

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO – FAED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

**A MEDICALIZAÇÃO E A PATOLOGIZAÇÃO DA INFÂNCIA:
EPISTEMOLOGIA SUBJACENTE E REPERCUSSÕES NA
ESCOLA**

Fabíola Giacomini De Carli

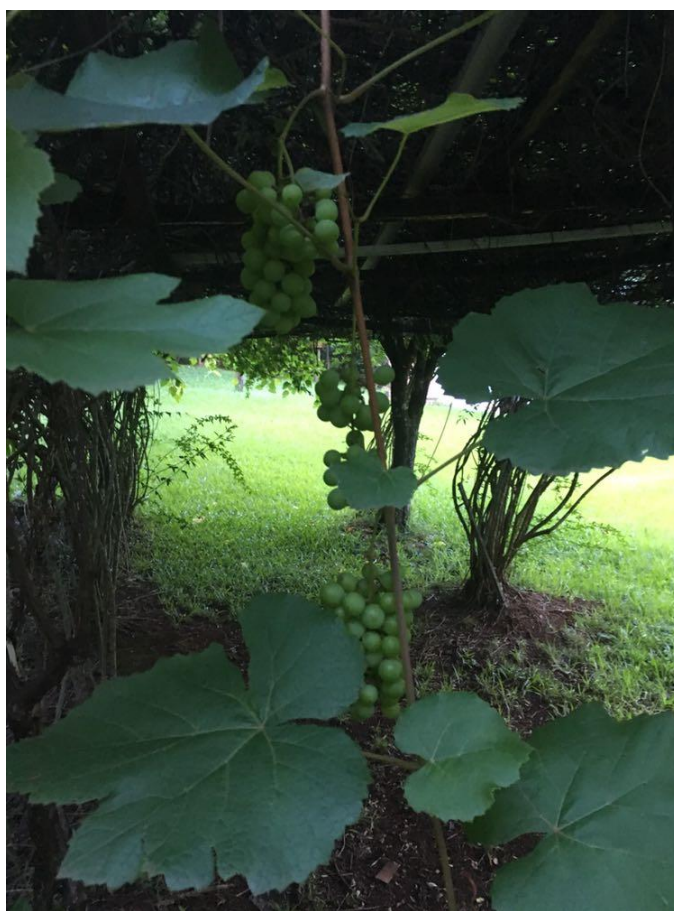
Passo Fundo
2018

Fabíola Giacomini De Carli

**A MEDICALIZAÇÃO E A PATOLOGIZAÇÃO DA INFÂNCIA:
EPISTEMOLOGIA SUBJACENTE E REPERCUSSÕES NA
ESCOLA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação – FAED, da Universidade de Passo Fundo – UPF, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Educação, sob a orientação do prof. Dr. Ângelo Vitório Cenci.

Passo Fundo
2018



*De onde surgiram essas uvas nesse caramanchão?
Quem as plantou não está mais entre nós, mas deixou muito de si.*

**Um legado se constrói naquilo que se planta e naquilo que se
projeta para além de nós mesmos.**

**Quiçá este trabalho represente o plantio de uma semente.
Que frutifique, que nos transcenda e honre o legado recebido...
De respeito pelo semelhante e cuidado com as gerações futuras.**

AGRADECIMENTOS

Na alegria com a conclusão deste trabalho, minha gratidão se estende...

Às crianças e adolescentes, alunos, pacientes, pais, que marcaram minha trajetória de vida, cuja experiência se converteu na construção dessa dissertação de mestrado.

Aos professores, equipes diretivas e demais profissionais que fazem a escola, por aceitarem o desafio de acolher uma “estrangeira”; pela confiança e prazer partilhado a cada movimento produzido.

À Silvana Gheller e Elisandra Ficanha, Secretárias de Educação de Constantina, pelo apoio decisivo no período de desenvolvimento desta pesquisa.

A Ângelo Vitório Cenci, orientador desta pesquisa, pela acolhida de meu projeto de pesquisa, pela abertura à interlocução, pelo olhar cuidadoso e pelo respeito à minha identidade teórica.

A Francisco Carlos dos Santos Filho, base de minha formação como analista, com quem guardo uma relação de filiação simbólica e intelectual, a partir da qual se formulou o desejo pelo mestrado e o problema de pesquisa: pela generosidade terna, paterna; pelo investimento e aposta no futuro.

À Dóris Wittman do Santos, pela presença sensível.

Ao Núcleo de Educação do Projeto: Luciana, Vivian e Andréia pelo respeito à singularidade, que se converte no melhor de cada uma.

Aos colegas do Projeto, pela experiência viva de que toda construção significativa não se faz na solidão, mas nas relações de consideração e pertencimento que fortalecem nosso viver.

Aos Professores do PPGEduc – UPF, pela condução íntegra e cuidadosa, pelo alto nível dos temas e das discussões.

A meus pais, Hilário (in memorian) e Nahir, pela integridade e amorosidade que se convertem em exemplos para a vida.

A Fabrício e Camila, pelo incentivo e confiança.

A Edmilson, pelo amor, compreensão e apoio incansável, que sustentaram esse processo, e pelo cuidado amoroso com nossos pequenos em minha ausência.

Aos meus queridos Isabella e Luigi, pela ternura acolhedora, pela alegria de cada encontro. Vocês dão sentido à esperança, à firme crença num futuro melhor.

“Depois que ousamos chegar à dor do outro,
a vida se transforma num absoluto”.

(SÁBATO, 2000, p. 49)

RESUMO

Este é um estudo teórico-crítico a respeito do fenômeno da medicalização e patologização da infância na dimensão de seus pressupostos e de sua repercussão na escola. O problema de investigação consiste em compreender quais pressupostos histórico-filosófico-epistemológicos subjazem ao fenômeno e que contribuições podem oferecer a psicanálise e a hermenêutica filosófica no sentido de pensar uma escola que faça frente ao aspecto objetificador do ser humano que está em sua base. A hipótese de trabalho parte do entendimento de que a compreensão apressada dada aos comportamentos inadequados das crianças em termos de patologia – patologização (que se ampara na crescente medicalização da vida) – e o tratamento medicamentoso como primeira escolha – medicamentação – obstaculiza os processos de subjetivação na infância ao invés de facilitá-los, pois nega a prioridade do semelhante na constituição subjetiva e a potência do encontro professor-aluno, sua repercussão na escola. Do ponto de vista metodológico, esta pesquisa vale-se da postura hermenêutica no trato com as fontes e material de estudo, bem como da pesquisa em psicanálise, quando toma a experiência de intervenção concreta sobre a realidade como matéria-prima sobre a qual articula e compreende os conceitos. Para corresponder a este objetivo, o trabalho está estruturado em três capítulos. O primeiro situa o problema da medicalização e patologização na infância e principais conceitos, aproximando-o do contexto da escola. Desenvolve o conceito de subjetividade, demonstrando que as diferentes perspectivas sobre a constituição subjetiva produzem compreensões e práticas distintas sobre os “sintomas comportamentais” de uma criança (patologizantes ou subjetivantes), bem como discute seu impacto sobre a ação docente e exemplifica o risco potencial de destituição subjetiva do professor. O segundo capítulo destina-se a desvelar o aspecto reducionista que está na base da medicalização e patologização da infância, desde seus pressupostos antropológicos, epistemológicos e históricos, sustentando ser essa a via para evitar o dogmatismo desses processos e seus perniciosos efeitos sobre a educação de crianças. Propõe também um contraponto ao modelo reducionista que permita, desde os conceitos neurocientíficos de epigenética e plasticidade neuronal, a composição de hipóteses de compreensão do sofrimento psíquico que incluem a inter-relação entre o biológico e os fatores ambientais, sustentando uma epistemologia não-objetificadora do sujeito e da infância. O terceiro capítulo toma como exemplificação uma experiência de intervenção subjetivante realizada no interior da escola e articula os conceitos de diálogo, saúde e tratamento, desde a hermenêutica filosófica, bem como o conceito de estranho e da noção de intervenção psicanalítica extramuros, desde a psicanálise, visando pensar perspectivas e ações para além da patologização da infância, que culmine em experiência formativa. Apresenta fragmentos de uma escuta e intervenção realizada em escola, onde essa carga conceitual se fez viva, e ilustra como um ato com essa qualidade pode resultar em resgate humanizante de crianças estigmatizadas pela patologização. Os resultados obtidos permitem concluir que o recurso à hermenêutica filosófica e à psicanálise freudiana, quando convertidos em ação concreta no interior da escola, contribuem decisivamente para a construção de relações humanas não patologizantes, na medida em que potencializam o efeito formador e subjetivante do encontro humano, cujo alcance favorece a restituição simbólica e subjetiva à criança patologizada, devolvendo a ela a esperança de projetar-se no futuro, apesar das dificuldades.

Palavras-chave: Medicalização e patologização. Subjetividade. Educação. Hermenêutica. Psicanálise.

ABSTRACT

This is a critical-theoretical study about the medicalization and the pathologization of childhood in the dimension of its presuppositions and of its repercussion at school. The problem in investigating is in understanding which historical-philosophical-epistemological presuppositions lie beneath the phenomenon and which contributions are able to offer the psychoanalysis and philosophical hermeneutics to think of a school which could face the objectificator aspect of the human being who is in its basis. The work hypothesis starts from the understanding that the superficial comprehension of the children's behavior in terms of pathology (which is supported by the growing medicalization of life) and the remedy treatment as the first choice – medication – makes the subjectivation processes during childhood harder instead of facilitating them, once it denies the priority of people in the subjective construction and the power of the teacher-student personal interaction as well as its effect at school. From the methodological point of view, this research makes use of the hermeneutic point of view when dealing with sources and study material, as well as the research on psychoanalysis especially when it takes the experience of concrete intervention on reality as a raw material on which it articulates and understands the concepts. In order to correspond to this objective, this work is structured in three chapters. The first chapter situates the problem of medicalization and pathologization of childhood and the main concepts and it leads them closer to the school environment. It develops the concept of subjectivity, demonstrating that the different perspectives on the subjective constitution produce different comprehensions and distinct practices on the “behavioral symptoms” of a child (pathologizing and subjectivists), as well as discussing its impact on the teacher's action and it gives examples of the potential risk of teacher's subjective destitution. The second chapter is destined to reveal the reductionist aspect which lies on the basis of the medicalization and pathologization of childhood starting from its historical, epistemological and anthropological presuppositions, sustaining being this the way to avoid the dogmatism from these processes and their pernicious effects on children's education. It also proposes a contrapuntal to the reductionist model that allowed from the neuroscientific concepts of epigenetics and neuronal plasticity, the composition of hypothesis of comprehension of the psychic suffering that include the inter relation between the biological and the environmental factors supporting a non-objectifying epistemology of the subject and childhood. The third chapter takes as an example an experience of subjectivist intervention carried out inside the school and articulates the concepts of dialogue, health and treatment, from philosophical hermeneutics, as well as the concept of stranger and the notion of extramural psychoanalytic intervention, from psychoanalysis, aiming to think perspectives and actions beyond the pathologization of childhood, culminating in formative experience. It presents fragments of a listening and intervention carried out in a school, where this conceptual load became alive, and illustrates how an act of this quality can result in the humanizing rescue of children stigmatized by pathologization. The results obtained allow us to conclude that the use of Freud's psychoanalysis and philosophical hermeneutics, when converted into concrete action within the school, contribute decisively to the construction of non-pathological human relations, insofar as they enhance the formative and subjectivating effect of the human encounter, whose scope favors the symbolic and subjective restitution of the pathologized child, returning to her the hope of projecting herself into the future, despite the difficulties.

Key words: Medicalization and pathologization. Subjectivity. Education. Hermeneutics. Psychoanalysis

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 DESDE O INTERIOR DA ESCOLA: IMPLICAÇÕES E LIMITES FRENTE À MEDICALIZAÇÃO E PATOLOGIZAÇÃO DA INFÂNCIA	13
1.1 Conceitos centrais e referentes teóricos.....	14
1.1.1 “É o aluno ou é o transtorno?” ou “Para destacar de uma experiência a concepção de subjetividade da qual partimos”	14
1.2.1 A medicalização e a patologização da infância: conceitos e desdobramentos	22
1.1.3 DSM, neurobiologia, diagnósticos: qual o lugar da infância?	28
1.2 O escolar: a potencial suspensão versus os riscos de patologização.....	37
2. A MEDICALIZAÇÃO E PATOLOGIZAÇÃO DA INFÂNCIA: ASPECTOS HISTÓRICOS, EPISTEMOLÓGICOS, ANTROPOLÓGICOS E A PERSPECTIVA DA NEUROPLASTICIDADE E EPIGENÉTICA.....	42
2.1 O reducionismo antropológico: homem máquina – sujeito cerebral.....	44
2.2 O reducionismo epistemológico e a (des)construção do espírito científico	54
2.3 O reducionismo histórico: a arqueologia do saber entre alienismo/loucura e medicalização/patologização.....	62
2.4 Epigenética e neuroplasticidade: conceitos não-reducionistas das neurociências que amparam pesquisas psicanalíticas com bebês	70
3. HERMENÊUTICA FILOSÓFICA E PSICANÁLISE FREUDIANA: A ESCOLA PARA ALÉM DA MEDICALIZAÇÃO E DA PATOLOGIZAÇÃO DA INFÂNCIA	78
3.1. Do pressuposto sujeito-objeto para o pressuposto sujeito-sujeito: o diálogo hermenêutico, a saúde e a experiência formativa.....	79
3.2 Da atadura do diagnóstico à construção de laços: a experiência do outro, o estranho e as possibilidades de encontro.....	97
3.3 Do encontro com o estranho à potente experiência de subjetivação na escola: a interpelação do discurso pela hipótese do inconsciente, a intervenção subjetivante e a experiência formativa.....	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
BIBLIOGRAFIA	124

INTRODUÇÃO

É voz corrente entre muitos estudiosos da infância¹ – preocupados com a construção da subjetividade e engajados com a defesa dos direitos fundamentais da criança, cuja vulnerabilidade e dependência colocam o adulto em posição de alteridade e compromisso – a advertência ao processo de medicalização e patologização do sofrimento psíquico infantil e a alegada cientificidade das práticas diagnósticas simplificadas, ou seja, sob a forma de categorização de comportamentos como enfermidades, bem como seu conseqüente tratamento com remédios, associados ou não a programas de treinamento/adestramento de condutas. Trabalhando na clínica psicanalítica infantil há 18 anos e como psicóloga escolar na Rede Municipal de Educação de Constantina/Rio Grande do Sul, há 15 anos, pudemos identificar, na essência de nossas ações profissionais, genuína afinidade com tais posições, associada à preocupação com a observação concreta do incremento da patologização dos comportamentos infantis não adaptados ou inadequados, e o aumento da prescrição de drogas psicotrópicas adentrando a primeira infância.

A medicalização e a patologização da infância têm se disseminado rapidamente na cultura e dizem respeito a um modo de compreender o sofrimento psíquico na infância, sob a forma de categorizar comportamentos e enquadrá-los em diagnósticos: nessa perspectiva, já não temos crianças agitadas, mas TDAHs (Transtornos do Déficit de Atenção com Hiperatividade), não temos rebeldes ou teimosos, mas TODs (transtornos opositor-desafiantes), não há dificuldades nas trocas inter-humanas, mas TEAs (transtornos do espectro autista), para citar alguns dos nomes mais utilizados atualmente para assimilar sinais ou sintomas comportamentais de uma criança à patologia².

Contribuiu decisivamente para a escolha do presente tema de pesquisa o pertencimento e a vivência institucional no PROJETO – Associação Científica de Psicanálise de Passo Fundo³, onde realizamos nossa Formação em Psicanálise

¹ Conforme a *Carta sobre a medicalização da vida*, documento produzido em Buenos Aires, em 2011, por representantes do Forumadd (Argentina) e do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (Brasil), marco de articulação multiprofissional contra a medicalização e patologização da infância, que mencionaremos em seguida.

² Frances (2016) não claudica em afirmar que estamos frente a doenças inventadas.

³ Instituição psicanalítica fundada em 1999, em Passo Fundo, que busca propagar a Psicanálise como instrumento vivo e útil para pensar e intervir na clínica e nos fenômenos da cultura.

(concluída em 2003), e desde então seguimos vinculados, estudando e trabalhando⁴. O vínculo com colegas e profissionais da Argentina e Uruguai, o contato com as discussões e produções científicas no Brasil e exterior em torno do tema, o pertencimento a uma instituição cuja posição é a de estimular a produção de ações concretas capazes de uma ampla vascularização da psicanálise no tecido social, são elementos que estão na origem da possibilidade de transformar as idéias e experiências concretas em torno do tema, que se dá neste trabalho. Antecederam a presente pesquisa, movimentos de estudo e produção teórica, que culminaram em apresentação de trabalhos⁵ em congressos, os quais estão na base das articulações que estamos em vias de apresentar. Neste breve histórico, marca de filiação e pertencimento, fazemos um movimento de autoesclarecimento sobre nossa trajetória de encontro e contato com a problemática desta pesquisa, bem como com a origem do desejo pelo estudo do tema, associado que está à nossa experiência profissional.

Nesse ínterim, acompanhamos o tema da medicalização e patologização extrapolar o espaço acadêmico e alcançar a sociedade, com abrangência e relevância crescente, tendo contribuído para isso a constituição do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade⁶ (2009). Este Fórum foi formado por um coletivo de profissionais de reconhecida trajetória em suas áreas de atuação com crianças (psicólogos, psiquiatras, neurologistas, pediatras, psicopedagogos, psicomotricistas), cujas manifestações públicas denunciam a crescente onda de medicalização da vida e o aumento do consumo de psicofármacos por crianças. Em 2011, esse grupo uniu-se ao *Forumadd*, da Argentina, para deflagrar um movimento conjunto de caráter ético, político e de rigor científico, com vistas a “articular entidades, grupos e pessoas de diferentes regiões da América Latina para o enfrentamento e superação do fenômeno da medicalização, e para mobilizar a sociedade para a crítica à medicalização da aprendizagem e do comportamento” (FORUMADD; FÓRUM SOBRE A

⁴ Atuamos na Coordenação do Núcleo de Educação e na Comissão de Ensino da Escola de Psicanálise do PROJETO.

⁵ Os trabalhos desenvolvidos tiveram os seguintes títulos: *Os contos de fadas e a subjetividade: trabalho de capacitação docente*, de autoria de Fabíola Giacomini De Carli e Francisco Carlos dos Santos Filho (2014); “*Quero ser professor...*” – *Reflexões sobre a restituição do lugar do professor no trabalho de inclusão escolar: relato de uma experiência*, de autoria de Fabíola Giacomini De Carli, Francisco Carlos dos Santos Filho, Luciana Oltramari Cezar, Vivian Nolasco (2015); *Na contramão da patologização da infância: relato de uma intervenção subjetivante com professores*, de autoria de Fabíola Giacomini De Carli, Francisco Carlos dos Santos Filho, Luciana Oltramari Cezar, Vivian Nolasco, Dóris Santos (2016).

⁶ A página para acesso às informações do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade é: <http://www.medicalizacao.com.br/>.

MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E DA SOCIEDADE, 2011, *online*). O marco inicial das ações compartilhadas foi a construção da “Carta sobre a medicalização da vida”, um documento representativo de um posicionamento pelo enfrentamento e superação da medicalização e patologização da vida, da aprendizagem e do comportamento, cujo compromisso é a ética e a defesa da vida e da ciência. Foi a partir de preocupações dessa natureza que iniciamos nossa pesquisa.

O problema de investigação da presente dissertação consiste em compreender quais os pressupostos histórico-filosófico-epistemológicos que subjazem aos processos de medicalização e patologização da infância e que contribuições a psicanálise e a hermenêutica filosófica podem oferecer para pensar uma escola que faça frente a tais processos. Nossa hipótese de trabalho parte do entendimento de que a compreensão apressada dada aos comportamentos inadequados das crianças em termos de patologia – patologização, que se ampara na crescente medicalização da vida – e o tratamento medicamentoso como primeira escolha – medicamentação – obstaculiza os processos de subjetivação na infância ao invés de facilitá-los, pois nega a prioridade do semelhante na constituição subjetiva e a potência do encontro professor-aluno e sua repercussão na escola. Por essa razão, o recurso à hermenêutica filosófica e à psicanálise freudiana torna-se frutífero no sentido de pensar perspectivas e ações para além da patologização da infância e, por conseguinte, que culmine em experiência formativa de subjetivação. Nesse sentido, valemo-nos dos conceitos de diálogo, saúde e tratamento, desde a hermenêutica filosófica, e do conceito de estranho e da noção de intervenção psicanalítica extramuros.

Este estudo, dentro do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Passo Fundo, justifica-se na medida em que a escola constitui-se no espaço decisivo que irá receber e dar lugar à criança com todas as suas potencialidades e dificuldades, e alojar ou não o fenômeno, vinculado que está aos processos de subjetivação/dessubjetivação na infância. Observamos que, no cotidiano da escola, a patologização e a medicamentação são fenômenos tão frequentes que há que se fazer um grande esforço para não tomar de forma indiscriminada essa tão naturalizada ideia de chamar o médico para resolver o problema da criança que não aprende ou que não disciplina seu corpo para mantê-lo quieto na classe. Fica de fora, assim, a singularidade e a historicidade, marca de uma ação intersubjetiva e humanizante. Sentimos, pela experiência de trabalho, que sustentar essa perspectiva no interior do espaço escolar

exige um grande esforço coletivo que ressitue essa temática (dispersa entre a medicina e os remédios) como parte da escola, já que o movimento medicalizador/patologizador tende a aliviar os adultos da dura tarefa e do exigente compromisso que é educar as crianças e jovens.

Em termos metodológicos, nossa investigação se ampara em duas perspectivas, vinculadas entre si: o trato hermenêutico com o material de estudo e a pesquisa em psicanálise. Essa opção se justifica na medida em que a hermenêutica se vincula ao modo de eleição, de leitura e compreensão do material bibliográfico, e a posterior apropriação e articulação conceitual na forma do texto, e a pesquisa em psicanálise, cuja metodologia toma a experiência de intervenção concreta sobre a realidade como matéria-prima da própria pesquisa, permite aportar riqueza viva à compreensão conceitual, que aqui será feita sob a forma de exemplificação. O trato com a literatura especializada no tema da medicalização e patologização se dá na perspectiva de aproximação com o campo da educação, que envolve cotejá-la com a noção de constituição subjetiva, numa perspectiva de infância enquanto vir a ser, e do escolar, inspirado no *skholé* grego. Posteriormente, em busca dos pressupostos que subjazem à medicalização e a patologização da infância, levantamos questões balizadas pela noção de reducionismo e de objetificação do humano, a partir de recortes teóricos de autores clássicos e referentes em cada um dos seguintes campos de saber: a antropologia, essencialmente com Roudinesco, Ehrenberg, e Ortega e Vidal; a epistemologia, com Bachelard e Flickinger; a história das ideias, com Foucault e Birman. Uma possibilidade de contraponto ao modelo reducionista é apresentado a partir das categorias de epigenética e de neuroplasticidade, advindas das neurociências, numa perspectiva de abertura do campo, que é exemplificado com as pesquisas psicanalíticas com bebês, a partir de estudos de Kandel, Jerusalinsky e Lasnik e Burnod. Por fim, nosso esforço de apropriação conceitual integra a hermenêutica filosófica de Gadamer, em torno das noções de saúde e diálogo, e do conceito de estranho, na psicanálise de Freud, vinculando-as a uma experiência concreta de trabalho, para dar vida aos conceitos e ilustrar como é possível, desde dentro da escola, armar ações não-patologizantes que adquiram o valor de resgate humanizante do sujeito.

Nessa direção, estruturamos esta pesquisa em três capítulos, dos quais o primeiro se dedica a problematizar o fenômeno da medicalização e da patologização na infância, apresentando os principais conceitos e referentes teóricos, suas implicações e

limites, numa aproximação ao contexto da escola. A partir da pergunta que nos dirigiu uma professora, “*É o aluno ou é o transtorno?*”, na busca de ajuda para pensar as dificuldades que apresentava um de seus alunos, desenvolvemos uma perspectiva para compreender que formas distintas de conceber o conceito de subjetividade e os caminhos de sua constituição sustentarão compreensões e práticas distintas no contexto escolar. Na medida em que avançamos nesse ponto, posicionamo-nos frente ao tema, pela constituição do sujeito a partir da relação intersubjetiva com o semelhante em posição de alteridade. Nossa leitura e trabalho conceitual em relação aos manuais de categorização psicopatológica (DSMs), à neurobiologia, à patologização, à infância e à escola vai estar atravessada por essa premissa de base.

O segundo capítulo objetiva o desvelamento da condição reducionista que subjaz o fenômeno estudado e está dividido em quatro tópicos, cada qual destinado a aprofundar um de seus componentes. Assim, iniciamos com o problema do reducionismo antropológico, no qual o sujeito, em nossa cultura, tende a se conceber a partir do pressuposto do homem máquina e do sujeito cerebral. Em seguida, desenvolvemos os aspectos do reducionismo epistemológico, posteriormente a arqueologia histórica da loucura, com Foucault, e ao final abrimos uma perspectiva de compreensão não-reducionista a partir de dois conceitos do campo das neurociências: a epigenética e a plasticidade neuronal. Empreendemos essa busca por acreditar que somente pela compreensão dos pressupostos que orientam a medicalização e patologização na infância alcançamos construir uma posição teórico-crítica fundamentada e distinta, capaz de sustentar uma prática que aloje a complexidade subjetiva e coloque em cheque o dogmatismo embutido nessas práticas.

No terceiro capítulo, nosso olhar se volta para a escola, numa perspectiva de compreender como é possível que na relação pedagógica se construam ações para além dos processos medicalizantes e patologizantes. Os conceitos de diálogo, saúde e tratamento, desde a hermenêutica filosófica, o conceito de *estranho* e a noção de intervenção psicanalítica extramuros, quando convertidos em prática no espaço escolar, permitem dar suporte a ações distintas, em direção a um encontro humano transformador. Apresentamos fragmentos de uma experiência de trabalho dentro da escola, cujo objetivo é a exemplificação que favoreça a compreensão dos conceitos estudados.

1 DESDE O INTERIOR DA ESCOLA: IMPLICAÇÕES E LIMITES FRENTE À MEDICALIZAÇÃO E PATOLOGIZAÇÃO DA INFÂNCIA

O critério
 “atitudes estranhas”
 não dá
 para condenar pessoas
 criaturas
 com entranhas
 (LEMINSKI, 2013, p. 13)

Este capítulo apresenta o panorama que cerca as preocupações atuais em torno daquilo que se convencionou chamar “a medicalização e patologização da infância”⁷, na qual comportamentos que não se ajustam a uma “normalidade esperada” são abordados sob o prisma da medicina: enquadrados em critérios de diagnósticos psicopatológicos a partir de listagem de sintomas determinados em manual psiquiátrico e tratados com medicamentos. O termo medicalização se refere justamente a esse ato de abordar fenômenos não-médicos pelo paradigma médico. Desde uma perspectiva que problematiza esse modo de acolher e intervir sobre o sofrimento psíquico infantil, que impacta diretamente a escola – espaço privilegiado que aloja as infâncias e seus tempos de desenvolvimento – no primeiro ponto abordamos os conceitos centrais e referentes teóricos sobre o tema. Iniciaremos apresentando o conceito de subjetividade, que é a questão por excelência das ciências humanas e sociais. Partimos de uma experiência concreta no interior da escola, não apenas como ilustração do processo, mas para que sirva como base por sobre a qual podemos desenvolver uma linha conceitual e nossa posição em torno da compreensão da constituição subjetiva. Diferentes formas de conceber o conceito de subjetividade e os caminhos de sua constituição sustentarão compreensões e práticas distintas sobre os “sintomas comportamentais” de uma criança: patologizantes ou subjetivantes. Nesse momento assumimos, também, uma posição que atravessará toda a pesquisa que ora iniciamos, a saber, que o processo de subjetivação não se dá em solidão e silêncio e é indesviável do semelhante humano em posição de alteridade. Para concluir esse ponto discutimos de que forma assumir uma compreensão

⁷ A construção desse conceito é um trabalho compartilhado a muitas mãos, cujo histórico está descrito por Untoglich (2011), no prólogo do livro *La patologización de la infancia: ¿niños o síndromes?*, organizado por Gabriela Dueñas (2011). Entre alguns autores que utilizam essa denominação, citamos: JANIN (2013), UNTOGLICH (2013), VASEN (2011), MOYSÉS, COLLARES e UNTOGLICH (2013), DUEÑAS (2013), BENASAYAG (2011), etc.

positivista de subjetividade impacta a ação docente e implica o risco de destituição subjetiva.

Em seguida, dirigimos esforços à compreensão do que é a medicalização e a patologização da infância, bem como a pensar seus efeitos. Para tal, realizamos diferenciação entre medicalizar e medicar, entre patologizar e diagnosticar, desde uma posição que considera, para além do cérebro, a força da intersubjetividade na constituição do psiquismo humano.

No item *DSM, neurobiologia, diagnósticos: qual o lugar da infância?* consideramos o problema das causas das desordens psíquicas na infância patologizada, que implica dar lugar à historicidade e ao sentido como constituinte da infância e suas dificuldades. Tomamos em análise, acompanhando muitos pesquisadores dedicados ao tema, a publicação da quinta revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais, da *American Psychiatric Association* (DSM-V), de 2013, levantando as críticas que tem recebido pela forma reducionista e simplista com que tornou possível diagnosticar “falsos positivos” ao olhar o sofrimento psíquico pelo prisma simplificador/categorizante/classificatório.

Por fim, buscando o sentido que está na origem grega de escola, desejamos compreender qual escola é possível para fazer resistência aos processos de medicalização e patologização na infância.

1.1 Conceitos centrais e referentes teóricos

1.1.1 “É o aluno ou é o transtorno?” ou “Para destacar de uma experiência a concepção de subjetividade da qual partimos”

Uma angustiada professora que trabalha com uma turma 5º ano do Ensino Fundamental, numa escola em que atuamos como psicóloga, cuja formação de base é psicanalítica, abordou-nos com a dura pergunta: “é o aluno ou é o transtorno?”. Dizia-nos: “eu preciso entender as coisas que o Fulano faz: se isso é ele ou se é o transtorno”. A pergunta da professora tem origem nas difíceis situações que experimenta em sala de aula com um de seus alunos, “laudado”, medicado, com bom potencial para aprendizagem (Quociente Intelectual Médio Superior, segundo a família), mas mesmo assim profundamente desordenado e desafiador. A família diz à professora que, por

orientação médica, ela não deve exigir muito do aluno, pois ele tem “o transtorno”. Esse dito, funcionando ao nível de um decreto, implica que a professora o deixe quieto, sem a exigência de que ele participe das atividades e sem que copie os conteúdos no caderno quando se recusar a fazê-lo, que possa sair da sala a qualquer tempo, ficar deitado sobre a classe ou no chão sem ser apontado, que fique livre ao exercício de sua vontade. Além disso, o menino alcança e agride seus semelhantes ao não conter em si seus “produtos” corporais, como gases gastrointestinais e a forma como assoa o nariz em sala de aula. Produz asco e o rechaço do entorno.

A pergunta é legítima: desde o lugar de professora, como ajudar uma criança a não se passivizar frente aos seus sintomas, quando se tem por decreto que as ações dessa criança são um simplesmente fruto de uma desordem cerebral com a qual nada se pode fazer? Além disso, a formulação de uma pergunta como essa parece dizer respeito ao registro dentro da professora de um incômodo com o lugar dado a essa criança, que não é o de sujeito, mas de objeto. Em outras palavras, não está subjetivada. A ela não se lhe atribui um lugar de sujeito pensante, capaz de fazer frente a seu estado mental, pelo desenvolvimento de sua condição psíquica e subjetiva. Uma nova pergunta se impõe: o que resultará para ela própria, em sua ação docente, não só com esse aluno, mas na totalidade de sua função de professora com cada um dos seus alunos, se assume como verdade o tal decreto?

O decreto produziu nessa professora um movimento interno, que a nós permite extrair consequências. Permite-nos compreender que, na base do enunciado descrito como médico, subjaz uma concepção de constituição subjetiva, que se contrapõe à outra compreensão trazida pela professora, talvez de forma intuitiva, mas que permite a ela ancorar e dar sentido à sua ação pedagógica. Pretendemos discernir, para poder avançar, que há formas distintas de cercar o conceito de subjetividade, especialmente no que tange a sua constituição. Sem o intuito de esgotar tema tão caro e já profundamente debatido pelas Ciências Humanas, nossa intenção, ao fazermos essa distinção, é marcar, num só tempo, o esclarecimento sobre concepções de sujeito e uma tomada de posição de nossa parte, decisiva frente aos rumos que irá tomar nossa pesquisa.

A noção de sujeito, embutida na orientação trazida pela família, tem origem na tradição moderna, que se ancora na conhecida expressão cartesiana⁸: penso, logo sou;

⁸ Descartes é a principal referência quando se pretende discutir a questão do sujeito na tradição moderna. “Vale destacar o caráter difuso, um tanto precário e mesmo ambíguo da própria expressão “sujeito

ou, penso, logo existo. Essa acepção concebe a existência do sujeito na medida em que pensa, num estreito vínculo entre existência subjetiva e pensamento autorrefletido. O ato de pensar é concebido como condição de existência, o que implica dizer que sujeito é aquele que consegue, por si, em um movimento consciente, de dentro para fora, dar conta de si mesmo e constituir sua subjetividade independentemente do semelhante. Um sujeito pleno e transparente para si mesmo, sem opacidades, sem inconsciente, sem história. Segundo Cenci, importantes correntes teóricas colocaram em questão essa noção de sujeito, dentre elas encontram-se:

tradições como a psicanálise, correntes da filosofia da linguagem, a teoria social crítica, uma leitura pós-estruturalista da filosofia francesa contemporânea, bem como toda a corrente da filosofia contemporânea que colocou o humanismo sob suspeita. Em que pese suas diferenças, as críticas ao “sujeito moderno” traduzem um esforço comum em dar conta de um sintoma, a saber, o de que um modelo autocentrado, solipsista e metafísico de sujeito não é mais satisfatório para pensar o humano nem os processos educativos (CENCI, 2016a, p. 06).

Embasados nessa posição de constituição subjetiva, que fluiria de dentro para fora, que nega a potência do encontro humano, torna-se cabível propor a destituição do professor como agente subjetivante, esmaecendo a força de sua presença com o decreto “deixa quieto”, “ele é doente mesmo”, “ele é seu transtorno”. Deixa-o. Deixa-nos. Pensamos: deixa-nos com nossa dor de olhar para as dificuldades de nosso filho.

Outra possibilidade de compreender como se constitui o sujeito é premissa que coloca no centro do processo de constituição da subjetividade e do psiquismo o semelhante humano: a prioridade do outro (LAPLANCHE, 1992). Segundo Cenci (2016a), essa compreensão de sujeito pós-metafísico, caracterizada pelo descentramento, constituído de forma intersubjetiva e situacional, é o “saldo positivo” dessas críticas à concepção de sujeito moderno:

a gênese do sujeito humano é fundamentalmente intersubjetiva e sua identidade não se apresenta como um todo homogêneo em suas diferentes dimensões. Por conseguinte, nenhum sujeito humano é completamente transparente para si próprio. Três fatores descobertos no século XX contribuíram para essa compreensão descentrada: o inconsciente, a linguagem e a historicidade (CENCI, 2016a, p. 09).

moderno”. À rigor, não existe um “sujeito moderno” se entendido como um conceito que agregaria uma definição *standard* sob a qual poder-se-ia unificar concepções tão ricas, complexas e distintas como as de Descartes, Rousseau, Kant, Stuart Mill e Hegel, dentre outros grandes autores modernos. Geralmente o uso da expressão “sujeito moderno” limita-se indistintamente ao modelo do cogito cartesiano e sua metafísica da subjetividade” (CENCI, 2016a, p. 06).

Nessa perspectiva, inconsciente, linguagem e historicidade são componentes que entram em jogo na constituição da subjetividade, que marca a impossibilidade de domínio do sujeito sobre a totalidade de si. Em sentido estrito, desde a psicanálise, subjetividade é a posição que o sujeito assume frente a si próprio e aos outros, um sujeito atravessado pelo inconsciente enquanto estrutura psíquica e articulado pela lógica que permite a consciência da própria existência, produto de um psiquismo articulado pela defesa e pelo recalque. Atrelado à noção de um “Eu” que precisa ser construído, a subjetividade é instituída inicialmente a partir de uma matriz imaginária⁹ que se articula a enunciados produzidos socialmente e na relação com o outro em posição de alteridade¹⁰ (BLEICHMAR, 2010).

Numa perspectiva sociológica, o conceito de produção de subjetividade se refere “aos efeitos da variação dos processos históricos e sociais, que se alteram de época para época, sobre a subjetividade humana. Sendo a subjetividade uma parte do psiquismo, e não o seu todo, que corresponde ao eu, sua construção está ligada à incidência dos enunciados sociais sobre o sujeito e às suas possibilidades de articulação e integração” (SANTOS FILHO, DE CARLI E CAIMI, 2017, p. 389). Cada tempo histórico produz efeitos de subjetividade, com o qual uma ação pode significar aspectos distintos e até opostos de uma época para outra.

A existência do sujeito é concebida, portanto, na medida em que ele pensa; contudo inicialmente esse pensamento não está dentro do sujeito, mas necessariamente deve estar na cabeça do semelhante humano em posição de alteridade. Um sujeito, para existir, precisa primeiro ser pensado por alguém. Assim, nossa opção teórica para conceber o sujeito partilha da vertente psicanalítica¹¹ que toma os primórdios da constituição subjetiva e psíquica como produto do encontro humanizante da criança com o outro/adulto que dela se encarrega e alivia suas tensões. Esse encontro instaura algo que não é da ordem do instinto, a partir das possibilidades que desde o início tem o adulto de proporcionar, em gestos e palavras dirigidos a criança, efeitos de ligação e

⁹ Matriz imaginária se apoia em processos identificatórios com o semelhante, base da estruturação da subjetividade.

¹⁰ Para aprofundamento sobre distinção entre conceitos de subjetividade e de eu, desde a psicanálise, indicamos o texto “Estallido del yo, dismantamiento de la subjetividad”, In: BLEICHMAR, Silvia. El dismantamiento de la subjetividad. Buenos Aires: Topia Editorial, 2010.

¹¹ Apoiamo-nos centralmente em Jean Laplanche e Sílvia Bleichmar para a compreensão do desenvolvimento psíquico e subjetivo do sujeito pelo viés da intersubjetividade.

sentido ao excitante que se desprende no interior mesmo da relação de cuidados com o bebê (BLEICHMAR, 1994). A condição de desamparo inicial do ser humano é o que cria essa condição (FREUD, 1996 [1895]). Sabemos que não há na escala biológica um ser que nasça em estado tão imaturo e tão insuficiente quanto o humano, ao ponto de que, se abandonado a si mesmo no primeiro ano de vida, morre. A falta de domínio corporal o coloca numa condição de dependência extrema do outro, e levará muitos anos para se independizar, o que o torna um ser relacional desde os inícios e dá centralidade ao o outro e à relação intersubjetiva com o outro. Não só a vida biológica, mas a constituição psíquica e subjetiva depende desse encontro.

