

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS FACULDADE DE
EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO: CONHECIMENTO
E INCLUSÃO SOCIAL EM EDUCAÇÃO**

**QUEM SABE SOBRE AQUELE QUE NÃO APRENDE?
UM ESTUDO SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA QUEIXA ESCOLAR A
PARTIR DOS DISCURSOS DE PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO E DA
SAÚDE**

Fábio Henrique Silva

Belo Horizonte
2020

Fábio Henrique Silva

**QUEM SABE SOBRE AQUELE QUE NÃO APRENDE?
UM ESTUDO SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA QUEIXA
ESCOLAR A PARTIR DOS DISCURSOS DE PROFISSIONAIS DA
EDUCAÇÃO E DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Programa de Pós-graduação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social.

Linha de pesquisa: Psicologia,
Psicanálise e Educação
Orientadora: Prof^a Dr^a Mônica Maria
Farid Rahme

**Belo Horizonte
2020**

S586q
T

Silva, Fábio Henrique, 1986-
Quem sabe sobre aquele que não aprende? [manuscrito] : um estudo sobre a medicalização da queixa escolar a partir dos discursos de profissionais da educação e da saúde / Fábio Henrique Silva. - Belo Horizonte, 2020.
157 f. : enc, il.

Dissertação -- (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação.

Orientadora: Mônica Maria Farid Rahme.

Bibliografia: f. 137-149.

Anexos: f. 150-157.

1. Educação -- Teses. 2. Psicologia educacional -- Teses. 3. Psicanálise e educação -- Teses. 4. Distúrbios da aprendizagem -- Teses. 5. Fracasso escolar -- Análise do discurso -- Teses. 6. Crianças de aprendizagem lenta -- Teses. 7. Crianças hiperativas -- Educação -- Teses. 8. Crianças -- Capacidade de aprendizagem -- Teses. 9. Crianças -- Conduta -- Teses. 10. Crianças problema -- Teses. 11. Disciplina da criança -- Teses. 12. Distúrbio da falta de atenção com hiperatividade -- Aspectos educacionais -- Teses. 13. Medicalização -- Teses. 14. Medicina social -- Teses. 15. Médicos -- Análise do discurso -- Teses. 16. Professores -- Análise do discurso -- Teses. 17. Orientação educacional -- Teses. 18. Psicologia escolar -- Teses.

I. Título. II. Rahme, Mônica Maria Farid, 1969-. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação.

CDD- 371.280981

Catálogo da Fonte: Biblioteca da FaE/UFMG (Setor de referência)

Bibliotecário: Ivanir Fernandes Leandro CRB: MG-002576/O

Dissertação de mestrado intitulada Quem sabe sobre aquele que não aprende? Um estudo sobre a medicalização da queixa escolar a partir dos discursos de profissionais da educação e da saúde, de autoria de Fábio Henrique Silva, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Educação, a qual foi analisada pela banca examinadora constituída pelas(os) seguintes professoras(es):

Profª. Dra. Mônica Maria Farid Rahme (Orientadora) Faculdade de Educação (FaE)/Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Profª. Dra. Libéria Rodrigues Neves (Titular) Faculdade de Educação (FaE)/Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Profª. Dra. Carla Mercês da Rocha Jatobá Ferreira (Titular) Centro de Educação Aberta e a Distância da Universidade Federal de Ouro Preto (CEAD/UFOP)

Prof. Dr. Luiz Paulo Ribeiro (Suplente) Faculdade de Educação (FaE)/Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Prof. Dr. Marco Antônio Torres (Suplente) Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO - CONHECIMENTO E INCLUSÃO SOCIAL



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO FÁBIO HENRIQUE SILVA

Realizou-se, no dia 07 de fevereiro de 2020, às 09:00 horas, Sala 402, da Universidade Federal de Minas Gerais, a 1376ª defesa de dissertação, intitulada *Quem sabe sobre aquele que não aprende? Um estudo sobre a medicalização da queixa escolar a partir dos discursos de profissionais da educação e da saúde.*, apresentada por FÁBIO HENRIQUE SILVA, número de registro 2018657709, graduado no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em EDUCAÇÃO - CONHECIMENTO E INCLUSÃO SOCIAL, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Monica Maria Farid Rahme - Orientador (UFMG), Prof(a). Liberia Rodrigues Neves (UFMG), Prof(a). Carla Mercês da Rocha Jatobá Ferreira (UFOP).

