias tem aumentado, e muito, o consumo das drogas “tarja-preta” (CFP, 2012, p.8).

Concomitantemente a essas questões, Angell (ibid.) chega a afirmar de forma crítica que “cerca de um quinto do financiamento da APA [Associação Americana de Psiquiatria] vem agora da indústria farmacêutica”, evidenciando a dimensão econômica e política presente no discurso médico-psiquiátrico no contemporâneo. Estreitam-se as relações que se estabelecem entre a indústria de medicamentos e a produção dos artigos científicos, os quais, por sua vez, “confirmam” a existência das doenças, além de legitimar a “eficácia” dos tratamentos sustentados por essa lógica “terapêutica”. (CFP, 2012)

Além da prescrição alarmante em adultos, o que ainda é mais preocupante é o aumento de práticas medicalizantes na infância. Observa-se hoje um grande número de crianças que, por não apresentarem padrões de comportamento ou de aprendizagem considerados “normais”, são estigmatizadas como depressivas, disléxicas, ou portadoras de TOD ou TDAH. No Brasil, dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) corroboram essa observação quando, por exemplo, indicam um aumento impressionante de 75% no consumo de Ritalina em crianças com idade entre 6 e 16 anos, entre os anos 2009 e 2011, no Brasil.³⁶ Diante de suas pesquisas, a ANVISA também chega a alertar que “o medicamento deve funcionar como um coadjuvante no estabelecimento do equilíbrio comportamental do indivíduo, aliado a outras medidas, como educacionais, sociais e psicológicas”.³⁷ No entanto, infelizmente, não é isso que vemos quando nos deparamos com a maioria dos serviços atuais em Saúde Mental que se restringem, prioritariamente, a tratamentos farmacológicos para solucionar questões de comportamento ou de aprendizagem no Brasil.

Muitas vezes nos defrontamos com crianças e adolescentes vítimas de violência que são acompanhados por pediatras, neurologistas, psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos e pedagogos, com etiquetas de transtornos neuropsiquiátricos, recebendo psicotrópicos em

³⁶ Disponível em <<http://s.anvisa.gov.br/wps/s/r/bgfH>>. Acesso em agosto 2015

³⁷ Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/>>. Acesso em agosto 2015.

doses crescentes. Para ilustrar a importância de se colocar em análise essas práticas, pensemos naquela criança reconhecida pela professora, diretora ou mesmo pelos pais como um “aluno-problema”. Frequentemente é aquela criança agitada, inquieta na carteira, agressiva, impulsiva ou que apresenta qualquer outro comportamento indesejado em sala de aula. Muitas vezes, tais comportamentos dão notícias, de certa forma, de que algo está errado, seja na comunidade, nas suas relações em casa ou na própria escola, podendo este aluno, inclusive, vir a reproduzir certos tipos de violência que sofre em outros ambientes na própria sala de aula. Esse aluno, ao ser encaminhado a um serviço de saúde, dependendo da forma como será conduzido o caso, preencherá facilmente os critérios do diagnóstico do TDA/H e lhe será receitado um medicamento para melhorar sua “concentração” e “controlar seus impulsos”. Afinal, ele não consegue prestar muita atenção a detalhes, comete erros por descuido, tem dificuldade de manter a atenção em tarefas, remexe-se na carteira, sai do lugar na sala de aula em momentos inapropriados etc³⁸. Dessa forma, constrói-se um alibi para a violência contra esse próprio aluno, à medida que essa criança, sedada, torna-se ainda mais vulnerável às agressões sofridas fora da escola.

Ou ainda, pensemos numa outra criança, que passa pelas mesmas questões de violência que o aluno anterior, contudo não demonstra. Ela é uma aluna mediana em notas, quieta, não atrapalha o andamento aula, talvez um pouco triste ou isolada que as demais - *pode ser por timidez*, pensa a professora – mas que, por “*não dar trabalho*” passa despercebida em seu processo de escolarização. Esse aluno pode não dar sinal algum de violência física ou psicológica sofrida, por meses, talvez anos, até que um educador ou funcionário da escola note que há algo “errado”. Após esse tempo, pode até ser encaminhado ao setor de psicologia ou psiquiatria, mas, atravessado por um discurso medicalizante, corre-se o risco de chegar a esse serviço e ser associado a uma suspeita de um caso de depressão, por exemplo.

Buscamos afirmar com essas reflexões que a saúde não pode se restringir à extinção de sintomas. E é essa concepção que infelizmente muitos profissionais no campo da saúde têm adotado em suas clínicas e produções acadêmicas, a ideia de que “se com certo medicamento, os sintomas desapareceram, resolveu o problema, solucionou-se a causa” – causa, esta, entendida como uma questão individual, uma doença orgânica. O trabalho publicado pelo

³⁸ Descrições do TDA/H relatadas no questionário SNAP-IV, construído a partir dos sintomas do Manual de Diagnóstico e Estatística – IV Edição.

CFP (2012), nos ajuda a pensar que “esse processo vem se alastrando a tal ponto que jovens em situação de abrigo judicial são capturados pela psiquiatrização, rotulados como portadores de transtornos como TDA/H, TOD e medicados” (p.19). Suas histórias de vida, seus sofrimentos, são apagados, sendo-lhes impostos, via medicação, o silenciamento dos sintomas. Tem-se, dessa forma, uma segunda alienação, uma segunda expropriação de suas vidas.

Obviamente, com esse exemplo, não se tem como objetivo generalizar esses encaminhamentos, pois há casos e casos. Tampouco, estamos assumindo aqui uma postura radicalmente contrária ao uso de todo e qualquer medicamento. O que aqui se põe em foco, e que muito se discutia entre os profissionais do Ambulatório, é o exagero na prescrição de medicamentos controlados, assim como propõe uma crítica às clínicas (isto é, a um tipo de atendimento) em Saúde Mental que se restringem a uma resposta medicamentosa. Afinal, como bem lembra-nos os versos de Clarice Lispector: “*Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso. Nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro*”.³⁹

3.2 A proliferação de patologias mentais

Certa vez recebemos uma mãe com seu filho de sete anos para o primeiro atendimento no serviço. Ao ser chamada para entrar no consultório, a mãe, que tinha a formação em Pedagogia, entrou na sala com uma pilha de livros e os colocou em cima da mesa. Entre eles, havia livros de psiquiatria, de educação, de auto-ajuda, entre outros. Reconheci alguns pela capa, como os livros “No Mundo da Lua”, “Mentes inquietas” e “Dominando a ansiedade” (da coleção “Para Leigos”). Num tom de desabafo, ela inicia sua fala nos mostrando aquele material e dizendo que, depois de pesquisar bastante, tinha *certeza* de que o filho tinha alguma doença. “*Agora, só tenho dúvida se é autismo ou TDA/H, mas que ele tem, pode ver que tem*”.

Foi interessante meu primeiro contato com esse menino. Estávamos no corredor do Ambulatório quando o encontrei. Abaixando-me para ficar à sua altura, apresentei-me e perguntei-lhe seu nome. Como resposta, o menino – que é “*completamente distraído, desatento e que não-aprende*”, segundo a mãe e os encaminhamentos da escola – me pediu silêncio com um “*Shiiiiiu!*”.

³⁹ Trecho de uma carta contida no livro “Correspondências” (organizado por Teresa Monteiro).

- *O que foi?* – interroguei.
- *O avião!* – ele se empolgou.
- *Hã? Que avião?*
- *Ouve tia!*

Ao fundo, atrás de todo aquele barulho de uma sala de espera cheia, com outras crianças falando, telefone tocando, pais conversando, eis que ouço realmente um som, baixinho, de um avião sobrevoando o Centro de Niterói. Em seguida, o menino, animado, passa a me contar sobre sua vontade de andar de avião, me explica a diferença entre um avião e um helicóptero e fala sobre os outros meios de transporte que aprendeu na escola.

Fomos, naquele momento, apresentados.

Muitos programas de televisão não têm hesitado em divulgar diariamente descrições e sintomas que (supostamente) confirmariam um diagnóstico, convidando o público leigo a identificar rapidamente seu sofrimento ou comportamento a algum transtorno psíquico. As famílias, então, passam a subitamente *entender* e a *enxergar* a doença psiquiátrica que estaria por trás das impulsividades, esquecimentos ou outras dificuldades dos filhos. Com isso, jornalistas, apresentadores de tv, educadores, médicos e a população de modo geral, vêm manejando palavras comuns – misturando saberes específicos e leigos, de modo a banalizar termos médicos e diagnósticos. Sendo assim, não raramente, observava, como o caso dessa mãe, que muitos pais chegavam ao serviço já com uma hipótese diagnóstica, baseada em informações de livros, internet ou programas de televisão.

É importante ressaltar que nesta dissertação, em nenhum momento, pretende-se interrogar a legitimidade do sofrimento desses pais, de forma a julgar seus sentimentos como exagerados ou inválidos. Muitas vezes, percebia a dor, desânimo e desespero no olhar e nas falas desses familiares que procuravam o serviço, pois sentiam-se perdidos frente às reclamações da professora, às suposições diagnósticas proferidas pela pedagoga da escola ou por uma vizinha que *conhecia um caso parecido*. Tudo isso combinado às enormes possibilidades de categorias diagnósticas banalizadas nos canais midiáticos.

*“Você tem dislexia? Faça o teste online e descubra”*⁴⁰.

*“Distração e esquecimento? Pode ser TDAH, faça o teste”*⁴¹

⁴⁰ <http://educamais.com/testes-dislexia-online/>

⁴¹ <http://www.dda-deficitdeatencao.com.br/testesonline/tdah-adulto.html>

“Por meio deste link você pode fazer o teste na íntegra, sem sair de casa, e descobrir se é um autista, além de ajudar os pesquisadores a aprimorar o estudo. E aí, será que você é um autista?”⁴².

As dores, angústias e dúvidas eram acolhidas e respeitadas no serviço, tanto as dos pais quanto as das crianças, as quais, por menores que fossem em idade, já tinham consciência da perversidade e da dureza da vida. *“Eu vim aqui porque sou maluco”*, ouvi certa vez de um paciente de apenas quatro anos enquanto brincava. E justamente por acreditarmos na dor dessas pessoas, entendemos que estas vidas não podem ser reduzidas meramente a siglas, a doenças, ao consumo de psicofármacos para atenuar seus sintomas e silenciá-las.

Cito outro caso. Uma mãe, também de um menino, relatou em sua entrevista que, apesar de passar por muitas dificuldades financeiras, morando de aluguel em uma casa pequena com suas outras filhas, no mesmo terreno que outros parentes, *apertou os gastos⁴³* e conseguiu pagar uma consulta em uma clínica particular para *fechar um diagnóstico* do caçula. Contou que pediu ajuda aos familiares para pagar as consultas e descobrir seu *problema mental*, pois o menino *não aprendia de jeito nenhum e estava ficando atrasado, atrás dos colegas da turma. Como ele vai entrar numa faculdade desse jeito!?* Disse ainda que seu filho *era impulsivo, desligado, só prestava atenção nas coisas que lhe interessavam*, e completou que ele *não tinha paciência para nada da escola que achasse chato*. Mostra, então, para a equipe do serviço os resultados da bateria dos testes aplicados e pareceres confirmando um diagnóstico de TDA/H. Foi nessa hora que soube que esse menino – submetido a todos esses exames e que já fazia uso de Ritalina – estava ainda na alfabetização, tinha apenas seis anos de idade!

Uma das questões que chama a atenção a partir dessa cena é a importância que as famílias dão à questão do “nome”, da “sigla”, da avaliação diagnóstica. Por que famílias procuram, mesmo sem condições financeiras, profissionais caros, “especialistas” em determinados transtornos, para apenas ter um laudo diagnóstico? No entendimento dessa dissertação, avalia-se certo efeito de “alívio” por parte dos responsáveis diante de uma possível confirmação de diagnóstico, possivelmente, por situarem os comportamentos do filho em um território teoricamente conhecido, em vez de a angústia da incerteza, da falta de controle sobre a vida e seus sintomas. Apesar do diagnóstico desse menino ser feito por especialistas – e, no caso citado anteriormente, pela mãe pedagoga, que também se coloca no

⁴² <http://segredosdomundo.r7.com/voce-e-autista-faca-o-teste-e-descubra/>

⁴³ Algumas expressões estão em itálico para indicar que são próprias da fala dessa mãe.

lugar de um especialista – ambos chegam ao Ambulatório com a mesma demanda: em busca por uma confirmação de diagnóstico.

A suposição de um diagnóstico, nesses casos, trouxe certo alívio às famílias por nomear ou identificar uma verdade afirmada, que justificaria as dificuldades que as crianças tinham, por exemplo, no processo de escolarização. Dessa forma, concomitantemente ao “consumo” de medicamentos, já comentado aqui, observei a partir dessa experiência também o consumo de uma Verdade, que poderia passar a justificar, inclusive, comportamentos considerados inadequados pela escola, tornando o diagnóstico um “alívio permissivo” a modos que não seriam aceitos na ausência de um transtorno.

Embora muito se fale sobre os supostos transtornos como TDA/H, TOD e dilexia, os modelos diagnósticos muitas vezes são insatisfatórios e precários, baseando-se apenas em questionários com perguntas pontuais, que podem ser respondidas por professores ou pelos pais e que simplificam os aspectos sociais, históricos e culturais que constituem os comportamentos em seus diversos contextos e momentos do desenvolvimento infantil. Essas categorias diagnósticas estão listadas no DSM, instrumento criado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) que contém descrições e sintomas para diagnosticar o que se convencionou a chamar de “transtornos mentais”.⁴⁴ Outro material também direcionado a médicos e profissionais do campo da Saúde Mental (usado com mais frequência fora dos Estados Unidos) constitui a seção de transtornos mentais da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID)⁴⁵.