Quando isso se dá, o adulto realiza o que Freud (1996 [1895]) chamou de *ação específica*: a intervenção do semelhante que, por alteração do mundo externo, alivia a tensão e produz uma *experiência de satisfação*, que deixa marcas que agregarão o sentido da experiência na medida em que for possível significá-la, enlaçá-la com as possibilidades de linguagem e de pensamento, tradução e simbolização. A noção de experiência em Psicanálise implica a existência de registro psíquico e a possibilidade de atribuição de sentido ao vivido.

Em Freud encontramos que “o desamparo inicial dos seres humanos é a *fonte primordial* de todos os *motivos morais* (1996 [1895] – Grifos do autor)”. O estado de desamparo que coloca desde o início o bebê humano em relação com o semelhante produzirá, a partir dessas experiências intersubjetivas, os movimentos de humanização. Assim, está fundado o compromisso moral com a vida humana em desamparo. Um compromisso que está na essência mesma da ética, ligada a recusa de fazer qualquer coisa com o semelhante em posição de dependência, mesmo que exista a possibilidade de fazê-lo, o que necessariamente implica em reconhecê-lo na categoria de semelhante. Assim, o desamparo humano nos inícios da vida e o movimento do outro/adulto que satisfaz as necessidades é marca constituinte da subjetividade, e é único, pois, necessariamente dependente da singularidade do desejo dessa pessoa em se ocupar desse bebê, e dos movimentos de resposta do próprio bebê - o que instaura nesse campo uma relação de forças altamente complexa, para além do instintivo, do biológico e do cerebral (SANTOS FILHO, 2000).

Com base em tais premissas para a construção da subjetividade, a presença do semelhante é indesviável. Em solidão ou isolamento não se constitui ou nem se desenvolve a subjetividade. Assim, para se tornar humano, para ser humano, esse

processo não pode ser feito sozinho, necessita da intermediação de uma outra pessoa, num processo intersubjetivo.

Na lida com situações escolares de extrema complexidade, como o são todas as situações ligadas a patologias psíquicas na infância, encontramos nessa noção de subjetividade o suporte para pensar a ação do professor e da escola como potencial subjetivante, capaz de produzir efeitos de sujeito. Pensar desde essa concepção de sujeito implica um olhar totalizante, que recusa dividir o sujeito entre ele mesmo e suas ações desadaptadas, entre a parte boa e a ruim, entre o normal e o patológico, entre o potencial e a incapacidade, entre o sujeito e o transtorno. A maquinaria¹² medicalizante e patologizante patrocina essa parcialização do sujeito, que indiscrimina e naturaliza a patologização dos fenômenos humanos e apaga a criança enquanto um sujeito integral. Quando se tira do centro o sujeito como protagonista de sua vida, seu devir fica comprometido.

Dunker, em sua crítica às alterações propostas no DSM-V, aborda justamente essa difícil problemática:

Tomando os sintomas como ironicamente destituídos de organicidade, mas, ainda assim, dotados de força de lei, a racionalidade diagnóstica do DSM, que espelha a racionalidade diagnóstica hegemônica de nossa época, permite alienar o sujeito de e em sua própria forma de vida. Qual seria sua implicação em um estado de adoecimento contra o qual ele nada pode, pois, afinal, é seu cérebro que o domina? A segmentação da neurose, como princípio causal e explicativo, cria um efeito iatrogênico difícil de tratar: *até onde vai a depressão e onde começa outra coisa?* Esse limite entre o moral e o patológico, entre a ação restrita do transtorno e suas consequências, habilita deserções do sujeito diante de seu sofrimento. Nunca nos é dado pelo próprio *Manual*, para desespero de parentes e cuidadores, até onde vai o transtorno e onde começa a vida real de responsabilidade do sujeito (DUNKER, 2013, online).

A assunção do saber dos manuais diagnósticos, em especial os DSMs, favorece essa perigosa cisão entre o sujeito e sua produção sintomática, entre a criança e seu transtorno. A assimilação do discurso hegemônico de base orgânico-neurológica como única verdade sobre as problemáticas infantis permite um único caminho: a ótica da doença passa a ser o que rege as ações, e a implicação do médico para resolver problemas não médicos, de cunho escolar e pedagógico passa a fazer parte desse universo. Trata-se de uma saída dessubjetivante, portanto, cujo risco à criança em

¹² Expressão de Moysés, Collares e Untoglich (2013), que será apresentada no ponto a seguir, neste trabalho.

desenvolvimento é constituir-se acreditando que suas dificuldades ou seu *transtorno* não sejam parte de si e, desresponsabilizada, deixe de encontrar razão para construir os recursos internos que façam frente às dificuldades que são suas. E fica proposto que, desde o lugar de alteridade, não há palavra potente.

Além disso, o que está na base da pergunta enunciada pela professora “isso é o aluno ou é o transtorno?” é o seu fazer docente, que atravessa sua subjetividade: o que pode ela como professora com esse menino difícil? Contudo, quando a pergunta é lançada para fora de si, busca no espaço escolar o amparo para fazer frente ao tom desagregante que a experiência com o aluno convoca. Uma pergunta como esta, desde dentro de quem a formula, parece conter uma recusa a naturalizar o “deixar quieto”, uma recusa à desistência, ao desamparo, ao abandono. Nesse caso, a professora foi solicitada a adequar a si própria e a sua aula à “orientação” dita médica, que parece ter se representado como um convite a desistir de colocar em suspensão tudo aquilo que o menino já traz dos ambientes externos à escola para ali ser ele mesmo com sua potencialidade. Mas, a que preço? Parece ter que pagar o alto custo de destituir-se de seu saber docente, construído à base de suas experiências e de seu conhecimento técnico-pedagógico, que ampara sua identidade profissional e ética. Isso demonstra com que força o “saber médico”, ancorado nas dificuldades dos familiares da criança, é capaz de funcionar na lógica da destituição docente de seu saber (BITTENCOURT, 2016).

Quando uma escola assume uma postura de adotar passivamente a “orientação médica”, pode estar produzindo o que há de pior para a educação e sua função simbólica: destituição do saber do professor, de sua condição de olhar, de pensar sobre o que viu e, posteriormente, intervir, tomar parte com o aluno naquilo que diz respeito ao que os dois têm em comum, por sentir a força com que o laço social opera sobre os sujeitos. Como consequência, a criança é reduzida ao transtorno e o professor é convocado a ser aplicador de procedimentos *standard*, com vistas a um questionável controle dos sintomas alcançado por métodos que estão muito mais para o adestramento e a coerção do que pela construção reflexiva e subjetiva, pois não priorizam qualquer forma de diálogo, nem com a criança, nem entre profissionais. Perde-se de vista o *Joãozinho*, a *Mariazinha*, crianças com nome e sobrenome, sujeitos de sua própria história, e, em seu lugar, passa apenas a haver o vazio do diagnóstico: o hiperativo, o autista, o TOD (transtorno opositor-desafiante), etc. Segundo Bittencourt, “a destituição

do saber da professora pelo discurso médico-científico hegemônico corrobora a patologização da infância e o consequente apagamento da criança-sujeito” (2016, p. 290).

A pergunta que nos dirige a professora é um sinal de alerta que denuncia o caráter impregnante com que a explicação sintomática e comportamental do que se passa com a criança invade a escola e desautoriza a ação docente que, de outra maneira, poderia produzir uma ação subjetivante (JANIN, 2013). Quando um sujeito é tratado como “o transtorno”, quando o professor repete na escola o estigma que a criança já traz de outros laços sociais, qual perspectiva de desenvolvimento e reposicionamento subjetivo e de construção de vínculos mais saudáveis se pode esperar? Nesse sentido, refere Janin:

Uno de los problemas que tenemos en este momento es que si tiende a obturar las preguntas. Así, en lugar de interrogarse sobre por qué un niño desafía o no atiende en clase, o está triste, suele pensar en términos de “tiene tal o cual diagnóstico”, como si eso explicara lo que le ocurre. Es decir, se invierte la cuestión. En lugar de incertidumbres aparecen certezas (JANIN, 2013, p. 21).

Na situação que tomamos como ponto de partida para pensar, mesmo diante do risco de uma brutal destituição de seu saber pelo dito/decreto trazido pelos pais, a professora manteve vigente o enigma, manteve aberta a pergunta a respeito desse “pacote” entregue fechado como “orientações médicas”. A pergunta permitiu o diálogo, cujo efeito simbolizante pode alcançar a professora e a seu aluno, que estão no limiar de serem engolidos pela destituição subjetiva, que os torna meros títeres regulados desde fora. Por certo estamos diante de situações-limite, de grande dificuldade de manejo, cujo trabalho se centra em criar condições para que a criança possa estar, possa conviver e se desenvolver dentro da escola, mesmo que as dificuldades sejam muitas, o que requer que lidemos com o aspecto do resultado impalpável, com a temporalidade do processo, com as angústias despertadas.

Dividir um ser humano como se seus comportamentos desordenados não dissessem respeito ao sujeito mesmo é uma forma de colocar em suspenso a noção de *infância* enquanto devir, enquanto tempo de humanização e socialização, resultando num nível de exigência com o tempo da infância o qual o sujeito não é capaz de cumprir. Com o termo suspensão, que abordaremos a seguir, é a moratória do tempo da infância que fica em suspenso (BLEICHMAR, 2001).

Do mesmo modo, quando o adulto referente assimila a criança à patologia, será muito difícil que ela possa se ver diferente, pois a mudança de posição da criança fragilizada exige um *outro*, um semelhante que a enxergue e veja as possibilidades e potencialidades de vida para ela:

Los otros libidinizan, transmiten normas e ideales, ofrecen modelos de identificación. Y si esos otros suponen que aquel que tendría que cumplir sus sueños es portador de un déficit, ese golpe narcisista marcará el vínculo, el modo en que ese niño será mirado, las palabras y silencios que le serán dirigidos. Se pensará ya tempranamente en él como un discapacitado, mucho antes de darle tiempo a desplegar posibilidades (DUEÑAS, 2013, p. 21).

Quando se cinde o sujeito de seu transtorno, também o destitui da apropriação daquilo que lhe constitui como sujeito humano: um envoltório de marcas da trama social e da história que lhe tocou viver, da qual os sintomas são resultantes do modo próprio como o sujeito as incorporou em si e do destino que lhes deu. Explicar ou justificar comportamentos pela patologia instalada representa tirar do centro o sujeito como autor de sua própria existência. Desde esse lugar de destituição subjetiva, o que podem professor e aluno? Destituído o professor de seu saber, o que teria a oferecer ao seu aluno para contribuir em sua formação humana?

1.2.1 A medicalização e a patologização da infância: conceitos e desdobramentos

Um estudo realizado pela psicóloga Denise Barros, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, amplamente divulgado na mídia em agosto de 2014¹³, sobre o uso de metilfenidato¹⁴, destaca o aumento de impressionantes 775% nas vendas do medicamento no Brasil no período de dez anos, entre 2003 a 2012 (BARROS, 2014). Segundo a pesquisadora, a população brasileira, atrás apenas dos Estados Unidos, representa o segundo maior mercado consumidor mundial de metilfenidato, substância psicotrópica de primeira escolha na prescrição médica para casos de Transtorno de Déficit de Atenção, com ou sem Hiperatividade (TDA/TDAH), o que indica uma explosão no número de diagnóstico de crianças enquadradas nos critérios da doença e fazendo uso do remédio como tratamento. Dados como esse suscitam muitos elementos

¹³ Por exemplo, reportagem da Revista Veja, intitulada “Brasil registra aumento de 775% no consumo de Ritalina em dez anos” (REVISTA VEJA, 2014).

¹⁴ Ritalina é o nome comercial do metilfenidato.

que necessitam ser problematizadas a fundo, pois a superficialização e a naturalização como doença de tudo o que envolve o tema do sofrimento psíquico na infância é risco permanente.

A pesquisa citada convoca a todo adulto, preocupado com o desenvolvimento da infância e consciente de seu lugar de referente frente à criança em desenvolvimento, a levantar questões em torno desses dados: como explicar o aumento de diagnósticos de TDAH nessas proporções em apenas uma década? Há consenso entre estudiosos do assunto que essa explosão do uso de drogas psicotrópicas cada vez mais cedo e em maior número de crianças é atribuída ao fenômeno da medicalização e patologização da infância.

O termo medicalização não é novo, nem está em sua origem ligado unicamente a transtornos ou patologias mentais. Quando surgiu, na década de 1970, teve uma conotação mais descritiva, relativa à apropriação, pela medicina, dos modos de vida humanos: por exemplo, a gravidez e o parto, o dormir, a tristeza, a agitação, o sobrepeso, a inquietação, os comportamentos desviantes, para citar alguns (CONRAD, 2007). Hoje, tem sido usado como crítica negativa ao excesso de medicalização da vida, pelo visível avanço e ampliação da “jurisdição” da medicina sobre campos de atuação que não eram seus até então e pela naturalização com que tem sido incorporada à cultura (GAUDENZI e ORTEGA, 2012, p. 22).

A medicalização diz respeito às mudanças profundas que foram ocorrendo relativas à expansão do diagnóstico e tratamento médico/medicamentoso de aspectos não considerados anteriormente como problemas de saúde. Nas origens dessas preocupações, estão pensadores como Michel Foucault, Bárbara Wootton e Thomas Szasz, passando por Eliot Freidson, Irving Zola, Ivan Illich e Peter Conrad. A esses, reúnem-se muitas outras vozes a partir dos anos 2000 (ZORZANELLI, ORTEGA, BEZERRA JUNIOR, 2014).

A definição padrão que tem sido utilizada atualmente para pensar o problema da medicalização, contudo, emerge das obras de Peter Conrad, e vincula a medicalização a um processo pelo qual a condição humana e seus problemas são definidos e tratados como uma condição médica. Segundo Conrad (2007), no processo de medicalização um problema não-médico passa a ser descrito a partir da linguagem médica, passa a ser definido e classificado em termos médicos (como doença ou transtorno), além de ser abordado e tratado pelo viés da racionalidade médica (na maioria dos casos, com

remédios, a medicação). Desde o olhar da sociologia médica, a medicalização da sociedade se dá sobre problemas que são parte do ciclo vital humano, que dizem respeito a comportamentos, estados psíquicos ou condições corporais, que passam a ser incluídos no rol de ações do médico.

Em tom de alerta, a Carta sobre a medicalização da vida refere as ideias de Ivan Illich, no aspecto em que a medicalização assume o sentido de risco de expropriação da saúde:

A ampliação e extensão do poder médico minam as possibilidades das pessoas de lidarem com os sofrimentos e perdas decorrentes da própria vida, transformando as dores da vida em doenças. Segundo o autor [Illich], a vida estaria sendo medicalizada pelo sistema médico que pretendia ter autoridade sobre pessoas que ainda não estariam doentes, sobre pessoas para quem não se poderia racionalmente esperar a cura, e sobre pessoas com problemas para os quais os tratamentos prescritos por médicos teriam resultados semelhantes aos dos oferecidos por familiares mais experientes (FORUMADD, FÓRUM SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E DA SOCIEDADE, 2011, online).

Isso conduz, entre muitos outros aspectos, a uma espécie de empoderamento, que muitas vezes resulta em autoritarismo e negação de outros campos de atuação sobre o mal-estar dos sujeitos, alimentando e sendo retroalimentado atualmente pelo poderio da indústria farmacêutica (MOYSÉS, COLLARES, UNTOIGLICH, 2013), cuja voracidade com que se insere nesse panorama é apontada por inúmeros estudos no que tange à força de influência na construção do imaginário social e médico voltado à medicalização. O “processo medicamentizador” é fomentado pela crescente e poderosa indústria farmacêutica, cuja forma de intervenção “lleva con frecuencia a los adultos a introducir y naturalizar el aumento exponencial de consumo de psicofármacos en la infancia buscando la adaptación del niño a las exigencias que le impone la época, sin medir las consecuencias a largo plazo de dichas intrusiones” (MOYSÉS, COLLARES, UNTOIGLICH, 2013, p. 30). Usam estratégias de divulgação de massa, dirigidas não só a profissionais, mas especialmente ao público leigo, que resultam em “implicaciones mucho más profundas en nuestras sociedades ya que se inscriben en procesos de creación de nuevas subjetividades que radicalizan la medicación” (IRIAT e RÍOS, 2012, p. 03).

Trata-se de uma radicalidade perigosa, limitante, que nega o olhar sobre a singularidade humana, e se vincula ao que tem sido chamado biomedicalização. “A

medicalização reflete a preocupação obsessiva do contemporâneo com a norma e com os processos de normalização, dada a atual modalidade disciplinar de exercício do poder que implicou sua horizontalização” (HENRIQUES, 2014, p. 83). O termo biomedicalização está referido à mudança subjetiva do indivíduo frente à sua concepção de cidadania, ou seja, em termos de direitos e deveres em relação às características corporais, de saúde e de cura, que pressupõe a internalização no próprio sujeito da necessidade de autocontrole e de busca pela saúde, podendo até dispensar, em algum nível, a intervenção médica.

O próprio sujeito, impregnado subjetivamente pelos efeitos sociais e culturais da medicalização, por si mesmo vigia os processos do corpo e os direciona para serem medicalizados, interpretando e ressignificando tudo o que se passa com o corpo sob o viés biológico. O alcance da biomedicalização está facilitado pela forte divulgação tanto das listagens de sintomas para categorizar doenças, quanto de questionários e protocolos para serem usados no intuito de diagnosticar facilmente patologias mentais (IRIAT e RÍOS, 2012). O paciente já vai ao médico levando consigo uma hipótese diagnóstica e indicação terapêutica, em geral farmacológica, tal como é possível ver em relação ao TDAH nos dias atuais.

Num estudo que percorre o conceito de medicalização entre 1950 e 2010 nos principais pensadores do tema, Zorzaneli, Ortega e Bezerra Junior (2014) concluem que uma pesquisa a respeito da medicalização deve considerar amplamente os sentidos que o termo suscita para que este não perca sua força como instrumento teórico. Restringir o sentido de medicalização ao aspecto da hegemonia do poder médico obscurece a possibilidade de compreender esse como um fenômeno complexo, fruto de uma sociedade complexa. Assim:

O percurso entre os diferentes autores e os debates em torno do conceito de medicalização permite evidenciar sentidos diferentes e não necessariamente autoexcludentes, dentre os quais se destacam: a) práticas massivas de intervenção sobre o espaço público; b) transformação de comportamentos transgressivos e desviantes em transtornos médicos; 3) controle social e imperialismo médico; 4) processo irregular que envolve agentes externos à profissão médica (ZORZANELLI, ORTEGA E BEZERRA JUNIOR, 2014, p. 1865).

Nesse sentido, para pensar a complexidade da medicalização, é preciso compreendê-la como um fenômeno irregular, não localizável, difuso, exercido por atores médicos e não-médicos em colaboração, dentro de um contexto social, tal como

propôs Conrad desde seus primeiros escritos. Segundo Zorzaneli, Ortega e Bezerra Junior:

A ênfase na irregularidade da medicalização 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. De forma prática, essa irregularidade significaria, por exemplo, que alguns comportamentos são, potencialmente, mais medicalizáveis do que outros, colaborando para isso certos fatores, como o maior ou menor apoio da profissão médica, a disponibilidade de intervenções e tratamentos, a existência de definições daquele comportamento ou transtorno competitivas entre si; significaria dizer que alguns grupos são ou eram mais medicalizáveis do que outros, como, a princípio, as mulheres e as crianças; que as diferenças sociais e de gênero contribuiriam para acirrar processos de medicalização; que haveria agentes fora da profissão médica que contribuiriam ativamente para a medicalização, tais como a indústria farmacêutica, as associações de cuidadores e pacientes, a mídia impressa e virtual e a divulgação científica, periódicos médicos e as propagandas de medicamentos. Por fim, a irregularidade da medicalização significaria que pode haver, paralelamente, processos de desmedicalização, como o emblemático caso da retirada da homossexualidade do DSM-II, no início da década de 70 (ZORZANELLI, ORTEGA E BEZERRA JUNIOR, 2014, p. 1863).

Coexistem, no fenômeno atual da medicalização, a força determinante do contexto histórico-social sobre as formas de enfermar própria a cada época (UNTOGLICH, 2013) lado a lado com a singularidade dos atores sociais em jogo, especialmente a mobilização leiga, na qual pacientes transformam-se em sujeitos em busca de diagnósticos e consumidores ativos de saúde (ZORZANELLI, ORTEGA E BEZERRA JUNIOR, 2014). No campo da enfermidade mental – sobre o qual nos debruçamos – muitos diagnósticos tem sido criados, alterados e refutados não só por critérios de categorização clínica, mas muitas vezes por reflexo da subjetividade vigente, sofrendo forte influência de fatores econômicos, políticos, socioculturais e ideológicos (IRIAT e RÍOS, 2010).

Atualmente, através da intervenção de psiquiatras, neurologistas e profissionais da saúde, associados a outros atores sociais, vêm se alargando os limites das enfermidades psíquicas e se incrementando amplamente sua medicalização. Esse tipo de postura atribui-se à acreditação de novas categorias diagnósticas em saúde mental e, para tal, a contribuição do DSM, o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, da *American Psychiatric Association*, tem papel central (DUEÑAS, 2013). Segundo Vasen, precisamos nos deter nesse manual, principalmente em sua última versão, o DSM-V, pois suas ideias têm servido à leitura que fazemos de nós próprios e

do semelhante, influenciando decisivamente “sobre la manera como nos representamos quiénes somos” (2011, p. 10), o que faremos adiante.

São complexos os desdobramentos que advém do alargamento das categorias diagnósticas, que resultam em patologização, pois “diminuiu o espectro do que é considerado normal ou aceitável” (GAUDENZI e ORTEGA, 2012, p. 24). Na medida em que afeta a infância – período em que o psiquismo está em vias de se constituir, naturalmente permeado por dificuldades e impasses, vinculados que são ao funcionamento mental dos adultos de referência –, comportamentos ganham estatuto diagnóstico de transtorno ou doença mental, mas podem não necessariamente condizer a uma patologia estruturada, embora se reconheçam sintomas. Pensar qual extensão vem tomando a medicalização e patologização, que se expande para a vida, e alcança a infância e a aprendizagem, e sua medicação, diz respeito também à preocupação com os destinos da subjetividade das gerações futuras.

Assim, compreende-se que a medicalização não pode carregar em si mesma o qualificativo de ser boa ou ruim: discernir a boa da má medicalização depende do contexto em que se insere e do uso que dela é feito (HENRIQUES, 2014). Nosso objetivo neste trabalho é pensar a medicalização no contexto da infância, no que diz respeito à variabilidade e diversidade comportamental.

Para exemplificar e trazer para o cotidiano o fato de a patologização estar impregnada, bem como sua banalização em nosso dia a dia e sua expansão para além dos limites dos consultórios médicos, apresento brevemente como chegaram duas recentes demandas de ajuda dirigidas ao trabalho que exerço como psicanalista. Uma mãe envia-me uma mensagem telefônica a respeito de seu filho de seis anos que começa da seguinte forma: “Oi, preciso tratar o TOC do meu filho”. Uma professora, no âmbito da escola, solicita avaliação para um de seus alunos de cinco anos justificando: “Eu percebo que ele tem um *deficitzinho* de atenção”.

Isto retrata ao menos dois aspectos no sentido do termo patologização. Primeiro, a tendência a qualificar como patologia, cada vez mais cedo, comportamentos desadaptados, intensos ou impróprios de crianças, bem como o fato de a classificação diagnóstica ter extrapolado as paredes dos consultórios médicos e psicológicos, alcançado as escolas, as casas, a vida e a mente das pessoas, transformando em doença eventos vitais próprios dos diferentes tempos que cada ser humano tem que cumprir ao

longo da vida: a infelicidade, a tristeza, a inquietude infantil, a timidez, a solidão, a rebeldia adolescente, entre outros.

O segundo aspecto diz respeito à simplificação reducionista na qual se desloca um problema ou dificuldade da criança e seu ponto de abordagem da esfera coletiva e familiar a um problema unicamente individual, negando assim a influência do meio, das classes sociais, da qualidade das trocas familiares e sociais da criança, bem como as particularidades da escola e dos professores ao atender o problema, etc. (MOYSÉS, COLLARES, UNTOIGLICH, 2013). Nas palavras de Bleichmar, “la patologización de la sociedad civil es una forma de ocultamiento de los conflictos que padece” (2008, p. 58).

Nesse sentido, Moysés, Collares e Untoglich definem quais são os passos que instalam o processo de patologização no campo da saúde mental, naquilo que chamam de maquinaria medicalizadora:

1 – En principio suele haber una búsqueda de causa unívoca e determinista (Nota: en este momento predomina la hipótesis biológica, aunque no haya sido fehacientemente comprobada en ningún caso de enfermedad mental). 2 – Impera un paradigma fijo de normalidad y todo aquello que queda por fuera se califica como anormal. 3 – Se produce un acto de nominación que construye una clasificación que da sentido a todo lo que ocurre a ese sujeto, y su vida pasa a ser leída desde esa única condición. 4 – A partir de aquí toda la historia dese sujeto, su pasado, su presente y su futuro estará atravesada por dicha categorización (MOYSÉS, COLLARES, UNTOIGLICH, 2013, p. 29).

Como essa maquinaria medicalizadora tem o incentivo tanto de médicos, como de parte de psicólogos, e inclusive de instituições educativas, identificar o que lhe subjaz implica deslindar “una trama socio-política de la cual el sujeto es su objeto” (MOYSÉS, COLLARES, UNTOIGLICH, 2013, p. 30).

Levando em consideração os aspectos apresentados até aqui na questão da medicalização e da patologização da infância, consideramos que para avançar na compreensão é necessário abordar o problema dos diagnósticos e das classificações, o que faremos no ponto seguinte, sem, contudo, perder de vista a pergunta relativa à subjetividade: qual marca subjetiva o fracasso individual e o processo medicamentizador e patologizador deixarão nesses sujeitos em constituição?

1.1.3 DSM, neurobiologia, diagnósticos: qual o lugar da infância?

Moysés, Collares e Untoglich (2013), ao tratarem do que chamaram de maquinaria medicalizadora, ofertam como exemplo dados da pesquisa de doutoramento de Pfeiffer (2011), um estudo consistente a respeito da violência contra a criança e o adolescente, realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, num programa destinado ao acolhimento e atendimento às vítimas. Na busca por construir um método de classificação da gravidade da violência contra crianças e adolescentes, a pesquisadora encontra algo que não constava originalmente como seu objeto de pesquisa, revelado nas entrevistas iniciais de atendimento: das crianças atendidas acima de 3 anos de idade, com diagnóstico já estabelecido de violência grave ou gravíssima, cerca de 70% delas chegaram ao programa tomando medicação psicoativa em vários tipos de associações. O diagnóstico neuropsiquiátrico amparava a intervenção medicamentosa sobre os sintomas da criança, classificados como problemas de aprendizagem, TDAH e fracasso escolar, negando, contudo, a etiologia social de tais sintomas. Pfeiffer aponta, também, o fato de nenhum profissional que tenha atendido essas crianças ter detectado a situação de violência que as envolvia. Duas conclusões interessam ao escopo dessa pesquisa. Nas palavras da pesquisadora:

Todas as vítimas avaliadas apresentavam sinais e sintomas de ansiedade, angústias ou de doenças psicossomáticas, conseqüentes à violência psíquica primária ou secundária às outras apresentações da violência. Muitos destes sintomas se referiam a dificuldades de relacionamento familiar, social e consigo mesmo, levando a agressividade ou apatia, problemas ou fracasso no aprendizado, comportamento hiperativo, disfunções orgânicas e atitudes de auto-agressão, chegando a tentativas de suicídio, mesmo em crianças de 9 a 10 anos de idade.

A grande maioria das crianças e adolescentes avaliados estava recebendo ou já havia recebido por mais de metade de suas vidas, medicação psicoativa para seus sintomas de sofrimento ou manifestações orgânicas da violência, caracterizando uma nova forma de amarras ou castigos, a violência química (PFEIFFER, 2011, p. 223).

Temos aqui um exemplo concreto de como pode se medicalizar fenômenos sociais, atribuindo a eles supostas causas neurobiológicas, medicamentando crianças, e o quanto a infância, em sua condição de vulnerabilidade e dependência do universo adulto, pode ser maltratada uma vez mais no serviço que se diz de saúde, quando não encontra amparo e escuta, mas apenas remédios que calem o sofrimento e disciplinem o desordenado que brota da violência.

Trata-se de um exemplo paradigmático de mau uso do medicamento no tratamento de patologias infantis graves, pois sugere uma prescrição pouco criteriosa e

estratégia única de intervenção sobre o sofrimento infantil. “Lo más grave no es que se medica a niños sanos, es que hay niños gravemente perturbados a quienes se les indican sustancias que son inocuas para resolver el futuro de una perturbación”, afirma Bleichmar (2008, p. 58). Quem olha para o futuro dessas crianças? O que esperar? Podemos ver com nitidez que essa medicamentação da infância é também uma forma de dessubjetivação, ou de não-subjetivação, temática a ser abordada no terceiro capítulo desta pesquisa.

Numa situação de violência familiar, em que os pais brigam violentamente na frente dos filhos ou, envolvendo os filhos ou, mesmo em situações de depressão ou alcoolismo, o que se passa na cabeça da criança? Há que se pensar que são experiências potentes para fazer emergir angústias muito intensas, que a criança, com os recursos psíquicos que tem, precisa dar conta dentro de si, e faz isso investindo grandes quantidades de energia em mecanismos psíquicos de defesa contra a angústia para que sua atenção não fique invadida por esse drama ininterruptamente. Ainda assim, em meio ao sofrimento, cada criança terá suas possibilidades e dificuldades de lidar internamente, podendo ficar agitada, agressiva, apresentar medos, ter problemas alimentares, ou seja, uma vasta gama de sintomas que poderiam qualificar quadros psicopatológicos.

Nesse aspecto, Bleichmar (2008, p. 58) adverte que “no hay un sujeto que padece sin que se instale en él un síntoma orgánico; sobre ese síntoma se pretende operar inmediatamente”, problema que se abre para todo tipo de equívocos. É preciso pensar a partir de diagnósticos diferenciais, que permitam discernir quando o sintoma infantil tem uma base orgânica clara de quando o corpo serve de palco para a manifestação de sintomas de ordem psíquica. Assim, podemos nos questionar: como essa situação hipotética poderá ser recebida na escola? E no consultório neurológico, psiquiátrico ou psicológico? Com que olhar sobre a subjetividade cada profissional toma a criança sintomática?

O DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, da *American Psychiatric Association*) tem suas diretrizes apoiadas na “medicina científica”, que é calcada no esquema sinal–diagnóstico–tratamento (ROUDINESCO, 2000). Este esquema pode ser entendido de forma muito simples: a partir de um sinal de febre, procede-se o diagnóstico – amigdalite – e indica-se medicamento – antibiótico: assim a cura estará dada. Esse modelo clínico da medicina biológica, aplicado às

patologias psíquicas, não dá lugar ao singular e à subjetividade, e traz sérias consequências. Roudinesco (2000, p. 48), recuperando o aspecto essencial das patologias psíquicas, alerta-nos: “no que concerne ao psiquismo, os sintomas não remetem a uma única doença e esta não é exatamente uma doença (no sentido somático), mas um estado. Por isso, a cura não é outra coisa senão uma transformação existencial do sujeito”. Administrar remédios para os distúrbios da alma se assemelha a lubrificar um motor em pane – redução de um ser subjetivo a uma concepção de homem-máquina (Roudinesco, 2000).

Nessa perspectiva, olhado desde as prescrições do DSM-V (2013), o sintoma da criança será isolado de suas contingências históricas, de suas narrativas de sofrimento e categorizado como um transtorno de origem neurobiológica e seu tratamento será com psicotrópicos. Segundo Basan:

tratar o transtorno ou a fobia sem levar em consideração seu contexto etiológico faz com que se perca o sentido de sintoma. Não resta, senão, ao profissional uma aproximação essencialista: privado de uma reflexão sobre o sentido, ele se reduz a explicar o problema por uma predisposição (de personalidade, de genética, neural...) da criança (BASAN, 2013, online).

A desarticulação do sentido do sintoma tem efeitos deletérios para os processos de constituição subjetiva e subjetivação, arrasando as possibilidades simbólicas e de inteligência a elas contingente. É necessário nos questionarmos: como contabilizar os prejuízos de práticas como essa?

Em torno da publicação do DSM-V (2013), que substituiu o DSM-IV (1994) vinte anos após sua publicação, tem havido muitos debates e questionamentos, e também muitas críticas. Vamos apresentar a seguir algumas questões a respeito de quais as implicações dos manuais de classificação para o aprofundamento social dos processos de patologização que estamos abordando, especialmente as consequências para a infância. Não intencionamos, contudo, esgotar importante tema. É necessário que nos debruçemos sobre o DSM-V, considerado a bíblia dos psiquiatras, não para sacralizá-lo, incorporando acriticamente uma produção vinculada profundamente à cultura estadunidense, nem para rechaçá-lo, sem poder pensar o que está propondo e o impacto que produz na cultura.

Allen Frances, chefe do Grupo de Tarefas do DSM-IV, é uma das vozes mais fortes que adverte sobre as consequências das alterações produzidas pelo DSM em sua

quinta versão, a influência e poderio das indústrias farmacêuticas e a medicalização disseminada. Em *Voltando ao normal*¹⁵ (2016), o autor demonstra que o DSM-V, como está proposto, patologiza os eventos cotidianos da vida e favorece a medicalização, colocando-nos frente a uma pandemia de transtornos mentais. Uma pequena modificação em como definir um diagnóstico pode aumentar em milhões as pessoas com transtorno, afirma ele, e sugere uma listagem de problemas com a nova classificação, dentre elas o incremento dos índices de transtornos mentais, de duas maneiras: “1. nuevos diagnósticos que podrían ser extremadamente comunes en la población general (especialmente después del marketing de una siempre alerta industria farmacéutica); 2. umbrales diagnósticos más bajos para muchos desórdenes existentes” (FRANCES, 2009, online). Apoiado em critérios diagnósticos mais elásticos, em termos de espectro, é possível criar variantes do “normal” e enquadrá-las como enfermidade mental, produzindo milhões de falsos-positivos, que serão medicalizados de forma desnecessária: assim o DSM-V reforça a patologização da vida, de modo que muitos movimentos sociais críticos pelo mundo se opuseram aos seus princípios, como o Stop DSM, Despatologiza, Foruminfancias, Fórum sobre a medicalização da sociedade, etc.

A construção do DSM-V foi delineada pela mudança do paradigma categorizante para o paradigma dimensional (FRANCES, 2016, VASEN, 2011). Ou seja, no DSM-IV e anteriores, entre um quadro psicopatológico e outro havia fronteiras nítidas e bem delineadas, o que acabava dificultando o enquadramento perfeito de um sujeito nas condições de classificação dentro de um transtorno. O DSM-V é construído sobre o paradigma dimensional, ou seja, conceitualizado pela noção de espectro: “un gradiente que abarca desde un comportamiento ‘normal’ a un trastorno claro” (Vasen, 2011, p. 11), o que denota o borramento entre as fronteiras do normal e do patológico e o alargamento do campo das patologias, expandindo as possibilidades de diagnóstico e produzindo epidemias de “transtornados” mentais (VASEN, 2011).

Segundo Vasen, o DSM-V apresenta uma noção de subjetividade “plana y funcional [...] adaptada y gobernada por los ritmos cambiantes de los neurotransmisores generados por los códigos vehiculizados en los genes” (2011, p.10), posição de base que contradiz a compreensão compartilhada pelas disciplinas humanas, de que o ser humano, sua humanização, constitui-se como produto de uma história, cuja

¹⁵ O título original é “Saving normal”, cuja tradução significa “Salvando o normal”, a qual representa melhor a posição do autor em defesa de que o excesso de diagnósticos e a medicalização estão desviando para a doença aspectos variantes que são próprios da condição humana, não necessariamente patologia.

subjetividade é marcada pelas relações intersubjetivas, que delineiam um sujeito contraditório e obscuro, conflituado e passional.

Bleichmar, desde a Psicanálise, indica as bases de uma posição ética, ao requerer “la necesidad de separar los fenómenos nuevos de aquellos que se presentan bajo una nueva carátula, ya que la ligereza en la clasificación propicia la improvisación y el maltrato” (2011, p. 31). A pesquisa com crianças vítimas de violência demonstra que, validados por um manual diagnóstico, profissionais que atendem a infância estariam amparados a patologizar e medicalizar como se os sintomas tivessem origem genética ou neurobiológica, ignorando a história de vida, as marcas deixadas pela experiência e os efeitos futuros de tamponar com drogas psicotrópicas o “estranho” que se faz aparecer na criança. Maltrato subjetivo, no que tange à necessária posição alteritária e ética do adulto frente à criança, que se esperaria ser de resguardo da subjetividade e não de sua desarticulação (Bleichmar, 2008).

Como restaurar infâncias, calando com medicações psicoativas os efeitos ou sintomas da violência sofrida por uma criança, por conta de classificá-la por listagens de comportamentos e enquadrá-la em síndromes ou transtornos? Compreender a problemática da etiologia das afecções psíquicas na infância, subjacente aos manuais classificatórios, abre perspectivas para posicionar a ética.

O problema das causas vem gerando um longo e controverso debate no terreno do uso de medicamentos psicoativos na infância. Segundo Terzaghi (2011), o avanço no campo de conhecimento das neurociências, ao mesmo tempo em que produziu contribuições notáveis, como o conceito de neuroplasticidade, gerou “la convicción de que pudiera reducirse a ella [ao biológico] la comprensión de todo lo humano. En este sentido, el campo de las llamadas perturbaciones psíquicas es uno de los más elocuentes: el sufrimiento devino trastorno, el miedo, excitación amigdalina, la angustia, movimientos moleculares en el espacio sináptico” (TERZAGHI, 2011, p. 97).