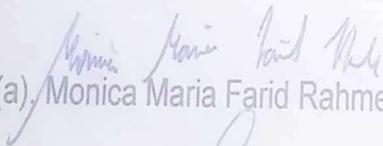
A comissão considerou a dissertação: Aprovada. A banca sugeriu a revisão ortográfica da dissertação e o ajuste dos pontos indicados. Destaca a qualidade do trabalho e relevância do tema pesquisado. Ressalta a publicação de artigos.

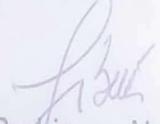
A Banca sugeriu e o candidato acatou a mudança de título da dissertação para: _____

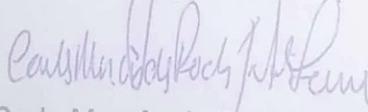
Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 07 de fevereiro de 2020.


Lorena Maia - Secretário(a)


Prof(a). Monica Maria Farid Rahme (Doutora)


Prof(a). Liberia Rodrigues Neves (Doutora)


Prof(a). Carla Mercês da Rocha Jatobá Ferreira (Doutora)

AGRADECIMENTOS

À Mônica, pela generosa acolhida de minha proposta de trabalho, pela orientação comprometida, paciente e pelo encorajamento quando a incerteza se fez presente....grato.

Aos professores Marcelo Ricardo e Margareth Diniz pela leitura cuidadosa de meu projeto e pelas pontuações assertivas que muito me ajudaram a definir os rumos da pesquisa.

Aos encontros do grupo LEPSI e as oportunidades onde pude discutir e aprimorar meu objeto de investigação.

Aos professores das disciplinas cursadas que trouxeram questões instigantes e contribuíram para que a pesquisa avançasse.

Aos colegas com quem dividi esse percurso e que nos Seminários da linha Psicologia, Psicanálise e Educação, trouxeram outros olhares ao meu tema.

À Marina, que com sua escuta e ato, sustenta a posição de analista.

À minha família...meus pais, irmão, sobrinhos...para onde sempre retorno.

À Patrícia, por demonstrar que companheirismo é um ato de coragem.

Aos meus filhos, Alice e João Emanuel...minha razão de prosseguir.

À CAPES pelo apoio à pesquisa

RESUMO

A pesquisa aqui apresentada teve por objetivo investigar o fenômeno da medicalização, que se evidencia no campo da Educação, a partir das demandas feitas pelos profissionais da educação aos profissionais da saúde. Observa-se que essas demandas se referem à solicitação de avaliação e intervenção junto às crianças que apresentam dificuldades de aprendizagem ou problemas comportamentais. Há uma tentativa de explicar a queixa escolar a partir, exclusivamente, do saber médico-psicológico, evidenciando a incidência do discurso da ciência no campo da Educação. Por meio do levantamento bibliográfico realizado constatou-se que o pensamento foucaultiano constitui-se importante referência para o estudo do tema, pois o conceito de biopolítica contribui para a compreensão de como a medicalização da Educação se relaciona aos jogos de poder e à busca de legitimidade por meio do discurso científico da medicina. Um segundo marco recorrente é o da psicologia histórico-crítica, tomando como referência o trabalho de Maria Helena Souza Patto acerca da produção do fracasso escolar. Nele, a autora expõe os mecanismos de reprodução da contradição social imiscuídos ao processo de escolarização das classes desfavorecidas. Embora a pesquisa dialogue com essas produções, a abordagem da questão da medicalização se fundamentou nas contribuições da Psicanálise, seguindo a orientação lacaniana de que, na atualidade, presencia-se a *copulação* do discurso da ciência e do discurso capitalista. Nesse sentido, a medicalização é analisada como um modo de lidar com o mal-estar na Educação, com o impossível de educar e com o impossível de homogeneizar, no contexto de uma política que se pretende acessível a todos. A pesquisa empreendida caracterizou-se como um estudo exploratório cujo objetivo geral foi analisar os discursos de profissionais da área da Educação e da Saúde acerca do tema da medicalização. Valendo-se da noção de Discurso, proposta por Lacan, utilizou-se como procedimento de coleta de dados a realização de entrevistas semi-estruturadas. Para tanto, foram entrevistadas seis professoras e sete profissionais da saúde atuantes em uma escola pública de educação básica e em equipamentos de saúde de uma cidade do interior de Minas Gerais. Os dados levantados permitiram verificar que os marcadores identificados nas pesquisas da década de 1980 ainda permanecem. Assim, a noção de família disfuncional, de precariedade sociocultural, bem como a noção de déficit (do aluno que não aprende), continuam vigorando como modos de explicar o fracasso escolar. A leitura psicanalítica, por sua vez, auxiliou no entendimento da questão da medicalização a partir de um eixo no qual foi possível escutar os sujeitos e compreender seus posicionamentos a partir de seus enunciados, focalizando três pontos: Primeiro, o discurso de mestria dos profissionais da saúde, que ocupam o lugar de especialistas, acolhendo a demanda das instituições escolares e respondendo a partir de um saber que se supõe infalível e verdadeiro. Segundo, a posição de fracasso na qual os profissionais de educação se colocam frente à criança que não aprende. E, por fim, o terceiro ponto que indica o quanto o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), torna-se paradigmático para o estudo do fracasso escolar, sendo tomado, em geral, como a hipótese inicial para identificar a causa da não aprendizagem.