Tanto o DSM quanto a CID são instrumentos que têm como finalidade comum conferir certa ordem ao desenvolvimento conceitual e teórico da medicina, oferecendo nomenclaturas padronizadas a um conjunto de sinais e sintomas que caracterizariam cada um dos transtornos mentais. A 5ª versão do DSM (publicada em 2013) pode ser considerada a maior referência na atualidade em termos de pesquisa em Saúde Mental, servindo de base para a CID e bastante utilizada por médicos não só nos EUA, mas também em outros países, como no Brasil. Como Guarido (2007) confirma: “... a psiquiatria americana consolida-se como discurso hegemônico

⁴⁴ Descrição disponível em <<http://www.dsm5.org/about/Pages/faq.aspx#1>>. Acesso em agosto 2015 (Tradução)

⁴⁵ Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>> Acesso em agosto 2015.

e o DSM-IV revisado (última versão do manual) é atualmente referência mundial de diagnóstico dos transtornos mentais, globalizando o modelo psiquiátrico americano” (p.4).⁴⁶

A primeira versão do manual foi divulgada em 1952 e, ao longo do século XX, o instrumento sofreu algumas modificações, que resultaram em publicações em 1968 (DSM-II), 1980 (DSM-III), 1987 (DSM-III-R) e 1994 (DSM-IV). A 5ª e última versão do DSM foi publicada recentemente, em maio de 2013. No entanto, desde seu primeiro esboço (apresentado em 2010), esta versão do manual vem sendo alvo de críticas por parte de instituições e profissionais de diversas formações (como educadores, cientistas políticos, psicólogos, psiquiatras, psicanalistas, entre outros), que procuram evidenciar as limitações e fragilidades nos critérios diagnósticos do manual.

Questiona-se, por exemplo, a inclusão de pacientes que estão em luto no diagnóstico de “Depressão Maior”. Na edição anterior do manual (datada de 1994), esses pacientes (mesmo que apresentassem os sintomas) eram excluídos do diagnóstico, a não ser que o comportamento persistisse por mais de dois meses. Agora, no DSM-V, basta apresentar sinais de luto por apenas duas semanas, que o paciente já poderá receber diagnóstico de “Depressão Maior”. Com esse exemplo, é possível perceber uma tendência em se medicalizar o sofrimento humano: transformando a experiência de dor - um estado emocional já esperado pela perda de um ente querido, por exemplo - em uma doença, em um transtorno mental.

Retornando a uma questão que já foi discutida no primeiro Capítulo deste trabalho, essa tendência em medicalizar os modos de funcionamento dos sujeitos têm estreita relação com a necessidade da sociedade em contar com corpos produtivos, trabalhadores e consumidores ativos para o mercado. Uma pessoa em luto e triste não produz de modo eficaz que atenda às demandas da sociedade capitalista. Dessa forma, mais uma vez percebemos a Psiquiatria e a Psicologia ganhando um importante papel no controle dos corpos, orientando e definindo regras gerais, focando seus esforços no corpo, não meramente o biológico, mas principalmente o corpo social e político. Cabe ao saber médico e às ciências humanas, por conseguinte, o importante papel de controlar e regular o corpo por meio das estratégias do biopoder, normas de saúde pautadas no modelo científico de saber. Nesse movimento, como não é qualquer vida que interessa, determinados modos de funcionamento ficam invisibilizados e desqualificados ao padronizar e diferenciar metricamente (em semanas, no caso da Depressão Maior) os doentes mentais dos sadios.

⁴⁶ Por esse motivo, este subtítulo elegeu a atual classificação proposta no DSM-V como principal material de consulta para continuar a problematizar a produção do discurso medicalizante na contemporaneidade.

Outra mudança no DSM-V foi a inclusão da nomenclatura Síndrome do Risco de Psicose, numa tentativa de identificar precocemente pessoas com alto risco para desenvolver um transtorno psicótico. Critica-se, no entanto, que essa nova categoria, por considerar que é possível prever a partir de um sinal (ou seja, detectar um **risco** para desenvolver determinado transtorno), poderia vir a estimular profissionais a prescreverem medicamentos de forma preventiva, sem muitos critérios e indiscriminadamente, portanto.

No Ambulatório, lembro que alguns pais comentavam sobre o medo que tinham de seus filhos, por conta dos diagnósticos recebidos pelo psiquiatra anterior ou proferidos pela professora, “*tornarem-se pessoas ruins*” ou terem dificuldades “*nos relacionamentos*”, “*constituir família*” e “*concluir os estudos*”. Artigos diversos apontam, de forma mais ou menos determinista, as dificuldades na vida social, conjugal e escolar que estão sujeitos as pessoas com transtornos mentais, impressionando os pais dessas crianças diagnosticadas. O próprio site da Associação Brasileira do Déficit de Atenção afirma que “há inúmeras pesquisas mostrando que o TDA/H está associado ao fracasso acadêmico, abandono escolar, acidentes de trânsito, uso de drogas, álcool e divórcio, entre outras situações negativas na vida adulta”. Além disso, trabalhos evidenciam que os adultos com esse transtorno padecem de um maior risco de sofrerem problemas conjugais, casando-se mais vezes que os não-portadores, apresentando um maior índice de divórcio e menor satisfação na vida matrimonial.⁴⁷ Quanto aos portadores do TOD, sites afirmam que essas crianças estão mais propensas a sofrer *bullying* e que as vítimas dessa prática “perdem o interesse pela escola e passam a faltar às aulas para evitar novas agressões. Essas vítimas apresentam cinco vezes mais probabilidade de sofrer depressão e, nos casos mais graves, estão sob um risco maior de abuso de drogas e suicídio”⁴⁸.

Essa preocupação legítima por parte dos pais também frequentemente coincidia com algum caso sensacionalista, divulgado pela mídia, onde um “portador de uma doença mental” teria cometido determinado crime. Lembro de um caso ocorrido no município de Realengo – Rio de Janeiro em 2011, amplamente divulgado pelos telejornais e programas de entrevista, onde um homem armado entrou em um colégio atirando em vários alunos. Na época, os programas de televisão passaram a semana tentando traçar o perfil “psicológico” ou “psiquiátrico” do atirador, indicando suspeitas de diagnósticos como depressão, autismo,

⁴⁷ Ver artigo L. Eakin et al. Funcionamento Conjugal e Familiar de Adultos Portadores de TDAH e seus cônjuges. *Journal of Attention Disorders*. v.8, n.1, august 2004, pp.1-10.

⁴⁸ Referência disponível em : <http://www.transtornos.org/show/art/123/asconsequenciasdobullying.html>

psicose, até finalizar com a suspeita do diagnóstico de esquizofrenia. Em 2015, houve também o caso de um piloto alemão, que se trancou na cabine e derrubou propositalmente o avião que pilotava enquanto sobrevoava uma região da França. A esse episódio, foi atribuído por muitos jornalistas ao diagnóstico de depressão. “*Ora, se esse ou aquele criminoso é portador da mesma doença mental que meu filho, logo, meu filho pode tornar-se um também...*”. Pensamentos como esse apavoravam e motivavam alguns pais a procurarem o psicólogo ou psiquiatra de forma **preventiva**, na tentativa de antecipar aquilo que os filhos poderiam vir a ser. Nota-se, dessa forma, que essas questões não se distanciam muito das práticas higienistas e eugenistas comentadas anteriormente neste trabalho, onde se percebem a loucura e a doença mental a partir de uma perspectiva determinista, como se já fossem selados os destinos desses sujeitos, associada a uma incapacidade ou ausência de autocontrole de seus impulsos. Na perspectiva de Foucault (2002), o degenerado passa assim a ser o anormal medicalizado, pois psiquiatras, psicólogos, médicos, juristas e higienistas são centralizados para tentar “definir a abrangência e os limites do conceito de degeneração” (p. 537).

Foi apresentado como novidade, também, no DSM-V, o “Transtorno Neurocognitivo Leve”, cujo objetivo da inclusão é permitir que o médico faça diagnósticos precoces do “Transtorno Neurocognitivo Maior (a demência)” ou de outras condições debilitantes. No entanto, o manual descreve este novo “transtorno” da seguinte forma:

“O Transtorno Neurocognitivo Leve vai além das questões normais do envelhecimento. Ele descreve um nível de declínio cognitivo que requer estratégias e acomodações de compensação para ajudar a manter a independência e realizar atividades da vida diária. Para uma pessoa ser diagnosticada com este transtorno, deve haver mudanças que impactam em seu funcionamento cognitivo. Estes sintomas são geralmente observados pelo indivíduo, um parente próximo, ou outro informante experiente, como um amigo, colega ou médico, ou eles são detectados através de testes objetivos”.⁴⁹

Ou seja, nenhum sintoma é especificado. Sua descrição não vai além do que a própria nomenclatura do “transtorno” informa: interfere no funcionamento cognitivo da pessoa. Não é apenas redundante afirmar que um transtorno é caracterizado simplesmente por apresentar um prejuízo, mas também é motivo de preocupação, visto que dá margem para que o profissional diagnostique uma pessoa com tal “transtorno mental” sem qualquer critério definido. Além

⁴⁹ Disponível em <<http://www.dsm5.org/>>. Acesso em agosto 2015. (Tradução)

disso, conforme vimos quando discutimos a concepção de Canguilhem quanto à noção de normalidade, tal conceito é completamente subjetivo, relacional, variável conforme as referências e o contexto em que o avaliado e o avaliador se encontram. Portanto, interroga-se que concepção de velhice adota-se, espera-se ou valoriza-se, para diferenciar o sujeito que está dentro “das questões normais do envelhecimento” do sujeito com essa patologia?

Conforme o psiquiatra infantil Rossano Lima do Instituto de Medicina Social da UERJ:

“... parece haver hoje uma tendência, em comparação com o que ocorria há uma década, a incluir casos mais leves, indivíduos com um diagnóstico "subliminar" ou mesmo pessoas que possuam "traços" do transtorno”. (LIMA, 2005, p.73).

Esse trecho foi retirado de seu livro “Somos todos desatentos? O TDA/H e a Construção de Bioidentidades”, onde o autor afirma que essa tendência de caráter medicalizante nos remete ao aumento impressionante no número de categorias diagnósticas listadas a cada nova edição do DSM. Da primeira até quarta versão (de 1952 a 1994), o número de categorias listadas saltou de 106 pra 357. Quanto a esse aumento de patologias mentais, podemos pensar que, diante de tantas disfunções possíveis, diante de tantos “novos transtornos” nos últimos anos, mais e mais pessoas acabam se identificando com as descrições dos transtornos - buscando, em última instância, apenas validar suas impressões pela opinião de algum psiquiatra ou psicólogo.

A literatura indica que a utilização de drogas psicoativas como tratamento majoritário nos serviços de saúde, na realidade, coincide com certa configuração epistemológica do saber médico-psiquiátrico que se estabeleceu nas últimas décadas. Conforme Lima (2005), a partir da década de 1950, tornaram-se mais frequentes estudos que tinham como objetivo identificar áreas cerebrais ou neurotransmissores que estariam envolvidos com a etiologia de alguns transtornos mentais. Com o passar do tempo, afirma o autor, “a medicina tornou-se cada vez mais uma prática preventiva”, uma vez que há um aumento significativo no número de pesquisas neurocientíficas que pretendem perceber as doenças em áreas cerebrais ou em genes antes mesmo que elas se apresentem como sintomas no corpo. Desse modo, foi se concretizando uma forte tendência na psiquiatria hegemônica em enfatizar os fatores genéticos e a anatomia cerebral como determinantes nas causas de certos padrões de comportamentos considerados divergentes (LIMA, 2005; SERPA JR., 2007). Em contrapartida, passou-se a tratar como secundários, ou até mesmo dispensáveis, fatores psicológicos e sociais na formação de nossos comportamentos e sintomas (ibid.: p.96).

Nesse sentido, muitos profissionais têm se apropriado do discurso medicalizante na medida em que adotam as queixas iniciais (problemas de aprendizagem ou de comportamento) como causas primeiras de supostos transtornos, localizando a deficiência - e, portanto, o alvo da intervenção - *no sujeito*. Esse tipo de enfoque clínico reduz-se a quantificar, classificar os sintomas, apostando-se em medidas para retificar ou prevenir comportamentos indesejáveis. Como Werner Jr. (2000) aponta:

“É preciso reconhecer que os conceitos médicos sobre o *normal* e o *patológico* apresentam significados diferentes em função das concepções de saúde e de doença que lhes são subjacentes. Dependendo da concepção, a *dificuldade de concentração* e a *hiperatividade* de um aluno poderiam ser consideradas sinais de uma doença - algo sólido localizado em alguma parte do corpo -, implicando no estabelecimento de uma relação linear de causa e efeito, passível de ser quantificada, medida, prevista. Assim, nessa concepção, a causa dessa dificuldade/característica do aluno deveria ser procurada em alguma alteração localizada no cérebro” (p.28).