Bleichmar (2011) defende que na alçada da genética há aspectos que não poderão se enquadrar nunca, como por exemplo a inscrição subjetiva do efeito das classes sociais sobre um sujeito, do fato de pertencer ao primeiro ou terceiro mundo, a pulsão de morte¹⁶, etc. embora o cérebro e seu bom funcionamento sejam condição necessária para tal. Vasen esclarece que:

¹⁶ Conceito complexo, cunhado por Freud durante a Primeira Guerra Mundial e apresentado no quadro de sua última teoria das pulsões, contraposto às pulsões de vida. A noção de pulsão de morte remete a um

este modo de concebir la subjetividad [concepção biologicista subjacente ao DSM-V] se ha difundido como resultado indirecto del empleo de clasificaciones aparentemente asépticas y científicas, pero que han demostrado ejercer efectos que no pueden tacharse ni de asépticos ni de científicos, sino, mas bien, de tecnocráticos, patologizantes e medicalizantes. (VASEN, 2011, p. 10)

Desde esse olhar neurobiologizante da vida, perde-se de vista a ideia da infância como tempo de aprender e de se desenvolver, como tempo de vir a ser, e de que a subjetividade não se desenvolve naturalmente por nascermos humanos, mas depende da intervenção do semelhante em posição de alteridade e das marcas que se produzirão no interior do psiquismo da criança em questão. Para Bleichmar (2011), a infância é um *tempo de moratória*, que significa tempo de constituição do psiquismo e da subjetividade no enlace com os semelhantes e referentes, na relação intersubjetiva. Contudo, muitas crianças hoje têm sido despojadas precocemente desse tempo de moratória: o *fim da infância* é um problema da sociedade complexa em que vivemos e que impacta o desenvolvimento psíquico e subjetivo da criança, o qual tende a resultar em patologias. Com a expressão *fim da infância*, a autora se reporta à enorme franja de crianças ficando à margem da história, em situação de pobreza e/ou violência, sem acesso a escolaridade, subalimentadas, acometidas de doenças resultantes da própria miséria, com limite no acesso aos níveis simbólicos e culturais de nossa civilização.

E há aquelas, num outro extremo, com vasto acesso aos bens simbólicos e culturais, cujos pais, na ânsia de que seus filhos possam pertencer à cadeia produtiva e não serem relegados à margem da história, fazem-nos cumprir roteiros de cursos e matérias com o objetivo de torná-los competitivos, sobrecarregando-os com afazeres e restringindo em excesso o tempo de brincar, de fantasiar e criar livremente, principais vias de simbolização na infância. Além disso, o excesso de informação advinda não só da televisão, mas dos meios virtuais, introduz a criança muito frequentemente a temas como a morte e a sexualidade em formas não assimiláveis pelo psiquismo em constituição, compondo um elemento traumático com consequências para a infância que devem ser amplamente consideradas (BLEICHMAR, 2011).

processo interno voltado “inicialmente para o interior e tendendo à autodestruição e secundariamente dirigida para o exterior, manifestando-se sob a forma da pulsão de agressão ou destruição” (LAPLANCHE, PONTALIS, 1992, p. 407).

Os problemas ligados ao despojo da infância têm dado lugar a etiquetas psicopatológicas, na qual a consideração sobre a construção intra e intersubjetiva do sofrimento da criança tende a ser reduzida a fenômenos de caráter biológico, sem espaço para tomar em consideração as situações de sofrimento pelas quais a criança pode estar padecendo, nem indagar o que subjaz as condutas de agitação, agressão, desatenção, etc. É certo que aqui não está enquadrada a totalidade dos casos, mas certamente alcança a massa de sobrediagnósticos e de medicalização que as crianças de nosso tempo vêm sofrendo (FRANCES, 2009; IRIAT e RÍOS, 2012; MOYSÉS, COLLARES, UNTOIGLICH, 2013).

Contudo, diagnóstico precoce e feito com precisão salva vidas e é necessário que seja feito. Diagnosticar não é um ato simples; uma operação diagnóstica é um processo complexo que não se limita a enquadrar pessoas em uma listagem de sintomas, apenas categorizando condutas ou afetos como psicopatologia cuja indicação de resolução vem a ser medicamentosa (JANIN, 2013). Há uma confusão na atualidade em querer assimilar compreensão ou categorização de fenômenos e condutas com precisão diagnóstica (UNTOGLICH, 2013).

Seguindo a tendência à biomedicalização, lista-se sintomas, enquadra-se o “doente” em um sistema de categorização psicopatológica e procede-se ao uso do remédio. A avaliação, que pode até ser feita através de questionários dirigidos a pais e professores, sem dar voz à criança ou ouvindo-a minimamente, parece estar tão disseminada e tão aceita como o modelo de atendimento às demandas infantis – tão naturalizada – que requer revisão. Esse é um modo de avaliar – não o único – inspirado no cânone positivista do modelo físico-matemático, modelo hegemônico no âmbito das ciências naturais. A esse respeito, Dalbosco afirma que:

o que se torna amplamente problemático em tal modelo [das ciências naturais], quando simplesmente transportado para as ciências do espírito (*Geisteswissenschaften*), é que ele objetiva (mensura) aquilo que por princípio não deve ser objetivado, isto é, o próprio ser humano (DALBOSCO, 2014, p. 1031).

A simples categorização dos sintomas está mais para uma matematização do comportamento que não permite compreender o sentido propriamente humano em jogo, ou seja, que um sintoma é o modo que a criança encontrou para expressar seu mal-estar e dar expressão a seu sofrimento. Trata-se de um modelo positivista, no qual

“mensuração e medida tornam-se forças poderosíssimas do ideal científico de objetividade” (DALBOSCO, 2014, p. 1031), que tenta incorporar a epistemologia das ciências naturais à das ciências sociais, processo altamente limitante para o avanço da compreensão da complexidade da sociedade e do homem (SOUZA SANTOS, 2008), questão a qual nos dedicaremos no próximo capítulo.

Esse é o modelo de atendimento de situações como a relatada na pesquisa no Hospital de Clínicas no Paraná (PFEIFFER, 2011): medicalizar os efeitos dos fenômenos intersubjetivos, que se refletem em sintomas sociais e de aprendizagem como se fossem de ordem neurobiológica ou genética, sem tomar conhecimento do sujeito. Assim, ao silenciar a criança, maltrata mais ainda a infância sofrida. Nem todos partilham desse modo positivista de conceber o humano.

Especialmente na infância, temos que levar em consideração que estamos frente a um sujeito em tempo de constituição do psiquismo e da subjetividade, ou seja, um pequeno sujeito imerso num complexo processo de “vir a ser” que se projeta em um futuro. Conjuguar condutas infantis com quadros psicopatológicos fixos marcará, de forma indelével, aquela subjetividade. Diz Untoiglich (2013) que na infância os diagnósticos se escrevem com lápis – há que se permitir a abertura para o novo, para as surpresas, para as transformações possíveis, para os avanços e inclusive retrocessos. Disso é feita a vida humana.

Diagnósticos criteriosos são valiosos para diferenciar, por exemplo, o que é uma oposição violenta da criança sobre os pais, e que pode resultar em uma gama de sintomas, de um verdadeiro quadro de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). A opção por conceder um diagnóstico a uma criança tomando tempo para ouvi-la, interagindo com ela e conhecendo sua história, descobrindo o que pensa e como entende o que lhe acontece: esse contato humano, em transferência¹⁷, associado ao contato com a família, coloca o sujeito no centro de sua própria vida e em contato com sua história e com as dificuldades que tem em si e terá que necessariamente lidar (JANIN, 2011). O descompromisso com a cura dos próprios sintomas psíquicos – que emerge quando a concepção é a de que a cura está na pílula a ser ingerida – retroalimenta o circuito da doença psíquica, ao invés de interrompê-la.

¹⁷ Transferência designa “um processo constitutivo do tratamento psicanalítico mediante o qual os desejos inconscientes do analisando concernentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, na pessoa do analista, colocado na posição desses diversos objetos” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 766).

Quantos dos profissionais dedicados a atender a infância em sofrimento, influenciados pela cultura do rápido, fácil e utilitário, estão dispostos a mergulhar em “águas profundas” e se envolver com a subjetividade da criança para ver que o que está além do aparente? Como esse modo de compreensão da subjetividade, que anula sua profundidade e dinamicidade, impacta nossa sociedade complexa e nossas escolas? Aproximar da escola esses elementos que estamos discutindo aqui será o objetivo a seguir.

1.2 O escolar: a potencial suspensão versus os riscos de patologização

Buscar em seu sentido originário o significado do *escolar* permite uma aproximação com o sentido de uma escola para a justiça social, ancorada na noção de igualdade entre todos no desfrute do tempo de estar na escola, cuja resistência aos processos de medicalização e patologização é consequência. Segundo Masschelein e Simons (2013), nas origens gregas do escolar, a escola se constituiu como uma invenção política, criada para igualar privilégios com as elites aristocráticas e militares na Grécia antiga. Em seu sentido estrito, *skholé* significa “tempo livre, descanso, adiamento, estudo, discussão, classe, escola, lugar de ensino” (MASSCHELEIN, SIMONS, 2013, p. 25). Na base da criação da escola grega está o desejo de que todos possam usufruir desse tempo livre, *skholé*, independente de sua classe social, de sua raça ou origem. Nessa perspectiva, “a escola dá às pessoas a chance (temporariamente, por um curto espaço de tempo) de deixar o seu passado e os antecedentes familiares para trás e se tornarem um aluno como qualquer outro” (MASSCHELEIN, SIMONS, 2013, p. 31). A suspensão dos papéis e das expectativas sociais criadas para a criança e o jovem fora da escola, a suspensão temporária de suas origens em termos de sua posição social e econômica, fazem emergir a igualdade, que cria uma brecha no tempo para poder ser um aluno, um sujeito em si: desconectado do tempo ocupado com a família ou da *oikos* (a *oiko*-nomia) e da cidade/estado ou *polis* (polí-tica), está o sentido de tempo livre.

Dando relevância ao conceito de suspensão proposto por Masschelein e Simons (2013), pretendemos demonstrar um vínculo possível com a ideia de resistência ao fenômeno da patologização e medicalização na infância, no espaço escolar:

Quando ocorre a suspensão, os requisitos, tarefas e funções que governam lugares e espaços específicos, tais como a família, o local de trabalho, o clube desportivo, o bar e o hospital, já não se aplicam. Isso não implica a destruição desses aspectos, no entanto. A suspensão, tal como a entendemos aqui, significa (temporariamente) tornar algo inoperante, ou, em outras palavras, tirá-lo da produção, libertando-o, retirando-o de seu contexto normal. É um ato de desprivatização, isto é, de desapropriação (MASSCHELEIN e SIMONS, 2013, p. 32-33).

Os autores situam, assim, a escola como um espaço diferente dos outros ambientes, quando desprende o aluno de seus antecedentes sociais e culturais, e de sua capacidade de produção econômica. E, inspirados por Pennac, apontam para a necessidade de ajudar o aluno a romper com pensamentos ilusórios de impotência construída frente à aprendizagem, cuja possibilidade existe quando se garante que cada aula seja uma chamada para despertar:

A escola tem sempre a ver com a experiência de potencialidade. (...) A igualdade de cada aluno não é uma posição científica ou um fato provado, mas um ponto de partida prático que considera que ‘todo mundo é capaz’ e, portanto, que não há motivos ou razões para privar alguém da experiência de habilidade, isto é, a experiência de ‘ser capaz de’ (MASSCHELEIN e SIMONS, 2013, p. 69).

Esta posição não nega as diferenças individuais, pois elas existem, mas recusa-se a aceitar a imposição social sobre a escola dessa diferença, que implicaria determinar previamente a posição e as oportunidades de cada aluno. Uma posição que se recusa à saber a priori *quem é o aluno*, que se abre para recebê-lo da forma mais livre possível de estigmas e preconceitos terá efeitos benéficos sobre a subjetividade desse aluno.

Encontramos muitas histórias de alunos cujos prognósticos em termos sociais não eram favoráveis, mas que com a mão da escola, mais especificamente de algum ou alguns professores, puderam traçar novos caminhos. Albert Camus é um exemplo disso. Em sua obra literária *O primeiro homem*, de 1960, livro claramente de caráter autobiográfico, Camus faz um relato da infância e escolarização de um menino que vivia em um bairro pobre. O pai de Camus morreu na Primeira Guerra Mundial, sua mãe era analfabeta e semissurda, família muito humilde, que vivia num bairro pobre de Argel. No capítulo que Camus dedica à escola, além de contar detalhes sobre o tempo de escola, revela o professor que marca a vida do menino com aquilo que ele qualificou como “o gesto paternal” (CAMUS, 2011, p. 125), um professor que enxerga as potencialidades de seu aluno e que faz o que precisa para que esse aluno possa

prosseguir seus estudos ao invés de trabalhar para ajudar manter a família. Ficção e realidade se misturam quando colocamos lado a lado o livro e uma carta que Camus, Prêmio Nobel de Literatura em 1957, envia ao seu saudoso professor, por ocasião do prêmio Nobel. É notável o reconhecimento do lugar do professor em sua vida, a gratidão pela “adoção intelectual”:

Caro Monsieur Germain:

Deixei que passasse um pouco o movimento que me envolveu todos estes dias antes de vir falar-lhe de coração aberto. Acaba de me ser feita uma grande honra que não busquei, nem solicitei. Mas quando eu soube da novidade, meu primeiro pensamento, depois de minha mãe, foi para você. Sem você, sem essa mão afetuosa que você estendeu ao menino pobre que eu era, sem seu ensino, sem seu exemplo, nada disso teria acontecido. Eu não faço questão desse tipo de honra. Mas essa é ao menos uma ocasião para dizer-lhe o que você foi e é sempre para mim, e para assegurar-lhe que os seus esforços, o seu trabalho e o coração generoso que você coloca em tudo o que faz, sempre de maneira viva com relação a um de seus pequenos discípulos que, não obstante a idade, não cessou jamais de ser o seu aluno reconhecido. Eu o abraço com todas as minhas forças.

Albert Camus, 19 de Novembro de 1957. (CAMUS, 2011, p. 289)

Como essa, existem muitíssimas histórias de vidas reais salvas pela mão de um professor, algumas contadas em livros e filmes, muitas anônimas. Histórias que contrariam todas as expectativas prévias e fazem a diferença para a vida de quem as vive. Ao serem relatadas, essas histórias reais não fazem só saber, mas também fazem pensar, quer dizer, não determinam uma maneira *standard* de ação docente, mas têm potencial para produzir uma autêntica experiência a nível da sensibilidade. São potentes em tocar-nos, profissionais da educação, por revelar o potencial singular que cada escola e que cada professor tem de alcançar a subjetividade da criança em formação e contrariar *a tendência natural*. Não podemos, porém, romantizar os feitos, pois são realizados à duras penas e com muito envolvimento de ambas as partes, nem esperar que sirvam de *modus operandi* ou constem em estatísticas; guardam, contudo, um significado vital para quem os experimenta, professor e aluno.

Esses elementos corroboram a noção de que a escola é o tempo dado às crianças e também aos jovens para se desenvolverem – mesmo com muitas dificuldades e com resultados não lineares ou constantes – e que a aposta do mestre é vital. Movimentos regressivos inclusive fazem parte de todo processo de desenvolvimento humano e precisam ser compreendidos, aceitos e atravessados. Masschelein e Simons (2013) esclarecem que quando nos confrontamos com histórias de vida transformadas pela

escola, “somos sacudidos em nossos sentidos e, de repente, vemos que o que pensamos ser um fato inabalável ou um dado natural era, na verdade, um preconceito. Lembramos de que todos os critérios, classificações e diferenciações são convenções – convenções que devemos, continuamente, ousar questionar” (MASSCHELEIN, SIMMONS, 2013, p. 72).

Na escola atual, as crianças têm chegado não só aderidas a estigmas dos fatores sociais e econômicos, mas também a um diagnóstico médico/psicológico por suas problemáticas e sofrimentos. Além disso, muitas vezes é a partir do ingresso na escola que a criança passa a ser olhada de forma patologizada, que resulta, além de sua condição de dificuldade, em carregar o estigma da doença mental, cujas patologias sequer são consensuais entre os profissionais que as atendem (DUENÃS, 2011). É necessário *ousar questionar* essa tendência patologizante que impregna a forma como se olha e se recebe no interior da escola a criança com dificuldades, pois seu resultado é o de dismantelar no adulto a convicção da potência que tem o laço inter-humano como condição de recomposição subjetiva na criança. Ao se extraviar do encontro com a criança a função humanizante do adulto/professor, perde-se junto o potencial vir-a-ser.

Ousar questionar conceitos prévios/pré-conceitos com que abordamos uma criança, que nos impedem de acessá-la verdadeiramente, representa recusar-nos a conhecê-las através de um diagnóstico ou estigma que carregam aglutinados a seu próprio nome ou em substituição a ele: “o autista”, “o hiperativo”, “o agressivo” etc. Vemos nessas situações tão frequentes, ao menos duas consequências devastadoras para a construção da subjetividade para a criança: a negação de sua riqueza interna e de suas possibilidades como sujeito capaz (com sérios efeitos sobre sua identidade em constituição) e os impactos na subjetividade do adulto/educador, de quem a criança necessita para desenvolver-se, que passa a pensá-la a partir de categorias classificatórias e não em termos de sua singularidade.

Preocupa-nos o achatamento das subjetividades em desenvolvimento, resultantes da ótica positivista patologizante, que olha a criança em termos de uma soma de funções, numa negação tanto da porosidade do psiquismo quanto de que estamos frente à infância, que é um tempo de constituição psíquica e subjetiva passível de transformação. A simples categorização de sintomas como patologia nega a riqueza subjetiva e as múltiplas determinações do sofrimento da criança. E de forma mais contundente, é preocupante com que facilidade e com quais expectativas são

administrados remédios psicotrópicos para crianças, como se assim fosse possível encaminhá-la bem para a vida. Adotando uma via que silencia o mal-estar e o sofrimento da criança em constituição, que não conhece outras vias de expressão, não ajudamos a construir caminhos melhores.

Uma escola na qual o diagnóstico da criança é visto antes da própria criança nega o sentido do *skholé*, o papel da escola justamente em seu necessário efeito de suspensão (Masschelein e Simons, 2013), conceito potente para se pensar a necessidade de permitir que toda criança ocupe o lugar de aprendiz, independente da carga que traz consigo, que frequentemente é demasiada para ela. Não se quer assim negar que existam patologias que necessitem intervenção, mas apontar que aí há uma inversão: em lugar de, frente ao sofrimento humano, a necessidade de atravessá-lo pelo desenvolvimento subjetivo, dá-se rótulo e remédio. Acreditar que seja possível com uma listagem de sintomas que permitem um “rótulo”, explicar quem é a criança e por que sofre, e que é assim que se faz para melhorá-la, é um equívoco, e seu perigo reside justamente na medida em que isso pode se aderir à identidade da criança e, ao ser assumido como uma verdade sobre essa criança, ao modo de uma sentença, sela seu destino como doente. Além disso, o remédio jamais cura esse tipo de sintoma; está mais para acalmar, calar, parar o incômodo que é uma criança desordenada e para negar o papel que o meio exerce na produção e sustento do sintoma.

Não é novo sabermos também que quando se dá um diagnóstico comportamental aos sintomas infantis, acrescido de um psicofármaco como medida “resolutiva”, isso tende a produzir um efeito também na subjetividade daqueles que são responsáveis pelo desenvolvimento da criança, um efeito que dilui sua responsabilidade de fazer frente às *atitudes estranhas*, à dificuldade e desordem da criança e, com isso, desviando-se de deixar marcas e registros dentro dessa criança referente à humanidade de ambos, adulto e criança. Estamos no terreno da função humanizante da educação.

2 A MEDICALIZAÇÃO E A PATOLOGIZAÇÃO DA INFÂNCIA: ASPECTOS HISTÓRICOS, EPISTEMOLÓGICOS, ANTROPOLÓGICOS E A PERSPECTIVA DA NEUROPLASTICIDADE E EPIGENÉTICA

Neste capítulo, é nosso objetivo buscar os determinantes que subjazem aos processos de medicalização e patologização, em seus componentes históricos, epistemológicos e antropológicos não explícitos, cortados do discurso social por força de práticas irrefletidas, não pensadas em suas bases. Desejamos reunir elementos que nos dêem condições de compreender como nossa cultura chegou a se conceber antropologicamente como a cultura do sujeito cerebral e o que isso significa e implica. Por aqui iniciamos este capítulo.

Para avançar, apresentaremos argumentos a partir de uma consistente revisão num plano histórico, filosófico e epistemológico para compreender o que nos levou a chegar até ao reducionismo antropológico, ao ponto de parecer evidente a afirmação: “você é o seu cérebro”, situado na noção de sujeito cerebral.

Essa linha de investigação está em acordo com Hermann (informação oral, 2017)¹⁸ quando afirma: “apenas o conhecimento dos pressupostos filosóficos que orientam determinados diagnósticos psiquiátricos pode evitar o dogmatismo e seus perniciosos efeitos sobre a educação das crianças”. Com base nessa premissa, abordamos, na sequência, um percurso sobre a epistemologia subjacente ao fenômeno medicalização, descrita no Capítulo I como a apropriação e intervenção, pelas disciplinas médicas, de aspectos que são de outras ordens (social, cultural, econômica, histórica, psíquica). Aqui, nosso objetivo é trazer à luz que tipo de pesquisa e compreensão de ser humano resulta da aplicação de métodos objetivos e positivistas, portanto, como medição, quantificação e matematização na compreensão de fenômenos subjetivos e singulares, como é o caso das patologias da infância, deslocando a historicidade e a intersubjetividade do centro da compreensão do processo.

Consideramos a noção de reducionismo nesse contexto, ou seja, no sentido de que a compreensão dos fenômenos humanos, próprios do campo pedagógico, psicológico e psicanalítico, passa a ser feita a partir de categorias provenientes da medicina e da psiquiatria, ou seja, da área biológica. Referimo-nos como reducionista, portanto, à apropriação indevida de conceitos e de categorias de diferentes disciplinas,

¹⁸ Argumento proferido por Hermann, durante a banca de qualificação desta pesquisa, em 30.08.17, reafirmado por Santos Filho, que traduz o sentido e o espírito deste capítulo no interior da pesquisa.

que constitui uma falácia genética, em termos de estender inapropriadamente conceito de um campo do saber (biologia) a outro (social/psicológico).

No terceiro ponto, elegemos, para compor nossa argumentação, uma incursão na história das ideias, ao modo de uma arqueologia histórica, com o objetivo de compreender como se deu a construção da noção de loucura que chega até nós, nos dias de hoje, pois esta nem sempre esteve atada à enfermidade mental. O autor e obra de referência nesse percurso é Foucault, em *História da Loucura na Idade Clássica*, publicada em 1961. Considerada um clássico, tem em seu potencial crítico sobre a concepção naturalista e biológica da loucura o apoio sobre o qual a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica se constituíram, no mundo todo. A arqueologia sobre as raízes sociais, culturais e ideológicas da loucura marcou a possibilidade de renovação das teorias e discursos em torno do sofrimento psíquico. Constitui-se nossa intenção recompor, a partir de Foucault, um percorrido que nos ajude a fundamentar quais caminhos e descaminhos nos conduzem atualmente a ler o sofrimento psíquico infantil pelas lentes categorizantes das classificações nosográficas, que enxerga primeiro o transtorno e depois a criança, em detrimento da dimensão histórico-vivencial singular desses processos, para daí compreender como chegamos a esse estado de coisas.

No quarto ponto, abordaremos dois conceitos das neurociências – a epigenética e a neuroplasticidade, sobre os quais se apoiam pesquisas psicanalíticas com bebês. Nessa aproximação das neurociências com a psicanálise, trazemos uma perspectiva que faz um contraponto ao modelo reducionista e oferta uma epistemologia não-objetificadora do sujeito e da infância. Os fundamentos da neuroplasticidade e da epigenética permitem compor as hipóteses frente ao sofrimento psíquico, num olhar que inclui a inter-relação entre o biológico e os fatores ambientais. Nosso objetivo é encontrar aberturas teóricas que permitam compor um posicionamento alternativo à cerebralidade extrema que temos constatado prevalecer, partindo de uma perspectiva de aproximação entre as ciências do homem e as ciências do corpo.

Acreditamos que, atravessando esse caminho, encontramos os fundamentos para uma compreensão do problema que nos tire do terreno da opinião e da preferência, dando-nos base segura para que esta pesquisa se converta num marco consistente de reflexão desse tema para o campo da educação.

2.1 O reducionismo antropológico: homem máquina – sujeito cerebral

O livro *Cérebro adolescente: o grande potencial, a coragem e a criatividade da mente dos 12 aos 24 anos*, de autoria de Daniel J. Siegel, é anunciado em livraria (Livraria Saraiva) da seguinte forma:

Nesse livro inovador, o autor do best-seller o cérebro da criança, Daniel J. Siegel, mostra aos pais, profissionais da educação e do comportamento como transformar um dos períodos de desenvolvimento mais difíceis da vida em uma experiência gratificante e transformadora. Entre as idades de 12 e 24 anos, o cérebro muda em aspectos importantes e muitas vezes enlouquecedores. Não é de admirar que muitos pais se aproximam da adolescência de seus filhos com medos e receios. Em “Cérebro Adolescente”, Siegel ilumina como o desenvolvimento do cérebro afeta o comportamento e as relações dos adolescentes. Baseando-se em novas pesquisas no campo da neurobiologia interpessoal, ele explora maneiras interessantes em que a compreensão do funcionamento do cérebro nos adolescentes pode ajudar os pais a fazer esse período ser incrivelmente positivo, com crescimento, mudança e experimentação, deixando a vida de seus filhos menos solitária e angustiante. O livro oferece uma abordagem muito clara, com exemplos de situações cotidianas dos desafios da adolescência e como melhor aproveitá-los: • A explosão de novas funções do cérebro nesta idade. • A compreensão da adolescência ajuda a gerar vitalidade para o resto da vida. • O cérebro apresenta oportunidades únicas neste período. • Este é o momento de entender os relacionamentos e o sentido de identidade, e criar ligações mais profundas com os outros e conosco mesmos. • A consciência dos aspectos internos e interpessoais do cérebro adolescente nos ajuda a estar presentes e receptivos. • O autor oferece ainda as “Ferramentas de Visão Mental”, uma série de exercícios práticos para o fortalecimento do cérebro e dos relacionamentos (LIVRARIA SARAIVA, 2017).

Transcrevemos o conteúdo midiático do livro como modo de abrir as problemáticas que desejamos desenvolver nesse ponto e que nos serve de indício para compreender como, em alguns casos, as pesquisas em neurociência tem sido propostas e divulgadas ao grande público. O aspecto de inovação científica das descobertas sobre o cérebro passa a ser o mote da motivação para adesão às descobertas, propostas como tábua de salvação das crises existenciais e dos conflitos interpessoais. Soa sedutor. Uma pergunta fica no ar: quem não quer poder compartilhar a adolescência dos filhos de maneira “incrivelmente positiva”, de modo “gratificante e transformador”, livre de “receios ou medos”? Vemos aqui “promessas” de uma vida “incrivelmente dissociada” daquilo que é o elemento mais marcante da condição humana e fonte da construção da subjetividade: o conflito. Não é nosso interesse abarcar o problema proposto no livro, nem se é capaz de cumprir o que promete.

Compreender o processo adolescente pelo viés cerebral, do modo como foi proposto, nos coloca defronte ao problema do reducionismo. Um reducionismo antropológico como esse, que restringe um sujeito a seu cérebro, está assentado sob a neurobiologia do ser humano, que propõe como solução a todos os distúrbios psíquicos uma vinculação cerebral localizável nas células nervosas e um correspondente psicotrópico para tratá-los. Nosso desejo, neste tópico de estudo, é compreender a representação antropológica hegemônica do sujeito cerebral, sua construção e suas implicâncias, para, num passo adiante, abrir perspectivas que permitam compreender, nesse contexto reducionista e medicalizante, de rápida adesão, a pergunta inquietante elaborada por Roudinesco, ao referir-se a impressão de que a neurobiologia tende a explicar todos os distúrbios psíquicos pelo viés de um problema de mau funcionamento das células nervosas, tendo o medicamento para aplicar a cada caso: “por que deveríamos nos preocupar?” (ROUDINESCO, 2000, p. 17).

Desde 1950, quando foram descobertos os psicotrópicos, caracterizados pelo efeito normalizante e de alívio sintomático, foi se modificando a forma como se compreende a psicopatologia e o sofrimento mental. A busca da significação pela qual se armam as patologias e sintomas psíquicos, radicada no conflito, foi perdendo lugar. “Embora não curem nenhuma doença mental ou nervosa”, diz Roudinesco, os psicotrópicos “revolucionaram as representações do psiquismo, fabricando um novo homem, polido e sem humor, esgotado pela evitação de suas paixões, envergonhado por não ser conforme o ideal que lhe é proposto” (2000, p. 21). Um novo homem que, em lugar de falar de suas dores, prefere abrir espaço para as substâncias químicas e, muitas vezes, “exige” que seus sintomas tenham causalidade orgânica. Quem é este novo homem? Roudinesco (2000, p. 48) o concebe como homem-máquina, cujo “distúrbio da alma e do psiquismo devia ser reduzido ao equivalente à pane de um motor”. Esta noção parece-nos apresentar estreita ligação com a concepção de sujeito cerebral (EHRENBERG, 2009 [2004]; ORTEGA, VIDAL, 2007), vinculada aos avanços das neurociências, que estamos em vias de conceituar.

As neurociências se referem a um conjunto de disciplinas, técnicas de investigação e de temas de pesquisa em torno de um projeto multidisciplinar cujo objeto é o cérebro humano e seu funcionamento, que tem recebido, desde as décadas de 60-70, altos investimentos financeiros, institucionais e intelectuais para seu desenvolvimento, especialmente nos EUA, França e Reino Unido (FREITAS-SILVA, ORTEGA, 2014).

Temos acompanhado atualmente a multiplicação das disciplinas que se atribuem o prefixo “neuro” e a assunção de uma “neurocultura” que, mais que implicações ou influências sociais, se incrusta no tecido social (ORTEGA, VIDAL, 2007). Ehrenberg (2009) situa essas modificações em termos históricos:

As disciplinas hoje reagrupadas sob a etiqueta “neurociências” interessavam-se tradicionalmente pelo movimento, pelos sentidos (visão, audição etc.), pela aprendizagem e pelas doenças neurológicas (Alzheimer, Parkinson). Existia igualmente uma importante tradição de pesquisa em psiquiatria biológica sobre as patologias mentais. A partir dos anos 1980, as neurociências permitiram a produção de duas mudanças. Por um lado, as doenças neurológicas e as doenças mentais se tornaram suscetíveis de serem abordadas como uma única espécie de doença. Por outro, o perímetro de ação dessas disciplinas se estendeu às emoções, aos comportamentos sociais e aos sentimentos morais. Graças à imagéria cerebral e às novas técnicas de biologia molecular que permitem “ver o cérebro em ação”, poder-se-ia não somente esperar progressos no tratamento das patologias mentais, mas, ainda, anunciar o surgimento de uma biologia da consciência ou do espírito. Saídas do gueto da especulação metafísica, estas noções são doravante objeto de numerosas experiências de laboratório. Human Brain Projects foram elaborados nos Estados Unidos e na Europa segundo o mesmo modelo do genoma humano, com vistas a estabelecer vários atlas do cérebro, conservados em bancos de dados (Beaulieu, 2001). Nas revistas científicas de mais prestígio e na mídia, são anunciados regularmente resultados sobre os circuitos neuronais da simpatia e do luto, da decisão de compra, da crença em Deus, da violência, do amor, etc. Um relatório da Academia de Ciências, por exemplo, sublinha que apreender o cérebro é indispensável a fim de compreendermos a nós mesmos (Korn, 2003). Esta ideia é igualmente comum entre os psicólogos cognitivistas que “redescobrem” o cérebro como objeto da psicologia (EHRENBERG, 2009, p. 187).

Neurocientistas, tanto na mídia como em revistas de publicação científica de prestígio, declaram-se empolgados com pesquisas que visam fundir os aspectos sociais ao cerebral, na esperança de se chegar a compreender os processos estudados pelas ciências humanas através da biologia, pelo conhecimento dos mecanismos neuronais. Uma “ciência rainha”, diz Ehrenberg (2009, p. 187), com a pretensão de se instituir como a ciência do homem total. Além disso, mostram-se imbuídos da ideia de que compreender o cérebro é imprescindível para compreender-se a si mesmo e às doenças mentais, o que tem contribuído para o levante de uma concepção do ser humano como um “sujeito cerebral” (EHRENBERG, 2009; ORTEGA, VIDAL, 2007).

A noção de “sujeito cerebral” surge no imaginário social em contraposição à noção de homem enquanto ser social e de linguagem, e se caracteriza por conceder a um órgão – o cérebro – o lugar de ator social e definidor da identidade do sujeito, noção que influencia o modo como cada um concebe a si próprio. Segundo Ortega e Vidal (2007,

p. 257), trata-se de uma “figura antropológica, que incorpora a ideia de que o ser humano é essencialmente reduzível a seu cérebro”, ou seja, que a cerebralidade é definidora do ser, sendo este o “semblante da subjetividade contemporânea” (HENRIQUES, 2014, p. 88). O cérebro, acrescenta Vidal, “é reconhecido como sendo a única parte do corpo que devemos possuir, e que deve ser nossa, para que sejamos nós mesmos; ele aparece como o único órgão indispensável a existência do eu e a manutenção da identidade pessoal” (2011, p. 171).

Tal concepção de ser humano, vinculada ao paradigma das neurociências, não é a única existente, mas seguramente é uma das principais e a mais disseminadas em nossa cultura. “O sujeito cerebral funciona como um operador conceitual que auxilia a compreender tanto as mutações somáticas por que passa a subjetividade contemporânea quanto a ascensão do uso de biotecnologias para mensuração de funções psicológicas, tomadas uma em relação com a outra”, conceituam Zorzaneli e Ortega (2011, p. 33), afirmando que esse contexto serve de apoio ao desenvolvimento da “cultura somática”.

Sem negar o papel preponderante do cérebro para o sujeito humano, Vidal aponta riscos que a redução à cerebralidade comporta, “quando, no momento de tomar decisões políticas, jurídicas ou médicas, trata-se de pensar no que é o homem – e de conseqüentemente agir” (2011, p. 185). Por exemplo, a naturalização completa do espírito, objetivo das neurociências, levanta problemas jurídicos graves, sobretudo com o deslocamento da “culpa” pelos atos de um sujeito ser reduzida ao funcionamento de um grupo de neurotransmissores. O funcionamento do cérebro servindo para justificar as ações de um pedófilo, por exemplo. Negar a existência da psicopatologia e da responsabilização dos sujeitos por seus próprios desejos e ações pode produzir danos sociais catastróficos. Como vemos, é um problema extenso e complexo.

Estaríamos dispostos a admitir que nossas dificuldades de ordem amorosa ou de relação social, um luto ou qualquer outro fenômeno psicológico, possa perder o caráter de ser pessoal, uma construção subjetiva particular e singular, e passe a ser considerado como resultante de uma determinação neuroquímica, reduzida a neurotransmissores, enzimas, aminoácidos, genes e sinapses?

Certamente não abarcaremos aqui todas as facetas que a questão propõe, contudo desejamos compreender os caminhos que nos conduziram à configuração do sujeito cerebral. Para tanto, iniciamos analisando o impacto das pesquisas em neurociências sobre a grande divisão entre neurologia e psiquiatria, fazendo uma breve

contextualização histórica referente à origem dessa divisão (BIRMAN, 2001; EHRENBERG, 2009). A distinção entre problemas de lesão e problemas da função, signatária da discriminação entre o biológico e as produções psíquicas, grande avanço da neurologia e passo fundamental para a consolidação das disciplinas como Psicologia e Psiquiatria, teve em Freud seu grande mentor. Remonta os tratamentos médicos sem sucesso sobre os sintomas histéricos em meados do século XIX: era preciso explicar a grave restrição de movimento no corpo das histéricas (paralisias motoras) se o órgão em questão não apresentava qualquer lesão neurológica ou física. Aí entrou a genialidade de Freud (2016), quando, em sua monografia “Sobre as Afasias” de 1891, distingue afasias neurológicas de afasias histéricas, demarcando a existência de sintomas *no corpo* que não são produzidos por uma patologia *do corpo*.

A compreensão da histeria permitiu a descoberta do psiquismo e da psicopatologia, em contraposição aos problemas neurológicos (do cérebro), um salto decisivo e irrevogável que abarca a constatação de que os sintomas histéricos são fruto de uma patologia mental, real, mas não localizável materialmente no cérebro: uma patologia da função. Além disso, seguindo suas investigações, Freud descobre o inconsciente como lugar psíquico, lado a lado ao eu-consciente (o que dá conteúdo, “materialidade” ao psíquico), e funda a Psicanálise como método de investigação e de tratamento pela palavra (psicoterapêutico). Segundo Roudinesco e Plon (1998), nesse contexto Freud produziu uma reviravolta, sendo ele “o iniciador de uma inversão do olhar médico que consistiu em levar em conta, no discurso da ciência, as teorias elaboradas pelos próprios doentes a respeito de seus sintomas e seu mal-estar” (1998, p. 618). Os sintomas histéricos, mesmo que se apresentem no corpo, são compreendidos como a expressão de conflitos psíquicos vinculados a sistemas de pensamentos próprios do paciente, determinados inconscientemente, e que a psicanálise, enquanto método terapêutico, propõe tratar.

Em consequência, o descobrimento da distinção entre doenças da lesão e doenças da função fez nascer, sob a base do trabalho clínico, a grande divisão entre neurologia (homem cerebral) e psiquiatria (homem falante). Essa distinção central, contudo, vem perdendo força dentro da psiquiatria, mediante a assunção da divulgação de pesquisas em neurociência, que passaram a oferecer instrumentos teóricos que orientam a construção de uma explicação em termos cerebrais. Por esse viés, afirma Birman, “a psicopatologia pretende ter encontrado finalmente sua cientificidade, de fato

e de direito” (2001, p. 180), bem como um lugar de prestígio dentro da seara médica. Segundo o autor, a psiquiatria, ao tomar como objeto de trabalho problemas de ordem moral, sempre manteve uma “incômoda” distância da racionalidade da ciência médica e sua epistemologia biológica, campo ao qual a psiquiatria biológica e a psicofarmacologia vem aproximar, legitimando uma leitura do psiquismo e das perturbações morais numa base inteiramente biológica.

Segundo Ehrenberg, a fundamentação neurobiológica da psiquiatria e da psicopatologia produz ao menos duas mudanças:

Por um lado, as doenças neurológicas e as doenças mentais se tornaram suscetíveis de serem abordadas como uma única espécie de doença. Por outro, o perímetro de ação dessas disciplinas se estendeu às emoções, aos comportamentos sociais e aos sentimentos morais. Graças à imagieria cerebral e às novas técnicas de biologia molecular que permitem “ver o cérebro em ação”, poder-se-ia não somente esperar progressos no tratamento das patologias mentais, mas, ainda, anunciar o surgimento de uma biologia da consciência ou do espírito (EHRENBERG, 2009, p. 188).

Ver surgir uma concepção de “biologia da consciência ou do espírito” representa presumir a existência de um *sujeito* ancorada essencialmente no funcionamento do cérebro. Essa perspectiva anula em Ciências Humanas as concepções de constituição intersubjetiva, que englobam a consideração com a experiência, o histórico-vivencial e possibilidades elaborativas individuais. Aqui, a concepção antropológica de sujeito cerebral é fortalecida pela banalização da neurobiologia do sujeito humano, que elimina as fronteiras entre Neurologia e Psiquiatria e nega a psicopatologia e o tratamento das patologias enquanto função. Nesse ponto, Ehrenberg firma posição a respeito:

É surpreendente que numerosas especulações biológicas sobre o espírito efetuem um passo a mais que, na minha concepção, é um passo demais. Precisemos: um passo que pula da necessária neutralização metodológica do social à cegueira conceitual; o ser abordado segundo o corpo sendo frequentemente assimilado, implícita ou explicitamente, ao ser considerado em sua totalidade. O passo demais é um erro, ao mesmo tempo lógico e antropológico, que remete à questão das relações entre o sujeito humano e seu corpo, entre o todo e a parte (EHRENBERG, 2009, p. 194).