Palavras-chave: Educação, Psicanálise, Medicalização, Discursos.

Abstract

The research's objective is investigate the medicalization phenomenon who happen in area of education, who starts with the solicitations from education professionals to health professionals. We can observe who this solicitations are about solicitations for evaluations and interventions with this children, who present difficulties to learn and behavioral problems. There is a tentative to explain the school complaint only through the knowledge doctor-psychological, evidencing the incidence from science discourse in education area. Across the bibliographical survey, we can verify who the Foucault's thinking is an important reference for the study of this theme the concept of biopolitics contribute for the comprehension how the medicalization of the education is related to power games and is looking for the legitimation from scientific discourse. A second important reference is critical historical psychology, the writer Maria Helena Souza Patto and his work about the production of school failure. This authoress exposes the mechanism of reproduction of social contradiction meddle with the process of schooling to unfavorable cases. This research dialogues with these works however the medicalization question is grounded in contribution of psychoanalysis, according to lacanian orientation who affirm then, nowadays, there is a *copulation* across science discourse and capitalist discourse. This way, the medicalization is analyzed like a way for deal with the unwell in education, with the impossible to educate and the impossible to homogenize in a context of a politician who pretends for all. This research was characterized by a exploratory study with the objective to analyze the discourses of professionals of education area and health area about the medicalization theme. Was realized semi structured interviews. For this, was interviewed six teachers and seven professionals of health area, who actuate in a public school of basic education. The answers of these interviews provide verify who the data identified in 1980 still remain. The notion of dysfunctional family, sociocultural precarity, and deficit in a student who don't learn, still prevail how a way to explain the school failure. A psychoanalytical reading help to understand the medicalization question through the listening of the subjects and your positions perceived in your enunciated, focusing in three points: First - the mastery discourse of health professionals, who occupy the place of specialists, received the solicitations of the schools and answering as of a knowledge supposed infallible and truthful. Second – the failure position of the education professionals put themselves when they are through the students of don't learn. And, finally, third point – who indicate how much the Attention Deficit Hyperactivity Disorder become paradigmatic for the study of the school failure, being used, in general, as an first hypothesis for to identify the reason of the *no learn*.