Em aliança com os autores citados, esta dissertação compartilha a ideia de que o fenômeno da medicalização não se restringe, portanto, à prescrição e uso abusivo de psicofármacos, mas inclui também (e principalmente) um deslocamento do problema, que passa de uma questão institucional e política para o plano individual e biológico. Esse modelo de assistência de saúde e educação é claro: valorizam-se os mecanismos biológicos no processo de aprendizagem, por exemplo, e paralelamente não se questiona os fatores sociais e pedagógicos envolvidos nos casos ou nos processos educacionais. Lima (2005) evidencia ainda mais tal movimento, afirmando que o processo da medicalização reduz não apenas questões coletivas (sociais, culturais, políticos, etc.) à pessoa diagnosticada, porém, mais ainda: reduz as condutas a explicações físicas, abreviando funções psíquicas superiores (como memória, percepção, controle motor, atenção) a uma função cerebral.

3.3 Modelos metateóricos de desenvolvimento e o discurso da medicalização

Esta dissertação parte do pressuposto que “qualquer discussão, teoria ou prática encontra-se necessariamente vinculada a determinado modelo metateórico” (WERNER, 2004, p.78). Em seu livro “Saúde & Educação, Desenvolvimento e Aprendizagem do Aluno” (2000), Werner utiliza-se da analogia de um mirante - onde é possível que um observador faça escolhas e adote diferentes posições para obter diferentes imagens frente a uma mesma

paisagem - para se referir aos sujeitos frente às realidades possíveis (p.21). Esse mirante escolhido conduziria a percepção do professor, do médico, do psicólogo, funcionando como filtro e produzindo seus olhares, suas interpretações e seus próprios objetos de estudo. A partir dessa metáfora, Werner desenvolve em seu texto, então, a respeito dos três principais mirantes/paradigmas utilizados pela Ciência e que produzem muitos efeitos nas pesquisas e práticas em Saúde e em Educação. São eles: o organicista, o mecanicista e o histórico-cultural.

Este subtítulo não tem como proposta aprofundar-se na descrição desses modelos, principalmente dos dois primeiros, de forma a discutir suas diferenças e aproximações. Contudo, considera-se importante fazer certos apontamentos, citando-os, mesmo que de forma breve, pois dependendo do mirante que o profissional ou pesquisador adote, compreenderá o processo de desenvolvimento e aprendizagem e os problemas de seus alunos/pacientes de certa forma e não de outra, aproximando-se ou distanciando-se do discurso da medicalização. Acredita-se que a exposição a seguir será útil para ampliar o diálogo entre os campos Saúde e Educação, assim como para continuarmos problematizando esse discurso e como se presentifica nas práticas educativas e terapêuticas.

Conforme a **concepção mecanicista** de desenvolvimento, o homem se assemelharia à imagem de uma máquina, sendo regido por leis universais e por relações de causa e efeito. O sujeito seria concebido como um organismo reativo e passivo, sendo manipulado e condicionado por estímulos externos, atribuindo grande poder à ação do ambiente no seu desenvolvimento. Ao nascer, o homem seria uma tábula rasa e seus fenômenos psíquicos seriam considerados como reações de seu corpo frente às forças do meio e à aprendizagem.

“É possível identificar a presença dessa imagem em analogias cotidianas do tipo: *o cérebro funciona como um computador; esse menino parece que tem um parafuso solto; essa menina é elétrica.* Entretanto, nem sempre é tão simples assim identificar a concepção mecanicista, sendo necessário "interpretar", "ler nas entrelinhas". Encontramos até em ditados populares como: "é de pequeno que se torce o pepino"; "o uso do cachimbo faz a boca torta", a presença dessa concepção” (WERNER, 2000, p.22).

Essa concepção encontra-se relacionada aos estudos behavioristas, que defendem a constituição de uma Psicologia e de uma Pedagogia conforme os mesmos parâmetros das

ciências naturais e exatas.⁵⁰ Nas práticas escolares, observamos esse modelo metateórico quando, por exemplo, o aluno na sua condição de aprendiz é desqualificado, não tendo autonomia ou protagonismo no processo. Derivada da filosofia empirista, do positivismo e da ciência do comportamento de Skinner, essa concepção de desenvolvimento na Educação enfatiza o planejamento e a atitude do professor, entendendo a aprendizagem enquanto um acúmulo de respostas segundo os estímulos e reforços oferecidos pelo ambiente. (DAVIS & OLIVEIRA, 2010) Interessa a esses estudos os processos mentais observáveis, mensuráveis, de forma a traduzir qualquer fenômeno complexo ao binômio estímulo-resposta.

Nesse caso, a Educação é vista como um programa de formação de hábitos, havendo uma forte hierarquia na relação professor-aluno. Privilegia-se o professor, que, sem se dar conta, tornaria-se um mero transmissor de informação para condicionar os comportamentos de seus alunos. Essa abordagem não contempla a diversidade de significados e o contexto sociocultural dos alunos, sendo os conteúdos escolares distantes, vazios e abstratos, e que visam, em última instância, ajustar as contudas desadaptadas e, para isso, muitas vezes, utiliza-se do discurso da medicalização para normalizar esses sujeitos que escapam às expectativas da escola.

No mecanicismo, a saúde é vista como ausência de doença, sendo esta tomada como uma entidade localizada no corpo do indivíduo com uma causa específica (WERNER, 2000). Dessa forma, caso o aluno ou paciente não responda aos modelos ideais condicionadores dos adultos, remeteria-se facilmente a culpa a alguma deficiência que o impede de apresentar o comportamento desejado. Conforme Werner (2004), “as práticas terapêuticas fundamentadas nesse modelo caracterizam-se por serem autoritárias (centradas apenas no terapeuta) e diretivas (centradas em técnicas mecânicas de condicionamento)” (p.79). Assim, as dificuldades de aprendizagem seriam explicadas a partir de uma relação linear cuja causa estaria localizada em “um defeito em seu corpo, provavelmente, no cérebro, seja por desnutrição, retardo mental congênito, lesão neurológica ocorrida durante o parto, etc” (ibid., 2000, p.10). Nesse sentido, as multiplicidades dos sujeitos passariam a ser reduzidas à imagem de uma simples máquina, isolando a doença do sujeito social que a sofre e das condições concretas que a produziu.

Já o **modelo organicista** está referenciado à biologia evolucionista, representando o homem e os fenômenos sociais por meio da metáfora de um organismo, um sistema vivo,

⁵⁰ Para mais, retomar ao modelo positivista descrito nesta dissertação no final do Capítulo 1.

sendo a atividade seu princípio básico (ibid., 2004 p.78). A abordagem clínica que está relacionada a esse modelo caracteriza-se por centrar-se nos aspectos biológicos e individuais do sujeito, vistos como inatos, genéticos ou adquiridos. (ibid. p.80). Encontrando ressonâncias na teoria psicológica de Piaget, esse modelo aposta na formação de novas estruturas a partir da adaptação do sujeito, isto é, na construção de novos esquemas mentais, envolvendo mecanismos de assimilação e acomodação (COLL, MARCHESI & PALACIOS, 2004)

Assim como o modelo mecanicista, o paradigma organicista também determina uma nova concepção de aluno. Conforme esta concepção de desenvolvimento, a capacidade de aprendizagem e a inteligência poderiam ser consideradas estáticas, de forma a camuflar problemas sociais sob disfarce de ideais como dom, aptidão, mérito e QI. (DAVIS & OLIVEIRA, 2010). O aluno é considerado um ser ativo (e não mais reativo ou passivo), produzindo conhecimentos através de seu interesse e esforço mental, que emergem na e pela ação pedagógica. “Em resumo, prática pedagógica fica submetida aos processos mentais já consolidados, adaptando-se ao ritmo e aos níveis de desenvolvimento da criança” (WERNER, 2000, p.25).

A saúde, segundo essa perspectiva, é vista como “resultante das dificuldades de adaptação do organismo ao ambiente” (ibid. p.10). Desse modo, consideram-se mais fatores causais envolvidos no adoecimento do indivíduo, se comparado ao modelo anterior, pois o sujeito adoeceria frente às exigências do meio, podendo esse adoecimento justificado “pela hereditariedade, a constituição do indivíduo, os fatores nutricionais, hormonais, emocionais e até sociais”. (ibid. p.10). Essa visão está muito presente nessa relação entre os campos da Educação e da Saúde, quando observamos que os problemas escolares, as dificuldades para aprender a ler e escrever durante o processo de alfabetização, por exemplo, deixam de ser explicados por uma deficiência, um defeito no cérebro (como na visão mecanicista) e passam a ser em função de uma imaturidade emocional ou intelectual, de uma fragilidade, e/ou por falta de estímulos do meio social, que estariam retardando as mudanças nas estruturas psíquicas da criança. (ibid. p.25)

Percebe-se, portanto, que ambas concepções são oriundas de modelos naturalistas, a-históricos e positivistas da racionalidade científica moderna que influenciou não apenas a Medicina e a Psiquiatria, mas também a Psicologia e a Educação. Encontramos esses modelos metateóricos, por exemplo, nos processos de avaliação e de intervenção junto a crianças e jovens com dificuldades no processo de aprendizagem, quando o educador orienta sua prática na ideia de distúrbio de aprendizagem para justificar o não aprender de um aluno numa escola

e numa sociedade que raramente são questionadas em sua estrutura (SOUZA, 2010).

Conforme ressalta Werner:

“Como se pode constatar, tanto a concepção mecanicista como a concepção organicista de Saúde/Doença explicam as dificuldades escolares pelo viés do indivíduo e acabam por culpabilizar o aluno (seu meio, seu cérebro, sua fragilidade constitucional, sua maturidade cognitiva ou emocional) pelo fracasso escolar. Dessa forma, ambas concepções isentam o sistema escolar de sua participação no processo de seletividade escolar - que determina em última instância o fracasso escolar e representam uma forma concreta de negação da cidadania para milhares de alunos do ensino fundamental, culpa passa de geração a geração”. (2000, p.11)

Visto isso, é com grande preocupação que a literatura (SOUZA, 2010; GUARIDO, 2008; WERNER, 2000, 2004; DAVIS & OLIVEIRA, 2010) constata que esses dois paradigmas continuam hegemônicos e fundamentam muitas práticas preventivas e terapêuticas no campo das drogas, da saúde de um modo geral e nas questões educacionais para explicar dificuldades de crianças no processo ensino-aprendizagem. Concordando com esses autores, esta dissertação considera que o processo de aprendizagem não pode ser avaliado como algo individual, do aprendiz, de forma isolada. Por exemplo, no caso da dislexia, todas as questões que poderiam ser interrogadas a respeito do processo leitura-escrita, a respeito da mediação na construção simbólica da escrita, enquanto uma representação social da linguagem, são reduzidas a uma “doença mental”, “neurológica”. E nessa busca por áreas cerebrais determinantes nos comportamentos manifestados, causas das dificuldades de leitura, escrita e cálculo, não se questiona a escola, o método pedagógico, tampouco as condições de aprendizagem e de escolarização.

“Assim, não se fala das precárias e sofríveis condições de trabalho, quando se observa o adoecimento do professor, mas sim foca-se na doença, hoje conhecida como *burnout*; não se fala de indivíduos questionadores, mas de portadores de “transtorno opositor desafiador”. (CFP, 2015, p.10)

Segundo o CFP (2012), o avanço das explicações organicistas para a compreensão do não aprender de crianças retoma os antigos verbetes tão questionados por setores da Psicologia, Educação e Medicina, como a dislexia, dislalia, discalculia e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Assim, certas temáticas retornam com roupagem nova: “Não se

fala mais em eletroencefalograma para diagnosticar distúrbios ou problemas neurológicos, mas sim em ressonâncias magnéticas e sofisticações genéticas, mapeamentos cerebrais e reações químicas sofisticadas tecnologicamente” (p.6). E embora se reconheça que esses recursos da área da saúde sejam importantes, enquanto avanços na compreensão de determinados processos humanos, quando aplicados ao campo da Educação retomam a lógica medicalizante, tema deste trabalho.

Além disso, torna-se fundamental interrogar que o binômio saúde-doença não se esgota em definições estáticas, mecânicas ou orgânicas, mas que decorre de um processo muito mais dinâmico e complexo, conforme vimos no Capítulo 2 a partir dos estudos de Canguilhem. Afirma-se, portanto, que tanto o mecanicismo como o organicismo são modelos que remetem à lógica da medicalização, sendo, portanto, insuficientes para abordar a complexidade das questões humanas, em especial, no que tange o desenvolvimento infantil e os processos ensino-aprendizagem. Adotando uma postura crítica a esse discurso hegemônico medicalizante, o Ambulatório de Psiquiatria Infantil da UFF referenciava-se no terceiro mirante/paradigma citado, no modelo histórico-cultural, que será descrito e enfatizado nos subtítulos a seguir.

3.4 O acolhimento da queixa inicial como um diferencial do serviço

Feita a discussão sobre essas questões que atravessam o cenário contemporâneo e os modelos metateóricos “mecanicismo” e “organicismo”, que direcionam os olhares dos profissionais, orientando-os muitas vezes para práticas medicalizantes, será abordada a seguir a forma como essas demandas escolares produzidas eram acolhidas no Ambulatório, configurando-se, na minha percepção enquanto acadêmica extensionista, como um serviço em Saúde Mental Infantil diferenciado.