O excesso que o autor denuncia é justamente colocar o cérebro como o motor do sujeito, como um ator social, pois se contrapõe ao que é intrínseco à condição humana, que é o lugar fundamental da relação intersubjetiva para a constituição da subjetividade.

Sabemos, desde a psicanálise¹⁹, que o subjetivo é produto de uma relação de assimetria entre um adulto “pessoa experiente” e uma criança/bebê em estado de “desamparo”, e que, tal como nos ensina Freud, o “desamparo inicial dos seres humanos constitui a fonte primordial de todos os motivos morais” (1996 [1895], p.370). Como colocar o signo da moral, constituída nas bases da intersubjetividade, sob o enquadre de uma localização cerebral?

O “programa forte” das neurociências “se situa em oposição a Freud e à psicanálise, os quais apresentam os problemas em termos de relações fantasmáticas (são doenças da imaginação), enquanto que a neurobiologia e a psiquiatria biológica pensam em termos de déficit cognitivo²⁰” (EHRENBERG, 2009, p. 193), A intervenção psicoterapêutica, em psiquiatria, passa a segundo plano ou inexistente, produzindo “uma inversão significativa entre a psicanálise e a psiquiatria” (BIRMAN, 2001, p. 182).

Nesse contexto, Ehrenberg (2009) defende que seja explicitado com precisão em que consiste a contribuição dada pelas neurociências ao tratamento das doenças mentais, tão divulgada como “a” ferramenta científica para a compreensão desses distúrbios. Um questionamento decisivo, dirigido a revelar que, de fato, o clima de euforia e otimismo gerado com os estudos do Projeto Genoma, que prometia encontrar a determinação biológica dos transtornos mentais através das pesquisas neurocientíficas, acabou encontrando diversos entraves e as explicações efetivas e concretas a respeito de como se formam as doenças mentais pela via da carga genética e do funcionamento cerebral permanecem limitadas (EHRENBERG, 2009; FREITAS-SILVA, ORTEGA, 2014). O que os diversos estudos feitos em psiquiatria genética demonstraram claramente é que as tentativas de isolar causas genéticas, com marcadores biológicos diretos, desvinculados dos efeitos do ambiente, tiveram achados insignificantes, com raros resultados em termos práticos. O achado mais significativo é uma prevalência no autismo de cerca 15% dos casos alcançarem resultados de caráter biológico (EHRENBERG, 2009).

Do ponto de vista epistemológico/metodológico na realização de pesquisas de ordem biológica, Ehrenberg é taxativo: pesquisas em biologia, pelo rigor metodológico

¹⁹ Referimo-nos à vertente da Psicanálise que está em Freud – embora não constitua a única em Freud – que considera a constituição do sujeito como fruto da relação intersubjetiva com o semelhante, via desenvolvida amplamente pela Psicanálise francesa, a partir de Lacan, que se opõe a uma teoria instintual e organicista.

²⁰ A respeito da feroz oposição de parte dos pesquisadores das neurociências à Psicanálise, remetemos à Roudinesco (2000), Por que a Psicanálise?

que exige seu objeto de estudo – o corpo/cérebro – necessariamente devem neutralizar o social, ao preço de não ser possível testar experimentalmente suas hipóteses. “Verifica-se um grande investimento da metodologia e dos instrumentais, mas nenhuma reflexão conceitual em psiquiatria” (EHRENBERG, 2004, p. 149).

Em posição de vigilância epistemológica (BACHELARD, 1996), a confiança acrítica frente às técnicas de imagiografia cerebral é questionada por Ehrenberg (2009), bem como a falta de rigor teórico nas generalizações que são atribuídas às pesquisas que pretendem configurar a apropriação do psíquico pelo marco biológico. Conforme pontuam Ortega e Vidal a respeito das neuroimagens, “apesar de consideradas como imediatamente legíveis, essas imagens resultam de decisões técnicas a respeito de como os dados digitais serão representados. [E questionam:] quais as implicações disso na materialização de qualidades e experiências psicológicas invisíveis?” (2007, p. 259). A intenção de aplicar os resultados alcançados à totalidade dos processos humanos, correlacionando o *self* ao seu substrato neurológico, por exemplo, constitui-se numa postura francamente reducionista e não contempla a posição de todos os neurocientistas.

Ehrenberg (2009), apoiado em Wittgenstein, busca elucidar o tema sobre como o cérebro produz os estados mentais ou o espírito, levantando a necessidade de discriminar entre causas e razões. Numa pesquisa em biologia é possível verificar e replicar regularmente os achados a partir da descoberta das causas: “se descobrimos uma causa para a proteína x, essa causa, nas mesmas condições, agirá necessariamente para formar sempre a mencionada proteína” (Ehrenberg, 2009, p. 195), independente da existência de um sujeito de desejo querer que a proteína forme-se ou não. Uma razão, ao contrário, diz Ehrenberg “é o que torna uma ação inteligível, o que lhe dá um sentido” (2009, p. 196). Por trás da razão há um intencionalidade, pois há um sujeito de desejo, de história, de memória, interpretante, irregular, imprevisível. Um sujeito que atribui um sentido, “em função do que é aceitável a este título pelo outro, o que supõe um mundo, uma relação entre mim e ele, logo, um contexto, ou seja, uma vida social” (Ehrenberg, 2009, p. 196). E conclui que, mesmo que existam as alterações cerebrais, não podem constituir-se como argumento, na medida em que as razões e suas significações, no marco de um sujeito capaz de consciência, estão numa relação hierárquica e se sobrepõe à mecânica causal do cérebro.

Segundo os autores estudados, posição da qual partilhamos, estamos frente à necessária relativização da oposição entre o sujeito cerebral e o sujeito falante, com

ganho e enriquecimento a ambos. Defendemos uma posição que permita a vigência da distinção entre o biológico e o psíquico, compreendendo o lugar de cada uma: a primeira, destinando-se à individuação no seio da espécie humana, e a segunda voltada à individualização do sujeito humano, permeada pela construção subjetiva singular. Além disso, a distinção de duas espécies de doenças permite considerar o cerebral e o relacional não em polos opostos, mas ambos como elementos de um todo que não pode prescindir de suas partes: o paciente. Isso permite compreender que, mesmo em pessoas com problemas neurológicos, subjaz também ali um sujeito, ou que um retardo no neurodesenvolvimento produz sérias consequências de alcance psicológico. “Distinguir o cerebral do relacional, relativizando sua oposição, permite contornar a dupla pegadinha da fusão e da oposição frontal entre neurologia e psicopatologia em proveito do acento posto na clínica e na relação médico-paciente”, conclui Ehrenberg (2009, p. 199).

Essas considerações abrem a perspectiva para a importância do estabelecimento de diagnóstico diferencial criterioso com problemas de ordem orgânica em toda avaliação psicodiagnóstica. Os cuidados com o diagnóstico precisam se multiplicar, especialmente na infância, quando a capacidade simbólica e de linguagem ainda é restrita e muitos sintomas psíquicos da criança costumam se manifestar no corpo.

Ainda cabe considerar que a eliminação da distinção entre as patologias de órgão (cérebro) e as patologias da função (psíquicas), com a consideração de que todos os problemas são de ordem cerebral, abriu o espaço para a instalação não apenas da psiquiatria biológica, mas da psicologia cognitivo-comportamental. Zorzanelli e Ortega, tratando do impacto das pesquisas neurocientíficas sobre a psicologia, afirmam que “a biologização da mente no cérebro pelos instrumentos de imageamento não significa, como se poderia supor, uma recusa em se conceder importância a aspectos não-biológicos, mas sim uma tradução desses fenômenos em medidas e padrões cerebrais” (2011, p. 34). Contudo, o desdobramento desse processo está na forma como esses experimentos de imagens cerebrais têm sido usados pelos saberes psicológicos: o foco do estudo, antes direcionado aos fenômenos temporais, passa a ser o espaço cerebral e seus padrões, e o resultado disso é o desejo de estender uma compreensão anatômica às noções de identidade. “Isso implicaria, no limite, um novo estilo de psicologia e de terapêutica baseada em duas premissas: (a) a de relacionar e investigar, a partir de mecanismos cerebrais, preocupações tradicionalmente tratadas na psicologia a partir de

uma abordagem sociocultural; (b) a de identificar mecanismos biológicos das experiências estudadas com intuito de ação farmacológica sobre eles” (ZORZANELLI E ORTEGA, 2011, p. 34).

A respeito da atuação da clínica psicológica sustentada na cerebralidade, Ehrenberg apresenta uma crítica a esta e propõe uma questão que merece reflexão:

As terapias cognitivo-comportamentais partilham com a concepção farmacológica a mesma visão do paciente e da patologia. Considera-se o problema em termos de mecanismos mentais ou mecanismos neuronais, sem um interesse verdadeiro pelo tecido subjetivo que singulariza a especificidade da pessoa, a natureza do animal humano que vive em sociedade. Mas é preciso, de modo sistemático, se interessar de perto por este tecido? Em nome de quê? (EHRENBERG, 2009, p. 148).

A citação anterior permite pensar que dentro da psicologia também há lugar para a atuação reducionista e objetificadora no cuidado com o ser humano, através de terapias que estão mais para a correção dos “defeitos do motor” (na acepção homem-máquina) que para o cuidado com o sujeito sofrente como um todo. Uma psicologia que pode estar deixando de se perguntar, como apontam Zorzanelli e Ortega “se estamos endereçando aos métodos de neuroimagem as perguntas a que eles oferecem melhores condições de responder (...) Um cuidado importante para não tornar seu uso uma forma de simplificar questões complexas, que dependem de variáveis não contempladas naquilo que a visualização cerebral oferece” (2011, p. 35). Quer dizer, os achados em neuroimagem de ativação das áreas cerebrais têm sua importância e seu uso, que é definir que as propriedades daquele espaço do cérebro contribuem para aquela performance. Muitas questões que estão sendo endereçadas a essa tecnologia estão além daquilo que ela pode responder.

Retomando a citação de Ehrenberg acima, ao final o autor deixa duas perguntas profundas, que não remetem a uma busca pela resposta certa, mas ampliam e enriquecem nossa capacidade de reflexão pelo caminho da ética. Em nome de quê deveríamos nos interessar de perto pelo tecido subjetivo, recusando-nos a simplificação do homem à máquina e à redução do sujeito a seu cérebro? “Em nome de quê?” retoma a pergunta de Roudinesco (2000) citada no início deste ponto “por que deveríamos nos preocupar?”. Essas questões remetem-nos a nossas redes de filiação, concretas e simbólicas, referentes dos quais perder-se pode custar perdemos a nós mesmos. “Em nome de quê ou de quem?” remete à firme identidade humana, construída a base de

laços amorosos e de consideração pelo semelhante, que exige recusa e sacrifício do princípio do prazer e o desmantelamento do fechamento narcísico e egoísmo também humanos, impossível de existir dentro de um sujeito sem a presença do outro humano, do semelhante em posição de alteridade.

A cerebralização, diz Ehrenberg, é uma “resposta aos problemas propostos pela regra da autonomia individual, que dão um ‘amparo’ ao sentimento de incapacidade social que assombra o ser humano dessa sociedade da performance e do narcisismo” (2009, p. 202). O sucesso desse caldo cultural que nos envolve está menos ligado aos resultados científicos e práticos das neurociências, mas ao “estilo” de resposta, que atende as necessidades do “ideal de autonomia individual generalizada”, que se consolidou a partir das “ruínas da sociedade da disciplina” (EHRENBERG, p. 202, 2009). Retomando o exemplo da divulgação do livro no início deste ponto, é possível perceber a oferta de uma espécie de consolo às nossas dificuldades de performance e a nossas lamentações cotidianas, que parecem desaparecer com as técnicas cognitivas e de controle emocional, técnicas essas que ganham enorme alcance popular.

Não tem sido simples a não-adesão a essas propostas altamente sedutoras de encontrar respostas simples e curas rápidas que não contemplam a implicação profunda exigida para qualquer modificação genuína de comportamento ou de posição subjetiva frente à vida. Propostas de correção para uma vida sem conflitos estão em todos os lugares e contribuem vigorosamente para a disseminação do fenômeno da patologização e da medicalização da infância, apoiadas pela assunção da concepção de si como homem máquina, como sujeito cerebral e do incruste das neurociências no tecido social como a explicação validada para as patologias mentais, inclusive as patologias da infância. Desejamos encontrar posições que conservem a aposta no sujeito humano em sua diversidade e subjetividade, para além da patologização e cerebralização disseminada.

2.2 O reducionismo epistemológico e a (des)construção do espírito científico

As Ciências Naturais, com seus métodos objetivos de apreensão do conhecimento, permitiram à humanidade usufruir do desenvolvimento do conhecimento objetivo sobre o mundo e o inegável enriquecimento das possibilidades de vida a todos. A validade do método objetivo, ou seja, do uso de procedimentos experimentais, sem

interferência da subjetividade do pesquisador, permite verificar e compreender uma realidade objetiva. Assim, fica pressuposto que, prescindindo totalmente da subjetividade do pesquisador para alcançar resultados em termos científicos, o método objetificador pode ser replicado tantas vezes quantas se queira e resultados idênticos serão verificáveis em cada uma delas, o que demonstra sua validade científica. Hermann pontua a trajetória da ciência e da filosofia, nesse ínterim:

A ciência, a partir da modernidade, assume o caráter de descrição da realidade a partir de método próprio, primeiramente como desenvolvido por Galileu, que destacou o papel da experiência e da observação na produção do conhecimento, e depois como fundamentado por Descartes, que propõe a adoção do procedimento racional, que garante validade ao conhecimento. Em decorrência desses pressupostos, a vertente positivista da teoria do conhecimento aposta na objetividade do saber, trazendo a separação rígida entre sujeito e objeto, reafirmando o domínio dos procedimentos empíricos. Só mais tarde, com a discussão contemporânea da teoria do conhecimento (MATURANA, 2004) e da teoria dos sistemas (LUHMANN, 2009), tornou-se claro que não há separação radical entre a realidade e o observador. (HERMANN, 2015, p. 219)

Como verificar ou replicar, contudo, um experimento quando o objeto da investigação é um aspecto da condição humana? Esse é o problema que trataremos neste ponto, propondo pensar que as Ciências Humanas, quando seduzidas por esse desejo de legitimar cientificamente suas pesquisas e desvencilhar-se de um estigma de falta de rigor, busca nos métodos objetivos a garantia de um suposto conhecimento objetivo-racional.

Ora, reconhecer que cada objeto de estudo exige uma epistemologia que o ampare em sua especificidade, pois cada área do conhecimento exige epistemologia própria, é o que permite a uma ciência avançar e se desenvolver. Representa avanço em termos de como é possível compreender o campo científico nas diferentes disciplinas. “A história do desenvolvimento das ciências ao longo dos últimos dois séculos dá prova do fato de que o velho sonho de reunir o conjunto do conhecimento humano em um só sistema acabou”, diz Flickinger (2010, p. 45), referindo-se à intenção de subordinar aos métodos das Ciências Naturais a pesquisa em geral, especialmente as pesquisas em Ciências Humanas. Segundo o autor, não há uma ciência, mas ciências; não há uma epistemologia, mas epistemologias.

Assim, no que tange ao problema da autonomia e emancipação de uma disciplina, diz Mezan (2002), é preciso reconhecer que esse fato estará intimamente

ligado à definição do campo de pesquisa de tal disciplina, de seus métodos e problemática. Nessa perspectiva, uma investigação epistemológica sobre uma área de saber deverá se preocupar “com o modo de produção dos conceitos, com o funcionamento dos dispositivos teóricos estabelecidos pela disciplina, com a forma com a qual ela se constrói, valida ou refuta suas hipóteses” (MEZAN, 2002, p. 437). Deduz-se que, numa perspectiva epistemológica, é intenção esclarecer como está construído o sistema de enunciados de determinada disciplina, como a formulação da rede conceitual funciona e se entrelaça aos seus enunciados e, não menos importante, quais aspectos estão fora de sua alçada, pois tal articulação conceitual os torna incompatíveis.

Quanto às Ciências Humanas, mesmo que o cientista deseje distanciar-se de seu objeto de estudo – o elemento humano –, os problemas os quais estuda não deixarão de o implicar. Flickinger (2014) traz três exemplos que corroboram sua afirmação: a pesquisa histórica, na qual o investigador faz parte da história e estará sempre implicado naquilo que investiga; os estudos que envolvem a linguagem, que é o substrato por onde o pensamento e o diálogo se expressam, como um referencial comum a todos os implicados; as pesquisas sociais, nas quais o pesquisador não pode ser excluído de seu campo de estudo, e, portanto, não se poderá evitar que sua perspectiva particular ingresse na interpretação da realidade social estudada.

Contudo, o paradigma científico hegemônico atual, com base em procedimentos cognitivos de manejo objetivo e instrumental, segue entusiasmando e orientando pesquisas em Ciências Humanas, o que tem produzido efeitos negativos, até trágicos, pois resultam em especulações limitantes e simplistas de fenômenos altamente complexos. Segundo Flickinger, conceber o avanço das ciências somente sob as bases de uma epistemologia reducionista constitui uma concepção ambígua de progresso científico que:

(...) dentro dos parâmetros de uma racionalidade meramente instrumental, contribuí para a ameaça da base essencial da vida como um todo; uma ameaça concreta, visível na destruição dos recursos naturais, na submissão do ser humano aos fins inerentes à lógica objetificadora da investigação científica, ou no desencantamento radical das relações sociais (FLICKINGER, 2010, p. 46).

Nesse contexto, Flickinger (2010) aponta riscos que se fazem necessários tomar em consideração, especialmente no que tange à submissão de um sujeito à objetificação presente no modelo de progresso científico positivista, baseado no formalismo

matemático e inspirado na razão cartesiana. Esta, ao colocar o pensamento racional objetivo no centro de todo conhecimento seguro, influenciou e influencia decisivamente os modos com que se concebe a obtenção do conhecimento científico válido, ou seja, a partir de argumentos objetivos e de experiências que possam ser replicáveis para constatar sua veracidade. Com o que é subjetivo, dificilmente se consegue tal proeza. A consequência disso é a de que “outras formas de saber que não atendam a este conceito de verdade [modelo cartesiano], embora eventualmente proveitosas ou mesmo necessárias para a vida, são consideradas meras conjecturas destituídas de qualquer valor científico” (Goergen, apud FLICKINGER, 2010, p. x). Nesse panorama é que se inserem as teorias neurocientíficas das últimas décadas que notadamente vêm se destacando como a principal forma de explicar a origem das doenças mentais pela valorização do substrato biológico (genético e neuronal), através de pesquisas de cunho objetivo e reducionista, que negam o componente subjetivo e social de tais enfermidades.

Em defesa da legitimidade da pesquisa em Ciências Humanas, Charlot (2006) esclarece que o avanço nas ciências exatas, como a física, a química e a biologia, sempre se dá no marco dos pontos de chegada das pesquisas produzidas anteriormente, ou seja, os achados científicos serão o ponto desde onde as próximas pesquisas irão partir, por isso são chamadas cumulativas. Em ciências humanas e sociais, o avanço científico não se dá assim, mas ao contrário: dar-se-á no marco de seus pontos de partida. Para o autor:

quando há avanço nessas ciências é por que foi proposta uma outra forma de começar (e por que se prova que ela produz resultados). Foi assim que fizeram Durkheim, Freud, Marx, Pavlov, Braudel, Levi-Strauss, Bourdieu, Garfinkel, Goffman, Lacan, Piaget, Vygotsky, enfim, todos os grandes nomes da história das ciências sociais e do homem (CHARLOT, 2006, p. 17).

As humanas não são ciências cumulativas, mas de memória e suas pesquisas serão impactadas pelas características próprias da alta complexidade do seu objeto de estudo – o elemento humano, não-objetivo. Assim, compreendemos que mesmo que exista um traçado que divida as Ciências Naturais das Ciências Humanas – as primeiras, marcadas pela racionalidade, objetividade e conhecimento traduzido em fórmulas matemáticas, dedutíveis e replicáveis; as segundas, voltadas à subjetividade e historicidade, que defendem uma concepção de ciência mais alargada e diversificada – ainda assim, a busca da objetividade positivista em ciências humanas, pelo caráter que

alcança de legitimidade científica, segue tendo peso e força de influência. “Trata-se de uma concepção que forçaria a epistemologia pós-cartesiana a aceitar, como conhecimento cientificamente legitimado, somente aquele cunhado pelas condições impostas por nossa razão”, reafirma Flickinger (2010, p. 29), o que aponta para a dificuldade em legitimar as pesquisas nas áreas humanas.

É preciso reconhecer que a legitimidade de um modelo que serve bem para as ciências duras, que lidam com objetos de estudo concretos e palpáveis, revela-se limitante para acessar a profundidade exigida para as Ciências Humanas. Nesse caso, “uma epistemologia comprometida com as trilhas pós-cartesianas vê-se obrigada a objetificar o que interessa, a saber, o próprio ser” (FLICKINGER, 2010, p.30).

Desde uma perspectiva epistemológica reducionista, como vimos no capítulo anterior, os sintomas comportamentais de uma criança são tomados unicamente como problemas de ordem cerebral, cuja causa, mesmo não comprovada, é admitida como fruto de alterações neurobiológicas/genéticas, e será medicamentada. Para tanto, ter-se-á que ignorar a realidade da constituição subjetiva e psíquica da criança e a força influente de sua história de vida, da cultura que vive e das relações intersubjetivas que estão intrincadas na constituição do sintoma, ou seja, recusar a complexidade humana. Uma tentativa, fruto das ciências cognitivas, de querer objetificar em uma teoria neurofisiológica aquilo que é da ordem da experiência humana e de sua articulação mental subjetiva (FLICKINGER, 2010) pode produzir confusão por estar apoiadas numa teoria de sujeito que, conforme Roudinesco “valorizam o homem-máquina em detrimento do homem desejante” (2000, p. 15). Tal confusão se apoia também na existência de quadros neurobiológicos que produzem sintomas semelhantes aos de quadros de origem psíquica, cujo olhar apenas para a superfície favorece a expansão de uma atribuição – rasa – de uma gênese neurobiológica para o sintoma. Exemplificamo-lo.

A criança, seus impulsos, seus desejos, seus querereres, sua pressa, seus domínios, seu império, faz com que seja frequente em nossa cultura a adesão a uma proposta rápida e “fácil” de “endireitá-la”, sob a afirmação de que é hiperativa (ou imperativa?!) e sob a alegação de um fundo neurobiológico a esses sintomas descritos. Resulta no uso de Ritalina (citada no início dessa pesquisa), “a droga da obediência”, cuja aplicação carrega o sentido da ser simplificadora e objetificadora. Compreendemos que, paradoxalmente, ao final e ao cabo, o que o adulto espera dessa mesma criança é que

possa ir abrindo mão de seus desejos para dar espaço ao outro, para não tratá-lo como objeto. Desenvolvimento subjetivo complexo, ligado ao reconhecimento do outro como semelhante. Como faz uma criança, em tempo de aprender a ser e conviver, para não repetir os modelos de objetificação do outro, que experimentou com o adulto de referência? Contradição de tom enlouquecedor, à medida que sabemos que a (des)humanização de um ser humano é fundada no contato intersubjetivo com os adultos referentes²¹.

Numa postura de preocupação com a força reducionista/medicalizante e os efeitos dessas práticas, Moysés, Collares e Untoglich afirmam que “investigaciones en diferentes países dan cuenta del aumento de niños diagnosticados y medicados por diferentes trastornos, sin que haya ninguna comprobación científica al respecto, y que, en definitiva, ponen en evidencia la falta de voluntad política para resolver los desafíos que nos presenta la infancia actual” (2013, p. 30). Em nossa cultura, sob forte influência positivista, a existência de desequilíbrio químico no cérebro dos “hiperativos” é ponto dado como indiscutível e inquestionável pelo senso comum: justamente o ponto que carece de comprovação científica.

Ora, a vertente que toma os processos subjetivos desde as Ciências Naturais (via medicina), apoiada no tecnicismo e inspirada num modelo físico-matemático positivista, vem sendo defendida e divulgada com a alegação de ser a mais avançada ciência em termos de patologias infantis e de seus tratamentos. Entendemos que esta representa apenas uma *determinada* visão do conhecimento, não a única verdade, nem a mais científica.

Segundo Souza Santos (2008), temos que ter claro que há desenvolvimentos e teorias que partem de um *certo lugar* das ciências, como a ciência moderna positivista, que avançou muito no domínio da natureza, mas não no conhecimento dos processos humanos. Em concordância, Gatti defende que o campo investigativo nas áreas humanas necessita avançar “sem ser totalmente fruto de pressões ou desejos de domínio ou projeção, ou imposição de ideias e valores de um grupo hegemônico” (2012, p. 21-22). Isso representa assumir uma posição epistemológica anti-positivista para a construção do conhecimento em Ciências Sociais e Humanas, sustentando-as no mais fundamental argumento, como formulado por Souza Santos:

²¹ Essa temática, apenas esboçada, será aprofundada no terceiro capítulo.

O argumento fundamental é que a acção humana é radicalmente subjectiva. O comportamento humano, ao contrário dos fenómenos naturais, não pode ser descrito e muito menos explicado com base nas suas características exteriores e objectiváveis, uma vez que o mesmo acto externo pode corresponder a sentidos de acção muito diferentes (SOUZA SANTOS, 2008, p. 38).

O “sentido” que cada ato/expressão vai ter para cada sujeito não pode ser objectivável, quantificável, determinável. Esse é o centro da questão, o que não implica em ignorar o substrato biológico dos processos mentais. Quando consideramos que para cada ação de um sujeito há motivações singulares, construídas em suas redes histórico-vivenciais e elaborativas, instala-se a condição de resistência aos processos meramente classificatórios e medicamentosos na abordagem do sofrimento mental.

Nesse contexto, dar por certo que toda a criança que balançar os braços com frequência (não importando o motivo) tende a se enquadrar no “Espectro do Autismo” massacra a possibilidade da revelação do sentido singular que subjaz a sua condição humana, arrancando desse pequeno sujeito a possibilidade de ser sujeito de seus gestos e de se desenvolver subjetivamente. Não é sem preocupação que acompanhamos o avanço de práticas como essa que exemplificamos, que fixam como ciência a categorização sintomal, cujo resultado são objetivos terapêuticos medicamentais. Bachelard (1996) é categórico ao afirmar que para a construção do processo científico necessitamos enfrentar obstáculos que se interpõe ao ato de conhecer, e que o espírito científico requer consideremos os primeiros esboços, as primeiras percepções como o que realmente são: insuficientes. Segundo ele, a necessária coerência abstrata precisa enfrentar os obstáculos presentes em “toda experiência que se pretende concreta e real, natural e imediata”, (BACHELARD, 1996, p. 9) e o simples e rápido são elementos que não condizem com o espírito científico necessário para tornar uma ação um feito científico.

Uma posição despatologizante implica que o investigador/examinador que realizará a construção do diagnóstico na infância esteja permeado pelo “espírito científico”, tal como salienta Bachelard:

Em primeiro lugar, é preciso saber formular problemas. E, digam o que disserem, na vida científica os problemas não se formulam de modo espontâneo. É justamente esse *sentido do problema* que caracteriza o verdadeiro espírito científico. Para o espírito científico, todo conhecimento é uma resposta a uma pergunta. Se não há pergunta, não pode haver conhecimento científico. Nada é evidente. Nada é gratuito. Tudo é construído (BACHELARD, 1996, p. 18).

A postura de recepção de um sujeito para enquadrá-lo numa listagem de sintomas é contrária a essa premissa e instala o paradoxo: a posição que é tida como a mais avançada ciência também é aquela que mais se distancia do espírito científico.

A produção de um diagnóstico, nas bases de uma epistemologia do conhecimento proposta por Bachelard (1996), implica a instauração de um processo investigativo, no qual a hipótese diagnóstica é sua culminância. É um ato de reconhecer o objeto e, em reconhecendo-o, abordá-lo. O objeto, o sofrimento da criança em processo de constituição psíquica, é transmutado em: o cérebro da criança. Os conhecimentos prévios de que dispomos, ao mesmo tempo em que não nos permitem ter um olhar ingênuo sobre o objeto, podem obstaculizar o ato de conhecer, nos alerta Bachelard (1996), o que nos permite questionar o lugar dado ao manual diagnóstico num processo psicodiagnóstico. Ora, quando se parte para a investigação desde uma posição subjetiva de saber de antemão por alguns indícios observáveis o que se passa com a criança, as possibilidades de escuta se limitam e todo o potencial benéfico do processo fica comprometido. O processo de investigação diagnóstica corre o risco de resultar numa opinião categorizante sobre o que está na “ponta do iceberg”: a sintomatologia que aparece no comportamento. Esta é a porta de abertura para a patologização da infância.

O progresso científico está ligado à capacidade epistemológica de desconstrução e reconstrução do saber a cada momento. No centro de suas contribuições para o que chama de “psicanálise do conhecimento”, Bachelard (1996) traz a figura daquele que deseja instaurar um processo científico (pesquisador/médico/psicólogo/professor), num esforço de precisar minuciosamente as forças psíquicas ali presentes capazes de fazer progredir ou obstaculizar o avanço científico. “Psicanalisar o interesse” diz ele, “derrubar qualquer utilitarismo por mais disfarçado que seja, por mais elevado que se julgue, voltar ao espírito do real para o artificial, do natural para o humano, da representação para a abstração” (1996, p. 13), fazendo contato e simbolizando aquilo que constitui sua base afetiva, é o que irá permitir uma investigação ou exame baseado no espírito científico, que é esperado dos adultos frente ao diagnóstico das patologias da infância, tanto de quem o constrói, quanto de quem o recebe e tem os destinos de uma criança em suas mãos.

O reducionismo epistemológico conduz à “comodidade” do conformismo intelectual que se baseia num saber totalizante, hermético e sem fissuras. Numa teoria que objetiva o que é subjetivo, não há o que questionar, o que ratificar, o que criar, nem requer qualquer esforço por um pensamento dinâmico, pois está amparado pelas certezas do funcionamento previsível de um corpo-máquina, não do imprevisível desejo humano, para retomar a formulação de Roudinesco (2000).

2.3 O reducionismo histórico: a arqueologia do saber entre alienismo/loucura e medicalização/patologização

A seguir, vamos em busca dos fundamentos, na história das ideias, que levaram a este estado de coisas que se convencionou chamar patologização e medicalização. Nesse percurso, deteremo-nos mais diretamente à *História da loucura na Idade Clássica* (1978), tese de doutoramento de Foucault, publicada originalmente em 1961, por reconhecer nessa obra o valor fundador de um pensamento que, sob a base da arqueologia histórica, inaugura uma concepção sobre a origem da loucura cujas raízes se firmam na cultura.

Esta obra foi escrita numa época em que estava em debate a internação asilar dos doentes mentais, que se prolongava, em muitos casos, por toda a vida, por seu caráter desumano e dessubjetivante – destrutivo, portanto – lembrando, em muitos casos, a campos de concentração nazistas, o que colocava em questão as concepções e práticas da psiquiatria da época (BIRMAN, 2011), além de ter sido um elemento central para sustentar a luta antimanicomial no mundo. Essa obra foi amplamente discutida, defendida e atacada, produzindo muita resistência nas áreas “psi”²².

Destacamos, contudo, que o percorrido histórico feito por Foucault constitui-se numa verdadeira arqueologia do saber, no qual “su objeto de investigación no era la definición psicológica de la enfermedad mental, sino que la búsqueda de la verdad ontológica de la locura” (ROUDINESCO, 2007, p. 118). O autor constrói a história, marcando as alterações e movimentos da concepção da loucura na Idade Clássica, período que antecede o saber racional sobre ela, antes de ser doença mental, localizando seus determinantes estruturais para ir tecendo sua crítica à psiquiatria moderna. Como

²² Para estudo histórico sobre a contundência da obra nos campos da psiquiatria, psicologia, psicanálise, filosofia, etc, bem como a resistência que produziu, recomendamos a leitura de ROUDINESCO (2007).

sustenta Santos Filho, “é uma obra que representa um divisor de águas para realizar a arqueologia dos princípios que sustentam o modo de pensar atual. Representou um corte profundo na epiderme da história das práticas psiquiátricas, (...) um estudo verdadeiramente histórico, portanto, sem encobrimentos” (2017, p. 03).

Há um princípio norteador, em Foucault (2000), segundo o qual cada época histórica produz seus saberes, de modo que cada período organiza o próprio enfoque dado à loucura. É na dimensão de um inconsciente do saber, conceito articulador da *epistémê* foucaultiana das Ciências Humanas, que reside a necessidade de analisar o conjunto de significações, ancoradas em regras e normas sociais, com as quais o sujeito adere sem se dar conta, e que passa a assumir como verdade. Para Foucault, o papel das Ciências Humanas é fazer esse desvelamento. Nosso objetivo, aqui, inspirados nessa postura, é compreender quais determinantes históricos dessa corrente ainda permanecem vigentes no trato com o sofrimento psíquico na atualidade.

Foucault sustenta que a loucura é um produto histórico e cultural. A arqueologia do campo desconstrói a ideia, sustentada pela psiquiatria, de que a loucura estaria inscrita no campo da natureza, ou seja, no campo do mau funcionamento cerebral, seja em suas bases genéticas, fisiológicas ou neuroquímicas. Há aí uma distância gigantesca de compreensão.

Segundo Roudinesco, lado a lado com Foucault, “rebeldes” à concepção naturalista da doença mental, como Canguilhem, Lacan, Bateson, Cooper, Basaglia, Laing, sustentavam que “la locura no era enfermedad sino una historia: la historia de una viaje, de un pasaje o de una situación, y la esquizofrenia era su forma más acabada por que traducía en una respuesta delirante el malestar de una alienación social o familiar (2007, p. 106). A loucura seria produto da exclusão de arquivos dessa história, com o alto custo de converter o alienismo em psiquiatria, a razão em opressão e silenciamento.

Numa minuciosa incursão histórica baseada em documentos, obras de arte, literatura, história, filosofia, etc, Foucault vai demonstrando que houve uma decisiva modificação no discurso sobre a loucura desde a Idade Média e Renascimento relativamente à Idade Moderna. Demonstra que na Idade Clássica, ela teve espaço para poder ser expressa e circular sob as mais diversas formas. Como doença, a loucura foi convertida pela psiquiatria do século XIX. Antes disso, estava inscrita em outro campo

de significações, e são as razões e determinantes dessa mudança radical de compreensão é o que Foucault vai recuperar em sua arqueologia. Nas palavras de Birman:

O que Foucault ressaltou foi como a experiência da loucura foi objeto de silêncio e de exclusão social como seu correlato; necessário seria realizar a arqueologia desse silêncio. Para isso, portanto, seria preciso percorrer os diferentes momentos constitutivos desse silenciamento para indicar como a loucura foi transformada numa experiência *sem sujeito, sem verdade* e marcada pela *ausência da obra* (BIRMAN, 2011, online).

Nesse contexto, faremos uma breve retomada na obra foucaultiana para situar a origem da loucura em dois aspectos que interessam ao nosso estudo: 1. discernir a grande divisão proposta pelo autor entre a tradição trágica e a tradição crítica da loucura e como esse discurso foi se modificando ao longo do tempo; 2. compreender de que modo as duas tradições se dissociaram, no marco da instituição da racionalidade moderna, a partir de Descartes.

Assim, o percurso histórico de Foucault parte do esvaziamento dos leprosários na Idade Média, que resultaria em ocupação futura por incuráveis, pobres, vagabundos, presidiários e alienados mentalmente. Antes de ser relegada ao confinamento e isolamento, a loucura esteve ligada, na Renascença, a “todas as experiências maiores” (FOUCAULT, 1978, p. 8). Seguindo a linha de sentidos que se articulam no interior desses fatos históricos que o autor vai elencando, chegamos a Nau dos loucos, barcos que levavam os loucos a outro lugar, gesto de exclusão que representa, não só o expurgo, mas dar o lugar de não lugar ao louco, o lugar é a viagem, o barco, a água, um caminho que desarticula a pertença e a historicidade. Aqui Foucault marca uma estrutura que permanece.

É na pintura de Bosch e na literatura de Erasmo que Foucault localiza que a experiência da loucura vai alterando seu sentido: da não-palavra, da pura visão, onde a loucura faz revelar sua força primitiva, para a experiência discursiva elaborada em “O elogio da loucura” (Erasmo de Roterdã), que ancora a loucura no universo do discurso, onde se abranda, se racionaliza, se desarma (BIRMAN, 2011):

Apesar de tantas interferências ainda visíveis, a divisão já está feita; entre as duas formas de experiência da loucura, a distância não mais deixará de aumentar. As figuras da visão cósmica e os movimentos da reflexão moral, o elemento trágico e o elemento crítico irão doravante separar-se cada vez mais, abrindo, na unidade profunda da loucura, um vazio que não mais será preenchido. De um lado, haverá uma Nau dos Loucos cheia de rostos furiosos que aos poucos mergulha na noite do mundo, entre paisagens que falam da estranha alquimia dos saberes, das surdas ameaças da bestialidade e do fim dos tempos. Do outro lado, haverá uma Nau dos Loucos que constitui, para os prudentes, a *Odisséia* exemplar e didática dos defeitos humanos (FOUCAULT, 1978, p. 27).

Segundo o autor, passa a existir uma oposição nos sentidos que a loucura adquire, oposição que nem sempre foi tão nítida, mas que vai passar a ser cada vez mais, entre a experiência crítica, onde se inscreve a psiquiatria, e a experiência trágica com a loucura, cujo lugar é assegurado na pintura, na literatura, na dramaturgia e filosofia²³. Quanto às duas experiências frente à loucura, esclarece Santos Filho:

A tradição crítica é aquela que olha a loucura com desconfiança, alienando dali o sujeito, passando a não existir nela nem sujeito e nem verdade. O louco vê o nada e, dessa experiência aterrorizante, recria algo para ver; de seu nada vê algo somente seu, que mais ninguém pode compartilhar. A dimensão trágica sentida nessa solidão do nada, de viver nela, de precisar recriar-se a partir dela, fica perdida para os olhos daqueles que, por não poderem ver também o que o louco vê, contentam-se em atribuir-lhe desrazão e falta de sentido, varrendo dali sua experiência como sujeito. Já a tradição trágica olha a loucura com respeito e medo, com um certo assombro que sugere haver reconhecimento de que ali está em curso uma obra que, ainda que construída sobre um abismo, não é tão distante de nós (SANTOS FILHO, 2017, p. 04).