Keywords: Education, Psychoanalysis, Medicalization, Discourses.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO..... | 8 |
| 1- BASES TEÓRICAS DO CONCEITO DE MEDICALIZAÇÃO E SUA APLICAÇÃO NA COMPREENSÃO DA QUEIXA ESCOLAR..... | 18 |
| 1.1 Da escola aos serviços de saúde: revisando a literatura acerca da queixa escolar na articulação Educação-Saúde..... | 19 |
| 1.2 Das bases teóricas para se pensar o conceito de medicalização e a crítica do fenômeno no campo da Educação..... | 22 |
| 1.2.1 O conceito de biopolítica em <i>História da Sexualidade</i> | 23 |
| 1.2.2 Um breve histórico do conceito de medicalização em Michel Foucault..... | 29 |
| 1.3 As dimensões históricas do fracasso escolar: ressonâncias da pesquisa de Maria Helena de Souza Patto..... | 36 |
| 1.3.1 Um panorama histórico: o contexto de surgimento dos sistemas de ensino universal..... | 38 |
| 1.4 A biopolítica e o fracasso como produção: aproximações do pensamento foucaultiano e a obra de Maria Helena de Souza Patto nos estudos sobre a medicalização da infância e da educação..... | 49 |
| 2-DO CONCEITO DE INFÂNCIA À INFÂNCIA MEDICALIZADA..... | 54 |
| 2.1. A constituição da psiquiatria infantil e os processos de aprendizagem como critérios para a definição das patologias da infância..... | 58 |
| 2.2 O paradigma cerebral..... | 63 |
| 2.3 A medicalização do não-aprender: a queixa escolar na tensão entre o discurso médico e o pedagógico..... | 74 |
| 3 - CONTEXTUALIZANDO A PESQUISA: OS FUNDAMENTOS TEÓRICOS, O CAMPO E OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 81 |
| 3.1. Estabelecendo as bases teórico-metodológicas de nossa pesquisa: uma breve discussão da pesquisa em psicanálise..... | 81 |
| 3.2. Delimitando o <i>locus</i> da pesquisa: a descrição do campo..... | 86 |
| 3.3 O itinerário da inserção no campo: caminhos e descaminhos no contato com os participantes da pesquisa..... | 89 |
| 3.4 Da escuta à escrita: procedimento de análise dos enunciados..... | 95 |

| | |
|---|-----|
| 4 - OS QUE SE DIZ SOBRE A QUEIXA ESCOLAR NO CAMPO DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE – UMA ANÁLISE DO DISCURSO DOS PROFISSIONAIS..... | 99 |
| 4.1 As concepções da queixa escolar pelos profissionais de Educação e de Saúde..... | 99 |
| 4.2 Os fatores ambientais e as condições de vida como causas do não-aprender..... | 107 |
| 4.3 O saber médico e o saber pedagógico frente ao fracasso escolar: a questão dos discursos..... | 109 |
| 4.3.1 A visada psicanalítica sobre a questão da medicalização e a contextualização da teoria dos discursos..... | 110 |
| 4.3.2 O recurso ao especialista e a resposta científica: o circuito da medicalização..... | 115 |
| 4.3.3 A psicopedagogia como o ideal: diagnosticar a falha e nomear para educar..... | 119 |
| 4.3.4 O que precede o encaminhamento: A exclusão pelo lado de dentro e o fracasso em suportar o ineducável de cada um?..... | 122 |
| 4.3.5 O laudo e o diagnóstico: limites do saber pedagógico e entronização do saber médico-psicológico..... | 125 |
| 5 -CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 133 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 137 |
| ANEXO I..... | 150 |
| ANEXO II..... | 152 |
| ANEXO III..... | 154 |
| ANEXO IV..... | 156 |
| ANEXO V..... | 157 |

INTRODUÇÃO

O tema que circunscreve o interesse da pesquisa empreendida decorre da minha experiência profissional como psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no município de Bom Sucesso – Minas Gerais. O trabalho do NASF¹ é orientado pelo princípio do matriciamento, que diz respeito a uma forma de organização do trabalho na Atenção Básica à Saúde e se efetiva a partir de duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógico. O objetivo é a produção de cuidado integrado às equipes de saúde, visando situações e problemas apresentados em um determinado território.

As diretrizes da Atenção Básica preconizam que as intervenções se deem assumindo um conceito de saúde que supere a concepção biomédica. Desta forma, tornam-se pertinentes abordagens interdisciplinares para a promoção de saúde, inseridas no território, nos mais diversos equipamentos institucionais, oportunizando a tessitura da rede socioassistencial e o diálogo intersetorial. A perspectiva da Saúde Mental, inserida na Atenção Básica através do NASF, contempla essa visada. De acordo com a Linha-Guia de Atenção em Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2007):

A prática de políticas públicas de efetivo alcance social é indispensável, permitindo uma abordagem intersetorial dos diferentes aspectos envolvidos na abordagem do sofrimento mental. Estes aspectos não se restringem à área da Saúde, mas devem envolver moradia, o trabalho, o lazer, a educação, etc. (Minas Gerais, 2007, p.35)