Os procedimentos dos atendimentos consistiam em dois momentos. Inicialmente chamava-se a família da criança ou adolescente para uma entrevista, na qual eram acolhidas as queixas e preocupações atuais, e (no caso do paciente ser novo) feita a anamnese para levantar informações a respeito de seu histórico de saúde, familiar, escolar e social. Posteriormente, era feito propriamente o atendimento da criança ou adolescente, durante o qual se procurava observar, através do diálogo e atividades lúdicas suas funções psíquicas

superiores, como atenção, linguagem, memória, controle motor, percepção e aprendizagem⁵¹. Tais etapas não se restringiam a um determinado número prévio de sessões, como também não aconteciam de forma rígida ou sequencial, ocorrendo muitas vezes uma inversão: primeiro recebíamos a criança, para depois entrevistar os pais e acolher as queixas.

O que era interessante nesse movimento - conhecer a criança antes de conversar com os responsáveis - era que não se tinha conhecimento prévio sobre seus problemas atuais e (no caso dos pacientes novos) não se sabia nem mesmo os motivos da consulta. Essa postura adotada pelo Ambulatório permitia certa liberdade na observação do paciente, sem que houvesse pré-conceitos ou rótulos diagnósticos mediando sua relação com o profissional ou estudante extensionista do serviço. Com essa mesma proposta, quando a criança chegava ao serviço por meio de um encaminhamento escolar, era verificado se havia em anexo algum relatório sobre ela, mas este não era lido imediatamente. Considerava-se importante primeiro o profissional construir **seu próprio olhar** a respeito do paciente, antes de voltar-se para avaliações e percepções de terceiros, como da professora e diretora da escola, psiquiatras ou psicólogos pelos quais a criança já tivesse sido atendida.

Era comum recebermos, nesse primeiro contato, uma criança já com um suposto diagnóstico, proferido pela escola ou pela família, feito a partir de algum canal midiático, como já foi dito no subtítulo anterior. Contudo, quando recebíamos um adolescente “colado” a um diagnóstico de TOD, por exemplo, entendíamos que aquela nomenclatura nada mais indicava que aquele paciente vinha apresentando uma conduta que desafia e se opõe a certas normas sociais. A sigla TOD nada dizia sobre a natureza dos comportamentos daquele sujeito. Isso porque, na perspectiva do serviço, as categorias diagnósticas não deviam ser apropriadas como se elas, por si só, explicassem as condutas dos sujeitos; como se houvesse uma “doença” *a priori*, uma entidade biológica, responsável por tais “sintomas”. Caso contrário, as intervenções em Psiquiatria e Psicologia estariam centralizadas apenas na dimensão biológica daquele sujeito, não compreendendo que a queixa (o sintoma) trazida pelo paciente ou por seus responsáveis poderiam remeter a outras questões (de origens sociais, pedagógicas, familiares, psicológicas), oportunizando uma visão mais ampla da vida da pessoa. Esta postura levaria o profissional a adotar atitudes corretivas e adaptadoras, fundamentadas

⁵¹ A fim de avaliar o desenvolvimento, a aprendizagem e os processos afetivo-cognitivos dos pacientes, o Ambulatório utilizava-se da estratégia da análise microgenética-indicária. Para saber mais sobre esse recurso, sugiram-se as leituras WERNER (1997, 1999, 2000, 2001).

apenas em diagnósticos rígidos que fariam da tarefa psi, muitas vezes, um mero atendimento de uma demanda inquestionável.

Certa vez, recebemos um pai e uma mãe no serviço com seu filho de 10 anos. Era um de meus primeiros atendimentos neste Ambulatório. Após conversarmos bastante com os responsáveis sobre o que observamos sobre o comportamento do menino, pensarmos juntos a respeito de suas dificuldades, potencialidades e necessidades, assim como discutirmos sobre como nosso serviço poderia ajudá-los... os pais se despedem da sala satisfeitos. Minutos depois, quando já fazíamos o atendimento de outro caso, essa mãe retorna batendo timidamente na porta. Um pouco sem graça, pede licença e diz que gostou muito das nossas orientações, que concorda com a nossa percepção, mas... “*Vocês podem repetir o “nome” da doença que meu filho tem?*”. Vendo nossa expressão de espanto (principalmente a minha e a de outros alunos estagiários do serviço, pois, afinal, passamos a manhã inteira discutindo sobre o caso desse menino), a mãe se desculpa e diz que queria saber porque provavelmente a professora e a pedagoga iriam perguntar, e ela não saberia o que dizer. Nesse instante, estende uma caneta e uma pequena folha de papel para o psiquiatra do serviço, *rapidinho, apenas anotar a “sigla”*, para ela entregar na escola.

A prática do Ambulatório **interrogava essas demandas**, entendendo que o diagnóstico ao mesmo tempo que orienta certa terapêutica, pode cristalizar o que deveria ser visto como processo, como parte da dinâmica do desenvolvimento infantil. Quando os pais recebem de antemão e de forma objetiva o diagnóstico indicando o nome do transtorno mental de seus filhos, há certo alívio, como já dito anteriormente, mas que pode vir acompanhado por certa conformidade, como se a “doença” fosse inevitável. A literatura indica que quando os hormônios do crescimento não têm motivo social relevante para serem produzidos e usados, a mente e corpo da criança interrompem seus desenvolvimentos, como o caso real da paciente Emília descrito por Werner (2000). Segue um trecho da descrição desse caso:

“Aos quatro anos e meio, Emília teve alta e foi entregue à mãe como deficiente. A equipe de saúde disse à mãe de Emília que ela jamais falaria ou andaria. A mãe de Emília acreditou, então, que não havia mais nada a fazer com a menina. Tinha que se conformar que a filha era uma incapaz, um fardo. Emília, assim, passava a maior parte de sua vida em casa, numa esteira, recebendo apenas comida e cuidados. Aos dezessete anos, Emília media apenas 97 centímetros, não se comunicava nem por palavras, nem por gestos, não andava”. (p.12)

Emília só foi possível começar a se desenvolver e aprender aos dezessete anos idade, quando teve acesso à comunicação com outros seres humanos, ao apropriar-se da linguagem para organizar seu pensamento e, principalmente, ao ressignificar a crença que ela jamais seria capaz de se desenvolver.⁵² Esse caso clínico nos oferece pistas para compreender mais concretamente a concepção dialética de saúde e doença, assim como a possibilidade de transformação do biológico pelo social. Pensamos que, dependendo da forma como o profissional faça e anuncie esse diagnóstico à família, este pode, muitas vezes, interromper uma potência, um fluxo, um desejo de aprender, limitando ainda mais a criança ao invés de potencializá-la. Se for concebido como determinista, o diagnóstico pode inibir qualquer possibilidade de investimento afetivo e social por parte da família e, sem expectativas, a predição dos diagnósticos acaba transformando-se em realidade.

A prática do Ambulatório adotava como referência o terceiro modelo metateórico citado no subtítulo anterior: **o histórico-cultural**. Para Vigotski (1987), principal representante dessa abordagem, a participação do outro na constituição do sujeito é fundante, e esse processo não é mecânico e linear, tampouco decorre da ação isolada de um indivíduo ativo sobre o meio, mas envolve um processo constitutivo recíproco (WERNER, 2015). A principal diferença entre esse modelo e os outros dois descritos (mecanicista e organicista) é que se parte do pressuposto que as relações sociais não simplesmente “condicionam” ou “estimulam” a criança, mas a constituem como sujeito, produzindo subjetividades. O sujeito não é, desse modo, representado nem pela metáfora de uma máquina nem por um organismo vivo, mas por um corpo social.

Afinado às concepções da Psicologia Histórico-Cultural, o Ambulatório partia do pressuposto que o próprio desenvolvimento biológico da criança poderia ser transformado pelo e no social, compartilhando a ideia de que o social não apenas “interage” com a dimensão biológica do sujeito, mas é capaz de criar novos sistemas funcionais. Vigotski (1998), ao tratar do desenvolvimento das funções psíquicas superiores, defende o caráter dialético e contínuo do desenvolvimento humano, podendo sua composição biológica ser ampliada e alterada significativamente por meio da experiência social, enfatizando a importância dos processos de aprendizado para o desenvolvimento do sujeito desde seu nascimento. É o aprendizado que possibilita o despertar de processos internos de desenvolvimento que, não fosse o contato do indivíduo com certas experiências culturais,

⁵² Para mais detalhes, sugere-se a leitura do terceiro capítulo do livro citado.

sociais, educacionais (como no caso Emília), não ocorreria. A atenção, por exemplo, é uma função psíquica superior construída ao longo do desenvolvimento infantil, nos processos educativos, que dependem dos mediadores culturais disponíveis às crianças. Conforme Meira:

“Não se trata de esperar que as crianças naturalmente sejam atentas na escola, independente dos conteúdos, da qualidade do trabalho pedagógico e das necessidades e possibilidades do desenvolvimento infantil. (...) É um verdadeiro contrassenso que a escola exija da criança funções psicológicas superiores em relação às quais deveria assumir um papel diretivo e efetivo”. (2012, p.138-139)

Visto isso, compreendia-se neste serviço que, ao fundamentar sua clínica em diagnósticos fechados e classificações a partir de um interrogatório sugestivo ou instrumentos como testes de QI e de nível de atenção, o profissional estaria estabelecendo limites a priori para o desenvolvimento do sujeito, predizendo de forma determinista um potencial do sujeito que só pode ser concebido **na relação** com o outro. (VIGOTSKI, 1998; PATTO, 1993). Portanto, tais ferramentas – muito comuns em avaliações psiquiátricas e psicológicas – seriam úteis apenas para constatar a presença de uma determinada dificuldade, mas nada diriam respeito à natureza dessa dificuldade, tampouco forneceriam informação sobre as estratégias usadas pela criança para a resolução das tarefas ou suas necessidades biopsicossociais. O profissional psi já olharia para a criança partindo da hipótese de que se ela não aprende é porque tem algum defeito mecânico ou orgânico, passível de ser constatado com aplicação de testes psicométricos e/ou exames neurológicos. *Mas como naturalizar algo que provém da relação?*

Sustentando-se na concepção histórico-cultural de desenvolvimento infantil, a prática terapêutica do Ambulatório enfatizava que o foco do atendimento não deveria ser dirigido para o avaliado, enquanto um portador de determinado transtorno mental, mas para a **experimentação** e a relação que seria estabelecida com ele. Esse diferencial permitia que o profissional ultrapassasse a queixa inicial, oportunizando o acolhimento das imprevisibilidades do trabalho, na tentativa de colocar em análise também o que era produzido **na** relação, **durante** o atendimento, de modo a favorecer a experimentação de um tempo menos rígido e acelerado, talvez mais inventivo, a fim de dar conta do que não se conhece e que suscita problemas por fugir às expectativas da escola e/ou da família.

3.5 O atendimento à família e à criança

Percebi que a maioria das entrevistas com os familiares costumavam ser iniciadas com perguntas genéricas, como “por que procurou nosso serviço?” ou “como podemos ajudar?”. Não iniciar o atendimento com perguntas diretas que remetessem à queixa escolar permitia o familiar expor suas motivações, abrindo-se um leque de possibilidades de respostas, que poderiam confirmar ou não a queixa registrada formalmente no encaminhamento da escola ou de outro profissional/serviço. Em outras palavras, observei que, na prática, ao adotar essa postura, evitava-se direcionar a fala do responsável ou da própria criança/adolescente a uma faceta do problema. Com perguntas mais genéricas, eram obtidos dados subjetivos sobre como os responsáveis e o sujeito posicionavam-se frente ao problema, se é que aqueles comportamentos eram vistos por eles como um problema, além de que a investigação desdobrava-se para outras questões para além da queixa inicial. Segundo a Cartilha citada no início deste capítulo, produzida e divulgada pelo Conselho Federal de Psicologia, esse gesto é fundamental para uma prática não medicalizante, para a compreensão das dificuldades apresentadas na queixa escolar, antes de se fechar um diagnóstico que possa apontar para um distúrbio orgânico (CFP, 2015, p.30).

Sendo assim, o Ambulatório concebia as queixas iniciais como **multideterminadas**, ou seja, dependente de diferentes fatores - sociais, familiares, culturais - em que os sujeitos estão inseridos. A utilização de perguntas mais abertas possibilitava o profissional investigar questões comportamentais e de aprendizagem que envolvessem diferentes contextos, não só o escolar e, caso o discurso dos responsáveis ressaltasse somente as dificuldades da criança na escola, questionava-se sobre seu dia-a-dia, a dinâmica familiar, o funcionamento, suas relações afetivas e atividades de interesse dentro e fora da instituição escolar. Afinal, “se algo não vai bem na aprendizagem de um determinado aluno, muitos aspectos devem ser observados e relacionados”, conforme o Conselho (CFP, 2015, p.6).

Para aprofundar as informações fornecidas pelo relatório escolar e, ultrapassar a queixa inicial, o CFP sugere perguntas que podem ser feitas aos familiares, como:

“Como estuda? O que faz quando está com dificuldades? Procura ajuda e, se procura, encontra-a em alguém da família? Sente-se desanimado e abandona as tarefas que apresentam desafios ou busca resolvê-las até o final? Os pais sabem se o professor já tentou ajudar a criança na escola e de que formas? A criança se interessa por outras atividades de escrita e de leitura além das escolares? Quais são as

situações sociais de leitura e escrita sobre as quais se mostra interessada e atenta?” (CFP, 2015, p.29)

Perguntas semelhantes a essas também eram feitas no serviço e, inclusive, diretamente às crianças e aos adolescentes, procurando saber do que gostavam e do que desgostavam na escola, que assuntos e conteúdos tinham mais facilidade e mais dificuldade, que estratégias de aprendizagem costumavam utilizar quando não conseguiam realizar alguma tarefa etc. Quando perguntávamos o que o paciente pensava sobre a escola, como se sentia em sala de aula e suas relações com professores e outros colegas, e emergiam respostas como *estudar não é pra mim* ou *não gosto de ler*, interrogávamos tais generalizações, pedindo para que a criança citasse exemplos de situações em que suas dificuldades específicas apareciam.