Foucault, demarcando essas duas formas com que é recebida socialmente a loucura, busca compreender o motivo pelo qual se hegemoniza no século XIX a tradição crítica da loucura, nessa mudança paradigmática de sentido frente à experiência da loucura, e vai articulá-la à formulação cartesiana que sustenta o discurso da ciência moderna. Assim, Birman afirma que “foi com o estabelecimento do campo da razão que o da desrazão foi instituído, já que Descartes, nas *Meditações* (escrito em 1641), excluía a loucura do registro do pensamento. Portanto, para a loucura não seria possível enunciar o “penso, logo existo”, pois não existiria naquela nem sujeito nem tampouco verdade” (2011, online).

²³ A psicanálise defende sua inscrição na categoria trágica. Para aprofundamento do tema, indicamos SANTOS FILHO (2017).

Na medida em que o pensamento cartesiano entende que a verdade é encontrada apenas mediante o pensamento racional e a possibilidade do exercício da dúvida, o louco que, nessa compreensão, não pensa, tampouco existe. O reducionismo se apresenta, aqui, na medida em que a noção articuladora é a de que na loucura não há pensamento, nem sujeito: se penso, logo não sou louco. Aqui a loucura é posta como o avesso da racionalidade. “O perigo da loucura desapareceu no próprio exercício da razão. A dúvida de Descartes desfaz os encantos dos sentidos, atravessa as paisagens do sonho, sempre guiada pela luz das coisas verdadeiras; mas ele bane a loucura em nome daquele que duvida, e que não pode desatinar mais do que não pode pensar ou ser” (FOUCAULT, 1978, p. 47). Foucault não aceita que sejam tomados por excludentes loucura e pensamento: há pensamento, discurso e história – há sujeito – na loucura. A loucura tem sua linguagem e sua lógica, negada pelo saber psiquiátrico positivista.

Segundo Roudinesco, a história da psiquiatria não nasceu com Pinel, “sino que se confundía con la larga y progresiva aventura de una laboriosa producción de la noción de enfermedad mental” (2007, p. 109), que a naturaliza. A tradição crítica, apoiada nessa construção, foi se instaurando como verdade, uma verdade que lê a loucura pelas lentes da racionalidade e da consciência crítica, desenlaçando-se e negando o aspecto trágico que é seu componente. A recepção social do louco passou, então, a ser atravessada pela desconfiança, pois está amparada num saber racional sobre ele. A ele é negada a existência subjetiva e a enunciação da verdade de si próprio. Enquanto o desatino é localizado fora de si, no outro, a loucura passa a ser uma experiência crítica indesejável da qual é possível se distanciar, excluir e evitar. Diferente do tempo da antiguidade, onde à experiência da loucura era permitida circulação e era enunciada como verdade do sujeito, esse espectro foi sendo obscurecido e negado, embora nunca apagado do campo, pois subsiste sorrateiro na verdade de cada um, “nas noites dos pensamentos e dos sonhos” (FOUCAULT, 1978, p. 28).

Não há como não reconhecer e aproximar essa perspectiva com os processos de patologização da infância, que faz recair sobre comportamentos desordenados, inquietantes e incomodativos o signo da psicopatologia, o rótulo da enfermidade, que está mais para varrer o mal-estar infantil e higienizar as relações, que, desde um olhar subjetivante da infância, não passam de processos convocatórios ao semelhante, constitutivos a partir dos referentes, parte intrínseca da educação que deve ocorrer no interior das relações familiares. Tamanha empreitada higienista, positivista e

reducionista que vemos ocorrer atualmente no campo da psicopatologia não tem precedentes na história da humanidade.

Foucault (1978) defende que é justamente a experiência perdida com a dimensão trágica da loucura, do desatino, que nos torna críticos com ela e favorece a patologização, a psiquiatrização do sofrimento. Resgate necessário, que nos permite aproximarmos de nós mesmos, de nossa prática, do encontro com nossos pacientes e alunos sujeitos de seus sofrimentos:

É por isso que a experiência clássica, e através dela a experiência moderna da loucura, não pode ser considerada como uma figura total, que finalmente chegaria, por esse caminho, à sua verdade positiva; é uma figura fragmentária que, de modo abusivo, se apresenta como exaustiva; é um conjunto desequilibrado por tudo aquilo de que carece, isto é, por tudo aquilo que o oculta. Sob a consciência crítica da loucura e suas formas filosóficas ou científicas, morais ou médicas, uma abafada consciência trágica não deixou de ficar em vigília.

Enfim, são essas descobertas extremas, e apenas elas, que nos permitem, atualmente, considerar que a experiência da loucura que se estende do século XVI até hoje deve sua figura particular, e a origem de seu sentido, a essa ausência, a essa noite e a tudo o que a ocupa. A bela retidão que conduz o pensamento racional à análise da loucura como doença mental deve ser reinterpretada numa dimensão vertical; e neste caso verifica-se que sob cada uma de suas formas ela oculta de uma maneira mais completa e também mais perigosa essa experiência trágica que tal retidão não conseguiu reduzir. No ponto extremo da opressão, essa explosão, a que assistimos desde Nietzsche, era necessária (FOUCAULT, 1978, p. 29).

O distanciamento dessa experiência trágica com a loucura, acaba tendo um destino empobrecedor ao sujeito. Sabemos, com Foucault e desde a Psicanálise, o quanto recusar-se a reconhecer os próprios desatinos, que fazem parte de nossa condição humana, é o que nos impede de acessar razoavelmente o uso de nossa própria razão. Razão e desatino ou desrazão são, portanto, um contínuo indissociável. “A loucura é um momento difícil, porém essencial, na obra da razão; através dela, e mesmo em suas aparentes vitórias, a razão se manifesta e triunfa. A loucura é, para a razão, sua força viva e secreta” (FOUCAULT 1978, p. 35).

A crítica foucaultiana recai sobre o monólogo psiquiátrico da razão sobre a loucura (CORBANEZZI, 2010), em que o sujeito não é escutado, pois se considera que ali não há sujeito, e silencia-o. Na infância, a condição de vulnerabilidade e dependência da criança frente ao adulto é um elemento que torna o campo mais complexo e delicado, pois o distanciamento produzido pelos processos de racionalização conduzem à busca

de “normalização” da criança, o que abre o caminho para a patologização, que coloca o sujeito como o objeto do saber do médico/adulto: alienado e alienista.

A atribuição de enfermidade mental, como discutimos amplamente no Primeiro Capítulo, está largamente ampliada, não se limitando aos processos de loucura com os quais Foucault dialogava. A problematização construída por Foucault, contudo, destaca que é nesta separação estrutural de compreensão da loucura que se funda o alienismo e tudo o que ele arrasta consigo: atualmente, a medicalização da vida, ou seja, a apropriação médica de modos singulares de viver, que se potencializa e se amplia para a patologização da infância. Posição reducionista que “autoriza” a leitura das expressões do mundo psíquico da criança pelo viés da listagem de sintomas, que visa a normatização, a higienização e controle. Uma patologização cuja dimensão alcança desde cedo a vida familiar, os processos escolares, e vai se disseminando a todas as áreas da vida humana, que, em sua base, arrastam processos de silenciamento daquilo que é considerado inadequado.

Roudinesco levanta a questão: “¿cómo no ver que las querellas del siglo XIX se repiten hoy en los debates encarnizados que oponen, por un lado, a los partidarios de la causalidad genética y de la psicofarmacología, y, por el otro, a los partidarios de la causalidad psíquica?” (2007, p. 133). Na raiz desse debate, a questão da normalização com a qual Foucault, como todos os pensadores de envergadura, nunca cederam (ROUDINESCO, 2007). O que muda é o pano de fundo: do alienado/alienista/manicômio para patologização/infância/medicamentação. A estrutura segue a mesma: o sofrimento humano, o assombro pelo desatino, que clama por encontro humano para sua simbolização: escuta, historicidade, subjetivação, pertencimento. Para chegar a isto, a racionalidade cartesiana como teoria de sujeito é limitada: se não pensa, não é, não existe como sujeito. Nessa perspectiva, o “louco” não é considerado sujeito pleno, capaz de pensar, e isto traz consequências práticas para a vida.

Na arqueologia histórica que faz Foucault, no período da antiguidade, o louco tinha direito a ser, a se apropriar de sua verdade, a proferi-la (constatação que está na raiz de sua tese sobre a constituição cultural da loucura). Com a racionalidade moderna, a loucura foi segregada, asilada, excluída. E atualmente? O controle sobre o desatino, saído dos muros dos hospitais, é o silenciamento pelo viés da medicamentação (prescrição de medicamentos psiquiátricos em larga escala, sem o devido critério)

influenciando e sendo influenciado pela medicalização da vida e patologização do sofrimento.

O silenciamento com medicamentos dos sintomas de uma criança, que são, na grande maioria dos casos, a única via pela qual essa criança pode denunciar excessos ou abusos que vem sofrendo nas relações intersubjetivas mais próximas, é um ato de violência na medida em que, no gesto médico objetivo, amparado pela ciência, que oferta o psicotrópico para controlar o incontrolável, subliminarmente localiza na criança a desordem, culpabilizando a vítima pelo mal que ocorre. Retraumatização é o conceito ferencziano que abarca vivências dessa ordem.

Sem a menor intenção de desacreditar do discurso científico, com Foucault nossa intenção é esclarecer que esse tipo de racionalidade não dá conta da complexidade do ser mesmo da loucura/enfermidade psíquica. Tampouco vemos, na aplicação de práticas que seguem tal racionalidade de intervenção sobre o sofrimento psíquico da criança, a restauração das infâncias, a recomposição traumática de forma historicizada, pela via da elaboração psíquica. Assim estamos de acordo com Foucault quando afirma que a experiência mais fundamental em direção a verdade de um sujeito é, para além de seus rótulos psiquiátricos, sua verdade histórica. A eleição de medicamentos como opção primeira para o atendimento da criança que apresenta sintomas de sofrimento psíquico é uma prática de atenção à saúde que, contudo, não pode ser localizada na alçada de uma prática de cuidado (SANTOS FILHO, 2017).

Portanto, sendo a loucura o reflexo do contexto social e subjetivo vigente em cada época, a patologização da infância, baseada na psiquiatria biológica, que em quase a totalidade exclui ou relega a segundo ou terceiro plano as intervenções intersubjetivas e psicoterápicas, propondo como forma de atender o sofrimento a medicação, repete a tradição crítica da loucura, onde a criança, em tempo de constituição de sua subjetividade, que implica articular-se subjetivamente em torno de um conceito de si, passa a obter um rótulo psicopatológico como elemento de identificação. Recurso altamente pobre e limitante, reducionista frente às possibilidades de constituição sustentadas no conceito de plasticidade neuronal, que vamos desenvolver a seguir, como um movimento de abrir perspectivas.

2.4 Epigenética e neuroplasticidade: conceitos não-reducionistas das neurociências que amparam pesquisas psicanalíticas com bebês

Estudos e investigações no marco da neuroplasticidade e da epigenética²⁴ tem aportado uma abertura decisiva na compreensão e intervenção sobre problemas no desenvolvimento infantil precoce, com bebês no primeiro ano de vida. Apóiam, especialmente, estudos e hipóteses psicanalíticas sobre patologias psíquicas graves na infância, como o autismo infantil. Realizar uma incursão nessa seara nos permitirá visualizar perspectivas de uma epistemologia coerente aos esforços científicos voltados à aproximação e colaboração interdisciplinar, com vistas à compreensão das implicações e interações entre o biológico e o subjetivo.

A epigenética vem se consolidando como um novo operador conceitual para fazer avançar pesquisas em psiquiatria biológica sobre a etiologia das patologias mentais, frustradas até então por buscar evidências em termos de identificação de marcadores genéticos diretos para os transtornos mentais²⁵. As características das novas pesquisas em epigenética reconhecem o papel da interação entre o ambiente e a carga genética, redirecionando o alvo de suas investigações. A respeito da hipótese epigenética da etiologia das patologias mentais, Freitas-Silva e Ortega conceituam-na como um

modelo [que] considera a interação entre a herança genética do indivíduo e os fatores ambientais, analisando esse processo como alterações intracelulares na expressão do material genético do organismo, que culminam na determinação das características exibidas pelo indivíduo. Os mecanismos epigenéticos dizem respeito, fundamentalmente, aos meios e processos pelos quais a determinação biológica do organismo é atualizada e expressada ao longo de seu desenvolvimento (FREITAS-SILVA, ORTEGA, 2014, p. 768).

A neuroplasticidade se refere à capacidade neuronal de se adaptar ou se moldar, a maleabilidade em termos de estrutura e função, ao longo do desenvolvimento do sistema nervoso e pela exposição do sujeito a experiências diversas. É pela plasticidade neuronal que, frente a uma lesão neuronal, o organismo alterará seu circuito neuronal e conseguirá se adaptar, por exemplo. Operando com esses conceitos, Freitas-Silva e

²⁴ Disciplina que estuda o papel da interação entre o ambiente e a carga genética. Demonstra que as variações no ambiente têm papel decisivo na ativação ou não-ativação de um componente geneticamente herdado.

²⁵ Para discussão aprofundada do tema, ver Freitas-Silva e Ortega (2014).

Ortega demonstram em que medida vem se dando uma verdadeira transformação epistemológica no campo das pesquisas genéticas:

O determinismo genético mais simples, exemplificado pelo paradigma do “gene para” determinada doença, que dominou as pesquisas moleculares dos anos 60 até o final do século XX, começa a ser reformulado. A partir da virada do século, a hipótese da vulnerabilidade genética começa a se destacar no conjunto das pesquisas genômicas, dando ensejo a novas formas de compreender e manejar a doença. Se os genes não são mais “destino, mas oportunidade” (ROSE, 2007, p. 147), novas práticas e intervenções médicas podem ser derivadas do emergente conhecimento sobre a vulnerabilidade biológica, especialmente aquelas que pretendem antecipar e prever desfechos patológicos, como o screening genético, o diagnóstico precoce, a investigação da especificidade genética na resposta aos medicamentos, etc (FREITAS-SILVA, ORTEGA, 2014, p. 779).

Na perspectiva do diagnóstico precoce, enquadram-se as pesquisas psicanalíticas com bebês. Segundo Jerusalinsky (2010), é de Eric Kandel²⁶ e seus colaboradores o primeiro estudo em neuroplasticidade, realizado nos EUA, em 1950. Trata-se de uma pesquisa com um organismo simples, um caracol marinho chamado *Aplysia Californica*, o qual tem o seguinte padrão genético: toda vez que um jato de água bate nas suas costas, suas brânquias se abrem. Essa é a memória genética do caracol, seu padrão genético fixo. A pesquisa, contudo, introduziu nessa sequência de comportamento do caracol um choque elétrico: quando a água bateu nas costas do caracol, associou-se uma descarga elétrica. O resultado desse experimento foi a inversão desse comportamento geneticamente herdado para sempre: toda a vez que esse caracol entrar em contato com a água, suas brânquias se fecharão (JERUSALINSKY, 2010).

As consequências dessa pesquisa trazem importantes repercussões. Dizem respeito à compreensão dos mecanismos da memória adaptativa e da inversão ou alteração dessa memória a partir das experiências do organismo com o meio. Num organismo vivo, determinada carga genética define certos comportamentos fixos (comportamentos padrão – na *Aplysia*, abrir as brânquias em contato com a água) que, a partir de experiências com o meio em que vive, poderá se alterar, ou mesmo inverter seu padrão genético associativo para sempre. O caracol nunca mais abrirá as brânquias com a entrada de um jato de água. Este é um achado que indica que um estímulo externo, o meio circundante, tem potência para alterar permanentemente a memória adaptativa herdada pela genética. Essa é a hipótese que está em jogo. “O reconhecimento da

²⁶ Prêmio Nobel em Fisiologia e Medicina em 2000, pela pesquisa com bases moleculares da memória.

importância do *environment*²⁷ na ativação, modificação ou estruturação do funcionamento nervoso inicialmente configurado por determinação genética, levou a diferenciar no interior desta última disciplina o que hoje recebe o nome de epigenética” (Jerusalinsky, 2010, p. 24).

Contudo, adverte Jerusalinsky (2010), a escolha dos métodos e técnicas para a pesquisa com o ser humano, especialmente com bebês humanos (diferentes da *aplysia*), vai estar atravessada diretamente pelo modo como a epigenética define o *environment*. O autor questiona: como considerar a ambientação de um bebê quando nasce? Que ambiente irá receber o bebê? A resposta a essa pergunta irá determinar os rumos da pesquisa, trazendo consequências epistemológicas profundas:

Se aplicarmos o modelo associativo fático de condicionamento por contigüidade físico-temporal diretamente da *Aplysia* para os bebês, teremos uma listagem de sequências de comportamentos supostos adequados ou inadequados. Mas se definirmos o *environment* como um universo organizado pela linguagem, teremos um sistema de leitura e deciframento da posição que um bebê enquanto sujeito ocupa no discurso. A primeira série será uniforme e estatisticamente consistente, enquanto a segunda série será singular e sem significação estatística, já que sua significação será apenas semântica. Diferentes epistemologias conduzem a diferentes resultados (JERUSALINSKY, 2010, p. 25).

Este ponto é central e está em conexão com as questões epistemológicas que vimos erguendo desde o início deste capítulo. O autor busca a base mais elementar para demarcar com precisão que não é sem consequências o ponto que adotamos para dar a partida em nossas pesquisas. O *environment* que decidimos adotar como sendo aquele que receberá o bebê chegar-nos-á sob a forma de conceitos e irá produzir uma certa teoria do sujeito.

Jerusalinsky (2010), baseado nessas pesquisas, aponta que há duas formas de conceber o *environment* de um bebê: se pensamos que o bebê, ao vir para o ambiente, será condicionado por situações de contigüidade espaço-físico-temporal, e conduzimos nossa pesquisa a partir disso, teremos um sujeito orgânico, composto por um conjunto de equipos biológicos, que vai passar por situações como a *aplysia* passou, num contexto de estímulo-resposta direto, que produzirá um certo tipo de condicionamento. Por outro lado, se considerarmos que ao nascer, o bebê entra num universo simbólico, definido pela linguagem que organiza sua posição nesse discurso, teremos um sistema

²⁷ *Environment* representa aquilo que nos circunda, que nos envolve, muitas vezes traduzida para o português como ambiente maturativo ou ambientação.

complexo de deciframentos, marcado por um cruzamento intenso de forças imaginárias e simbólicas que complexizam o campo, em que a linguagem é determinante. Nesse caso, nos aproximamos das pesquisas que compreendem que o bebê, como um organismo frágil, irá se alojar num lugar no discurso das pessoas desse ambiente que o envolve: em alguns momentos, será tomado como uma maravilha, “sua majestade o bebê”, como disse Freud ([1914], 1996, p. 98). Em outros momentos, como um organismo real, incapaz e indefeso que necessitará cuidado e educação. A Psicanálise apoia a noção de *environment* do bebê na relação intersubjetiva com os pais. E Jerusalinsky lamenta, contudo que:

se, por um lado, pesquisadores conscientes dessas diferenças – tal como Eric Kandel – restringem qualquer transposição direta do modelo biológico então descoberto, não faltam, por outro lado, os que aplicam o esquema do condicionamento mecânico ao campo humano ignorando as transformações que nele são introduzidas pela linguagem (JERUSALINSKY, 2010, p. 25),

Aberta, portanto, está a porta de entrada para as concepções de sujeito como “homem máquina” e como “sujeito cerebral”. Assim, Jerusalinsky (2010) descortina os dois campos de investigação, que partem de princípios distintos. Afirma, o que estamos de acordo, que:

os modelos fisiologistas básicos, modelos associacionistas de contigüidade ou contigüidade temporal, não servem para pensar a complexidade da memória e do pensamento humanos, nem para explicar os processos cerebrais humanos relativos à vontade, escolhas, aos processos de reconhecimento. (...) Esses mistérios são decifrados unicamente se levarmos em conta que o sistema da memória humana opera sobre uma plasticidade não somente estabelecida na mobilidade e transformabilidade de seu sistema neurogenético, mas, principalmente, pela plasticidade do sistema de representações lingüísticas que o caracteriza (JERUSALINSKY, 2010. p. 26).

O modo como um sujeito percebe o mundo, o recorta e o representa está atravessado pelo enlace significativo, pelo sentido determinado pela linguagem. E esclarece:

Nossos bebês não são máquinas associativas, nem acumuladores de experiências, tampouco são reprodutores automáticos de uma memória neurogenética, mas protagonistas de um roteiro traçado na representação dele no discurso. É dessa posição que se gera a matriz simbólica capaz de moldar epigeneticamente a configuração de funcionamento do sistema nervoso central. É neste viés que podemos valorizar o quanto as recentes descobertas em neurociências e em neurogenética se aproximam à psicanálise, não pela via dos mecanismos associativos causalistas, mas pela via da neuroplasticidade e da complexidade da rede operatória nervosa (JERUSALINSKY, 2010, p. 26).

A partir da valorização do ambiente como elemento na cadeia causal das alterações genéticas, Freitas-Silva e Ortega referem entrar em questão os graus de vulnerabilidade e resiliência particular a cada sujeito, elementos a considerar na compreensão da etiologia de uma das patologias mentais que “argumentam a favor da dimensão social no conhecimento biológico contemporâneo” (2014, p. 780). Essa alteração epistemológica vai exigir, além de novos conceitos e perspectivas metodológicas nos diferentes campos de pesquisa, a abertura e o aprofundamento do diálogo entre os diferentes campos científicos, as Ciências Humanas e as Ciências Naturais/Biológicas, tal como refere Kandel (2008) ao defender a aproximação colaborativa entre as neurociências e a psicanálise.

O humano, ao nascer, é profundamente desadaptado e deficiente. Através dos instintos e da memória genética com que chega ao mundo é incapaz de dar conta, por si próprio, do que precisa para viver. Necessita das trocas com o ambiente, ao custo de morrer se a ajuda do semelhante não vier. A bagagem genética de 24 reflexos arcaicos, inclusive, precisa desaparecer até o final do primeiro ano para dar lugar ao desenvolvimento do Sistema Nervoso Central, que irá se representar nos processos de humanização. Segundo Jerusalinsky (2010), os automatismos instintivos é o que de mais arcaico pode haver num sujeito, e sua permanência sinaliza a patologia. Em outras palavras, reflexos que por algum motivo não são abandonados pelo bebê, fixam-no em padrões de comportamento que o aproximará do funcionamento dos animais irracionais, que se conduzem apenas pela memória genética, não pelo desenvolvimento da capacidade de pensar. A Psicanálise demonstra que é o gesto do semelhante – em posição de alteridade – que produz a ação específica²⁸ necessária, e o agarramento do bebê a esse gesto de auxílio que, convertido em mensagem, linguagem e significação, arranca-o dos destinos do organismo meramente biológico. Uma intervenção-*environment*, portanto, cheia de consequências.

²⁸ Conceito freudiano abordado no Capítulo 1.

Segundo Jerusalinsky (2010), do ponto de vista da neurobiologia epigenética, os mecanismos que rompem os automatismos genéticos são: o mecanismo de metilação, a modificação das estonas e a atuação dos micro ARN²⁹, e são acionados de acordo com as variações do *environment*, que incluem desde mudanças climáticas e físicas, dores e desconfortos sentidos pelo bebê, e o micro-clima emocional familiar. Para o autor:

Quando nos encontramos com a permanência de automatismos e com a persistência da decomposição da relação com o mundo em fenômenos elementares (redução a manifestações sensoriais ou perceptivas pontuais, repetições ecológicas, relações de contigüidade causal, associação por contigüidade de imagem ou operações de continuidade com a demanda sem inversão, encaixes mecânicos como princípio de relação com o semelhante), ainda quando se trata de um bebê, estamos diante de um alerta e uma intervenção clínica. Essas são indicações claras e inequívocas de que a entrada desse bebê na condição de sujeito de uma língua, que determina sua posição no campo do desejo, está travada (JERUSALINSKY, 2010. p. 31).

Com base no exposto, é importante destacar, para os objetivos da presente pesquisa, o seguinte: quando um bebê humano é reduzido a uma máquina química, deixando de lado o universo simbólico e a decisiva importância da intervenção do semelhante como *environment*, estamos criando as condições de risco para a produção de patologias psíquicas na infância³⁰.

Os estudos psicanalíticos com bebês com risco de fracasso de sua constituição psíquica e subjetiva, que tomam em consideração a neuroplasticidade e os avanços em epigenética, num esforço para aproximar os campos de pesquisa, tem produzido teorização calcada nas experiências e nas intervenções clínicas. Um exemplo disso é o recente trabalho de Laznik e Burnod (2016), um diálogo entre um neurobiologista e uma psicanalista que atende mães e seus bebês com sinais precoces de risco³¹ de desenvolver autismo. A psicanalista oferta ao neurobiologista sessões filmadas de seu trabalho, o qual analisa, traduz e relaciona os efeitos dessas intervenções com a compreensão

²⁹ Para aprofundar esse ponto, ver Jerusalinsky (2010).

³⁰ Para visualização da problemática levantada, sugerimos o filme produzido por René Spitz no pós-guerra, psiquiatra infantil, a respeito da privação afetiva em bebês de até 12 meses, vivendo em hospitais, privados do convívio com a mãe e sem qualquer laço afetivo por parte de quem os cuidava. Denominou hospitalismo o conjunto de perturbações causadas nas crianças, provocadas pela institucionalização fria. Disponível em: <https://www.bing.com/videos/search?q=rene+spitz+hospitalismo+&&view=detail&mid=A0B586F3B671B8861FD6A0B586F3B671B8861FD6&FORM=VRDGAR>>. Acesso em: dez. .2016

³¹ O protocolo PREAUT refere-se a uma pesquisa iniciada na França em 1999, que chegou ao Brasil há 10 anos. O PREAUT é um protocolo que possibilita a identificação de sinais de risco para autismo em bebês a partir dos 4 meses de idade. Prevê a capacitação de profissionais da saúde e educação para uso do instrumento, favorecendo a identificação de bebês em risco, o encaminhamento para intervenção e um futuro diferente.

neurobiológica, num trabalho de cooperação interdisciplinar. Encontramos aí uma consistente fundamentação neurobiológica que visa explicar as intervenções sustentadas na teoria psicanalítica, cujo efeito é fazer retomar uma interação difícil entre um bebê e sua mãe. O objetivo desse estudo, afirma Burnod, é encontrar meios de “correlacionar o que ela [psicanalista] faz, como a criança evolui, com aquilo que sabemos sobre o funcionamento dos neurônios na criança” (LASNIK, BURNOD, 2016, p. 20).

Na linha do experimento com a *Aplysia*, um estudo como este avança no sentido de demonstrar as bases neurobiológicas do que, nos humanos, faz romper os automatismos herdados geneticamente, permitindo a assunção da subjetividade. Para Jerusalinsky:

A paradoxal relação entre linguagem e neurogenética, na medida em que essas ordens se suportam e se transformam reciprocamente, desmentindo-se uma a outra no que se refere à diferente lógica operatória que respectivamente as organiza, constitui precisamente o caminho de ida e volta na psicopatologia da infância precoce. Por isso, os quadros nosográficos dos adultos não são aplicáveis à infância, já que se trata de um tempo no qual as estruturas psíquicas são – por efeito dessa dialética de oposição entre neurogenética e discurso – logicamente indecídidas (JERUSALINSKY, 2010, p. 32).

Descortina-se uma epistemologia para pensar as patologias na infância que afasta da patologização e da categorização, e assume preponderância o reconhecimento do mal-estar infantil, inclusive em momentos precoces do desenvolvimento, com a identificação de sinais de risco de que algo não passa bem com a criança e requer intervenção antes que se estruture e se cristalize sob a forma de uma patologia psíquica. Contudo, o revés anda ao lado: não podemos fechar os olhos para o “risco do risco”³², como alertou Ricardo Lugon (2017), referindo-se ao fato de que considerar um sinal precoce de risco de uma patologia psíquica estar se instalando implica um outro risco: escorregar para a patologização precocíssima. Mais uma vez, o bom senso e a ética assumem lugar preponderante.

Portanto, desde a perspectiva apresentada, que considera a interação de fatores genéticos e ambientais na produção da psicopatologia, as nuances de cada sujeito, sua singularidade, passam a ser decisivas para a sua compreensão. Entre ciências biológicas

³² Informação oral. LUGON, Ricardo, no discurso da Conferência de abertura da V Jornada do MPASP (Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública), cujo tema foi “Autismos e interface na rede”. Porto Alegre-RS, 07 e 08 de abril de 2017.

e ciências humanas, que prevaleça o sujeito e suas necessidades singulares. Quiçá, um avanço na construção de uma epistemologia não-objetificadora da infância e do sujeito.

3 HERMENÊUTICA FILOSÓFICA E PSICANÁLISE FREUDIANA: A ESCOLA PARA ALÉM DA MEDICALIZAÇÃO E DA PATOLOGIZAÇÃO DA INFÂNCIA

“Creio que dizer uma coisa é conservar-lhe a virtude e tirar-lhe o terror”.
(Fernando Pessoa, 2006, p. 59).

Caracterizado o campo de estudo, marcados os fundamentos que subjazem ao problema da medicalização e da patologização, pretendemos apresentar, em consonância com o percorrido até aqui, uma perspectiva possível para pensar a educação e a infância para além de processos reducionistas e objetificadores. Levaremos adiante esse esforço a partir da hermenêutica e da psicanálise, orientações teóricas de base epistemológica não-objetificadora do sujeito. A hermenêutica filosófica, assumida como o exercício de compreensão autêntico das Ciências Humanas e Sociais e o pensamento psicanalítico genuíno, de matriz freudiana e reconhecido em seu aspecto fundamentalmente não-reducionista, são perspectivas desarticuladoras de qualquer tentativa positivista de compreensão do humano.

Para pensar para além da medicalização e da patologização, precisamos compreender os limites do paradigma biomédico sobre os quais se assentam tais processos. Assim, apoiando-nos na hermenêutica gadameriana, objetivamos compreender o conceito abrangente de saúde, que se refere ao equilíbrio a ser buscado constantemente e que implica a compreensão do ser humano como totalidade. A partir desta base abordaremos as noções de cura, vinculada à ideia de cuidado, e de tratamento, enquanto acolhimento e diálogo.

Assumimos como pressuposto de base que, para além da medicalização e da patologização, a relação humana precisa sair da esfera sujeito-objeto para a esfera sujeito-sujeito, partindo da noção do outro como conceito articulador da questão. A pergunta que está na base é: com que categorias de compreensão é possível chegar ao outro, no sentido de fazer a experiência do outro sem anular sua alteridade, sem excluí-lo ou normalizá-lo?

Hermenêutica e psicanálise são tomadas como concepções de trato da realidade escolar que podem ser pensadas como complementares no trabalho diário. A discussão a que nos propomos neste capítulo será permeada por recortes de experiência de

intervenção concreta em escola que exemplificam a articulação conceitual, demonstrando sua fecundidade, revertida em efeitos de subjetivação. Tal experiência³³ teve origem no trabalho que realizamos enquanto psicanalista que atua dentro das escolas. Trata-se de uma situação de troca de escola, que foi se revelando uma experiência radical de estranhamento e repúdio com Fred³⁴, um aluno de cinco anos, da pré-escola. Essa experiência irá servir para exemplificar conceitos como diálogo, a incapacidade para o diálogo, a categoria do estranho e a intervenção psicanalítica concreta extramuros, fatores que consideramos contribuições decisivas da hermenêutica filosófica e da psicanálise, transpostas para o campo da educação, que fazem frente aos processos de medicalização e patologização da infância.

Nosso objetivo não é o de elucidar todos os fenômenos envolvidos, nem negar que há inúmeros fatores de ordens qualitativamente diferentes que intervêm de modo decisivo para a constituição da medicalização e patologização da infância. Queremos sim demonstrar o caráter decisivo que assume a intervenção subjetivante³⁵ em educação, sustentada em conceitos da hermenêutica e na psicanálise, como capaz de desentruvar processos de rechaço ao semelhante estranho na escola, em direção ao acolhimento e inclusão, que possibilita a experiência formativa.

3.1. Do pressuposto sujeito-objeto para o pressuposto sujeito-sujeito: o diálogo hermenêutico, a saúde e a experiência formativa

Em consonância com o percorrido desenvolvido até aqui, compreendemos que para pensar para além da patologização, esse fenômeno de etiquetar como patologia comportamentos que escapam à adaptação normalizante, precisamos resgatar o conceito

³³ Como fruto desta experiência, foi escrito um ensaio teórico-prático, desenvolvido em conjunto pelos membros do Núcleo de Educação e membros da Comissão de Ensino do PROJETO – Associação Científica de Psicanálise, que foi trabalhado em formação de professores e apresentado em dois eventos: Jornada do MPASP (Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública) e Congresso Internacional Transdisciplinar da Criança e do Adolescente.

³⁴ Nome fictício. A experiência é trazida a título de exemplificação dos conceitos. Para tanto, garantimos a preservação da identidade dos sujeitos e instituições envolvidas, omitindo ou modificando todos os nomes, dados biográficos, profissionais ou geográficos. Permanece para exposição apenas dados ou falas que rigorosamente atendem ao tema a ser desenvolvido.

³⁵ Conforme Santos Filho, De Carli e Caimi (2017, p. 389), “uma experiência de subjetivação favorece a abertura do espírito voltado à construção de enigmas, à condição de pensar por si próprio, de expressar o que pensa, de ser ouvido e de ouvir. Uma experiência de subjetivação faz contato. Intervenções subjetivantes, contudo, necessitam ser pensadas e construídas, com trabalho e criatividade, e exercidas desde o lugar de alteridade”.

amplo de saúde, que se embasa em um pressuposto distinto. Encontramos, na hermenêutica filosófica, uma perspectiva de problematizar o conceito biomédico de saúde, que teve origem com o advento da ciência da era moderna, no século XVII, apresentando possibilidades de compreendê-lo a partir da hermenêutica gadameriana, que recupera a noção de saúde como cuidado, e articula o tratamento, a conversação e o diálogo à arte de curar. A partir deles, pretendemos sustentar que a escola não é hospital (DUEÑAS, 2013), não é lugar para o rastreio de sintomas³⁶ nem para seu enquadramento como doença a ser extirpada.

Gadamer (2001) destaca que, em termos de saúde e doença, nossa cultura é permeada por uma tensão fundamentada pela ciência e que a ciência médica tem se destinado a ser uma ciência da doença. Nessa perspectiva, a doença é entendida como o perigoso, a perturbação, que requer uma ação que, reconhecendo seus sinais e sintomas, domine-a. “Nuestra experiencia científica y médica está orientada, en primer lugar, hacia el dominio de los fenómenos de la enfermedad. Es como se estuviera forzando a la naturaleza allí donde se manifiesta la enfermedad” (GADAMER, 2001, p. 121). Essa mesma perspectiva de compreensão do sintoma e da doença, podemos ver aplicada aos fenômenos psíquicos na infância quando medicalizados: saúde e doença estando em estados opostos e a ação do profissional que a atende voltada para o diagnóstico e o afastamento da perturbação, a título de busca da “normalidade”. Isolados do sujeito, os sintomas são tratados como mal a ser extirpado ou anulado, negando sua origem social, histórica, intersubjetiva e intrapsíquica.

Mas, de que ciência se trata quando se afirma que nossa cultura é permeada por ela? Acompanhamos o pensamento de Gadamer (2001) e as preocupações em torno da concepção moderna de saúde:

Es indudable que en la experiencia de la salud y de la enfermedad asoma parte de una problemática general que no puede referirse sólo a la posición especial de la ciencia médica dentro de las ciencias naturales modernas. Sería por elle muy conveniente tomar conciencia de las diferencias existentes entre la medicina científica y el verdadero arte de curar. En última instancia, se trata de la diferencia entre el conocimiento de las cosas en general y las aplicaciones concretas de ese conocimiento al caso único. Pero éste es un tema muy antiguo dentro de la filosofía y del pensamiento, y constituye también un objeto especial de mi propio trabajo filosófico, denominado hermenéutica. Es evidente que el conocimiento en general se puede adquirirse a través de la propia experiencia y del propio razonamiento, y va madurando con lentitud (GADAMER, 2001, p. 119-120).

³⁶ Usamos aqui o termo sintoma em sentido amplo, como toda a manifestação de um mal-estar.

Segundo o autor, há uma diferença central a considerar para começarmos a pensar o tema da saúde: a distinção entre o exercício da medicina científica e a verdadeira arte de curar, à diferença que existe entre o conhecimento das coisas e sua aplicação concreta para cada sujeito de forma singular. Vivemos uma época amplamente “modelada” pela cultura científica que se originou a partir da era moderna, a qual impacta a vida de todos e traz como consequência sua burocratização, mediante a qual Gadamer questiona: “¿Cómo no perder el coraje para modelar la propia vida?” (2001, p.120). O tema de ser autor da própria vida, processo ativo que passa por poder falar em nome próprio, estando diretamente implicado nas decisões sobre si, é o resultado de processos de subjetivação. A pergunta do autor aponta para o reducionismo da capacidade de pensar os processos de saúde e doença, que invade sorrateiramente a vida e se infiltra em todas as relações que objetificam o sujeito, naturalizadas em nossa cultura. Indica o quanto é difícil ter discernimento sobre isso, que é sutil, mas de grande potência para produzir processos de desarticulação subjetiva.

A base da compreensão está na noção, que Gadamer (2001) levará adiante em toda a teorização conceitual em torno da saúde, de que tratar está muito além de aplicar o conhecimento e as técnicas médicas: tratar está ligado à noção de cuidado, que exige o respeito à singularidade, a consideração com a subjetividade no trato com o doente. Questão inicial que vai ao encontro da crítica que fazemos nessa pesquisa: a patologização, como resultado da aplicação de conhecimentos técnicos, acaba por negar o lugar do sujeito. A teorização gadameriana, representando um esforço de reencontro entre a ação médica/alteritária e o doente enquanto sujeito, nos dá suporte para pensar a infância e o sofrimento psíquico sob bases distintas da patologização.

No mesmo sentido, olhamos as crianças em que algo não vai bem, em termos de constituição psíquica e subjetiva. A infância – tempo em que o psiquismo e subjetividade estão em processo de constituição e construção – e seus destinos, estão na estreita dependência da qualidade das relações travadas com adultos que a atendem. A pergunta é pelos impactos na estruturação psíquica e subjetiva de um atendimento em saúde que tende a estabelecer com ela uma relação sujeito-objeto, na esteira da medicalização/patologização/medicação. Com o silenciamento do sintoma, o desenvolvimento da sua capacidade de pensar é podado na raiz, justamente onde reside o potencial que coloca em movimento o próprio pensar.

Segundo Gadamer (2001), o paradigma biomédico preconiza a ação médica como a aplicação dos descobrimentos das ciências naturais ao objetivo prático da cura, o que implica ser considerado conhecimento válido e científico aquele que resulta produto do método científico, quantitativo, ligado ao que pode ser mensurado. Dessa forma, progressivamente, o ser humano e sua saúde foram se firmando como objetos mensuráveis, cujo resultado é um distanciamento da experiência subjetiva com a saúde e a doença:

O ponto nuclear consiste em que o procedimento baseia-se na medida e, ao centrar-se no objeto, deixa escapar o especificamente humano. Se isto procede, parece que temos aqui o núcleo constitutivo da ação profissional na área da saúde, o que a torna muito eficiente do ponto de vista técnico, mostrando, ao mesmo tempo, seus limites do ponto de vista humano (MARASCHIN, 2017, p. 62).