Enquanto manifestavam-se durante o atendimento, ouvíamos suas explicações com atenção, pois acreditávamos que isso permitiria observar suas dificuldades e potencialidades e elaborar estratégias de trabalho para os próximos encontros, selecionando materiais de interesse comum. Caso não fosse entendida alguma gíria ou colocação, principalmente com as crianças mais novas, perguntávamos: “*Você quis dizer que ...?*”, sempre mostrando interesse pelo conteúdo de suas ideias. Era fundamental quebrar a lógica da generalização, própria dos rótulos e diagnósticos apressados, muitos deles já incorporados pelas crianças e adolescentes. Até porque reconhecia-se de forma crítica que há certa seletividade social na escola, uma vez que os padrões culturais e linguísticos que as crianças das classes populares trazem para as salas de aula, muitas vezes, são desqualificados pois a escola, no entanto, trabalha com padrões pautados pela cultura da classe média⁵³.

Em seguida, portanto, explorávamos outras situações em que a escrita se fazia presente, fora do ambiente escolar. “*Mas você não gosta de ler nada? Nem aquelas revistinhas em quadrinhos da Turma da Mônica e do Chico Bento?*”. Aos mais velhos, eu costumava perguntar a respeito das redes sociais: “*Você não gosta de escrever nem na sua página do facebook? Não conversa com seus amigos nem por whatsapp?*”. Frequentemente, respondiam com um sorriso tímido, confirmando a nossa suposição, a de que tinham dificuldades ou não gostavam de **apenas** certos tipos de textos, que, geralmente, eram os que circulavam nos livros didáticos.

⁵³ Sobre essa questão, são sugeridas as obras produzidas por Maria Helena Souza Patto, como “Introdução à Psicologia Escolar” e “A Produção do Fracasso Escolar”, e pelo sociólogo Pierre Bourdieu, como “Reprodução Cultural e Reprodução Social”.

Sobre seus comportamentos, era possível interrogar sobre como eles percebiam seu aprendizado e condutas na escola e em outros contextos, assim como a que atribuíam essa forma de se relacionar com colegas e professores. Conforme essas respostas eram delineadas, emergia ali um sujeito singular, com uma narrativa construída na teia de relações sociais em um determinado contexto histórico, familiar, educacional. Dessa forma, era possível pensarmos estratégias de acolhimento, alívio e resolução de seu sofrimento sem que nossa intervenção despotencializasse em seu papel de aprendiz. (CFP, 2015).

Além de constatar algumas falas bastante incisivas, como “*não sei ler*” ou “*sou burro mesmo*”, notava que para algumas crianças suas dificuldades pareciam ser tão grandes que elas próprias transformavam-se na dificuldade. Dessa forma, chegavam ao serviço, muitas vezes, já se identificando como doentes. “*Meu nome é João e eu tenho TDA/H, tia*”. “*Sou Brenda e minha mãe disse que tenho TOC*”. Sou bipolar, sou autista, tenho dislexia. Sentiam-se desmotivados para ir a escola, eram retirados de sala, respondiam com agressividade quando não entendiam alguma matéria: comportamentos “justificados” por eles, inclusive, em função de uma doença, de um defeito biológico, que supostamente teriam. Ou seja, suas identidades passavam a ser construídas - ou, ainda pior, restritas - a partir de suas dificuldades.

“O corpo biológico passa a ser visto como aquilo que nos define enquanto sujeitos... Nosso sofrimento psíquico, nossos medos, angústias, comportamentos e emoções, sejam eles normais ou anormais, devem, necessariamente, ser de origem e causa biológica, caso queiram ser considerados reais e legítimos. É nesse sentido que as pessoas estão descrevendo a si e aos outros através de uma linguagem somática”. (CALIMAN, 2012, p.6)

Esse trecho retirado o artigo “Os biodiagnósticos na era das cidadanias biológicas” (2012) nos ajuda a pensar essa questão, quando se afirma que os bio-diagnósticos não funcionam apenas como tecnologias que controlam, classificam e estigmatizam, mas, na era das cidadanias biológicas, participam ativamente da produção do que Ortega (2003) e Lima (2005) chamaram de bioidentidades. Preocupando-se com essa questão, os profissionais do Ambulatório atentavam para o **lugar subjetivo** que era designado à criança ou adolescente desde sua primeira entrevista, fazendo um movimento para desconstruir esses discursos e encontrar as facilidades, os desejos, as singularidades daquela criança em meio à lista de dificuldades relatadas por seus responsáveis, pela escola e por elas, inclusive.

A aprendizagem para Vigotski é entendida como processo de construção de significados, de sentidos, com avanços e retrocessos. A educação escolar é vista como uma prática social (PATTO, 2006), cabendo aos pesquisadores, psicólogos e pedagogos atentarem-se para a relação entre o desenvolvimento e aprendizagem do aluno e seu contexto social e cultural. Primeiramente porque considera-se que não há desenvolvimento pessoal à margem de uma sociedade e de uma cultura. Os processos de individualização (de identidade pessoal) e de socialização (incorporação a uma sociedade) são duas vertentes de um mesmo processo. E, em segundo, porque a escola deve levar em conta o que acontece fora dela, a transformação da sociedade e a produção de outros saberes. Conforme Hernández, “as circunstâncias sociais, culturais e históricas produzem formas de representação da realidade e respostas para diferentes problemas” (1998, p.63). Ou seja, o currículo não pode ser uma representação do conhecimento fragmentada, distante do contexto dos alunos. Não basta o aluno ter o conhecimento, se não sabe onde e quando usá-lo. Daí a importância da escola em situar seu conteúdo, em contextualizá-lo.

Enfatizando a importância da afetividade na relação ensino-aprendizagem, Vigotski compreende a formação das funções psíquicas superiores a partir de unidades-signos, nas quais afeto e cognição são processos indissociáveis, sendo que somente o significado da experiência pode determinar a “carga afetiva” necessária a internalização das relações sociais e terapêuticas (WERNER, 2015). O Ambulatório, fundamentado na perspectiva desse autor, adotava em sua prática terapêutica a abordagem afetivocognitiva, preocupando-se que a aprendizagem fosse significativa para os sujeitos, de modo a estabelecer relações entre seus conhecimentos prévios e os novos, atribuindo-lhes algum significado e favorecendo suas construções subjetivas. Entendia-se que o processo “afetar” e “ser afetado” é o responsável pela valorização de determinados elementos em detrimento de outros, podendo ser entendido enquanto um regulador da ação da criança: o afeto faz com que a criança procure ou evite certas experiências, pessoas e ambientes. (DAVIS & OLIVEIRA, 2010).

Nesse sentido, no atendimento à criança, não era valorizado o produto ou a quantidade de conteúdos que aprendeu ou deixou de aprender, mas o processo de aprendizagem e o grau de significatividade desses conteúdos (ibid. p.177-179; HERNÁNDEZ & VENTURA, 1998, p.62). *Em que ajudaria a essa criança - que se denomina de burra ou doente e que já tem uma auto-estima baixa por não se adaptar ao processo de escolarização - aplicar um teste psicométrico e emitir um parecer afirmando um QI abaixo da média?* Constaríamos apenas

que há uma dificuldade, corroborando o que já se afirma na queixa escolar. *Mas como atuar frente à ela, que estratégias usar?*

A partir de perguntas como estas, é possível analisarmos que o principal objeto do trabalho terapêutico seria o de construir com o paciente os processos afetivo-cognitivos que permitam o desenvolvimento de seu autocontrole e novas formas de operar a realidade. (WERNER, 1999, 2015) O sujeito, antes de tudo, deve se sentir afetado pelo “outro”, pelo mediador, seja pelo professor, seja por nós do serviço de saúde. Nesta concepção, o pesquisador e profissional coloca-se como elemento que faz parte da situação que está sendo estudada, sendo sua ação no ambiente e os efeitos dessa ação materiais, também, relevantes para a pesquisa (OLIVEIRA, 2010, p. 65).

No Ambulatório, os profissionais, extensionistas e monitores, na condição de examinadores, envolviam-se ativamente nas atividades durante o atendimento ao paciente, sendo vistos como parte integrante do processo de regulação do comportamento, afetando necessariamente o examinando. Não havia qualquer tentativa de aproximar a clínica psiquiátrica ou psicológica a uma prática pretensiosamente objetiva e neutra, com os mesmos parâmetros positivistas descritos no Capítulo 1, pois era entendido que o profissional deveria ser incluído no campo de investigação e - como qualquer ator social que participe do processo de interação - considerado para efeito de análise.

Vale dizer ainda que esta dissertação caracteriza como fundamental o trabalho que era desenvolvido, a partir dos atendimentos neste Ambulatório, com os estudantes da Universidade Federal Fluminense. A técnica baseada no conhecimento biomédico e na racionalidade científica moderna ainda constituiu-se como núcleo central da formação curricular, não só da Medicina, como também de outros cursos da Saúde e Educação, como Psicologia, Nutrição, Pedagogia e Educação Física. A naturalização de seus saberes, assim como de seus objetos de intervenção, têm permitido na formação desses especialistas a construção de noções equivocadas e propostas de trabalho medicalizantes e normalizantes, restritas ao acompanhamento e à confirmação ou não de um desenvolvimento infantil já previsto.

Por esse motivo, torna-se um diferencial o trabalho desenvolvido neste Ambulatório, pois este não era voltado apenas para o atendimento à comunidade, mas também atuava na esfera do ensino, na **formação** dos estudantes da UFF, de futuros profissionais e na extensão à comunidade. O Ambulatório fazia parte da Rede Geal de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, estabelecendo diálogo com outras atividades de pesquisa e extensão, tendo um

importante papel político⁵⁴ na instituição, ao produzir conhecimento e contribuir para determinada linha de pensamento dentro da universidade.

Esta dissertação parte do princípio que o problema de medicalização requer duas posições complementares, uma ocupada pela criança “doente” e outra por aquele que propõe a cura. Havia, portanto, uma preocupação, por parte do coordenador do Ambulatório, também professor da Universidade, de levar para suas disciplinas do curso de Medicina e para aquelas oferecidas aos outros cursos, essa clínica diferenciada, seja discutindo casos clínicos, seja possibilitando a discussão de diferentes concepções de desenvolvimento infantil que os acadêmicos fazem sobre o tema da medicalização. Afinal, ainda que os serviços e os profissionais de saúde não sejam os únicos responsáveis pelo processo de medicalização, como já foi reiterado neste trabalho, é importante refletir que, “com frequência, reforçam ou deixam de problematizar esta situação ao embasarem suas ações unicamente em conhecimentos biomédicos e em procedimentos que visam ao êxito técnico”. (CFP, 2015, p.17)

O enfrentamento das dificuldades vivenciadas no processo de escolarização, conforme a perspectiva dessa dissertação, afinada a abordagens que transcendam a esfera individual, requer tanto um trabalho com a formação dos futuros médico, psicólogo, educadores físicos, pedagogos, quanto um trabalho interdisciplinar no serviço de atendimento. Para o fortalecimento do trabalho em equipe no Ambulatório, eram feitas reuniões periódicas para organização do trabalho, compartilhamento de instrumentos de registros, discussão de casos, com profissionais, extensionistas, monitores, mestrandos e doutorandos.

A partir da prática nesse serviço, analisamos que o discurso medicalizante - seja do médico, do psicólogo, dos pais ou do professor - não apenas como efeito de fatores históricos, sociais e políticos, mas um produtor de realidade. Tinha-se, portanto, o cuidado em não considerar sua prática clínica como um espaço neutro, mas como um dispositivo que, como qualquer outro, corria o risco de, ao operar nos corpos de seus pacientes, constituir-lhes e lhes garantir a visibilidade enquanto alunos-problema, crianças-que-não-aprendem, sujeitos doentes e que precisariam ser corrigidos e normalizados.

⁵⁴ O termo político aqui não remete à ideia de partido político, mas às relações de poder e saber que se fazem presentes na Universidade.

3.6 O olhar para a “falta” e seus efeitos nas práticas escolares e terapêuticas

É comum em pesquisas científicas e certos modelos clínicos de avaliação existir um cuidado especial para que se considere apenas as conquistas que já estão consolidadas na criança, isto é, o que ela já domina completamente e exerce de forma independente. No dia-a-dia, também, as pessoas normalmente referem-se ao desenvolvimento de uma criança buscando compreender até onde ela já chegou, em termos de um percurso que, supõe-se, será percorrido por ela. *Ela já sabe falar? Já sabe construir uma torre com cubos de diversos tamanhos? Já sabe amarrar o tênis?* E para demonstrar que possui certa capacidade, a criança deve cumprir a tarefa sozinha, sem necessitar de ajuda do adulto.