Ocorre que a compreensão da doença unicamente como fato científico produz um distanciamento da doença enquanto parte da totalidade do sujeito. Significa compreender e tratar o corpo simplesmente como corpo, desvinculado das dimensões subjetivas. Um reducionismo violento, que é ainda maior no campo da saúde mental. Gadamer (2001), com quem estamos de acordo em sua crítica, não está, contudo, contrapondo-se aos descobrimentos da ciência, mas ao *modo de usar*, aos usos e abusos dessubjetivantes que propicia. O autor questiona uma medicina centrada na figura do médico, que reduz a ação médica à mensuração e aplicação da técnica³⁷, objetivada na coleta e verificação de dados, e esquece que a vivência subjetiva da doença para o doente tem uma importância fundamental enquanto experiência inerente à vida. Não há como não aproximarmos aqui a crítica aos modos de diagnosticar na infância, tão comuns nos consultórios atualmente, que dão lugar a protocolos que são respondidos por pais e professores com vistas a enquadrar a criança num quadro psicopatológico. Onde fica a relação com o doente? Por que não ouvir decisivamente a criança? Sinais, ao nosso ver, da destituição subjetiva que opera. Quando o doente está implicado subjetivamente em seu processo de adoecimento, se processa algo distinto:

³⁷ Noção vinculada à ideia do *homem-máquina* (Roudinesco, 2000), discutida anteriormente, no segundo capítulo.

A compreensão da doença pelo doente leva-o a perceber que lhe falta alguma coisa, a percepção de um faltar algo. Trata-se aqui de tornar consciente a importância da doença no que ela diz e quer dizer ao doente e não ao médico, devolvendo ao doente sua humanidade, da qual foi separado, distanciado a partir da compreensão objetiva e científica da doença (MARASCHIN, 2017, p. 63).

Não há como não visualizar, na prática médica tecnocientífica, uma aproximação muito significativa com os marcos de entrada dos processos medicalizadores e patologizadores. Imbuídos pelo espírito da ciência moderna, que concebe os exames e medições como fatos em si mesmo, esquece-se que eles apenas se referem a um padrão, um padrão fixado por convenção, e passa-se a usar esse padrão para tudo e todos. Tem-se então a generalização em detrimento da singularidade.

O rigor na compreensão do reducionismo conceitual nos permite diferenciar o ato de diagnosticar ao de patologizar um sujeito. Este é concebido como ação clínica parcial, centrada no sintoma, cuja prática se reduz ao uso de protocolos e questionários para fazer a categorização e a “medição” do quadro psicopatológico. Tal ato conduz à negação da potência do encontro humano e da implicação da subjetividade e historicidade na construção do sintoma e da cura. Com Gadamer (2001), atentamos ao risco que é aplicar medidas baseadas em convenções ligadas à média da população, para quem está saudável. Aqui é possível aproximar o conceito de medicalização da vida:

Se uno quisiera imponer a un individuo sano esos valores estándar, lo único que lograría es enfermarlo. Es que el mantenerse a sí misma constituye parte esencial de la salud. Ella no permite que se le impongan valores estándar establecidos sobre la base de ciertos promedios obtenidos de diferentes experiencias; esta imposición sería inapropiada para el caso individual. (GADAMER, 2001, p. 123).

Gadamer (2001) chama de “inapropriada” a forma dessubjetivada como se tem feito a grande massa de diagnósticos e tratamentos atualmente. Em termos de psicopatologia, as críticas de Frances (2016) vêm ao encontro dessa perspectiva, em torno de que o DSM-V, da forma como está proposto, facilita o mau uso e a produção em escala assustadora de uma legião de doentes falso-positivos. Trata-se de uma “inflação diagnóstica” (FRANCES, 2016, p. 15) por imprecisão diagnóstica. “A imprecisão diagnóstica está causando uma overdose nacional de medicamentos” (FRANCES, 2016, p. 15). Medicamentação, portanto.

Gadamer faz uma advertência decisiva:

Se nos hallamos aquí reunidos, espero que esto se deba a que todos estamos vinculados a una misión que obliga a quién toma en serio la ciencia a adoptar por lema la totalidad. Lamentablemente es preciso reconocer que el avance de la ciencia se ha dado en forma pareja con un retroceso en el cuidado general de la salud y en la prevención de las enfermedades (2001, p. 121-122).

A questão se planta no terreno da ética profissional, não só do médico. Podemos incluir aí os psicólogos, psicanalistas, professores, gestores de pessoas, etc. Convoca a uma revisão profunda das práticas em saúde e seus pressupostos, pois, nessas bases, o resultado da prática que toma o paciente como objeto da cura é o de estabelecer com ele uma relação sujeito-objeto, ligada à patologização.

Oferecendo uma alternativa a essa compreensão reducionista de saúde, Gadamer (2001) propõe pensar a medicina sob o pressuposto sujeito-sujeito (MARASCHIN, 2017). Para tal, o autor retoma da tradição grega o conceito ampliado de saúde no qual o sujeito e seu corpo, saúde e doença não são compreendidas com estados opostos, mas estados em continuidade. A saúde é um estado “que es natural em sí mismo” (GADAMER, 2001, p. 48), representando um estado de equilíbrio natural. Segundo o autor, há um caráter oculto na saúde, que se relaciona à ideia de que a saúde, em si, não chama a atenção pela sua própria existência, ou seja, “la salud constituye uno de esos milagros propios de la armonía intensa pero oculta. Cuando estamos sanos nos entregamos, en realidad, a lo que tenemos por adelante y todos sabemos hasta qué punto cualquier malestar, sobre todo el dolor, perturba este noble estado de alerta”³⁸ (GADAMER, 2001, p. 146). Quando estamos em harmonia com a natureza e conosco mesmos, a saúde não se apresenta para nós como falta e não nos damos conta dela por sua presença. Ela fica oculta. E esse caráter oculto se traduz como equilíbrio.

Esse conceito de saúde nos leva a compreender a medicina na perspectiva da arte de curar, pois ligada a restaurar o equilíbrio e não apenas voltada à aplicação metódica das técnicas da ciência médica. Um olhar totalizante, pois compreende que a condição na qual se encontra o corpo vai afetar a totalidade do sujeito e que a produção sintomática é a possibilidade encontrada para restabelecer o equilíbrio energético perdido.

³⁸ Essa afirmação vai ao encontro do que diz Freud sobre o impacto dos estados de dor sobre o psiquismo do sujeito, e do recolhimento da libido e do interesse do mundo externo para dentro de si: “‘Concentrada está sua alma’, diz Wilhelm Busch a respeito do poeta que sofre de dor de dentes, ‘no estreito orifício do molar’” (FREUD, 1996[1914], p.89).

Para o autor, o método de divisão e de observação diferenciada é apropriado para a compreensão de quadros patológicos e permite a orientação médica determinada. Contudo, esse procedimento não deve ser confundido, com a frequente “parcialización escolástica de conceptos. Dividir no significa desprender una parte de la unidad que conforma el todo” (GADAMER, 2001, p. 55). Esse é o ponto: a compreensão da doença como a expressão isolada de um elemento patológico, constitui-se como redução e parcialização do processo que diz respeito ao todo do sujeito.

Encontramos na perspectiva da ação médica como arte de curar um contraponto à exclusiva aplicação dos métodos da ciência para a cura das enfermidades. O que seria a arte de curar? Arte remete a respeitar o tempo da natureza, para que ela possa dar conta da cura e está diretamente ligada à noção de saúde como equilíbrio e doença como perturbação do equilíbrio:

El equilibrio es un equivalente de la ingravidez, ya que en él los pesos se compensan. La perturbación del equilibrio sólo puede evitar-se con un contrapeso. Pero todo intento de compensar una perturbación mediante un contrapeso significa, a la vez, la amenaza de una nueva pérdida del equilibrio en el sentido contrario (...) El mantenimiento del equilibrio configura un modelo muy ilustrativo en relación con este tema, por que permite demostrar la peligrosidad que está presente en toda intervención. En un bello pasaje de sus *Elegias de Duino*, Rilke dice: “Como el permanente defecto se convierte en el vacuo exceso”. La frase constituye una muy buena descripción de la forma en que se pierde el equilibrio por forzarlo, por sobrecargar alguno de sus componentes más allá de la medida. El cuidado de la salud, al igual que el tratamiento médico conciente, está regido por esa experiencia. Ella conduce a la prevención contra el consumo innecesario de medicamentos, por que resulta enormemente difícil acertar con el instante y con la dosis correcta, aun en este tipo de intervención (GADAMER, 2001, p. 129).

Gadamer vai apontando a delicadeza que se exige em uma intervenção para o restabelecimento da saúde enquanto equilíbrio, pois todo excesso tende a produzir uma nova perda de equilíbrio. Reencontrá-lo, portanto, não demanda só técnica ou remédio, mas sensibilidade, característica humana e humanizante, a qual não há como determinar, objetivar, medir, inferir, replicar. O cuidado com a saúde depende necessariamente da abertura de si ao outro, que constitui, no contraponto da técnica, uma experiência humana vinculada à conversação e à noção gadameriana de diálogo.

Compreender o diálogo nessa perspectiva implica pensar a linguagem³⁹ não como mero enunciado lógico e universal, buscando o sentido do que é dito na estrutura lógico-semântica da língua. A crítica de Gadamer (2000) está na compreensão cartesiana da autoconsciência aplicada à linguagem, na qual um sujeito cultiva em si a certeza de que pode tomar conhecimento de si próprio apenas a partir de si e do seu pensamento consciente. O autor afirma que “pertence à essência da linguagem uma inconsciência verdadeiramente abissal da mesma” (GADAMER, 2000, p. 120). A ideia do autor é a de que “toda linguagem se encontra localizada na conversação e somente este universo pode conferir sentido à mesma” (CRUZ, 2010, p. 47). É na base da conversação, na pergunta e resposta que emerge o sentido e a compreensão, “modelo lógico que põe em permanência a estrutura viva da linguagem (CRUZ, 2010, p. 48). Esse modelo não se limita a dar respostas a perguntas, mas seu objetivo é colocar em movimento a conversação para daí emergir novos interrogantes:

Sendo assim, é a linguagem o verdadeiro centro do ser humano, quando se a vê apenas naquele domínio que só ela preenche, o domínio do estar com o outro, o domínio da compreensão, tão imprescindível à vida humana quanto o ar que respiramos. O homem é realmente, como disse Aristóteles, o ser dotado de linguagem. Por isso, tudo o que é humano, nós devemos deixar que se nos seja dito (GADAMER, 2000, 127).

Essa concepção de linguagem permite-nos compreender que “a estrutura especulativo-dialógica da linguagem torna-se o coração da filosofia hermenêutica de Gadamer” (CRUZ, 2010, p. 48). “A linguagem só existe no diálogo”, diz Gadamer (2000, p. 130). Assim, diálogo⁴⁰ implica a capacidade do “ouvir atento à disponibilidade aberta do outro”, na constituição de uma “experiência através da qual as pessoas cuidam de se aproximar umas das outras” (GADAMER, 2000a, p. 131). O aprofundamento do diálogo depende de um passo a passo, que produz uma liga de tal monta entre os parceiros nada fácil de romper, constituindo-se numa troca humana em que um se deixa tocar pelo outro, na experiência de ouvir, na espontaneidade viva de dizer, cujo resultado é uma aproximação ao mundo do outro. Quando assim se dá, é por que

³⁹ Gadamer (2000) recupera em Aristóteles a noção de *logos*, que está na essência do ser humano. A tradição ocidental traduz *logos* por pensamento, contudo essa palavra também significa linguagem. Diferente dos animais, somente o homem dispõe de *logos*. “Ele pode pensar e ele pode falar. Pode falar, isto é, pode tornar patente o não-presente através de seu falar, de forma que também um outro o veja diante de si” (GADAMER, 2000, p. 118).

⁴⁰ Segundo Gadamer (2000), “diálogo” e “conversação” são experiências de linguagem muito diferentes. O diálogo não deve ser compreendido como simples conversação, mas em termos de um genuíno encontro humano.

“deixou algo dentro de nós”, diz Gadamer (2000a, p. 134). A marca distintiva do diálogo vivo, portanto, é seu potencial de troca transformadora, “ambos encontram o outro e no outro se encontram a si mesmos” (GADAMER, 2000a, p. 135). Constitui-se função autêntica do diálogo a pessoa ficar afetada pela consideração de si, como sujeito singular, e por perceber o outro como outro.

Partindo da perspectiva conceitual da hermenêutica filosófica, dirigimos nosso olhar à escola, para pensar como uma experiência atravessada por essas concepções se reverte em ação concreta que contribua para a construção de relações humanas não patologizantes. De nossa experiência como psicanalista dentro da escola, tomaremos como exemplo alguns fragmentos de uma escuta e intervenção realizada, onde essa carga conceitual se fez viva, com o interesse de ilustrar como é possível, amparado nessas noções da hermenêutica filosófica e psicanálise, realizar, desde dentro da escola, um ato de resgate humanizante de crianças estigmatizadas pela patologização. Assim, primeiro apresentamos fragmentos de uma situação que exemplifica a importância decisiva da escuta e da abertura ao outro na escola; em seguida um exemplo do conceito gadameriano de incapacidade para o diálogo, e, por fim, retratamos a experiência do diálogo na sala de aula. Iniciamos com uma breve contextualização.

Conhecemos primeiro a mãe de Fred, ao final de um mês de março. Ela veio até a escola em que trabalhamos buscar uma vaga para o filho, pois precisava efetivar uma troca de escola, por sugestão da escola em que o filho estudava. Havia uma justificativa um tanto vaga para essa mudança de escola, que referia à ideia de que seria melhor para ele, pois havia uma maior possibilidade de conseguir uma monitora para acompanhá-lo. Contudo, a mãe parecia não estar de acordo. Fred tinha cinco anos e era seu primeiro mês de aula. Nossa entrada como psicanalista que atua dentro da escola deu-se no marco da convocação feita a nós pela diretora que, ao receber em escuta esse pedido da mãe de Fred, recusou-se a realizar a ação burocrática de preencher a ficha de matrícula e instaurou aquilo que colocou todo processo em andamento: a pergunta sobre o porquê se propunha assim a situação, a instauração do enigma.

Compreendemos que a forma como a diretora recebeu a mãe de Fred, numa posição hermenêutica, confere a seu gesto o estatuto de abertura e escuta de genuíno interesse, capaz de permitir a circulação da dor e do sofrimento ligados com as dificuldades de seu filho e com o rechaço sofrido por ele, criando um espaço de acolhimento. Instaura também um tipo de escuta que permite a complexificação do

campo de compreensão, que favorece uma ação atravessada pelo aprofundamento do pensar, de modo que optou pela não concessão da matrícula antes que nós avaliássemos e contatássemos a escola desde onde partiu a demanda. Compreender o que estava se passando tornou-se prioridade. Esses são aspectos humanos muito ricos e decisivos no trabalho em escola, quando um gestor necessita se posicionar frente a questões que marcarão a vida e o futuro de seu aluno.

Nesse sentido, ouvir e tomar tempo para pensar, não agir impulsivamente atendendo demandas sem compreender bem o porquê é de uma riqueza ímpar, pois passa a entrar em consideração o sujeito, sua singularidade, sua história. A partir daí, o espaço para uma troca humana de abertura e escuta é uma ação decisiva para a compreensão e é potente para amparar a decisão pelo encaminhamento da questão. Todos esses elementos estão na base do diálogo gadameriano, em que a conversação, baseada na “espontaneidade viva do perguntar e responder, do dizer e do deixar-se dizer” (GADAMER, 2000a, p. 131), não está para fechar e determinar as questões, mas para que cada um possa compreender melhor o outro e a si mesmo. A experiência de troca, na base do acolhimento e escuta, de abertura ao outro, via para a construção da confiança, produz um efeito subjetivante na medida em que dá lugar ao sujeito em sua verdade, permite que se mostre, que se revele a partir do diálogo. “O diálogo com o outro, suas objeções ou sua aprovação, sua compreensão ou também seus mal-entendidos significam um modo de ampliação de nossa singularidade e um experimentar da possível comunhão à qual a razão nos encoraja” (GADAMER, 2000a, p. 133).

Após o contato com a mãe e a decisão da diretora quanto ao exame da situação, fomos então conhecer a realidade de Fred na sua escola, da qual, dizemos de antemão, acabou não saindo. A descrição a seguir se refere à escola de origem de Fred, e o diálogo que tivemos foi inicialmente com membros da equipe pedagógica e diretiva da escola de Fred, que chamaremos, a partir de agora, simplesmente por equipe. O primeiro contato foi com os membros da equipe. Compreendemos que, pelo fato de a demanda do encontro ser nossa, levantaram-se as dificuldades para instaurar um diálogo vivo, no sentido gadameriano, pois a disposição inicial pelo encontro não era mútua, precisava ser construída. Numa postura de abertura e de respeito, com o acolhimento necessário, registramos que, nesse momento de conversação, emergiu o estado de

angústia e desamparo que professores e equipe estavam experimentando frente ao “estranho” que emergia na relação pedagógica com Fred.

Fatos como esse vão delineando, no interior das escolas, a necessidade de instauração de espaços de diálogo. Na situação relatada, havia um movimento inicial, unilateral, de inclusão, de nossa parte, que estava na dependência de uma delicadeza para construir o acesso para o encontro, pois representávamos, também, naquele momento, assim como Fred, o estranho. O estranho do outro, portanto, que coloca em risco a instauração do diálogo. Desenvolver a compreensão do outro na consideração de sua singularidade está na base do processo de humanização (HERMANN, 2014), tanto quanto a possibilidade de diálogo o é. Nesse sentido, como encoraja Gadamer, “fazer-se sempre de novo capaz para o diálogo, isto é, de ouvir o outro, parece-me ser a verdadeira e própria elevação do ser humano em direção à humanidade” (2000a, p. 139).

A seguir está um breve recorte da escuta que fizemos ao chegar à escola de Fred, e a forma como, nesse encontro com a equipe da escola, o menino é descrito a partir das categorias de compreensão trazidas. Refere que Fred é um menino que faz birras, que não quer ser corrigido pela professora, e que, quando isso ocorre, a tendência é que comece a chorar. Além disso, o descreve como autista, pois balança os bracinhos no ar com frequência, como fazem os autistas. A posição subjetiva da equipe frente à emergência do *estranho* em Fred (chamada de *crises*) é a de deixá-lo quieto, para não piorar, por que as tentativas de conversa faziam ele chorar mais, gritar e bater os bracinhos no ar, falar sozinho. O fato de saber que o menino havia consultado o neurologista e fazia uso de medicação parecia confirmar-lhe que ele tinha uma *coisa diferente*, que resultava numa tentativa de localizar as dificuldades como um *problema interno dele*.

Podemos ver, nesse fragmento, um exemplo que retrata o quanto um encontro humano pode resultar num amplo e profundo desencontro dentro da escola. Destacamos em itálico a síntese subjetiva que a equipe faz da experiência com Fred: *coisa diferente*, que carrega um *problema interno que é dele*, faz referência à emergência do estranho, do incontrolável, que produz desconforto e inquietação, que acaba resultando em impasses e entraves na relação com ele, cuja tentativa de compreensão o reduz à categorização patologizante: autista. Um exemplo do quanto na escola, ao não se encontrar recursos para significar subjetivamente a alteridade do aluno, a patologização

se impõe como via facilitada para lidar com o estranho do outro que impacta e desconcerta; também serve para pensar em que medida ter com quem contar, não estar só para processar de outra forma tais contextos humanos e suas complexidades dentro da escola, pode fazer diferença.

Observamos a dificuldade de acolher e lidar de outro modo com o *estranho* nos entraves que vão propondo na relação, representados nesse gesto de deixar quieto e de tomar distância, avesso do diálogo, revelando que a estranheza do outro resulta susto, horror e repúdio. Deixa-se a criança só para que esgote a angústia que carrega e transborda de dentro para fora e, por fim, silencie. Com efeito, o silenciamento de Fred e o desencontro com o adulto se desdobram em solidão e mais desamparo:

O verdadeiro tema de nossas discussões é, ao contrário, uma incapacidade para o diálogo que não se confessa a si mesma. Ao contrário, ela tem a forma normal de não se ver, que não se vê esta incapacidade em si mesma, mas no outro. Diz-se: “contigo não se pode falar”. E o outro tem então a sensação ou também a experiência de não ser compreendido. Isto faz a pessoa emudecer de antemão ou até apertar os lábios com amargura. Neste sentido, a “incapacidade para o diálogo” é sempre, em última análise, o diagnóstico feito por alguém que ele mesmo não se põe no diálogo, ou seja, que não consegue chegar ao diálogo com o outro. A incapacidade do outro é sempre, ao mesmo tempo, a incapacidade do primeiro (...). A incapacidade para ouvir é um fenômeno tão bem conhecido, que não é preciso imaginar outros indivíduos que possuam esta incapacidade em um grau especial. Cada um a experimenta em si mesmo o suficiente, contanto que não ouça ou também ouça mal. E não é isto realmente uma de nossas experiências humanas fundamentais, que não percebemos em tempo o que acontece no outro, que nosso ouvido não é suficientemente sensível para “ouvir” seu emudecimento e seu endurecimento? (GADAMER, 2000a, p. 138).

Aqui o autor levanta que o problema da incapacidade para o diálogo é não poder reconhecê-la em si, o que impossibilita romper com ela e se dirigir ao encontro do outro na condição de abertura. Afirma que a dificuldade na escuta do outro, especialmente quando o que vem do outro nos impacta e nos causa repúdio⁴¹, é uma experiência fundamentalmente humana, com a qual todos temos que lidar se queremos desenvolver-nos em direção à nossa própria humanidade. Dentro da escola, a abertura para a escuta e o levante de questões vão criando as condições para a instauração do diálogo. No exemplo trazido anteriormente, muitas perguntas foram emergindo a partir da ideia de que o melhor é deixar a criança transbordada quieta, até que passe e se acalme sozinha. O *deixa quieto que passa* parece mais ser fruto do espontaneísmo pedagógico, que

⁴¹ No próximo ponto deste capítulo, nosso objetivo é trazer um aporte psicanalítico para a compreensão da origem desses processos tão humanos.

prescinde do envolvimento humano com o outro, do diálogo, da reflexão sobre a prática e sobre suas consequências, resultando em processos educativos fragmentários e assistemáticos (DALBOSCO, 2007).

Norteia nossa compreensão e ação dentro da escola a seguinte pergunta: num contexto amplo, em que medida uma criança consegue desenvolver-se subjetivamente fora do marco de uma relação com o outro onde a linguagem, como suporte simbolizante e ligador, permite, numa relação de troca, a produção de novas significações e sentidos? No contexto específico de Fred, haveria alguém disposto a tomá-lo de forma distinta, alguém que, através de novas possibilidades de encontro, pudesse tomá-lo como um sujeito capaz de pensar e digno de existência, apesar de sua diferença?

Segundo Gadamer (2000a), a incapacidade ao diálogo está na base da patologia, do sofrimento psíquico, e é “a situação inicial a partir da qual procede a reabilitação ao diálogo que se apresenta como processo mesmo de cura” (GADAMER, 2000a, p. 137). Na base de tal reabilitação ao diálogo vivo, está o diálogo terapêutico. Quando há a patologia, há incapacidade para o diálogo. Segundo Gadamer (2001), o diálogo terapêutico se volta à recuperação de palavra viva do sujeito, que passa pela construção da confiança terapêutica e é pela possibilidade de o sujeito confessar a si mesmo essa incapacidade para o diálogo que se abre a via para a cura. Implica, portanto, a autenticidade de lidar com as próprias verdades, mesmo que rechaçadas em si, para uma experiência genuína consigo e com o outro. O pressuposto aqui é a intersubjetividade.

Hermenêutica e psicanálise confluem na aposta à função constituinte do adulto cuja disponibilidade e abertura é capaz de plantar algo novo dentro do sujeito e viabilizar uma verdadeira experiência formativa, por que transformadora. Desde a escola, pensamos com Vasques que:

existe uma função estruturante, constitutiva, da educação que se estabelece a partir do lugar que se oferece ao outro. As possibilidades educativas e de aprendizagem não residem, única e exclusivamente, nas condições inerentes ao aluno, mas despontam como possibilidades a serem construídas (ou não) a partir dos sujeitos e das instituições (2007, p. 32).

Pensamos, a partir desses apontamentos, que a abertura e o alojamento da estrangeiridade de Fred na escola são condições para que a escola realize para Fred uma função subjetiva estruturante, e que, nessa mesma medida, são essas mesmas condições

que podem fazer a diferença para grande parte dos alunos rechaçados que circulam com sua dor e com sua etiqueta nosográfica no interior das escolas por conta de sua estranheza. O reconhecimento da palavra está para a existência subjetiva do ser. Uma criança, tal como Fred, sem escuta e sem palavra, precisando conter seu desordenamento em nome da pura adaptação ao contexto escolar, acaba muitas vezes mostrando em gestos e transbordamentos os sinais de sua dor. A chance, não só para Fred, mas para todas as crianças que Fred representa, é encontrar um *outro* capaz de dar lugar a sua singularidade e historicidade.

Fred é reconhecido, também, como um menino inteligente, pelos trabalhos que faz, pelas coisas que diz, pela riqueza simbólica de seu vocabulário, ao que a equipe afirma que quando ele está calmo, *é outro menino*. Observamos que Fred e seu sofrimento ingressam na mesma perspectiva com a qual abrimos essa pesquisa, dividido como se fossem dois: o aluno e o transtorno. Como pensar uma escola na qual só há lugar para alojar o bom menino? Compreendemos que, nas linhas da parcialidade com que se olha o sujeito e o silêncio, o resultado é desintegrador para o *eu*, dessubjetivante. “A questão do outro interpela a educação, especialmente porque as normas e princípios universais, pela sua pretensa abrangência, têm dificuldade em se deixar mesclar pelo estranho, incluir o singular e tudo aquilo que escapa às regularidades”, afirma Hermann (2014, p. 16). Do ponto de vista histórico-filosófico, as razões de tamanha dificuldade devem ser buscadas na tradição positivista de conceber a subjetividade, enraizada na cultura ocidental. Nessa perspectiva:

o outro pode ser negado pela sua redução ao mesmo; pela afirmação da diferença pela diferença em si, na forma de apenas outra identidade; na valorização da diferença para mantê-la em condições de desigualdade social ou subalternidade, como na glamourização da pobreza; em sua singularidade e constituição ética, sob a pecha de “tudo o que não presta” (CENCI, 2016, p. 322).

Fred, aqui, representa as tantas crianças que se mostram ao avesso daquilo que um professor espera de um “bom aluno”. Além disso, a reação de rechaço e o desejo de bani-lo dão indícios da forma como esses conteúdos, no espaço escolar, alcançam e acionam o entorno, expondo a fragilidade dos adultos no tocante à consideração com outro/estranho em sua singularidade.

Pela psicanálise compreendemos que o sintoma é a forma particular com que um sujeito pode expressar sua verdade. Na perspectiva da ação patologizante, antes de

enxergar o aluno, com seu nome, sobrenome, com história, com desejos, com pensamentos, com capacidades, visualiza-se o sintoma: o autista. A patologia sendo vista antes do sujeito. Quando, no contexto escolar, nada ingressa como produtor de enigma, quando a pergunta não vem, quando o diálogo não se instala, uma compreensão patologizante tende a servir facilmente de base para definir as ações sobre a criança. Assim tem sido para a grande maioria das crianças: ao transtornado e enfermo, solidão, exclusão e encaminhamento para o especialista médico, representante da autoridade dita científica, para que resolva as dificuldades a partir dos pressupostos e ações médicas, deslocando o problema da alçada da escola e da intersubjetividade para a esfera da ciência médica. Delineia-se assim o processo de medicalização/patologização/medicamentação.

Hermann afirma que perspectivas normalizantes e homogeneizantes, que são tão frequentes no interior das escolas, “de certa forma bloqueiam nossa sensibilidade ao estranho, restringindo as possibilidades de abertura de nossa sensibilidade” (HERMANN, 2014, p. 18). Ou seja, torna-se limitante e reducionista para ambos: criança e adulto. Um exemplo disso ocorre quando a preocupação com a criança se centra em verificar, quase que persecutoriamente, se está sendo administrada regularmente a medicação. Subjaz a uma ação como essa a presunção de que essa criança está dada por tratada, desvinculando a escola da alçada do tratamento. Para pensar esse aspecto, vem em apoio a compreensão hermenêutica de tratamento, cujo sentido amplo extrapola a técnica e está ligado ao cuidado e ao diálogo. Apoiado na experiência escolar, pensamos haver um caminho para articular em que dimensão o tratamento pode ser transposto para pensar o trato do aluno com dificuldades, para além de sua homogeneização e normalização, no que diz respeito à escola. Tal noção será exemplificada pela ação de uma professora⁴² ao ser mordida por Fred.

Assim, desejamos por em evidência que na escola, uma ação de efeitos subjetivantes precisa ter potencial para recuperar a capacidade para o diálogo, que se encontra na dependência do reconhecimento do outro em sua diferença, pela linguagem. Uma leitura meramente tecnicista e apoiada nos métodos médicos, tem levado à medicalização, patologização e medicamentação. Relativizar o papel do medicamento para a criança se justifica na medida em que este não realiza com ela qualquer processo de desenvolvimento subjetivo, não a ensina a desenvolver o pensamento, não a faz

⁴² Além da professora titular, a turma de Fred tinha aulas com outros professores de áreas específicas.

compreender nada sobre as relações, o mundo, seu entorno e seu mundo interno. “O sentido nasce do encontro do eu com o outro”, precisa Hermann (2014, p. 50), não se constrói, portanto, em solidão. A medicação produz silenciamento e endereça à criança a mensagem de que o que se passa consigo, não há por que falar, apropriar-se. No exemplo que trazemos de Fred, há uma situação-limite, na qual a visibilidade sintomática vai favorecendo a iminência da patologização, a qual nos convoca eticamente a não *deixar quieto*.

Uma professora foi mordida por Fred no momento em que desligou a TV, interrompendo a sequência de episódios de um filme, com vistas a encaminhar para a turma as atividades relativas ao conteúdo. Sua compreensão foi a de que Fred não entendeu o que estava acontecendo e reagiu com brabeza, e, ao contê-lo, ele a mordeu. E diz: “*nada grave*”. A ação que ela decidiu ter nesse momento foi a de ligar a TV novamente, por ter percebido que ele já conhecia o filme e que o adorava, solicitando a ele que a esperasse ali, que logo voltaria, o que o acalmou imediatamente. Orientou a atividade para a turma e retornou. Conversou com ele em torno do acontecido, ao que ele pediu desculpa e concordou em desligar a TV e trabalhar.

Este é um bom exemplo sobre o uso do diálogo como recurso em situações de extrema dificuldade dentro da escola, com resultados concretos importantíssimos. A forma como o desordenamento de Fred foi compreendido por essa professora marca uma intervenção que, desde a singularidade do que Fred necessita, foi ordenante não só ao aluno, mas teve potencial para alcançar o grupo de colegas, que compartilhou da experiência. Também é notável a forma como foi compreendida a agressão de Fred ao seu corpo, não de forma narcisista, nem como algo dirigido a atacá-la pessoalmente, mas como parte das dificuldades que o menino estava tendo que lidar. Uma posição como essa permite alterar toda a lógica de compreensão do aluno “transtornado” que o assimila imediatamente ao mau menino, sustando a oferta dessa imagem depreciada de si. Vemos aqui se construindo outra perspectiva de olhar o mesmo fenômeno, que parte de outras possibilidades de compreensão, produzindo outras experiências intersubjetivas, ou seja, novas possibilidades. Na ação dessa professora pensamos ser possível fazer uma aproximação à noção de tratamento na hermenêutica gadameriana por entender que uma intervenção assim é um ato de cuidado, que resulta em uma ação subjetivante.

A etimologia da palavra tratar, segundo Gadamer (2001), significa *palpare*, o toque, a palpação, mas seu uso linguístico ultrapassa a situação médica, alcançando o sentido do trato nas relações. “Nos tratamos entre nosotros, aunque no seamos médicos... unas veces bien, otras mal” (GADAMER, 2001, p. 125). O autor afirma que o tratar bem está em correspondência direta com o reconhecimento do outro enquanto alguém diferente (seja pelo médico, seja pelo pai, professor, psicanalista...). “Solo si se reconoce al otro como alguien diferente, se lo podrá orientar un poco para que sepa encontrar su propio camino (...) implica también conceder libertad de decisión” (GADAMER, 2001, p. 125). Tratar não implica dominar a vida do sujeito, e está na estreita dependência e decisiva colaboração do paciente:

A conversación forma parte de ese tratamiento y domina la dimensión decisiva de toda la acción médica, no sólo en el caso de los psiquiatras. La conversación humaniza la relación entre dos individuos que son fundamentalmente distintos, el médico y el paciente (GADAMER, 2001, p. 128).

É desde a posição de alteridade com a turma de alunos, pela diferença que existe de saber e também de poder, e o uso ético dessa diferença, que um professor é capaz de alojar a diversidade do outro e ofertar, ao grupo e à escola, uma forma de compreensão do desordenamento de alguns alunos, que não o rechaço. No exemplo acima, observamos uma recusa interna em representar o estranho que emerge na relação como algo repulsivo, repugnante, ou de caráter lesionante, com o qual poderia, pela relação de poder que se estabelece entre o professor e o aluno, valer-se para patologizá-lo como um transtornado⁴³. Nesse sentido, Gadamer afirma que as relações desiguais, que implicam alteridade, são um desafio quanto à construção do diálogo.

“Suele afirmar-se que se trata a alguien con cautela o que es preciso proceder cuidadosamente con alguien. En este sentido, todo paciente representa a alguien con quien se debe proceder con cautela, alguien indigente y extremadamente indefenso. Ante esta distancia, el médico y el paciente deben hallar un terreno común en el cual puedan entender-se; y ese terreno común lo constituye la conversación, único medio capaz de suprimir esa situación” (GADAMER, 2001, p. 142).

⁴³ Segundo Freud ([1919] 1996), quanto maior o reconhecimento e contato com estranho que um sujeito traz dentro de si, menor sua necessidade de projetá-lo fora, localizando no outro a estranheza que recusa em si próprio. Isso explica por que uma professora rechaça, projetando em Fred algo que não suporta em si, enquanto a outra pode acolher, ouvir e representá-lo de forma diferente. Esse tema será discutido com profundidade no ponto seguinte.

Desde essa dimensão sensível da prática de cuidado, transpondo-a para a escola, pensamos ser possível uma aproximação, em alguns pontos, da ação realizada por essa professora ser significada como um ato de cuidado com Fred. Nesse sentido, um diagnóstico que represente a subjetividade da criança e considere-a em sua singularidade é um ato de cuidado. Nesses termos, poderia ser chamado diagnóstico a seguinte compreensão da professora: *Fred não entendeu o que estava acontecendo e reagiu com brabeza*. Esse é um tipo de diagnóstico possível para a escola, pois permite a abertura para ali introduzir perguntas e hipóteses compreensivas, base sobre a qual decidir como tratar esse *conteúdo humano* que emerge: decidiu ligar a TV novamente, para não incrementar o desordenamento do aluno, o que impossibilitaria o diálogo. Para uma ação como essa, implica aceitar o desafio do não consensual, do não estabelecido de antemão, e o risco que implica toda ação criativa. Na invenção de uma saída, o risco para um professor é, por exemplo, ser questionado por alguns alunos pelos supostos privilégios concedidos a um.

Há os que não temem o aparecimento das diferenças no trato. Muitas questões entram em jogo e a complexidade tende a se ampliar. A abertura ao diálogo implica abrir mão dos controles e dar lugar ao outro. A professora de Fred fez questão de escutá-lo, criando condições para isso. Sabemos o delicado que é criar espaços de escuta individualizados na escola enquanto o restante da turma aguarda ou trabalha sem a presença do professor. Contudo, essa professora teve a sensibilidade de perceber que Fred necessitava desse olhar, dessa escuta e de que sua ação não incrementasse seu desordenamento, o que ocorreria se fosse sentida como agressão. Criou as condições para a escuta com Fred, depois tratou de estabelecer um diálogo franco. Alcançou a cura? No contexto escolar, podemos visualizar a produção momentânea, em Fred, de reequilíbrio: o pedido de desculpas e a concordância em voltar ao trabalho. Como afirma Hermann:

quem procura integrar elementos de uma justificação ética com a singularidade do outro – sem abandonar as exigências de universalidade, como sugere Habermas – não pode desconsiderar o significado do outro na constituição própria da subjetividade nem operar com modelos que provocam o desaparecimento da alteridade; tampouco se pode desconsiderar as implicações de tais interpretações para a ação educativa (HERMANN, 2014a, p. 21).

É pela linguagem que nos abrimos, nos aproximamos e acessamos o outro. Cabe refletir com que qualidade a linguagem, o diálogo, tem alcance subjetivante no encontro com o semelhante. Hermann afirma que dialogar “significa abrimo-nos à alteridade” (2014a, p. 24), e isto permite a possibilidade de compreensão mútua, da qual o reconhecimento do outro possibilita as vias de uma posição ética. Diálogo que “não se enquadra em pressupostos fixos que justificariam a apropriação do outro nas categorias do eu” (2014, p. 489), mas permite acesso ao outro pela abertura que produz. Isso implica poder dar lugar ao outro em sua radical alteridade pela forma como se dialoga, por permitir a abertura da pergunta que, quando não tem a necessidade de antecipar quem ou o que é o outro, dá lugar a um sentido possível e permite o entendimento. A possibilidade de construir um diálogo dessa natureza, produz transformação na medida em que deixa um registro, uma marca dentro dos sujeitos, mas também por que pressupõe a exposição ao outro, a revisão de posições, o rompimento das resistências e enclausuramentos, aspectos que permitem ouvir o outro e reconhecê-lo enquanto outro.

O tratamento, desde a perspectiva subjetiva, implica a escuta, o acolhimento e a ação enquanto prática de cuidado, que considere a totalidade do sujeito: humanizante e sensível, portanto, para todos os envolvidos na intervenção, direta ou indiretamente. A possibilidade de atravessar as dificuldades é o que vai permitir a um encontro ter o caráter subjetivante, capaz de produzir novos significados – para além da patologia. São as experiências atuais que vivemos com o outro que nos permitem simbolizar e ressignificar o passado, para abrir perspectivas de futuro.

Assim, podemos ver numa intervenção concreta a contribuição da hermenêutica filosófica, valiosíssima quando permeia os espaços de escuta de uma escola. O que teria acontecido se outro modelo de escuta se interpusesse?

3.2 Da atadura do diagnóstico à construção de laços: a experiência do outro, o estranho e as possibilidades de encontro

Nesse ponto, dedicamo-nos a compreender as experiências na escola quando o habitual e o esperado não se propõe na relação com o outro. Ou seja, quando o outro, em geral o aluno com quem temos de nos relacionar, traz consigo uma estranheza radical em seu modo de ser que nos surpreende, desconcerta e confronta. As ações que

se dirigem a homogeneizar ou diluir a estranheza do outro não produzem o efeito esperado e a normalidade não brota.

Pensar uma escola para além da medicalização e patologização: é sobre essa experiência dura e difícil com o estranho, tão frequente no dia a dia escolar, que nos debruçamos, amparando-nos na teorização psicanalítica e hermenêutica, cuja compreensão irá conduzir-nos ao terreno da ética. Na busca pelo sentido do outro, encontramos o estranho. Fred nos acompanhará nesse percurso, para ilustrar concretamente os conceitos que serão discutidos.

Segundo Hermann, a tradição metafísica, pautada por dualismos (corpo-alma, razão-desrazão, civilização-barbárie), acabou por produzir uma compreensão simplista do outro, pois “tende a ver o outro como tudo aquilo que se opõe às idealizações: o bárbaro, o selvagem, o infiel” (2014a, p. 12). Esses dualismos, baseados em pares de opostos, quando aplicados a fenômenos humanos, tanto no cotidiano, quanto nas especialidades científicas e na cultura, sustentam uma lógica de compreensão que elimina a complexidade das questões. Além disso, a herança metafísica compreende o outro “a partir da identidade do ser e tende a desconhecer aquilo que causa estranheza, até mesmo a excluir o que não se ajusta às estruturas de reconhecimento” (HERMANN, 2014a, p. 12). Assim, influenciados por esse modo de compreender o outro, a patologização da infância tem lugar, pois imprime à compreensão do outro-estranho uma lógica simplista, que emparelha, com grande facilidade, comportamento desajustado com sintoma, sintoma com patologia, patologia com problema cerebral, problema cerebral com medicação.

*Eu prazer purificado*⁴⁴ é um conceito metapsicológico freudiano que se refere, em termos de tempos de estruturação do psiquismo, aos primeiros tempos de organização egoica, no qual o eu é portador de todas as qualidades, enquanto todo o mal está fora, projetado no outro, pois ainda não há o reconhecimento do mundo exterior e o acesso à realidade (LAPLANCHE, 1992). Essa forma de compreender o outro, que faz parte dos movimentos primitivos de organização e é constitutiva de todo ser humano, podendo fixar-se na estrutura de funcionamento psíquico de um sujeito, parece ter uma relação com a perspectiva metafísica referida acima, pois implica na cisão das experiências com o outro e com o mundo sob o modo dualista. “Uma espécie de abismo metafísico entre o eu e o outro”, diz Hermann (2014a, p. 12). Quando é assim, a

⁴⁴ Essa noção vai se ligar à compreensão da angústia dos oito meses na criança, conforme tratado a seguir.

subjetividade se fundamenta no si mesmo e tende a compreender o outro pelo crivo dos próprios esquemas interpretativos, o que, em escola, comporta o risco de submetê-lo (HERMANN, 2011). Associamos, nesse contexto, o conceito freudiano de narcisismo, que tem suas origens coincidindo com os tempos de formação do eu.

Essa forma de compreender o outro é possível ver retratada na cena que presenciamos quando fomos ao encontro de Fred em sala de aula. Vejamos: Fred estava sentado sozinho numa mesa redonda onde caberiam até seis crianças. Sua cadeira encosta no armário que fica na parede do fundo e serve para que os alunos guardem suas caixas individuais com material. Fred fazia suas atividades com lápis e papel, concentrado, mas mostrava dificuldades na motricidade fina e na articulação da fala. Trocava olhares conosco ao explicar o que estava fazendo, o motivo pelo qual elegia as cores e o que havia imaginado para desenhar. Sentíamos que nos reconhecia como alteridade quando se esforçava em se fazer entender, percebendo sua dificuldade em pronunciar as palavras. Parecia gostar especialmente de usar palavras mais sofisticadas, que nos encantassem.

Aqui, é notável o isolamento, a solidão e a não vinculação de Fred com o grupo. Um abismo parecia separar Fred de seus colegas, excluído que estava do enlace social. Contudo, mostrava-se disposto ao diálogo: nossa abertura em querer saber dele, o interesse com suas produções, suas ideias, seus porquês instaurou uma troca humana para a qual ele se mostrou desejoso. Mostrou-se um menino com capacidade de imaginar, fantasiar, criar simbolizar; além disso, seu esforço em se fazer entender e em ser admirado/amado, seu desejo pelo encontro, foram parâmetros decisivos para pensar o diagnóstico diferencial sobre o que se passava com ele: estava distante de um autismo clássico⁴⁵, mesmo que apresentasse sintomas do quadro. Isto nos alegrava, pois mesmo com todas as dificuldades, o encontro humano se produzia.

O risco que corria esse menino estava atrelado à atadura ao diagnóstico com o qual a escola estava se propondo a compreendê-lo. Isso, em nada favorecia a transposição de uma situação crítica para uma condição mais humanizada, que garantisse um melhor atendimento a Fred na escola e uma melhor resposta do menino. Sabíamos que ali necessitaria se interpor um ato potente que desbaratasse a atadura de Fred à patologia, ao custo de, caso não fosse possível, ficar engessado na patologia, tendo limitadas suas perspectivas de futuro, de vir a ser.

⁴⁵ O autismo foi descrito pela primeira vez por Leo Kanner, em 1943.

A tendência a homogeneizar a desordem infantil (que é tão própria da infância), na forma de diagnósticos e patologias, é uma forma de se defender do encontro genuíno com o singular do outro, que muitas vezes é-nos muito estranho. A patologização aparece como via de compreensão da dificuldade que a criança apresenta – reducionista, por princípio – onde se representa a dificuldade no encontro entre o adulto e a criança.

Na escola, a reação de cada um com o outro/diferente, com a estrangeiridade, o estranho do outro, que é, contudo, aquilo que o torna singular, vai modulando as possibilidades de encontro. O quadro psíquico do adulto modula o encontro com a criança, cuja amplitude de modos de relação com o outro pode variar desde a atenção cuidadosa e o acolhimento (reconhecimento do outro), a evitação ou indiferença (negação do outro), até o extremo do rechaço e da xenofobia (destruição do outro). Os exemplos que trouxemos no ponto anterior deixam claro que Fred não é mau ou doente por princípio. Há aí a leitura singular de cada professor em contato com o estranho do outro, estreitamente dependente da singularidade do seu potencial psíquico e subjetivo de compreensão. Nas situações como a que ocorre com Fred, o outro é reduzido ao mesmo.

Marcados pela experiência concreta na escola e assumindo que a herança metafísica de compreensão do outro, embora influencie largamente as ações em escola, é limitada para dar conta da complexidade de questões envolvidas numa situação de inclusão escolar, ancoramo-nos na compreensão contemporânea de outro, ligada que está ao princípio da ética com o semelhante, cuja posição é a de não objetificação do sujeito. Tal perspectiva preserva a escola como lugar de produção de subjetividade, não apenas de transmissão de informação. Por uma escola para além da medicalização e patologização da infância são necessárias categorias distintas para pensar o outro e o estranho.

Os estudos sobre a categoria do outro⁴⁶ e sobre como alguém constrói a noção do outro dentro de si são relativamente novos dentro das Ciências Humanas. A experiência que dá acesso ao *outro* não apenas como outra identidade, mas que remonta ao estranho, ao estrangeiro, teve em Husserl⁴⁷ uma primeira compreensão fenomenológica, cuja contribuição alavancou a percepção da potência da experiência

⁴⁶ Não é nosso objetivo percorrer todo o processo evolutivo na construção da noção do outro na filosofia. Para aprofundamento sobre a genealogia, indicamos HERMANN (2011).

⁴⁷ *Meditações cartesianas*, escrito em 1931, por Husserl, é a obra que introduz o tema sob o prisma fenomenológico.

intersubjetiva para o conhecimento de si e do outro. O tema do outro foi levado adiante por grandes pensadores⁴⁸, cujos desdobramentos complexificaram o campo da compreensão da constituição subjetiva e tem sido considerado fundamental para o campo pedagógico (HERMANN, 2014).

Figueiredo e Coelho Junior apontam que “somos obrigados a reconhecer que o estudo do surgimento das relações entre o eu e o outro é uma das marcas principais do pensamento contemporâneo em filosofia, em psicologia, psicanálise e mesmo em etologia” (2004, p. 13), e apresentam elementos importantes para pensar o estranho, o disruptivo nas relações educativas. Trazendo um panorama da introdução e importância da noção de outro para a contemporaneidade, os autores comentam:

Não são poucas as teorias, das sócio-construtivistas às psicanalíticas, que tem voltado sua atenção à importância do reconhecimento da alteridade nos processos de constituição do *self*, valorizando em seus estudos a pesquisa sobre as formas intersubjetivas de comunicação. [...] Essa situação contemporânea [...] opõe-se à clássica oposição sujeito/objeto, marca epistemológica do pensamento moderno, que fez com que a noção de intersubjetividade fosse recusada e considerada sem interesse, principalmente para as teorias, como as psicológicas, que pretendiam ser ciência (FIGUEIREDO, COELHO JUNIOR, 2004, p. 10).

Diferente de pensar o outro pela lógica identitária, na qual o outro é concebido simplesmente como não-eu e reconhecido pela oposição sujeito-objeto, a compreensão, a qual não podemos retroceder, é a de que o outro é parte do eu, na medida em que é pela relação intersubjetiva que se constitui tanto o eu quanto as categorias do outro. Não nascemos, portanto, com a noção do outro instaurada dentro, mas ela é construída justamente na relação com o outro/alteridade, vinculada que estará à qualidade dessas relações.

O outro aqui equivale à alteridade. “A alteridade aparece na medida em que o outro é o mesmo que eu, mas impenetrável para mim” (HERMANN, 2014, p. 484). Um dos sentidos possíveis de compreender o tema do outro, que nos interessa particularmente para esta pesquisa, é o que se dá em uma articulação entre hermenêutica e psicanálise, e foi indicado por Hermann na leitura que faz de Waldenfels articulando o conceito freudiano de estranho. “Quando o estranho entra em cena, ele interfere na ordem da razão e descentra o sujeito, desequilibra-o, a ponto de produzir o efeito de o

⁴⁸ Contemporaneamente, Freud, Husserl, Hegel, Todorov, Nietzsche, Waldenfels, Ricouer, Gadamer, Adorno, Hermann, Honnet, entre outros, trataram do tema do outro.

‘homem não se sentir completamente em sua casa’ (Waldenfels apud HERMANN, 2014, p. 481)”. Desde a psicanálise, o inconsciente é o outro/estranho que compõe o interior de todo sujeito.

O ingresso da estranheza do outro no eu é um dilema cujo debate interno que produz está na raiz do custo pessoal com o qual cada sujeito deve arcar para dar conta de seu processo de humanização. Com efeito, debate-se racionalmente sobre a riqueza das diferenças nos grupos; Fred, contudo, nos permite acessar uma outra dimensão do problema, que torna humano esse debate. Como é possível, a cada um, sentir dentro de si o que lhe faz diferença? Com que abertura recebemos, a partir de nossa verdade, o estranho do outro, o que não nos é familiar, para inserir aí uma relação pelo diálogo? O problema epistemológico de base aqui é, como formula Hermann (2014, p. 486): “como é possível fazer a experiência do outro sem diminuir ou sem abolir a sua estranheza? Como é possível ter acesso ao outro sem degradá-lo ou eliminá-lo?” Um tema difícilíssimo, certamente, que vemos em Fred encarnado.

A dificuldade na experiência do outro é que tendemos a olhá-lo com as nossas próprias categorias. Fred, aos olhos da professora, da diretora e de seus colegas, produz um estranhamento radical. Freud (1996), no texto *O estranho*, demonstra que o que nos desperta sentimento de estranheza não é apenas o que nos assusta ou causa horror e medo, repulsa e aflição. Ele diz: “O estranho é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e há muito familiar” (FREUD, 1996 [1919], p. 238). O que nos ensina Freud é que a categoria do estranho indica uma cisão do eu, na qual há a projeção de partes desse eu fragmentado no outro – as partes estranhas, repudiadas. Significa que o que um sujeito não pode reconhecer em si próprio, aquilo que a ele pertence mas não pode encontrar em si, cinde-o de seu campo do pensar com tal violência, que passa a vê-lo fora de si, no outro. Resulta disso que estando fora de si, é possível senti-lo como alheio, como estranho. Um estranho-familiar, habitando o sujeito.

Para a Psicanálise, o outro é antes de tudo um estrangeiro interno. O inconsciente, esse que não é *eu*, constitui um lugar psíquico, um *topos*, o outro interno que cinde e habita o sujeito, mas que é estranho ao eu-consciente. Esse desconhecido em mim, que me constitui e me pertence, causa estranheza, assombro e resistência, irá se desdobrar nas formas de lidar com o terceiro. Nessa perspectiva, em cada encontro com o estranho-estrangeiro ao qual Fred representa, grita em cada um o estranho-

interno, essa parte interna não reconhecida que habita cada sujeito e faz parte de sua constituição.

Encontramos em Zygouris, no texto *De Alhures ou de Outrora ou o sorriso do Xenófobo* (1998), numa articulação com o estranho freudiano, a construção do modo como o estranho e o estrangeiro tem origem na constituição subjetiva, desde uma fundamentação metapsicológica. A autora concebe a existência daquilo que chamou *xenofobia infantil* como condição de humanização que encontra lugar dentro do sujeito, em maior ou menor grau. Rechaçar o estranho é parte indissociável do processo constitutivo da humanização, assim como lidar com o estranho é condição humanizante, num momento posterior. Segundo a autora, o medo ao estranho não está no nascimento: “não nascemos xenófobos, nos transformamos em” (Zygouris, 1998, p. 194), e localiza o surgimento pela primeira vez do medo ao estrangeiro na angústia do oitavo mês de vida, momento em que o bebê tende a começar esboçar reações de medo ante um rosto estranho, não familiar. Assim, o estranhamento do outro coincide com as origens do Eu. Quando nascemos e durante os primeiros tempos de vida, afirma Zygouris (1998), sorrimos indiscriminadamente para qualquer rosto humano que nos dedique cuidado.

O medo e a rejeição ao não familiar aparecem após o reconhecimento da própria imagem no espelho, portanto após a constituição do narcisismo secundário. A xenofobia se torna possível com o reconhecimento do “Eu” e se desenvolve com a constituição do “nós”. Muito antes disso, quando o pequeno vem ao mundo, vem dotado da capacidade de adotar qualquer humano que cuide dele. O primeiro espelho do recém-nascido é o rosto humano, sem distinção de raça, sexo ou idade (ZYGOURIS, 1998, p. 194-195).

Ainda, a autora adverte que não nos esqueçamos de que, nas raízes dessa aquisição humana, além dos pais/adultos necessitarem fazer um movimento de “adoção” do filho, a criança fará ativamente a “adoção do adulto que cuida dela, que lhe permitirá aceder à individuação subjetiva” (ZYGOURIS, 1998, p. 195). A constituição subjetiva depende desse duplo movimento. Sendo ativo o sujeito em constituição, a advertência acalenta-nos diante de situações adversas como a que encontramos com Fred, onde o desamparo é a marca maior, colocando na abertura de novas relações no mundo e na perspectiva de que o sujeito se agarre a ela o vislumbre de uma outra possibilidade de vir a ser. Nisso acreditamos, como potencial da escola em situações de desordem tão profundas como as de Fred, apostando na oferta de um olhar a partir de outras categorias de compreensão, que permita o brote do desejo de se agarrar a ele, que

brote a esperança. A vida futura de Fred e de milhares de crianças depende das condições que criamos (pois por princípio não as temos) de poder romper com uma visão reducionista e de nos implicarmos.

Acompanhando o pensamento de Zygouris (1998), compreendemos como vai se construindo o processo do estrangeiro a partir da instalação inicial do estranho, que se dá nas origens do Eu:

Um belo dia, a criança se reconhece no espelho e percebe que é menino ou menina, fica em pé e nomeia, diz não e para de sorrir a qualquer um. As primeiras palavras da criança servem para nomear as figuras familiares e a si própria (...). Aquilo que não sabe nomear e que não lhe é designado cai no território do estrangeiro. Seu universo familiar se constrói com as fronteiras às quais os adultos que o cercam concedem vistos a seu bel-prazer. E um belo dia os estrangeiros estão atrás da porta. A língua materna, os rostos familiares, a integração de um “nós” restringem o campo das identificações primeiras e cercam o mundo. O estrangeiro é, em primeiro lugar, o significante de um espaço desconhecido. A linguagem, específica do devir humano é ao mesmo tempo uma instância recalcante da capacidade inicial de identificação com a espécie humana como tal. Esta, no entanto, não é forcluída⁴⁹ e pode ressurgir com toda sua força originária em situações limite (ZYGOURIS, 1998, p. 196).

Segundo a autora, o “estranho” surge dos laços primitivos que estabelecemos nos tempos de origem da constituição psíquica e subjetiva, momento em que, do ponto de vista psíquico, é impossível discriminar o dentro/fora, o eu e o outro, e de onde vem aquilo que é sentido como ameaça, se de dentro ou de fora. A autora situa, como componentes subjetivos da noção do estrangeiro, afetos e pulsões primitivos – a angústia, o medo e a agressividade – de experiências arcaicas, com origem anterior à noção de diferenciação do outro externo:

A identificação da criança com sua própria imagem [o passo inicial para a diferenciação], apesar de seu efeito jubilatório, unificador e apaziguante, não reabsorve, no entanto, toda a agressividade. Ela fará mais tarde daquilo que chamamos de ódio, que é sempre tendência, desejo de destruição do outro. Esta parte não reconhecida de si próprio, resto de imagos dos primeiros tempos de vida (ZYGOURIS, 1998, p. 200).

⁴⁹ Segundo Roudinesco e Plon (1998), forclusão ou foraclusão é um “conceito forjado por Jacques Lacan para designar um mecanismo específico da psicose, através do qual se produz a rejeição de um significante fundamental para fora do universo simbólico do sujeito. Quando essa rejeição se produz, o significante é foracluído. Não é integrado no inconsciente, como no recalque, e retorna sob forma alucinatória no real do sujeito” (1998, p. 245).

É nesse sentido a referência freudiana da familiaridade do sentimento do estranho, algo que habita em nós, mas há muito esquecido. Após a aquisição do “nós”, pela socialização, a criança passa a situar o estrangeiro do lado oposto àquilo que nomeia e reconhece como familiar. Contudo, irão permanecer tais aspectos, primitivos, não nomeados, não ligados, portanto, a nenhuma representação, como “restos de imagos” não fixadas ao inconsciente, aptas a se ligar ao estrangeiro, a serem figuradas por ele. Diz Zygouris: “o estrangeiro surge aí como a figura ideal para fixar esse objeto não-identificado”, e quando essa ligação se der, suposta a ameaça que contém o estranho, o destino da angústia constituirá “o soco do ódio do outro na ausência de qualquer ameaça” (1998, p. 201). Assim, em termos metapsicológicos, se dá a passagem do estranho originário ao ódio ao estrangeiro. Ainda estamos no terreno da constituição, ou seja, dos processos de humanização:

O novo, desde sempre, tornou os humanos agressivos quando não estavam prontos a acolhê-lo, quando não esperavam por ele. Nesses momentos, só resta o ataque ou a fuga. Ataca-se o que parece vir de Alhures, quando o que se teme sem sabê-lo é o retorno do Outrora (ZYGOURIS, 1998, p. 202).

A *xenofobia ordinária* faz parte do mundo interno de todos nós, porém, quando “o pavor íntimo” transpassa e se “instaura no laço com o outro” (ZYGOURIS, 1998, 203), surgem os perigos. A autora passa a discutir a questão do racismo e a passagem ao genocídio. A nós, interessa pensar a coletividade do grupo, a sala de aula, poder discernir nos grupos tendências a desenvolver saídas patológicas, ligadas à exclusão e o *bullying* – quando alcançamos jogar o mal para dentro do outro, longe de nós. “O estrangeiro, nessa forma extrema de exclusão, deixa de ser um sujeito. É puro corpo, dejetivo do simbólico comum. (...) Deixou de ter um rosto, perdeu seu sorriso humano. Seu rosto não pode voltar a ser espelho” (ZYGOURIS, 1998, p. 206).

Retornamos com Fred na sala de aula, numa situação que a nós foi marcante e nos serve para aprofundar essa problemática, tão frequente em escola. Ele solicita à professora um apontador emprestado. Ela lhe diz que pode pegar com um colega. Fred não faz qualquer movimento em direção aos colegas. Então, a professora indica um colega para entregar-lhe o objeto. Tal colega, entre desconcertado e desapontado, exercendo a função de porta-voz do grupo, diz: “*Pra ele?*”, e a professora diz: “*pode emprestar que depois Fred te devolve*”. O colega titubeia no movimento de dar o apontador na mão de Fred.

A professora, solicitando a entrega do objeto, “força” o reconhecimento de Fred como um colega, como “um dos nossos”, um semelhante, mostrando que, embora ela busque uma resposta normalizante para as dificuldades de Fred, ainda assim o quer e não desistiu dele. Esse tipo de ação do professor/adulto com sua turma de alunos dentro da escola é decisiva para o processo de inclusão do estranho e a construção do vínculo de pertencimento. A pergunta: “*Pra ele?*” revela que, além dos sintomas de Fred, há um sintoma grupal: o colega revela o sentimento de repulsa do grupo com Fred, que, convertido em estrangeiro, é sentido como doente e perigoso, uma *coisa* a qual é preciso temer, distanciar-se, fugir ou atacar. Tal dificuldade, tão radical no enlace social, só vem reforçar o rótulo patologizante. Com Fred, podemos ir acompanhando os marcos daquilo que pode vir a compor um quadro de *bullying* futuro.

A seguir a professora autoriza aos alunos a pegarem os potes com massa de modelar, guardados nas prateleiras exatamente atrás de onde Fred estava sentado. Os colegas puxavam o material de forma voraz, mesmo que a cabeça de Fred fosse atingida por ele. Derrubaram caixas e potes em sua cabeça; um colega pisou na cadeira em que Fred estava sentado, como se ele não estivesse ali, debruçando seu corpo sobre o dele para pegar os objetos. Fred apenas se esquivava.

Diante de tal desconsideração com um aluno como um semelhante humano, é vital criar entradas para poder trabalhar e intervir, pois risco é o incremento do sofrimento e da exclusão, que instaura de processos de força contrária à subjetivação a todos os envolvidos: alunos, professores e equipe. Segundo Vasques, com alunos que sofrem impasses nos tempos de estruturação do psiquismo, compreender que há uma história já inscrita, mas que também há uma história por escrever, e que pode ser escrita dentro da escola, é potente para fazer frente à patologização da infância. Nessa perspectiva:

o que se constrói na relação com o outro pode ser recontado, reconstruído, possibilitando outras significações e sentidos. No que se refere à criança com problemas do desenvolvimento, a escola e o professor podem oferecer outras interpretações para seu aluno, interrogando sentidos que, muitas vezes, se cristalizam em função dos diagnósticos, classificações, avaliações etc. Existe uma função estruturante, constitutiva, da educação que se estabelece a partir do lugar que se oferece ao outro. As possibilidades educativas e de aprendizagem não residem, única e exclusivamente, nas condições inerentes ao aluno, mas despontam como possibilidades a serem construídas (ou não) a partir dos sujeitos e das instituições (VASQUES, 2007, p.32).

Trata-se da instauração de processos que favoreçam a subjetivação no interior da escola. Compreender o valor que adquire uma ação que freie os processos de patologização implica dimensionar que a cristalização na figura de Fred do estranho, portador de tudo o que é repugnante, não permite que o grupo possa fazer a integração dos aspectos “maus” como parte indissociável de cada um. “É muito difícil amar o totalmente diverso, e reside na possibilidade de alguma identidade entre dois sujeitos a chance de se efetuarem trocas”, afirma Santos (2009, p. 39). Assim, a integração do estrangeiro só é possível mediante a sua humanização enquanto semelhante, pelos laços de identificação e a possibilidade de interlocução com ele.

Nosso diagnóstico é o de que a turma necessita ajuda e intervenção dos adultos para que possa se humanizar. Os adultos, por sua vez, necessitam de ajuda, para que possam reposicionar-se subjetivamente para restituir em si o lugar do estrangeiro sem tanta angústia, medo, agressividade, repulsa. “Só o reconhecimento, o sorriso, a mão estendida, esse gesto tão próprio a nossa espécie (...) permitem que a vida se encaminhe para um destino humano” (ZYGOURIS, 1998, p. 196).

Para fazer frente aos discursos de execração do estrangeiro, base da xenofobia, Zygouris (1998) propõe o levante de projetos de vida que unam o singular e o social. E estar atentos, pois “mesmo entre os melhores espíritos, um embrião de racismo [pode] se expressar em surdina (...). O escuro da noite e a solidão fazem com que o estrangeiro esteja frequentemente atrás da porta” (ZYGOURIS, 1998, p. 208). Nisto estamos todos incluídos.

Segundo Cenci, “a compreensão intersubjetivista abre espaço para a exigência do reconhecimento do outro enquanto outro e para uma dimensão ética na medida em que o reconhecimento recíproco demanda a permanente recriação tanto de si quanto do outro” (2016, p. 344). Nesse sentido, Hermann (2014a) aproxima o sentido formativo do outro a essa experiência de transformação que se produz com a aproximação e abertura ao outro e, em consequência, a si próprio, na base do diálogo e da historicidade.

Compreender que o estranho nos constitui é um primeiro movimento, mas reconhecê-lo implica considerar que dificuldades irão se propor. Reconhecer e qualificar o semelhante é um árduo processo. Conforme afirma Viñar:

Se a proposta cristã – amarás ao próximo – não é eficaz, e a do nazismo – exterminá-lo-ás – não é sustentável, somente nos resta o caminho árido, difícil e espinhoso de tematizar e gerar narrativas que permitam simbolizar a presença do semelhante e do diferente em duas existências não excludentes, sabendo que a metáfora conciliadora e a metáfora da exclusão sempre rondam por aí e culminam no aparecimento de um entendimento, ou na monstruosidade de um sacrificado e de um torturador (VIÑAR, 1998, p. 175).

A importância de um ato de cuidado com o aluno excluído e com sua turma também se dimensiona a partir do viés da identidade grupal. Segundo Viñar (1998), as construções discursivas dos grupos de pertencimento de cada sujeito vão conformando a subjetividade a partir das criações coletivas que do grupo emanam. O discurso do grupo atravessa a constituição identitária do sujeito. O risco, nas situações como a apresentada, é o de o aluno assumir o lugar do estranho/estrangeiro/enfermo no grupo, como se isto fosse tudo o que se pode dizer e saber sobre ele. Uma posição de cuidado com a saúde mental, frente a situações como a relatada, é pensar intervenções na direção de favorecer ao grupo desenvolver laços fraternos, base da solidariedade e da ética, apesar das dificuldades e diferenças. A seguir, essa será nossa abordagem.

3.3 Do encontro com o estranho à potente experiência de subjetivação na escola: a interpelação do discurso pela hipótese do inconsciente, a intervenção subjetivante e a experiência formativa

Iniciamos este último ponto, que objetiva trazer contribuições concretas da psicanálise para além da medicalização e patologização da infância na escola, vinculando-o ao ofício que realizamos como psicanalista na clínica infantil e como psicanalista atuando dentro das escolas. Nossa experiência de trabalho com educação, ancorada na psicanálise, mas não dirigida a clinicar dentro da escola, já causou surpresa em colegas psicólogos e profissionais de outras áreas, que têm na psicanálise uma disciplina ortodoxa, destinada ao consultório, elitizada e fechada sobre si mesma. Escutamos frases como “*nunca imaginei que seria possível*”, referindo-se ao trabalho da psicanálise na interface com a educação, com intervenções concretas dentro da escola.

Embora existam psicanalistas que questionem a legitimidade da psicanálise fora da situação de tratamento, Laplanche esclarece que “no que diz respeito a Freud, não precisa forçar muito alguns de seus textos para fazê-los dizer que há primeiramente o

método analítico, e depois aplicações diversas deste: o tratamento, entre outras, nem mais nem menos legítimo que a psicanálise aplicada a um texto literário, a uma obra de arte ou a fenômenos sociais” (LAPLANCHE, 1993, p. 05).

Foge de nosso escopo adentrar no tema dos preconceitos e das resistências à psicanálise, tampouco do quanto a própria disciplina, apoiada nos princípios freudianos, reinventou-se e desenvolveu-se; intentamos mostrar teoricamente como a prática se viabiliza fora do consultório e como seus efeitos se fazem sentir, na direção de uma educação subjetivante, articulando-os a exemplos. Seguimos com Fred, quando dizíamos estar frente a uma situação-limite, na qual a patologização estava praticamente armada como explicação das dificuldades que se propunham.

No intuito de que pudéssemos ver como Fred é, ele foi filmado balançando os bracinhos no ar. Pudemos ver, latente nesse gesto, a apreensão que circulava na escola por determinar o normal e o anormal em Fred, condição sobre a qual decidimos intervir, no intuito de interditar a cristalização da patologização do aluno. Abrimos um espaço de escuta com a professora titular da turma de Fred, de modo que a dificuldade pudesse circular na palavra e uma relação de troca pudesse ir se estabelecendo conosco. Assim, ficamos a par do quão difícil resulta à professora atender individualmente Fred quando ele se agita ou fica muito *nervoso*, pois sua turma é muito demandante, sente que não pode deixá-los. Ainda assim, diz conversar bastante com os alunos, especialmente com Fred, e percebe que quando ficam a sós, ele aceita melhor o que ela lhe diz, reconhece que erra e pede desculpas. Quando se dirige a ele no contexto da turma e lhe chama atenção, ele não aceita; se saem da sala de aula, fica emburrado num canto, grita, chora, fala coisas que ela não entende. A criação de um espaço de diálogo conosco – espaço intersubjetivo fundamental – onde ela própria possa processar sua angústia e se aproximar sensivelmente do sofrimento de Fred e de si própria, e se sentindo legitimada em suas práticas de cuidado, foram a base sobre a qual a professora, em transferência conosco, passou a compreender a experiência que seu aluno necessita viver com ela. Assim, levantamos as contribuições da psicanálise não em termos apenas das teorias, mas da presença do psicanalista dentro da escola, cujas intervenções extramuros se dão na direção da subjetivação e da experiência formativa. Nas palavras de Santos Filho:

Es del espíritu del psicoanálisis ir al encuentro de lo extranjero, sea este extranjero el inconsciente propio y ajeno, el que piensa diferente, o mismo aquellos lugares más apartados de la práctica del consultorio, parajes donde el psicoanálisis no llega, allí donde no hay aún transferencia, donde simbolizar hace falta, allí debemos llegar. Trabajar en la comodidad de la transferencia es bueno, pero trabajar lejos de eso es un desafío, llevando el psicoanálisis hasta donde pueda irse (SANTOS FILHO, 2017a, Informação Oral).

Freud (1996 [1914a]) sempre olhara com muito entusiasmo a expansão da pesquisa psicanalítica aos outros campos do conhecimento, reconhecendo nela grande valor e vitalidade. No texto *A história do movimento psicanalítico* (1996 [1914a]), denomina aos seus textos psicanalíticos, cujo objeto não era a clínica, de *psicanálise aplicada*, expressão que indica o estudo e a apreensão dos fenômenos humanos que são observados pela psicanálise fora do consultório e que são interpelados pelo método psicanalítico. Freud, ao longo de sua obra, com frequência aplicou o método analítico não só ao tratamento clínico de pacientes, mas ao texto literário, à obra de arte, aos fenômenos sociais, ao que argumenta:

O exame analítico de pessoas neuróticas e os sintomas neuróticos de pessoas normais me levaram a supor a existência de condições psicológicas que haveriam de ultrapassar a área do conhecimento na qual tinham sido descobertos. Sendo assim, a análise nos proporcionou não somente a explicação de manifestações patológicas, como revelou sua conexão com a vida mental normal e desvendou relações insuspeitadas entre a psiquiatria e as demais ciências que lidam com as atividades da mente (FREUD, 1996 [1914a], p. 44-45)⁵⁰.

Freud criou um sistema de compreensão do funcionamento mental humano, cujo marco irreduzível é o reconhecimento do inconsciente como instância psíquica, instância pulsional, infantil, sexual⁵¹, desde onde emerge o estranho. O inconsciente é reconhecido como um estranho interno, interiorizado. Nessa perspectiva, a psicanálise contempla o sujeito em sua totalidade, mesmo que suas expressões subjetivas sejam sintomáticas ou patológicas. Não se detém em isolar, descrever e tratar a patologia, mas considera a singularidade das condições psíquicas de cada sujeito, e compreende o sintoma e a patologia como tentativas que todo ser humano faz para dar conta da composição ou recomposição interna do equilíbrio da economia psíquica. Coloca,

⁵⁰ Tomamos aqui a referência a sintoma neurótico e neurose de forma ampla, como uma abordagem geral de sintoma e patologia, sem entrar no detalhamento dessas categorias nos termos estritos da psicopatologia psicanalítica.

⁵¹ O sexual, no sentido freudiano, é amplo, não redutível ao sexo genital, mas a todas as experiências de desejo e de prazer.

assim, saúde e doença como parte do viver e como processos interligados e em continuidade.

Freud sustenta também que, em termos de psicanálise aplicada, há “material de trabalho para uma geração de pesquisadores” (1996 [1914a], p. 47), e que, entre tantas conexões possíveis da psicanálise com outros campos da ciência, a educação é um espaço importante e profícuo. Afirma que as descobertas revolucionárias da psicanálise a respeito da vida mental das crianças, do papel das pulsões e da sexualidade infantil, são decisivas para o campo da infância e da educação (FREUD, 1996 [1914a]).

Nessa perspectiva, a psicanálise consolidou uma posição que convoca a prudência no trato com a psicopatologia infantil, pois considera que na infância há um sujeito que está em estruturação, em tempo de constituir sua estrutura psíquica. Tal estrutura não está cristalizada, fixada, consolidada, mas em processo de construção. Decorre disso a exigência de cuidado quanto à decisão de nomear em termos de etiqueta nosográfica, que fixa em termos de patologia, um processo de adoecimento psíquico de uma criança. A preocupação se dá na esfera do risco de tal etiqueta nosográfica ser assumida como verdade totalizante e atada à identidade desse pequeno ser humano em processo de constituição e humanização. Desde a psicanálise, compreendemos os sintomas infantis tanto no nível de falha quanto de detenção desse processo constitutivo de desenvolvimento psíquico (BLEICHMAR, 2011), Assim, em lugar de marcar a criança com o sinal da etiqueta nosográfica, dá-se lugar à singularidade histórico-vivencial. Isto produz efeitos de sujeito, mesmo que exista e insista a patologia.

Intervir sobre dificuldades de uma criança desde a escola, partindo da concepção de infância como tempo de vir a ser, no qual as condições psíquicas não estão definidas, mas em processo de constituição, “abre espaço para a construção de alternativas existenciais para esses sujeitos. A posição defendida por muitos psicanalistas é que a escolarização pode influenciar nesta construção, permitindo, inclusive, uma virada estrutural” (VASQUES, 2007, p. 33). Quando um professor tem dificuldade de discernir entre *aluno e transtorno*, ou quando coloca o transtorno e a medicação antes da criança, como tantas vezes ocorre de perguntar à criança se tomou o remédio, pois algo “fugiu ao controle” e o estranho emerge, a experiência para a criança ruma à dessubjetivação e à repetição do já visto e vivido.

A intervenção psicanalítica desde a escola, nesses casos, tem objetivo claro, ao incidir sobre o discurso dos atores escolares, de modo a fazer frente à dessubjetivação,

desarticulando certezas (a categorização diagnóstica favorece a ilusão de sabermos sobre o outro, sobre o que ele “tem”, e de assim controlá-lo⁵²) e criando aberturas e espaço mental para o novo. Sabemos que as contribuições da psicanálise não se limitam à teoria e à clínica psicanalítica com alunos com problemas de aprendizagem, de comportamento ou transtornos graves da infância, mas que intervenções psicanalíticas podem ser criadas e investidas desde o interior da escola, considerando a singularidade da própria situação escolar, e podem envolver todos, tanto no nível de desenvolvimento e apoio às equipes diretivas e coordenação pedagógica, formação de professores (in loco e em grupos), intervenções diretas com professores, alunos e turmas, e outros, cujo efeito esperado é de mudanças substanciais na subjetividade dos envolvidos.

Um dos significados da palavra intervir é tomar parte em um assunto e remete a envolver-se, a tomar posição, a ter um lugar ativo frente ao sofrimento, sustentando uma escuta não-ingênua. Subjetivante se refere ao ato cuja potência alcança produzir um reposicionamento subjetivo de caráter humanizante aos envolvidos. Assim, intervenção subjetivante “alude à ideia de uma tomada de posição com ativo envolvimento, na intenção clara de produzir efeitos de ampliação da subjetividade dos envolvidos, que contemple a complexidade do humano e a ética com o semelhante. Primeiramente, uma marca que rompa a indiferença, sem a qual não há construção nem registro possível da alteridade” (SANTOS FILHO, DE CARLI E CAIMI, 2017, p. 392).

A intervenção psicanalítica extramuros se caracteriza pela presença do psicanalista atuando fora do campo do consultório, mas ainda assim conserva a essência da prática: a intervenção-ato, e tudo o que implica, que interpela o discurso pela hipótese do inconsciente, e tem por função fraturar a linearidade do discurso para fazer emergir dele o elemento latente, cuja abertura permite novas significações. Para exemplificá-la, retomamos a experiência da situação patologizante que circundava Fred. Era hora da pracinha. Enquanto a professora por nós era ouvida em suas angústias e preocupações, ao mesmo tempo observava seus alunos brincando no pátio. Ela expressava seu desejo de construir um projeto para trabalhar o tema da amizade com a turma, percebia que havia dificuldades no grupo e as descrevia. Durante nosso diálogo, muitos de seus alunos corriam até nós, dirigindo-se para que ela amarrasse o cadarço do tênis, cujo laço se desfazia. A professora ia dizendo-nos que queria poder ensiná-los a fazer o laço, pois a maioria não sabia e lhe solicitavam todo tempo para isso.

⁵² As patologias graves na infância indicam muito mais aquilo que a criança não tem e do que necessita.

A psicanálise permite realizar uma leitura da cena educativa, construindo compreensões e intervenções que abram possibilidades de simbolização e subjetivação no interior do espaço escolar. Ir ao encontro do professor, acolher suas angústias e instaurar uma escuta psicanalítica favorece a aproximação e a construção da confiança. Isto é a base para o ato analítico. Com a professora de Fred, havia desejo de se fazer compreender e a atribuição a nós do saber sobre como poderia ser ajudada, o que criou a condição para instaurar a situação analítica. O encontro conosco permitiu a emergência do ato psicanalítico, que colocou na esfera de significante a expressão *fazer laço*, presente em seu discurso, rico em simbolismos. *Fazer laço* foi um dos recursos metafóricos que ancorou a elaboração da situação de exclusão e das dificuldades em que todos estavam imersos, que aqui nos apropriamos para exemplificar a intervenção/ato psicanalítico.