Nas avaliações escolares, nota-se a mesma conduta. O aluno, separado por fileiras e distante de seus pares, deve permanecer em silêncio para fazer a prova e “demonstrar” seu conhecimento. Nota-se que com o passar dos anos escolares, os modelos de avaliação ficam cada vez mais restritos a provas objetivas e sem consulta. O professor, por sua vez, acaba assumindo quase que uma função de “vigia”, por apenas observar passivamente a turma. Nesse sentido, tornam-se comuns certas falas de professores em dias de prova, como “*Hoje não me perguntem nada, esqueci tudo*” ou “*O que tinha que falar, eu já falei nas aulas*”. Quanto à correção da prova, raramente considera-se o processo, as estratégias particulares utilizadas por cada aluno, seu raciocínio lógico matemático que levou a determinado resultado. Na resolução de uma equação ou de uma questão de física, importa a resposta final. *Está certo ou errado?* Dificilmente considera-se o “meio-certo”, invisibilizando todo o caminho, todo o raciocínio percorrido pelo aluno para tentar solucionar a questão.

Contudo, conforme exemplifica Marta Kohl Oliveira, em seu livro “Aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio histórico” (2010):

“Há tarefas que uma criança não é capaz de realizar sozinha, mas que se torna capaz de realizar se algum lhe der instruções, fizer uma demonstração, fornecer pistas durante o processo. No caso da construção torre de cubos, por exemplo, se um adulto der instruções para a criança (“Você tem que ir pondo primeiro o cubo maior de todos, depois os menores” ou “tem que fazer um jeito que a torre não caia”) ou se ela observar uma criança mais velha construindo um a torre ao seu lado, é possível que consiga um resultado mais avançado do que aquele que conseguiria se realizasse a tarefa sozinha”. (p.59)

Vigotski denomina a capacidade da criança de realizar tarefas de forma independente, sem auxílio de adultos ou outras crianças mais experientes, como “desenvolvimento real”

(1998). Porém, o autor enfatiza que não se deve apenas atentar para o desenvolvimento real da criança, mas também, e principalmente, para o desenvolvimento de sua capacidade de desempenhar tarefas com a ajuda de adultos ou de interlocutores mais competentes. O conceito de Zona de Desenvolvimento Iminente⁵⁵ ocupa um lugar central em sua teoria, referindo-se à “distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de desenvolvimento iminente, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes” (VIGOTSKI, 1998, p.112). A relação entre os processos de desenvolvimento e aprendizagem, segundo essa perspectiva, portanto, não é compreendida como idêntica para todos os sujeitos (mecanicismo), nem como um processo que subordina a aprendizagem ao desenvolvimento (organicismo), mas envolve a participação de um outro nesse processo, onde o intrapessoal é construído e transformado a partir das relações interpessoais.

Os efeitos dessa concepção de Vigotski para o ensino escolar é imediato. Se o aprendizado impulsiona o desenvolvimento - ou seja, se é por meio da aprendizagem (significativa e não mecânica) que resulta o desenvolvimento das funções psíquicas superiores - então a escola tem um papel essencial na produção das subjetividades dos indivíduos que vivem em sociedades escolarizadas. Nesse sentido, caberia ao professor transferir gradualmente o controle da atividade até que o próprio aluno seja capaz de controlar por si mesmo a tarefa, isto é, ganhe autonomia, além de facilitar novas experiências que levam os alunos a outras situações e problemas. Entendemos que, outro papel importante do educador, seria o de ajudar o educando a sintetizar suas experiências e a fazer uso de estratégias de aprendizagem mais criativas e eficientes (HERNÁNDEZ, 1998). É, portanto, na Zona de Desenvolvimento Iminente que a interferências de outros indivíduos é mais transformadora.

Visto isso, afirma-se não ser possível falar de aprendizagem se não houver um aluno que participe ativamente do processo educativo. Em diálogo com a escola, o Ambulatório considerava fundamental observar que tipo de prática era exercida: se utilizavam-se de métodos pedagógicos muito tradicionais, voltados à memorização, transmissão de conteúdos, com exercícios clássicos, como cópias, ditados, interpretação de textos, ou se havia variação

⁵⁵ Prestes (2012), ao revisitar as obras de Vigotski, faz algumas considerações referentes às traduções de determinados termos da teoria histórico-cultural para a língua portuguesa, como é o caso do conceito de “zona de desenvolvimento iminente”. Frequentemente, encontramos esse conceito traduzido por zona de desenvolvimento proximal ou zona de desenvolvimento imediato. Contudo, por “zona de desenvolvimento iminente” ser o termo utilizado pelo serviço do Ambulatório, optamos por esta nomenclatura nesta dissertação.

de atividades, valorizando os usos sociais da escrita e da leitura. Entendendo que as práticas não-medicalizantes, tanto na escola, quanto na clínica devem valorizar a diversidade e os diferentes modos de aprender, muitas das produções dos pacientes ficavam expostas em murais no serviço e eram compartilhadas com os pais. Na conversa com os pais, eram incentivados a procurarem os professores buscando esclarecer dúvidas pedagógicas, reforçando com eles a ideia que: as atividades mais significativas levam a uma integração maior do conhecimento e que um ambiente que considera a singularidade de cada um pode produzir crianças mais curiosas, potentes, criativas na apropriação da linguagem escrita.

A pesquisa socio-histórica de Vigotski procura explicar a relação ensino-aprendizagem partindo de que desenvolvimento da inteligência é determinado por ações mútuas entre o indivíduo e o meio social. O homem não “nasce” inteligente, mas também não é passivo sob a influência do meio. Entende-se que o indivíduo responde aos estímulos externos de forma ativa, agindo sobre eles, e, com isso, desenvolvendo suas funções psíquicas superiores. (COLL, MARCHESI & PALACIOS, p.36-38, 2004). Assim, a aprendizagem deixa de ser vista como a interiorização de um conjunto de fatos objetivos ou uma leitura direta da experiência, e passa a ser entendida como uma ação recíproca de construção, a medida que o indivíduo não apenas transforma sua realidade, como também se desenvolve nela. Nesse sentido, adota-se uma visão bidirecional e não-hierárquica das relações de conhecimento, onde a atenção volta-se para a construção de conhecimento a partir das relações entre professor-aluno e aluno-aluno. O conhecimento é compreendido como algo que se constrói, dinâmico e que se dá na relação com o outro, fazendo com que haja um deslocamento na posição professor: ele não somente ensina, mas também aprende. (COLL, MARCHESI & PALACIOS, 2004, p.175; HERNÁNDEZ, 1998, p.83)

“O aluno deve se manter ativo no processo educativo fundamentalmente porque essa é uma condição indispensável à apropriação dos conteúdos escolares. Esclarecida a importância e o sentido da atividade dos alunos para o desenvolvimento de propostas educacionais qualitativamente superiores, cabe indagarmos o que seria a hiperatividade. Qual seria o limite existente entre um aluno que participa ativamente e um aluno considerado hiperativo? De quais fenômenos estamos tratando? Doenças ou desvios da norma? Transtornos ou não adaptação à ordem estabelecida?” (MEIRA, 2009, p.3)

A partir dessas considerações, é possível pensar a respeito do direcionamento das práticas terapêuticas e dos modelos avaliativos da clínica médica, psicológica ou

psicopedagógica. O olhar do profissional não deve ser o de procurar o que falta, como “falta atenção”, “falta disciplina”, “falta coordenação motora”, pois, nesse caso, cairia-se na lógica medicalizante, à medida que questões de diferentes ordens seriam traduzidas por déficits localizados **nos** indivíduos, estabelecendo limites *a priori* para os sujeitos (WERNER, 1999, p.11). Ao invés disso, a avaliação diagnóstica deveria, segundo o autor, propiciar conhecimento sobre as possibilidades ou potencialidades de funcionamento, para, assim, construir condições sociais de superação e formação de capacidades.

“Nessa direção, as práticas terapêuticas da abordagem afetivo-cognitiva podem ser variadas e diversificadas e incorporar, inclusive, técnicas utilizadas em outras abordagens. A diferença reside no eixo da ação terapêutica, que não estará centrada nem no sujeito, nem na técnica em si, mas nos “processos interativos em ocorrência”, na “permanente produção de sentido” que envolve os interlocutores e no “contexto históricosocial-cultural” que determina, em última instância, o significado e o sentido da experiência.” (WERNER, 2004, p.84)

A Cartilha do CFP (2015) complementa essa ideia, afirmando que o olhar, seja do clínico, seja do professor, deve voltar-se para a relação que irá estabelecer com aquela criança, para tudo que situa as condições do início e de todo o decorrer do processo que gerou a questão. Ou seja, para “perguntas que nos levem a entender quando, por quê, para quê, com quem, para quem, onde o problema se encontra nos mostram esse caminho”. (p.7) Por uma lista quase sem fim de queixas, era possível perceber o paradigma metateórico de desenvolvimento infantil que produzia o discurso da escola, da família, de outras instituições por onde a criança já passara. Se, durante a avaliação da criança, o profissional restringisse sua atenção a essas queixas iniciais, não conseguiria olhar para as habilidades da criança já desenvolvidas e o que já houve de avanços para ela **quase** desenvolver, ficando o trabalho terapêutico imobilizado e direcionado apenas nas faltas, na correção de suas dificuldades.

Na verdade, qualquer criança com problemas de aprendizagem ou de comportamento na escola provoca, no professor, no pedagogo, nos pais, um sentimento de fracasso. Contudo, é o enfrentamento das dificuldades que, justamente, mobiliza o ato de aprendizagem. Nesse sentido, o Ambulatório atentava-se, ainda, para as estratégias de aprendizagem utilizadas, de forma singular, por cada criança. O uso estratégico do conhecimento diz respeito ao reconhecimento do problema e o planejamento de uma ação para enfrentá-lo. As estratégias podem ser entendidas enquanto reguladoras de nossas ações, sendo particulares e situadas

pois não são habilidades isoladas (se dão à medida que o problema exige) e nenhuma estratégia única funciona o tempo todo.

Além disso, as estratégias estão relacionadas à novidade e à incerteza, pois frequentemente o uso de estratégias não requer do aluno uma repetição de conhecimento preestabelecido, mas a geração de novos conhecimentos em situações mais abertas e complexas, que tornam impossível a aprendizagem como piloto automático (DOCKRELL & MCSHANE, 2000). Sendo assim, ressalta-se que é possível que algumas crianças já atuem de forma estratégica diante de uma tarefa, tomando notas, sublinhando palavras-chaves em textos, organizando as informações por classes ou índices, por exemplo.

Para alguns sujeitos, pode não estar tão clara a relação entre o uso de estratégias e o desempenho na tarefa. Cabe ao professor ou o profissional de saúde assumir o papel de um mediador, cuja função seria a de facilitar a aprendizagem de algumas de suas estratégias, explicitando ao paciente avaliado sua eficácia ou fracasso para uma melhor tomada de decisão naquele tarefa da avaliação (COLL, MARCHESI & PALACIOS, p.145-150, 2004). Tem-se como principal objetivo que o aluno de forma gradual aproprie-se de um trabalho reflexivo e estratégico que lhe permita analisar em cada caso as condições relevantes para resolver as diferentes atividades. Nesse sentido, resalta-se a importância do conhecimento metacognitivo: as crianças precisam saber quando, onde e como aplicar as estratégias, ou seja, saber sobre seus próprios processos cognitivos. (ibid. p.154-155).

É o domínio e conhecimento dessas estratégias que permite que o estudante organize e dirija seu próprio processo de aprendizagem. Quando a criança em uma avaliação emite uma resposta incorreta, é preciso alertá-la sobre o procedimento adotado que a levou a cometer o erro, localizando-o e explicando-o. O que acontece é que nem sempre existe reflexão sobre os erros. Na escola, valorizam-se somente os resultados: há respostas certas ou erradas. Poucas vezes o “meio certo”, o **processo**, ganha visibilidade na avaliação. Um exemplo disso é a importância que se dá na nota no boletim ou no Exame Nacional do Ensino Médio, que é mais valorizada do que a apropriação do conhecimento pelo aluno. Conforme Sousa, (1995): “os alunos não discutem o que estão aprendendo, se estão aprendendo, o sentido do que estão aprendendo, mas que nota tiraram e em que disciplina estão com ou sem ‘média’” (p.17.). Na clínica observamos o mesmo movimento. Se o paciente não corresponde ao modelo idealizado, se apresenta um ritmo de aprendizagem diferente do desejado, constatado a partir de um teste psicológico ou de uma breve entrevista semi-estruturada, o profissional, afinado ao discurso medicalizante, atribui à sua dimensão orgânica o seu não aprender.

Dessa forma, mesmo que não lido imediatamente, o relatório produzido pela escola era tomado pelo Ambulatório como um material interessante a ser analisado junto à família na entrevista, à medida que se procurava, em meio às descrições das dificuldades do aluno, dados também sobre as suas qualidades, estratégias comumente usadas e potencialidades. Partindo do pressuposto que toda criança tem a capacidade de aprender, entendia-se que acertos e erros faziam parte do processo, sendo que cada criança construiria uma relação própria e de significatividade com seu ato de aprender, uma estratégia própria para concluir as tarefas e desafios.

Percebe-se, desse modo, que, na perspectiva histórico-cultural adotada pelo Ambulatório, a explicação para as dificuldades de aprendizagem não recaí sobre o aluno, rotulando-o de deficiente ou de imaturo, mas se enfatiza os processos de interação social. Os atendimentos, nessa direção, eram realizados, preferencialmente, em conjunto com outras crianças (da mesma faixa etária ou não), para que fossem observadas as relações da criança identificada como paciente com outros interlocutores. Considerando a heterogeneidade como um ingrediente fundamental, as atividades em grupo eram valorizadas nesse trabalho, pois, se bem conduzidas, permitiam a cooperação e interação entre os participantes.