A quebra com o sentido concreto de fazer laço cria a abertura para novos sentidos: reconhecer que necessitavam aprender a criar laços com o semelhante, laços de amizade, de consideração, de respeito com o diferente. Num outro nível, precisavam refazer ou recompor laços desfeitos, laços rotos, machucados, e também aprender como cuidar dos laços já feitos, a conservá-los. Passamos a considerar que nossa ação não ficasse restrita às dificuldades de Fred, mas precisaria alcançar a turma como um todo. Eram os laços amorosos que estavam com dificuldade de construir e de sustentar. Havia muito trabalho pela frente. Assim, foi possível que a demanda de intervenção se diluísse no grupo, fazendo com que Fred deixasse de figurar como o único problema que tivessem para lidar. Quando uma compreensão como essa alcança um grupo de alunos, ela assume um caráter humanizante, pois dilui o *estranho*, que em geral se localiza fixamente em um dos colegas, flexibilizando a circulação entre todo o grupo de temas que causam repúdio reconhecer em si mesmo, como a desordem, o transtorno, a agressão, a perturbação.

Destacamos que a via de acesso para tal compreensão passou por colocar em trabalho, via ato psicanalítico, o tema da relação transferencial da professora conosco, ou seja, que espécie de laço seria possível estabelecermos nós duas, que abertura seria possível para a entrada da psicanalista nessa complexa situação, que de início causava profunda estranheza. Na escola, tratar desses temas sem assombro, com franqueza, permite a vivência de uma experiência singular, de troca humana genuína, cujo potencial é o de produzir efeitos de simbolização, na medida em que constitui o

primeiro passo para o sustento dos processos de subjetivação do próprio professor em torno da inclusão do estranho/estrangeiro e abertura para um maior contato com a experiência do estranho em si.

Nesse movimento de encontro singular com o outro, desde a posição psicanalítica, não buscamos um desvendamento direto de significados ocultos já pré-existentes, mas, a partir da relação que estabelece a situação analítica, que viabiliza as condições de produção do ato analítico, são criadas as condições para que os significantes inconscientes emerjam na relação, como resultado de uma leitura singular que nos implica, com nosso próprio inconsciente, cujo trabalho irá em direção de potencializar a simbolização, a subjetivação, a humanização.

Fred foi-nos apresentado como uma criança desordenada, violenta, birrenta, com traços autistas, que incomoda nas aulas. Assim, vai acionando em seu entorno inquietantes sensações de estranheza, que vão se desdobrando em impasses na convivência cotidiana, na medida em que configuram uma relação na qual o outro, estranho, não alcança ser reconhecido como semelhante e necessita ser excluído ou normalizado. Fred, com sua estranheza insistente, faz retornar, como que em espelho, aspectos rejeitados e recalçados no inconsciente, como podemos citar, a título de exemplo, sensações de insuficiência ou desamparo.

Como afirma Freud (1996 [1919]), aquilo que aparentemente é o mais estranho e distante se entrelaça com o que nos é familiar; um familiar que resulta estranho e assustador, pois remete a uma parte interna não reconhecida: o estranho de si, a parte rompida e cindida do próprio eu, tão familiar, pois constitutiva do ser, mas de tão difícil contato, pois relegada aos fundos do inconsciente, sempre pronta para ser repudiada e localizada fora do eu, no outro/estranho. Trata-se do núcleo interno do qual todo sujeito é constituído e precisa fazer contato em si, para construir uma relação com o outro, objeto real, externo, estranho, estrangeiro, sem que necessite anular sua presença ou excluí-lo. A melhor das hipóteses seria acolhê-lo como “um dos nossos”. Ainda que estejamos exemplificando esses aspectos com os eventos ocorridos com Fred, esta é uma temática que, em alguma medida, diz respeito a todas as escolas, professores e alunos frente à angústia produzida nos processos de estranhamento, que conduzem à patologização ou à exclusão.

O ato psicanalítico é distinto na medida em que toda dedicação de escuta psicanalítica não se volta para a semiologia sintomática. No caso de Fred, desejávamos

mediar a sensação de estranheza, criando pontes de aproximação. Nesse sentido, pensar em termos de diagnóstico em psicanálise implica o exercício de sempre perguntar o que existe atrás do sintoma que dá a condição de sua existência e que papel ele cumpre dentro da estrutura psíquica do sujeito ou no funcionamento grupal. Já enunciara Freud (1996 [1911]), a propósito da interpretação do caso Schreber, que o sintoma, a enfermidade psíquica para um sujeito, representa uma tentativa espontânea de cura. Assim, o sintoma, para a psicanálise, não é compreendido como o problema, a coisa anômala a se extirpar, mas uma solução possível que o sujeito encontra, consequência natural decorrente de sua estrutura psíquica e do montante com o qual precisa lidar. O sintoma não é um estrangeiro vindo de fora que possamos simplesmente deportar por meio de uma química, mandando-o embora, extraditando-o. O sintoma é um estranho, mas um estranho-familiar, que faz parte do sujeito, e se apresenta numa linguagem que dá conta de seu modo de estruturação psíquica. Esse sintoma fala quem é esse sujeito.

O exemplo permite perceber, também, que na escola, mesmo que a ação do psicanalista não se dirija a tomar o professor como um analisante, elementos da situação analítica acabam por se propor para que o ato psicanalítico possa ter lugar. A construção de um pacto, como refere Freud, no qual a fala seja dirigida a alguém investido do lugar a quem importa dizer, sustentado pela escuta e intervenção que privilegie os conteúdos inconscientes, garantido pelo enquadre interno, instaura a relação transferencial e cria as condições para a criação daquilo que Laplanche (2015) chama ato psicanalítico, mesmo que tal intervenção não esteja enquadrada pelas regras do *setting*. Assim, a intervenção não se apresenta como uma leitura psicanalítica reduzida ao deciframento do material psíquico; o trabalho é de intervenção sobre o discurso, para emergir dali o estranho, cujo contato abre o potencial para novas significações.

Após o contato com a professora de Fred, fomos observar a turma na pracinha, ver o que faziam, com quem e com o que brincavam, e quem não brincava. Toda a turma se concentrou do lado de dentro da área cercada da pracinha, exceto Fred. Aproximamo-nos dele e iniciamos uma conversa. Pela escuta e pela troca lúdica, no brincar, pudemos, lado a lado com a professora, acessar seu espaço subjetivo e conhecer suas expectativas com seu próprio dever. Perguntamos a ele por que ficou fora do espaço dos brinquedos da pracinha, ao que respondeu que preferia brincar com as pedras soltas no chão. Mesmo com a motricidade prejudicada, esforçava-se por aproximar pedras de contornos imprecisos, tentando fazer encaixes. Perguntamos a Fred

o que está fazendo, ao que ele responde estar montando um caminho. Depois, ele coloca o pé sobre o “caminho” e vai mostrando-nos que é possível passar por ali, mas que há que ter cuidado para não pisar fora, pois o caminho é como uma ponte, que leva de um lado a outro. Numa abertura desejosa de contato, convida-nos a colocar o pé como ele fazia para podermos ver como é possível fazer a travessia.

Montar um caminho é um significante de um importante desejo de construir um caminho para si, para sua vida, e de poder transitar por ele. Um desejo de poder se encaminhar, mas não em solidão. Está aberto a trocas e ao prazer da experiência compartilhada, quer existir para o outro, o convoca. Encontraria alguém aberto o suficiente para acompanhá-lo nessa travessia? Constrói uma ponte, um representante de uma estrutura de ligação entre dois territórios distantes e incomunicáveis. Circula pelos acessos e pontes, mas com cuidado para que as ligações não se interrompam. Pisar fora não pode, numa alusão de que o desordenado não tem lugar.

Quando uma brincadeira, via simbólica por excelência na infância, faz aparecer, duelando com a patologia, um menino desejoso por vir a ser algo e ter algo para si, a possibilidade de que seja acolhido e reconhecido pelo seu entorno é de um decisivo potencial subjetivante. Fred apresenta-nos uma linguagem simbólica riquíssima, cujos sentidos vão surgindo na medida em que vamos conversando, acompanhados pela professora: revela-se a comovente perspectiva de construção de caminhos, de futuro, vinculada a um intenso desejo de cura que ele estava demonstrando. Não quer ser a patologia. O encontro do professor com a abertura de sentidos sobre seu aluno, que diverge da representação absoluta com que uma etiqueta nosográfica engolfa uma criança, apoiada no discurso da ciência positivista, é uma travessia para que se possa chegar a outro lugar. Pensamos ser essa a construção de um caminho possível, uma via para a escola fazer frente aos esmagadores processos de patologização da infância aos quais estão sendo submetidas as infâncias contemporâneas. Nessa medida, a psicanálise pode auxiliar a escola na direção de que ela seja um espaço não patologizante, não-objetificador.

A vivacidade com que trava o diálogo, a autenticidade que demonstra seu desejo, vão marcando o quão decisivo é para Fred em seu dever, a recomposição subjetiva da professora e da diretora frente suas dificuldades. Quando tal processo se torna possível na escola, amplia-se a chance de que a totalidade da intervenção resulte subjetivante ao aluno patologizado, aos seus colegas, aos professores e a nós também.

Em jogo, está o compromisso humano decisivo para a educação de crianças. Nas palavras de Viñar, “ser alguien para alguien es condición de sobrevivencia psíquica, del mismo modo que lo es el agua y el alimento para mantener vivo el cuerpo biológico” (2013, p. 31). Colocar o reconhecimento do outro enquanto semelhante no patamar de sustento da “sobrevivência psíquica” é potente para pensar o lugar do professor frente aos processos patologizantes, que apagam e silenciam a criança para fazer aparecer o autista, o estranho, o estrangeiro, o rechaçável. Tal compreensão está atravessada pelo fato de que para poder ser, tem que poder estar efetivamente (e afetivamente) com o outro, o que remonta a redes de filiação e de pertencimento.

Compreendemos que toda a intervenção subjetivante, amparada num ato psicanalítico aplicado/implicado/extramuros, implica uma ruptura com algo que está posto, algo que se desconstrói para dar espaço a outra coisa. Para tanto, implica uma modalidade de encontro onde se deseja estar genuinamente com o outro. Enfrentar os desafios que envolvem uma intervenção como essa com criatividade, implica, entre desconstrução e reconstrução, investir a posição subjetiva do professor, sustentando-o nas ações que precisará desenvolver a partir da compreensão que passa a fazer. Tal compreensão implica o esforço, nunca dado por concluído, pela compreensão do outro não apenas como mera racionalidade, como exterioridade ao eu, como outra identidade, como estranho abominável. O esforço é pela construção de categorias que possam conduzir à abertura e dar lugar à radicalidade do outro em sua existência singular, diferente, estrangeira, sem que seja tão ameaçante e desordenante que necessite ser anulada, excluída ou patologizada.

Além disso, um professor passa a compreender com mais propriedade, a partir do ato psicanalítico, sua própria responsabilidade frente aos processos de patologização de seu aluno. Segundo Mezan (2011), o fruto da experiência analítica se representa na compreensão quanto a responsabilidade que cada um tem consigo próprio, com suas produções psíquicas, bem como com as próprias ações sobre aqueles que nos rodeiam. Quer dizer, permite fazer contato com a forma e com o quanto contribuímos para o estado em que as coisas se encontram. Como sabemos quando um ato analítico tem esse alcance? Assim refere Laplanche:

Conhecemos a epistemologia da interpretação e de sua verificação, tal como Freud explicitou longamente, para mostrar que o processo da interpretação encontrava sua verificação não na aceitação ou na recusa do sujeito, mas na fecundidade dessa interpretação, isto é, no surgimento de novo material, não importando que este seja ou não marcado pelo sinal da aquiescência. Em outras palavras, uma interpretação que se verifica é uma interpretação que culmina em um novo movimento, em novas associações (1993, p. 160).

Após essas intervenções realizadas na escola, nosso contato com Fred e sua professora se interrompeu. Ao final do ano letivo, contudo, tivemos a profunda alegria de, ao partilhar de um encontro com a professora, ouvi-la contar que Fred lhe disse “*quando eu crescer, quero ser professor!*”. A nós, sinal do enlace construído, dos laços reatados: não pela atadura da patologia, mas na construção de um projeto de futuro, como uma via de existir. Tal como o patinho feio, uma perspectiva de olhar-se através de um espelho-outro, que permita identificar-se com uma imagem valorizada de si (SANTOS, 2009), a qual foi ofertada a Fred amorosamente pela professora. A escola como um lugar capaz de acolher a diferença e onde a própria existência faz sentido para alguém: uma contribuição da psicanálise como alternativa às epistemologias objetificadoras do humano, cujo potencial transformador viabiliza a experiência de subjetivação, base da experiência formativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, que teve por tema a medicalização e a patologização da infância, destinou-se a fundamentar teórica e historicamente quais são os pressupostos que estão na base desse fenômeno e propor alternativas de compreensão da infância, da educação, da saúde e do adoecimento psíquico infantil para além desses processos, sob a base de pressupostos distintos.

Iniciamos tratando da noção de subjetividade, que é o conceito articulador em torno do qual desenvolvemos a concepção de infância e do sofrimento psíquico infantil, bem como a compreensão da função da escola. Subjetivação representa o processo de formação do espaço subjetivo e singular de cada sujeito, ligado à experiência que ele faz de si mesmo, que resulta em formas distintas de ser e de estar no mundo. Uma escola capaz de produzir subjetivação considera a complexidade humana, favorecendo um tipo de relação humanizada que dá lugar à escuta e à palavra, sem urgência em encontrar soluções simples ou reducionistas aos impasses com os quais tem de lidar. Uma experiência de subjetivação na escola desenvolve a capacidade de pensar, que implica abertura para questionar e questionar-se, ouvir e ser ouvido, contatar com o próprio mundo interno e com o semelhante, compreendendo a responsabilidade de cada um por si mesmo e pelo outro, na qual a diversidade e a diferença não impeçam a convivência. Para tanto, a qualidade do encontro com as figuras de alteridade é decisiva, pois tem potencial humanizante (ou, no outro extremo, desumanizante).

Compreendemos que uma ação medicalizante, que conduz à patologização da infância e, esta, à medicação cada vez mais precoce, não reconhece como problema central para atenção à infância o fato de ela ser o tempo de constituição e consolidação da subjetividade, na medida em que a riqueza subjetiva da criança implica o semelhante adulto e a qualidade da relação intersubjetiva com ele. Uma ação medicalizante se caracteriza por ser reducionista, na medida em que se propõem ações de cunho médico para dar conta de questões humanas, de ordem subjetiva. Assim, patologiza-se quando se interpõe, entre o adulto e a criança, um rótulo psicopatológico, subentendendo-se que tal rótulo é capaz de saber e dizer tudo sobre o sujeito. Absoluto, dogmático, totalizante. Resulta numa explicação fechada sobre si mesma, que não contempla a abertura para uma experiência de compreensão subjetiva: “ele é assim por que é hiperativo e é hiperativo por que é assim”. Não tendo recursos simbólicos para

compreender e dar conta das dificuldades internas, que se exteriorizam como sintomas, o rótulo diagnóstico tem se constituído num recurso explicativo, empobrecido, reducionista, sobre o sofrimento do sujeito. O passo seguinte é ligar tal compreensão ao funcionamento cerebral orgânico e medicamentar. Sem enigmas, sem perguntas, sem articulação histórica, sem consideração à subjetividade. À máquina cerebral, o conserto só pode ser químico.

Abrir outras perspectivas de compreensão dessa questão tão complexa não seria possível sem o estudo dos pressupostos epistemológicos, filosóficos, históricos e antropológicos. Transformar em uma pesquisa de mestrado as perguntas que tínhamos em torno do tema, fez com que a revisão dos pressupostos subjacentes à medicalização e patologização fosse um passo decisivo para fortalecer e sustentar nossa compreensão e a nossa posição no dia a dia da escola e da clínica. Em nossa prática com crianças “patologizadas”, ou seja, que chegam com o diagnóstico fechado sobre si, observamos que, frente ao diagnóstico neurológico ou psiquiátrico, subjetivamente assumiam-no como parte de sua identidade. São sinais do reducionismo e empobrecimento subjetivo que a patologização faz operar. Muitas vezes, tais indícios se fazem sentir no contato com a criança, tanto sob a forma de banalização e desqualificação de si próprio e do diagnóstico, o envergonhamento e desvalimento de si, e até, num outro extremo, a indiferença com o que lhe passa.

Do lado dos adultos, com frequência observamos um certo deslumbre quando referem ter ouvido “um neurocientista” explicar sobre algum problema da psicopatologia infantil. Afirmações idealizadas, como se estes fossem os portadores de toda a *verdade da ciência*, o que constitui um forte reforço à cultura da cerebralidade e do homem máquina, produção subjetiva de nosso tempo. Aí entra em jogo, no nível *micro* das relações, o uso que cada um faz do que ouve e a capacidade humana singular de compreender o sofrimento de si e do semelhante para além do rótulo. Recusando uma leitura ingênua, contudo, apontamos o quanto questões de poder, de interesses de mercado e de lucratividade de profissionais, empresas e corporações são fomentadas desde a medicalização e patologização da vida e dão suporte a sua manutenção e perpetuação.

Nosso estudo permite reconhecer que estamos frente ao desdobramento de um processo histórico ligado à normalização, à higienização e controle ou à exclusão dos loucos, encarnado na racionalidade cartesiana que supõe que na loucura, nas

enfermidades psíquicas, não há sujeito. Talvez nunca tenhamos vivido um movimento positivista e higienista tão potente quanto atualmente, no que tange ao sofrimento mental, que se consolida pela medicalização da vida e se alastra para os tempos da infância, cada vez mais cedo, encravada que está no tecido social que busca o controle e o silenciamento do sujeito, pela via psicotrópica.

Tratamos de marcar que a produção de conhecimento em ciências humanas não pode partir dos mesmos pressupostos epistemológicos da pesquisa com ciências duras, seja biologia, física, matemática, etc. Há uma radical diferença em termos de objeto de pesquisa, pois o que é eminentemente humano não pode ser mensurável nem quantificável numericamente, ou seja, como seria possível quantificar a dor de um luto, ou medir os efeitos da violência doméstica para a subjetividade uma criança? Questões como essas permitem-nos dimensionar quão inviável são as tentativas de universalizar um dado subjetivo, pois dizem respeito ao núcleo singular e histórico de cada um. Além disso, nunca será possível replicar uma pesquisa para verificar sua veracidade, quando o objeto é subjetivo. Assim, a busca pelos pressupostos epistemológicos, históricos e antropológicos do fenômeno estudado permitiu-nos discernir epistemologias objetificadoras e epistemologias não-objetificadoras do humano, que se ancoram no modo como se toma o ser humano: respectivamente, como objeto ou como sujeito.

À medicalização e patologização da infância subjaz uma epistemologia objetificadora, no sentido de que a etiquetagem e a medicamentação da criança que sofre subjetivamente, sem que se estabeleça uma troca humana profunda com alguém que a ouça, enxergue-a e a reconheça como um sujeito em processo de constituição subjetiva, carrega uma posição reducionista de tratá-la com objeto. Uma degradação de sujeito a objeto. As noções de homem máquina e de sujeito cerebral são os marcos antropológicos da construção da concepção que os sujeitos fazem de si próprios na contemporaneidade, efeito do incruste no tecido social da validação das pesquisas em neurociência e valorização social do cérebro como modelo de compreensão dos fenômenos humanos e patologias mentais e de seu ajuste pela via química.

Na base da epistemologia não-objetificadora, perguntas como: “*quem é o sujeito?*” ou “*como ele se constitui?*” atravessam a compreensão de infância como tempo de constituir o sujeito e na forma de intervir sobre ele: acolhimento e atendimento que dê lugar a sua complexa singularidade. O processo de subjetivação, o qual todo o ser humano precisa atravessar, singular e histórico por natureza, pode ser

marcado por dificuldades e impasses, ou até impossibilidades e falhas, o que resulta em sintomas, cuja investigação psicopatológica não os cristaliza sob a forma de etiquetas. A medicalização e a patologização acabam afetando, de maneira significativa, o processo de subjetivação da criança e seu devir, pois obtura o desenvolvimento de sua identidade, ao assumir um viés identificatório muito forte. Nessa perspectiva, os diagnósticos (não a patologização) na infância, quando criteriosos, considerando a totalidade do sujeito, que inclui a sintomatologia e o quadro clínico sem dogmatizá-los, salvam vidas, pois são decisivos para pensar a ação-intervenção específica para cada criança. Quando é assim, os diagnósticos são *escritos a lápis*, pois as evidências clínicas, fruto de trabalho subjetivante, produzem transformações e avanços decisivos para a vida daquela criança. Assim se conserva o espírito científico do pesquisador/investigador, para não cair num biologicismo extremo, cujo resultado é o empobrecimento reducionista da compreensão humana. Para isso, ampara-se nos pressupostos das próprias neurociências: a epigenética e a neuroplasticidade. Esses são conceitos-chave para compreender a força da experiência e da troca humana na ativação ou desligamento de um componente geneticamente herdado, e a capacidade de o cérebro se moldar e se adaptar. São chave, pois sustentam uma via epistemológica alternativa que reconhece a importância decisiva do outro e da qualidade da relação intersubjetiva para a constituição psíquica, que inclui a linguagem e o desejo. Decorre disso a importância da intervenção precoce sobre o “*laço*”, sobre o enlace subjetivo do adulto com a criança, quando se identifica que *algo não vai bem*, reconhecendo o sofrimento infantil não como categoria nosográfica, mas como mal estar.

Nesse contexto, psicanálise e hermenêutica filosófica se apresentaram como perspectivas epistemológicas não-objetificadoras do sujeito, as quais se articulam pela noção do *outro*, que se complexifica a partir da noção de estranho e constitui o recurso central para pensar a patologização no contexto escolar. O estranho da patologia, do incontrolável, que transborda o sujeito e alcança o entorno e afeta a escola. A discussão que levantamos situa a escola atual num lugar decisivo como fator formativo para o sujeito contemporâneo, em direção à subjetivação, mostrando, a partir da exemplificação dos conceitos pela experiência escolar, quão delicado é construir caminhos que se desviem da patologização, mas quão importante resulta subjetivamente para todos os envolvidos, a construção de novos olhares e novos modos de relação. Decisivo é pensar a escola como espaço para o diálogo, no sentido hermenêutico, e para

a intervenção subjetivante, no sentido psicanalítico, como recursos práticos potentes para que o encontro humano genuíno, fonte dos processos de subjetivação, se produza como resgate da humanidade dos envolvidos, e, assim, deixe suas marcas.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSICHYATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais**. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

AMERICAN PSICHYATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais**. 5.ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

BACHELARD, Gaston. **A formação do espírito científico: contribuições para uma psicanálise do conhecimento**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

BARROS, Denise. **Os usos e sentidos do metilfenidato: experiências entre o tratamento e o aprimoramento da atenção**. Tese (Doutorado em Medicina Social). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

BASAN, Ariana. Uma alma não se fatia como se fatia um corpo. Dossiê DSM-V. **Revista Cult**, São Paulo, n. 184, 2013. Disponível em: <http://revistacult.uol.com.br/home/2013/12/uma-alma-nao-se-fatia-como-se-fatia-um-corpo/>. Acesso em: fev.2017

BENASAYAG, León. Ideología versus ciencia. In: DUEÑAS, Gabriela (Comp.). **La patologización de la infancia: ¿Niños o síndromes?** Buenos Aires: Noveduc, 2011.

BIRMAN, Joel. **Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 3ªed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

_____. Guerras psi. Dossiê Foucault. In: **Revista Cult**, São Paulo. Ano 14, n. 159, jun. 2011.

BITTENCOURT, Daniela Chaves Radel. A escola, a patologização da infância e a destituição do saber da professora: uma leitura psicanalítica. In: SOUZA, Ana Paula, ZIMMERMANN, Vera Blondina (orgs.). **Inserção de crianças e adolescentes na cultura: caminhos possíveis**. São Paulo: Instituto Langage, 2016.

BLEICHMAR, Silvia. **A fundação do inconsciente**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994.

_____. **Perspectiva das transformações da subjetividade na passagem do século**. 2001. Disponível em: <http://www.silvialeichmar.com/framesilvia.htm>. Acesso em: ago. 2016.

_____. Del motivo de consulta a la razón de análisis. **Revista Actualidad Psicológica**. Buenos Aires, n. 287, jun. 2001a. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/36529961/Bleichmar-Del-Motivo-de-Consulta-a-La-Razon-de-Analisis-NoRestriction>. Acesso em nov. 2017.

_____. **Violencia social – violencia escolar: de la puesta de límites a la construcción de legalidades.** Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2008.

_____. **El desmantelamiento de la subjetividad: estallido del yo.** Buenos Aires: Topía Editorial, 2010.

_____. Nuevas condiciones de producción de patología en la infancia. In: DUEÑAS, Gabriela (Comp.). **La patologização de la infancia: ¿niños o síndromes?** Buenos Aires: Noveduc, 2011.

CAMUS, Albert. **O primeiro homem.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.

CENCI, Angelo Vitório. O sentido formativo do outro: uma aproximação entre Hermann e Honneth. In: RAJOBAC, Raimundo; BOMBASSARO, Luiz Carlos; GOERGEN, Pedro. **Experiência formativa e reflexão.** Caxias do Sul: EDUCS, 2016.

_____. Renascer das próprias cinzas: a formação e a atual problemática do sujeito. In: **Reunião Nacional ANPED** (38: 2017: São Luis) Democracia em risco: a pesquisa e a pós-graduação em contexto de resistência. São Luis: ANPED, 2016a. Disponível em: http://38reuniao.anped.org.br/sites/default/files/resources/programacao/trabalho_38anped_2017_GT17_166.pdf. Acesso em: mar. 2017.

CHARLOT, Bernard. A pesquisa educacional entre conhecimentos, políticas e práticas: especificidades e desafios de uma área do saber. **Revista Brasileira de Educação**, v. 11, n. 31, p. 7-18, jan./abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v11n31/a02v11n31.pdf>. Acesso em: set. 2015.

CONRAD, Peter. **The medicalization of society: on the transformation of human condition into treatable disorders.** Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

CORBANEZZI, Elton. Às voltas com a História da Loucura: um percurso intelectual de Michel Foucault. **Plural – Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP.** São Paulo, v. 17, n.1, p. 89-114. 2010.

CRUZ, Raimundo José Barros. **Compreensão e diálogo: contribuições da hermenêutica gadameriana à educação.** Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2010.

DALBOSCO, Cláudio Almir. **Pedagogia filosófica: cercanias de um diálogo.** São Paulo: Paulinas, 2007.

_____. **Educação natural em Rousseau: das necessidades da criança e dos cuidados do adulto.** São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Pesquisa educacional e experiência humana na perspectiva hermenêutica. **Cedernos de pesquisa.** v.44, n.154, out./dez. 2014.

DUEÑAS, Gabriela. Y por la escuela... ¿Cómo andamos? In: BENASAYAG, Leon (Comp.) **ADDH, niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿una patología de mercado?** Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2011.

_____. **Niños en peligro: la escuela no es un hospital.** Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2013.

DUEÑAS, Gabriela, (Comp). **La patologización de la infancia: ¿niños o síndromes?** Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2011.

DUNKER, Christian. O sequestro da neurose. **Revista Cult: Dossiê DSM-V**, Ed. 184, 2013. Disponível em: <http://revistacult.uol.com.br/home/2013/12/o-sequestro-da-neurose/>. Acesso em fev. 2017.

EHRENBERG, Alain. Depressão: doença da autonomia? Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol. **Ágora**, v. VII, n. 1, p. 143-153, jan/jun 2004.

_____. O Sujeito cerebral. **Rev. Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, Vol. 21, n.1, p.187-213, 2009.

FIGUEIREDO, Luis Cláudio, COELHO JUNIOR, Nelson Ernesto. Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade. **Revista Interações**. Vol. IX, n. 17, p. 9 a 28, Jan.-Jun. 2004.

FLICKINGER, Hans-Georg. **A caminho de uma pedagogia hermenêutica.** Campinas: Autores Associados, 2010.

_____. **Gadamer e a educação.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014.

FORUMADD; FÓRUM SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E DA SOCIEDADE. **Carta sobre a medicalização da vida.** Buenos Aires, Online: 2011. Disponível em: <http://medicalizacao.com.br/arquivos/Carta-portugues.pdf>. Acesso em: mai. 2015.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **As palavras e as coisas.** Uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FRANCES, Allen. **Abriendo la caja de Pandora: las 19 sugerencias del DSM-V.** Trad. Gabriel Vulpara, 2009. Disponível em:

<http://www.seypna.com/documentos/criticas-dsm-v.pdf> Acesso em: dez. 2015.

Original em inglês disponível em:

http://www.janusonline.it/sites/default/files/allegati_news/FrancesA_PsychiatricTimes110210.pdf

_____. Transformamos problemas cotidianos em doenças mentais. **El País – Brasil**. 28 set. 2014. Disponível em: http://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/26/sociedad/1411730295_336861.html. Acesso em: dez. 2015.

_____. **Voltando ao normal**. Rio de Janeiro: Versal, 2016.

FREITAS-SILVA, Luna Rodrigues, ORTEGA, Francisco Javier Guerrero. A epigenética como nova hipótese etiológica no campo psiquiátrico contemporâneo. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 24 [3]: 765-786, 2014.

FREUD, Sigmund. Projeto para uma psicologia Científica (1895). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (1911). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. A história do movimento psicanalítico (1914a). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. O estranho (1919). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. Sobre a concepção das afasias: um estudo crítico (1891). In: **Obras incompletas de Sigmund Freud**. Vol. I. Tradução Emiliano de Brito Rossi. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

GADAMER, Hans-Georg. Homem e linguagem. In: ALMEIDA, Custódio Luís da Silva de. **Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans-Gerog Gadamer**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

_____. A incapacidade para o diálogo. In: ALMEIDA, Custódio Luís da Silva de. **Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans-Gerog Gadamer**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000a.

_____. **El estado oculto de la salud**. Barcelona: Editorial Gedisa S.A., 2001.

GATTI, Bernardete. A construção metodológica da pesquisa em educação: desafios. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, v. 28, n. 1, p. 13-34, jan/abr. 2012.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o

estudo da desmedicalização. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.16, n.40, p.21-34, jan./mar. 2012.

HENRIQUES, Rogério Paes. O discurso da medicalização e a saúde como ideal: o que há de novo nos “novos sujeitos”? In: BIRMAN, Joel, et.al. **A fabricação do humano: psicanálise, subjetivação, cultura**. São Paulo: Zagodoni, 2014.

HERMANN, Nadja. Breve investigação genealógica sobre o outro. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 32, n. 114, p. 137-149, jan.-mar. 2011.

_____. A questão do outro e o diálogo. **Revista Brasileira de Educação**, v. 19, n.57, p. 477-493, abr.-jun. 2014.

_____. **Ética e educação: outra sensibilidade**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014a.

_____. Pensar arriscado: a relação entre filosofia e educação. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 217-228, jan./mar. 2015.

IRIART, Celia, RÍOS, Lisbeth Iglesias. Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. **Interface** (Botucatu) [online]. 2012, vol.16, n.43 ISSN1414-3283. Access at: [SciELO Brasil](#), [SciELO Saúde Pública](#).

JANIN, Beatriz. **El sufrimiento psíquico en los niños**. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2011.

_____. Intervenciones subjetivantes frente al sufrimiento psiquico. In: JANIN, Beatriz, [et.al]. **La patologización de la infancia II: Problemas e intervenciones en la clínica**. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2013.

JERUSALINSKY, Alfredo. Os bebês nas Neurociências e na Psicanálise: a questão da memória e da linguagem. In: LASNIK, Marie Christine, COHEN, David (orgs.). **Psicanálise e clínica com bebês: sintoma, tratamento e interdisciplina na primeira infância**. São Paulo: Instituto Langage, 2010.

KANDEL, Eric R. Um novo referencial intelectual para a psiquiatria [1998]. Tradução de Josiane Cristina Bocchi. **Suplemento da Revista Digital AdVerbum** 3 (1) Jan a Jul 2008: pp. 86-106.

LAPLANCHE, Jean, PONTALIS. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LAPLANCHE, Jean. **Novos fundamentos para a psicanálise**. 10 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. **A tina – a transcendência da transferência**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

_____. **Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano – 2000-2006**. Porto Alegre: Dublinense, 2015.

LASNIK, Marie Christine, BURNOD, Yves. O ponto de vista dinâmico neuronal sobre as intervenções precoces. In: KUPFER, Maria Cristina, SZEJER, Myriam. **Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções**. 2.ed. São Paulo: Instituto Langage, 2016.

LEMINSKI, Paulo. **Toda poesia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

LIVRARIA SARAIVA. **Material de divulgação online do livro “O cérebro adolescente”**. 2017. Disponível em: <http://www.saraiva.com.br/cerebro-adolescente-9382585.html>. Acesso em 10/02/17.

LUGON, Ricardo. **Conferência de abertura**. V Jornada do MPASP (Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública), Tema: “Autismos e interface na rede”. Porto Alegre-RS, 07 e 08 de abril de 2017. (Informação oral).

MARASCHIN, Renata. **Diálogo, ética e saúde: formação profissional na perspectiva hermenêutica**. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo. 2017.

MASSCHELEIN, Jan, SIMONS, Maarten. **Em defesa da escola: uma questão pública**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

MEZAN, Renato. **Interfaces da psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

_____. **Intervenções**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2011.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso, COLLARES, Cecília, UNTOIGLICH, Gisela. La maquinaria medicalizadora y patologizadora en la infancia. In: UNTOIGLICH, Gisela, et.al. **En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz**. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2013.

ORTEGA, Francisco, VIDAL, Fernando. Mapeamento do sujeito cerebral na cultura contemporânea. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.257-261, jul.-dez., 2007.

PESSOA, Fernando. **O livro do desassossego**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

PFEIFFER, Luci. **Método de classificação de gravidade da violência contra crianças e adolescentes**. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2011.

REVISTA VEJA. **Brasil registra aumento de 775% no consumo de Ritalina em 10 anos**. São Paulo: Editora Abril, 11/08/2014. In: <https://veja.abril.com.br/saude/consumo-de-ritalina-no-brasil-cresce-775-em-dez-anos/>. Acesso em out.2015

ROUDINESCO, Elisabeth, PLON, Michel. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

_____. **Filósofos en la tormenta**. Buenos Aires: Editorial Fondo de Cultura Económica, 2007.

SÁBATO, Ernesto. **A resistência**. São Paulo: Companhia das letras, 2000.

SANTOS, Dóris Wittmann. Uma análise para o Patinho Feio. In: SANTOS, Dóris Wittmann, SANTOS, Francisco Carlos, AQUINO, Ivania Campigotto. **Te conto um conto: Um enlace entre psicanálise e literatura infantil**. 2. Ed. Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2009.

SANTOS FILHO, Francisco Carlos. DE CARLI, Fabíola Giacomini. CAIMI, Flavia Eloisa. A problemática da produção da subjetividade em aula: reflexões acerca da docência universitária na área das Ciências Humanas. **Revista Espaço Pedagógico**. v. 24, n. 2, Passo Fundo, p. 387-398, maio/ago. 2017.

SANTOS FILHO, Francisco Carlos. **Loucura, estrangeiridade e hospitalidade: Reflexão crítica sobre Foucault e a Psicanálise**. No prelo. Artigo apresentado em para o Grupo de Pesquisa Michel Foucault, do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Passo Fundo (PPGEdu - UPF), coordenado por Dr. Claudio Dalbosco. Out.2017.

_____. **Plenaria de cierre** [ago. 2017]. Buenos Aires: Auditório Caras e Caretas, 05. ago. 2017a. Proferido por ocasião do I Coloquio Silvia Bleichmar (Informação oral).

_____. **O Conceito de Neogênese: considerações sobre o passado e o atual no campo da transferência**. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comportamento) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas. 2000.

SOUZA SANTOS, Boaventura de. **Um discurso sobre as ciências**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

TERZAGHI, Maria. Los niños, los médicos, la medicalización. In: DUEÑAS, Gabriela (comp.). **La patologización de la infancia: ¿niños o síndromes?** Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2011.

UNTOGLICH, Gisela. Construcciones diagnósticas en la infancia. In: UNTOGLICH, Gisela, et.al. **En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz**. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2013.

_____. Prólogo. In: DUEÑAS, Gabriela (Comp.). **La patologização de la infancia: ¿niños o síndromes?** Buenos Aires: Noveduc, 2011.

VASEN, Juan. **Una nueva epidemia de nombres improprios: el DSM-V invade la infancia en la clínica y las aulas.** Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2011.

VASQUES, Carla Karnoppi. Um estrangeiro entre nós, Psicanálise e Educação Especial: diálogos em torno da inclusão de crianças que vivem impasses em sua constituição psíquica. **Ponto de Vista: revista de educação e processos inclusivos**, Florianópolis, n. 9, p. 25-36, jan. 2007. ISSN 2175-8050. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/pontodevista/article/view/20422>>. Acesso em: out. 2017.

VIDAL, Fernando. O sujeito cerebral: um esboço histórico e conceitual. **Polis e psique**, Vol.1, n.1, 2011.

VIÑAR, Marcelo, [et.al]. **La patologización de la infancia III: problemas e intervenciones en las aulas.** Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2013.

VIÑAR, Marcelo. O reconhecimento do próximo: notas para pensar o ódio ao estrangeiro. In: KOLTAI, Caterina. **O estrangeiro.** São Paulo: Escuta FAPESP, 1998.

ZORZANELLI, Rafaela, ORTEGA, Francisco. Cultura somática, neurociências e subjetividade contemporânea. **Psicologia & Sociedade**, 2011, 23(n.spe.), 30-36.

ZORZANELLI, R., ORTEGA, F., BEZERRA JUNIOR, B. **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6): 1859-1868, 2014.

ZYGOURIS, Radmila. De alhures ou de outrora ou o sorriso do xenófobo. In: KOLTAI, Caterina. **O estrangeiro.** São Paulo: Escuta FAPESP, 1998.

CIP – Catalogação na Publicação

D291m De Carli, Fabíola Giacomini
A medicalização e a patologização da infância :
epistemologia subjacente e repercussões na escola / Fabíola
Giacomini De Carli. – 2018.
131 f. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Ângelo Vitório Cenci.
Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade
de Passo Fundo, 2018.

1. Psicologia educacional. 2. Medicalização – Criança.
3. Psicanálise e educação. 4. Hermenêutica. 5. Abordagem
interdisciplinar do conhecimento na educação. I. Cenci,
Ângelo Vitório, orientador. II. Título.

CDU: 37.015.3

Catálogo: Bibliotecária Schirlei T. da Silva Vaz - CRB 10/1364