Jogos educativos, dominós, palavras cruzadas, Imagem & ação, Perfil e outros jogos de tabuleiro eram usados como materiais durante o exame psíquico, pois permitiam o profissional trabalhar com a interpretação, o desenho, a leitura e a escrita da criança. Os monitores do Ambulatório selecionaram, ampliaram e plastificaram tirinhas da Turma da Mônica, com histórias sem balões, sem falas ou com apenas cinco quadrinhos que possibilitavam atender a diferentes faixas etárias. Por conta de a avaliação ser feita, preferencialmente, em conjunto com outras crianças, esses jogos permitiam observar sua colaboração e produções em grupo. Apontar os acertos também era fundamental, pois, muitas vezes, apenas são mostrados os “erros” da escrita, na escola, na avaliação psicopedagógica. Era importante, pois, reforçar o comportamento da criança, elogiando, por exemplo, sua criatividade ou alguma estratégia satisfatória adotada por ela para solucionar determinada tarefa.

Tendo em vista a importância da interação social na formação das funções psíquicas superiores, no desenvolvimento infantil, após a identificação das principais necessidades da criança ou do jovem avaliado, os profissionais do Ambulatório disponibilizavam diversas oficinas terapêuticas ao paciente, tais como: musicoterapia, psicopedagogia individual e coletiva, grupo de alfabetização, grupo de convivência entre jovens, oficina de teatro, terapia familiar individual e grupal, etc. Após verificar com a criança e seus responsáveis suas

possibilidades e interesses por determinada oficina, o paciente então passava a frequentá-la semanalmente. O acompanhamento clínico-psiquiátrico era mantido para se observar a evolução do quadro, atualizarem-se as queixas e as necessidades biopsicossociais, estando os profissionais sempre em contato com os familiares ou outra instituição, caso solicitado ou visto como necessário.

Vale ressaltar que os participantes dessas oficinas eram diversos, conviviam crianças e adolescentes com diferentes questões, tomando o cuidado para que essas oficinas não se configurarem como pequenos centros especializados, produzindo “guetos”, pois entendia-se que isso produzia-se ainda mais a estigmatização dessas crianças⁵⁶. Essas atividades em grupo - assim como os primeiros atendimentos, onde eram acolhidas as queixas dos familiares e feito primeiro atendimento à criança - fundamentavam-se nos processos interativos, avaliando que o processo terapêutico envolve a co-construção de novos processos afetivo-cognitivos, e por meio das relações interpessoais e das mediações, os conhecimentos do sujeito eram resignificados e suas funções psíquicas eram reconstruídas internamente. (WERNER, 2004).

⁵⁶ Com relação a essa questão, sugerem-se as leituras Caliman (2012), Lima (2005) e Ortega (2003) .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação foi iniciada a partir de um estranhamento frente a discursos hegemônicos na área da Saúde Mental que, inseridos na lógica da medicalização, convocavam os estudantes e profissionais a qualificarem-se para identificar nas escolas e nos consultórios as crianças com transtornos mentais, garantindo seus tratamentos ou prevenindo tais doenças mentais, que contavam com grande participação do fator genético. Por conta desse estranhamento, fiz escolhas durante minha formação que me oportunizaram conhecer trabalhos diferenciados e a dialogar com autores potentes, como Foucault, Canguilhem e Vigotski.

O filósofo Michel Foucault foi uma moldura que organizou todo trajeto dessa pesquisa. Seus estudos nos auxiliaram, inicialmente, na discussão do nascimento da Medicina Social. No final do século XVIII, vimos que a Medicina transformou-se num domínio de saber e intervenção ao mesmo tempo intra e extra-asilar, apresentando soluções para problemas que tinham como principais causas as condições sociais e econômicas da vida das pessoas. Foucault, ao analisar genealogicamente a história da Medicina, indagou as formas de poder que têm por alvo o sujeito, nos oferecendo ferramentas para discutir a formação de mecanismos de poder como a **disciplinarização**, que incidia nos hábitos individuais em seus detalhes, e o **biopoder**, que atuava sob fenômenos populacionais e mais gerais.

Afirmamos que as instituições modernas, como a escola e a família, passaram a organizar suas vidas conforme as normas médico-higienistas dessa época, passando o saber médico a **prescrever, classificar e fomentar** comportamentos. Tais políticas de saúde acabaram por alargar as fronteiras do discurso médico e, penetrando em diferentes instâncias da vida, foram responsáveis por produzir modos "**normais**" de atuar e pensar dentro da sociedade, estabelecendo como **patológico** os desvios a esses modos de funcionamento. Assim, o Estado Moderno foi responsável por **produzir subjetividades**: noções de doença e saúde, legitimando práticas de cuidado e autorizando saberes, fazendo aparecer novos objetos, novos conceitos, novas técnicas e também objetificando os sujeitos. Iniciamos esta dissertação, portanto, colocando em análise que condições socioeconômicas e histórias possibilitaram a implantação de todo um aparelho governamental voltado para a **medicalização** dessa população.

Em aliança com autores como CAPONI (2009), SANCHES (2011), WERNER Jr. (1997, 2000), LEMOS, GALINDO & RODRIGUES (2014), entre outros, refletimos que o

poder que, não apenas a Medicina, mas também a Psicologia e as ciências humanas, têm hoje para normalizar a vida social, tem íntima relação com a emergência dessa nova configuração epistemológica do saber médico descrita. Observamos que, muitas vezes, a formação do psicólogo é atravessada por uma epistemologia médica, onde impera o modelo da racionalidade moderna, remetendo a conceitos como “**neutralidade**”, “**objetividade**” e “**universalidade**” nos atos de conhecer, pesquisar e clinicar. Dessa forma, fala-se dos fenômenos psicológicos descolando-os da realidade social e cultural, naturalizando-os, como se fossem Verdades em si. Para contrapor, trouxe algumas impressões e vivências durante minha própria formação em Psicologia (no *Para Início de Conversa* e em alguns trechos do texto), procurando sustentar a afirmação da Psicologia enquanto uma **prática política**, apostando em um território teórico de lutas, que transborda o acúmulo de conteúdos abstratos e “receitas” universais; defendendo uma formação em Psicologia ativa, crítica e reflexiva sobre si e sobre o mundo.

Essas questões finalizaram o primeiro Capítulo, nos levando a construir o seguinte, a partir de interrogações como: *o que acontece quando levamos esse modelo positivista para a clínica, para os serviços em Saúde Mental, para as práticas em educação? Como diferenciar um comportamento normal do anormal?* Entendo que o discurso medicalizante foi produzido a partir de outros discursos, de forças históricas, políticas e sociais, pensamos: *o que a Psicologia, quando afinada a esse discurso, tem a oferecer? O que temos produzido?*

Canguilhem foi um autor central para problematizarmos essas questões. Apropriamo-nos de seus conceitos de “normal” e “anormal” como ferramentas para pensarmos a clínica de outra maneira – desmedicalizada. Percebemos que o discurso da medicalização está intimamente relacionado ao estabelecimento de um padrão de normalidade. A Psicologia e a Medicina nascem, inicialmente, para a **normalização**. Isto é, a retificação dos modos de funcionamento do louco, do degenerado, da “criança-que-não-aprende”, do doente mental, da criança vista como imatura ou com atraso em seu desenvolvimento cognitivo, passando pelas relações familiares, pela sexualidade infantil e a intervir nas instituições escolares e nos processos de ensino-aprendizagem. Em diálogo com Canguilhem, afirmamos que saúde é capacidade de **normatização** da vida. Sublinhamos, assim, a experiência do sujeito no centro da determinação das fronteiras entre o que é normal e o que é patológico, defendendo que as práticas em Saúde e em Educação deveriam voltar-se para os processos de normatização, ao invés de normalização, para a construção de normas para cada vida, que é sempre uma produção **singular**.

Um das principais contribuições de Foucault e Canguilhem para esta dissertação, portanto, foi que a medicalização não se restringe a explicações e modelos biologizantes para abordar fenômenos sociais complexos; mas esta é apenas uma das dimensões que atravessa este discurso. Há um controle da vida e produção de um saber em torno da norma, daquilo que é normal ou não, correto ou não, e, ao estabelecer um campo de comparação, observamos o processo de retificação, de normalização dessas condutas vistas como fora da norma. Além disso, esses autores indicaram que essa exigência de normalização encontra-se no coletivo, partindo-se de normas externas em direção aos corpos particulares, os quais, por sua vez, corroboram e atualizam essas normas. Ao problematizarem o percurso histórico da medicina, Foucault e Canguilhem nos possibilita entender de que maneira as práticas sociais podem constituir domínios de saber e produzir sujeitos de conhecimento. E ainda, sinalizaram que esse movimento de uniformizar a diferença define o modo como a sociedade se relaciona com a saúde de sua população e seus desvios – corroborando a importância em considerarmos esse movimento quando tratamos do tema da medicalização.

No terceiro e último Capítulo, intitulado “*Um pouco de possível, senão sufoco*”, voltamos a atenção para as atividades no Ambulatório Didático de Psiquiatria Infantil - UFF, serviço entendido como uma prática desmedicalizante. Para continuarmos a problematizar o tema da medicalização, elegemos como principal material o discurso de alguns pais frente às questões de seus filhos e a produção da demanda que chegava até nós, registrados em um diário de campo. Atuando no serviço, percebi o quanto era recorrente pessoas procurarem um profissional da saúde a fim de obter respostas que oferecessem uma explicação de fundo biológico, por exemplo, ao *comportamento agitado* da criança, sua *indisciplina*, o porquê de suas dificuldades escolares ou de sua *falta de concentração* nas tarefas durante as aulas. Dessa forma, questões de diferentes ordens (sociais, históricas, pedagógicas, familiares e políticas – multifatoriais, portanto), passavam a ser reduzidas, por um senso-comum, a problemas individuais, orgânicos e, possivelmente, genéticos.

Visto isso, analisamos o Ambulatório como uma prática (muito e potente) possível que escapa a essa lógica padronizadora, normalizadora e segregadora, que atravessa os canais midiáticos, as relações pais-filhos, as expectativas da escola frente às dificuldades de seus alunos etc. Ao discutirmos um pouco sobre sua concepção teórica-metodológica, avaliamos este serviço como uma clínica diferenciada, que exercita um outro olhar, uma **outra escuta de acolhimento** dessas queixas que nos chegam como demanda

Iniciamos, portanto, esse último Capítulo enfatizando que as questões referentes à medicalização e à saúde de um modo geral estão imersas numa **lógica de mercado**, debatendo sobre como a indústria farmacêutica (com seu forte poder político e econômico no cenário atual) vem contribuindo para a medicalização dos modos de existir das pessoas, fomentado e sustentando-se neste discurso. Afinal, quanto mais pessoas forem diagnosticadas com alguma doença ou transtorno, maior a possibilidade da referida população consumir medicamentos e tratamentos para uma modificação de si mesmo, segundo modelos padronizados, desvinculados da vida vivida pelo sujeito. Além disso, propusemos uma breve reflexão diante da tendência contemporânea em incluir cada vez mais pessoas em categorias diagnósticas e sua íntima relação com a “criação” de **novas patologias mentais** - uma vez que, diante de tantos “transtornos” possíveis, ou pelo menos do afrouxamento dos critérios diagnósticos já existentes, torna-se mais fácil identificar-se em algum.

Foi discutido também que as ciências naturais **não** são suficientes para compreender a complexidade da criança, pois seu desenvolvimento é contínuo, eminentemente social e organizado nas e pelas relações interpessoais. Sendo assim, fundamentando-se no modelo metateórico histórico-cultural, a proposta do Ambulatório consistia em pensar o desenvolvimento infantil conforme as especificidades biológicas, psicológicas e sociais dessa faixa etária, e não segundo os modelos hegemônicos de assistência psiquiátrica, baseados no atendimento do adulto, muitas vezes restritos prioritariamente ao tratamento farmacológico. A questão medicamentosa era concebida pela equipe não como principal ou única saída, mas apenas como mais um recurso dentre as demais intervenções possíveis.

A partir do conceito de Zona de Desenvolvimento Iminente, foi sugerido que o processo de ensino-aprendizagem deva ser olhado por uma ótica prospectiva, isto é, o foco não deve ser o que criança aprendeu ou que deixou de aprender, mas sim o que ela está aprendendo – por conta disso, a importância em considerar o examinador no processo. Ao adotar essa postura, percebemos que os responsáveis e a própria criança ou adolescente direcionavam a entrevista clínica, com dados de sua história, fornecendo informações para o profissional compreender os aspectos **multideterminados** que envolvem, necessariamente, as queixas escolares relativas ao comportamento e/ou dificuldade de aprendizagem. Dessa forma, a produção discursiva dos profissionais e alunos extensionistas do Ambulatório ultrapassavam a lógica da medicalização, pois se entendia que as relações de aprendizagem constituem-se em dimensões do campo pedagógico, histórico, social e político que transcendem, e muito, o universo da biologia e da neurologia.

A partir das questões problematizadas nesta dissertação, analisa-se que é o momento de revermos nossas concepções, nossas práticas, nossas éticas. É o momento de interrogarmos *por que ainda há tantos casos de crianças que permanecem anos na escola e continuam analfabetas? Interrogarmo-nos como nossas avaliações clínicas ecoam nessas crianças, na escola, na comunidade e no discurso da família? Que subjetividades temos produzido quando assumimos o lugar de especialistas que reconhecem os transtornos mentais em alunos com dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamento?*

Entendemos que a medicalização das questões escolares tem servido como justificativa para a manutenção da exclusão de grandes contingentes de crianças que, embora permaneçam no processo de escolarização por longos períodos, nunca chegam a aprender de fato os conteúdos escolares. Observamos que as instituições escolares não cumprem suas funções de socialização do saber e produz problemas que serão tratados como demandas para a Saúde. Devemos, portanto, rever com muito cuidado o hábito de encaminhar aos serviços de saúde e a consultórios qualquer criança que apresenta um comportamento ou uma aprendizagem que não correspondem às nossas expectativas. Penso que jamais devemos atribuir às crianças de modo tão determinista as causas de suas dificuldades e sofrimentos. Com essa postura, estaríamos apenas penalizando-as duplamente: deixando de oferecer uma escola de qualidade para toda uma geração e, ao definir que o problema está em seus corpos individuais, traduzido em distúrbios mentais, utilizaríamos de terapias e tratamentos medicamentosos apenas para aliviar o peso do não aprender.

Quando essas crianças chegam aos consultórios e serviços de saúde, por, muitas vezes, o ato educativo é esvaziado e suas vivências restringem-se a resposta de um medicamento para tamponar o “problema”, pois, de fato, reconhece-se que a escola tem sido invadida pelos discursos de especialistas que, com auxílio dos canais midiáticos, impõem seus saberes aos educadores e familiares, como foi dito nesta dissertação. A preocupação que se destaca aqui é com relação aos sentimentos como alegria, tristeza, raiva, medo passarem a ter uma determinada medida, considerada como a mesma para toda uma população e tornarem-se indicadores legítimos diagnósticos patológicos.

E se pudéssemos romper com esse olhar que medicaliza o sujeito indisciplinado, o “aluno-problema”, a criança-que-não-aprende”, o “anormal”? Não seria interessante mudarmos essa lógica, voltando-nos para os processo ensino-aprendizagem e a ampliação das intervenções e ações na escola, de modo a dar visibilidade aos processos e discursos que fazem dessa criança uma disléxica, e que ficam invisíveis quando se tipifica? Se buscássemos

compreender como diferentes contextos e práticas produzem a indisciplina ou a desatenção, talvez então fosse possível trazer para o centro de nossas problematizações as situações de miséria que produzem sentimentos de desesperança, ou, ainda, a degradação das escolas públicas e da saúde pública, a desvalorização do profissional da Educação e a inadequação das propostas pedagógicas.

Por isso, afirmou-se nesta dissertação que, frente ao problema da medicalização, profissionais de saúde e de educação podem atuar para reforçar ou modificar essa situação, conforme seus posicionamentos. Conforme percebemos com algumas cenas trazidas ao longo do texto, é recorrente pediatras, psiquiatras e psicólogos receberem crianças encaminhadas de escolas, com a queixa de que elas não têm capacidade de concentração, de aprender ou de relacionar com os demais colegas e funcionários da instituição. A confirmação desses diagnósticos pode ocorrer através da aplicação de testes psicométricos e provas acadêmicas, por exemplo. Contudo, podemos ter uma leitura mais ampla e consistente desses comportamentos. A falta de atenção numa sala de aula, por exemplo, antes de ser uma incapacidade da criança, pode significar uma falta de motivação decorrente de propostas pedagógicas inadequadas. Há diferentes possibilidades de diálogo entre a Saúde e Educação. É preciso, portanto, que o profissional de educação desautorize essas invasões do discurso medicalizantes, psicologizante, psicanalisante, muitas vezes mascaradas como “interloquções” e “trabalhos em redes”; quando na verdade invisibilizam uma hierarquia de saberes, onde prevalece o da explicação orgânica para qualquer conduta, dificuldade acadêmica ou sofrimento da criança.

Por último, afirma-se a escola, não enquanto uma mera reprodutora de conhecimento, fornecedora de verdades, mas um lugar de criação, propiciando experimentações e diálogos entre os alunos e professores. É papel da escola promover a liberdade de pensamento e aperfeiçoamento dos processos sensoriais, perceptivos e imaginativos, já que é conhecendo, explorando e criando que a criança se constituiu como sujeito. E assumir uma postura desmedicalizante nas práticas escolares e terapêuticas requer refletir sobre nossa atuação ético-política, engajando-nos na proposição de políticas públicas, bem como na produção acadêmico-científica, de modo a produzir e divulgar estudos e argumentos teóricos, propostas operacionais que sirvam de inspiração e sugestão para as outras práticas cotidianas de profissionais e serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, K.F. ROCHA, M. Micropolítica e o Exercício da Pesquisa-intervenção: Referenciais e Dispositivos em Análise. *Psicologia Ciência e Profissão*, v.27, n.4, p.648-663, 2007.
- ANGELL, M. A epidemia da doença mental. *Revista Piauí*, n. 59, ano 5. Rio de Janeiro: Editora Alvinegra, 2011.
- BAPTISTA, L. *A Fábrica de Interiores: a formação psi em questão*. Niterói: EdUFF, 2000.
- BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO O. (Orgs.), *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia*. São Paulo: Cortez, 2007.
- BOURDIEU, P. *Reprodução Cultural e Reprodução Social*. IN: BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. Tradução e organizalçai: Serfio Miceli. São Paulo: Perspectiva, 2007, p. 295-336.
- CALIMAN, L. V. Os bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas. *Cadernos de Subjetividade*, São Paulo, 2012.
- CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis* (online), v.19, n.2, 2009.
- COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. *A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (a patologização da educação)*. Série Ideias, n. 23. São Paulo: FDE, 1994. [Acesso em 01 julho 2013]. Disponível em: <http://www.crmariocovas.sp.gov.br/>.
- COIMBRA, C. M. B. *Guardiães da Ordem – Uma Viagem pelas Práticas Psi no Brasil do “Milagre”*. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.
- COIMBRA, C. M. B. *Psicologia e Política: a produção de verdades competentes*. 2002. Disponível em: <<http://www.slab.uff.br/textos/texto67.pdf>>. Acesso em: 2 julho 2016.
- COLL, C.; MARCHESI, A.; PALACIOS, J. (e cols). *Desenvolvimento psicológico e educação*. Volume 2. 2ª Edição. Porto Alegre: Editora Artmed, 2004.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Subsídios para a campanha Não à medicalização da vida, medicalização da educação*. 2012
- _____. *Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde: grupo de trabalho educação e saúde do fórum sobre medicalização da educação e saúde*. São Paulo. Reimpressão da 1ª Edição Revista. Fevereiro, 2015.
- DANTAS, J. B. Formar psicólogos: por quê? para quê? *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 22 – n. 3, p. 621-636, 2010.
- DAVIS, C.; OLIVEIRA, Z. M. R. *Psicologia na educação*. São Paulo: Editora Cortez, 2010.

- DELEUZE, G. *Conversações*. Tradução: Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- _____. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 2005.
- DOCKERELLII, J.; MACSHANE, J. *Crianças com dificuldade de aprendizagem: uma abordagem cognitiva*. 1ª Edição. Editora: Artmed, 2000.
- FOUCAULT, M. *Os Anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001. [original de 1975]
- _____. *Em defesa da Sociedade*, 1999a [original de 1976]
- _____. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1999b. [original de 1976]
- _____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995. [original de 1979]
- GUARIDO, R. I. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*. v.33, n.1. São Paulo, 2007.
- _____. *O que não tem remédio, remediado está: Medicalização da vida e algumas implicações do saber médico na educação*. Tese de Mestrado – Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.
- HERNÁNDEZ, F. Os projetos de trabalho e a necessidade de mudança na educação e na função da escola. *Transgressão e mudança na educação: os projetos de trabalho*. Porto Alegre: ArtMed, 1998.
- HERNÁNDEZ, F. VENTURA, M. Os projetos de trabalho: uma forma de organizar os conhecimentos escolares. *A Organização do Currículo por Projetos de Trabalho*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- LEMONS, F. C. S.; GALINDO, D.; RODRIGUES, R. D. Processos De Medicalização De Crianças E Adolescentes Nos Relatórios Do Unicef. *Pesquisas e práticas psicossociais – PPP* – 9 (2), São Joao del-Rei, julho/dezembro, 2014.
- LIMA, R.C. *Somos todos desatentos?: O TDA/H e a Construção de Bioidentidades*. Rio de Janeiro: Relume. Dumará, 2005.
- LOURAU, R. RODRIGUES, H. B. C. (Org.). *René Lourau na UERJ*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.
- MACHADO, R. *Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.
- MARTINS, L. A. M. & PEIXOTO JÚNIOR, C. A. Genealogia do biopoder. *Psicologia e Sociedade*, 21(2),157-165, 2009.

- MARAFON, G. *Vida em judicialização: efeito bullying como analisador*. Tese de doutorado – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2013.
- MEIRA, M. E. M. Para uma crítica da medicalização na educação. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*. São Paulo, v.16, n.1, 2012, p. 135-142.
- _____. A medicalização e a produção da exclusão na educação brasileira à luz da Psicologia Histórico-Cultural. In: *XV Encontro Nacional da ABRAPSO, 2009, Maceió*. Anais de Trabalhos Completos – XV Encontro Nacional da ABRAPSO, 2009, p.1-8.
- MIRANDA, C. A. C. *Da Polícia Médica à Cidade Higiênica*. Cadernos da Extensão, n.1. Recife: Pró-Reitoria de Extensão – PROEXT/UFPE: Ed. Universitária da UFPE, 1998.
- MOYSÉS, M. A. A. *A institucionalização invisível: crianças que não-aprendem na escola*. Campinas, SP: Mercado das Letras / São Paulo: FAPESP, 2001.
- MOYSÉS, M.A.A.; COLLARES, C.A.L. Rotular, classificar, diagnosticar. A violência dos laudos. *Jornal do GTNM-RJ (Grupo Tortura Nunca Mais)*. Rio de Janeiro, 2002.
- _____. Medicalização: elemento de desconstrução dos direitos humanos. *Direitos Humanos: O que temos a ver com isso?* (CRP org.). Rio de Janeiro, 2006.
- PASSOS, E; BENEVIDES, R. B. Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Revista Lugar Comum*. Rio de Janeiro, n. 19-20, p. 159-171, 2004.
- _____. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC/RJ)*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.
- _____. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia Teoria e Pesquisa*. Brasília, v. 166, n.1, 2000.
- OLIVEIRA, M.K. *Vygotsky - Aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio histórico*. São Paulo: Scipione, 2010.
- PATTO, M. H. S. *Psicologia e ideologia*. São Paulo: T.A. Queiroz Editor, 1984.
- PRESTES, Z. *Quando não é quase a mesma coisa: traduções de Lev Semionovitch Vigotski no Brasil*. Campinas, SP: Autores Associados, 2012.
- SANCHES, V. N. L. *Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental em um serviço de atenção básica no município do Rio de Janeiro*. Tese de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2010.

- SERPA Jr. O. D. Subjetividade, valor e corporeidade: os desafios da psicopatologia. *Psicopatologia hoje*. (João Ferreira da Silva Filho org.). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007.
- SILVA, K.L. *Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana*. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
- SOUSA, S.Z.L. O caráter discriminatório da avaliação do rendimento escolar. *Revista Adusp*, São Paulo, n. 2, abr. 1995. Disponível em: www.adusp.org.br. Acessado em agosto 2016.
- SOUZA, Marilene Proença Rebello de Souza. Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo e Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. (Org.). *Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais à doença de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, v. 1, p. 57-68.
- VEYNE, P.M. *Como se escreve a história: Foucault revoluciona a história*. Tradução de Alda Baltar e Maria Auxiliadora Kneipp. 4ª ed., Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1998.
- VICENTIM, M. C. Os "Intratáveis": a patologização dos jovens em situação de vulnerabilidade. IN: Conselho Regional de Psicologia, Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.). *Medicalização de Crianças e Adolescentes - conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- VICENTINO, C; PAOLO, G. *História para ensino médio: história geral e do Brasil*. São Paulo: Scipione, 2001.
- VIGOTSKI, L. S. *A Formação social da mente*. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- VIGOTSKI, L. S. *Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- WERNER Jr., J. Transtornos hipercinéticos: contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o significado do diagnóstico. Tese de Doutorado - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. São Paulo: 1997
- WERNER, J. Análise Microgenética: Contribuição dos Trabalhos de Vygotsky para o Diagnóstico em Psiquiatria Infantil / Mikrogenetische Analyse: Vygotsky Beitrag zur Diagnosefindung auf dem Gebiet der Kinderpsychiatrie. Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. Heidelberg, Vol. 11, nº. 2, 1999, p.157-171.
- WERNER Jr., J. *Saúde e educação: desenvolvimento e aprendizagem do aluno*. Rio de Janeiro: Editora Gryphus, 2000.

WERNER, J. A relação sujeito – drogas na perspectiva histórico-cultural: abordagens preventivas e terapêuticas – in: juventude e educação. Revista de Educação do Cogeime. Ano 13 no. 25 – dezembro / 2004. São Paulo.

WERNER, J. A Relação Linguagem, Pensamento e Ação na Microgênese das Funções Psíquicas Superiores. Fractal: Revista de Psicologia, v.27 n. 1, p. 33-38, jan. –abr. 2015.

ZORZANELLI, R.T.; ORTEGA, F.; BEZERRA, Jr, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. Ciência e Saúde Coletiva (impresso), v.19, p.1859-1868, 2014.

ORTEGA, F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. Cadernos Saúde Coletiva, v.11, n.1, p. 59-77, 2003.