Em face do exposto, evidencia-se que o trabalho do psicólogo no NASF o coloca diante das mais variadas demandas, advindas dos mais diversos setores, dentre os quais destaca-se a escola. Os encaminhamentos deflagrados pela escola ao serviço de psicologia do NASF chegam de modo recorrente e expressivo. Em geral, solicita-se avaliação médica, e avaliação e acompanhamento psicológico de crianças com *dificuldades de aprendizagem e problemas de indisciplina*. Observa-se que os professores se utilizam de critérios apropriados do discurso médico para nomear os alunos que apresentam dificuldades no contexto escolar, seja em relação à aprendizagem, seja por questão comportamental. Logo, se a criança não se adequa aos imperativos do sistema é alocada sob o signo da patologia. Não raro, ouve-se

¹ Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família foram criados em 2008 com o objetivo de consolidar e ampliar as políticas de Atenção Básica. Atualmente, o programa é regulado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 e se caracteriza por ser uma equipe multiprofissional que atua junto às Estratégias de Saúde da Família (ESF) desenvolvendo ações nos territórios adscritos. Podem ser classificados em três modalidades, de acordo com o número de ESF existente no município. O NASF do município de Bom Sucesso é classificado na modalidade NASF 1, atendendo 7 ESFs e composto por 2 psicólogos, 1 nutricionista, 1 fonoaudiólogo, 3 fisioterapeutas, 1 pediatra e 1 ginecologista.

professores proferindo diagnósticos de déficit de atenção, hiperatividade, dislexia e até mesmo autismo. Tais encaminhamentos parecem trazer implícita a demanda de que se ateste uma patologia à criança e que haja uma intervenção, inclusive medicamentosa, que a reestabeleça e a adapte. Tendlarz (2013) nos aponta que nesse contexto “o que está em jogo é tanto uma ideologia acerca do que se espera de uma criança, como um efeito de mercado de consumo por parte dos laboratórios e, ainda, uma série de tratamentos cognitivo-comportamentais, que se apoiam em um mapeamento cerebral.” (p. 45). Portanto, exclui-se a subjetividade em função de uma prática objetivante, estritamente biologicista e disciplinar. Em relação a essa questão, a Linha-Guia de Atenção em Saúde Mental (Minas Gerais, 2007) apresenta a seguinte proposição:

O que se deseja transmitir quando educamos crianças? Ensina-se, dentre outras coisas, a ler, escrever, contar estas são habilidades muito desejáveis, certamente! Contudo, frequentemente, a educação divorcia a atividade intelectual da criança das questões reais apontadas por seu desejo, sua curiosidade, seu interesse pelo mundo e pelas coisas. Uma normatividade uniformizante e mediocrizante reina muitas vezes e, ainda, utilizam-se categorias como ‘distúrbios de aprendizagem’, ‘distúrbios de conduta’, etc, para nomear o efeito de sua ação negativa, quando ela se torna demasiadamente evidente em certas crianças. (Minas Gerais, 2007, p. 83)

Nesse sentido, a fim de não reproduzir uma prática adaptativa que corrobora um ideal de *normalidade* e que esvazia as possibilidades de complexificar o quadro a partir do qual se constrói a ideia de *dificuldade de aprendizagem*, assumimos como temática de nossa investigação um fato que vem se constituindo no contexto escolar, a partir de agenciamentos contemporâneos (cientificistas, mercadológicos, normatizantes), qual seja, a questão da medicalização da educação.

Como psicólogo do NASF, o contato com a escola se dava indiretamente. As demandas eram encaminhadas aos serviços de saúde e, sempre que possível, solicitávamos entrevista com a supervisora e/ou a professora da criança encaminhada. Quando não havia essa possibilidade, era solicitado à escola um relatório acerca da trajetória escolar da criança, a fim de que se pudesse compreender por que, para os profissionais que lidavam com a criança na instituição escolar, fazia-se importante que esta fosse submetida à avaliação e acompanhamento psicológico. Outro percurso de encaminhamento que a escola realizava era via Conselho Tutelar; uma vez entendido que, casos advindos deste, entrariam na ordem de prioridade pois presumiam-se situações de violação do direito da criança. Realizava-se, ainda, entrevistas com os pais, com o objetivo de interpelá-los sobre como representavam a demanda que a escola fazia aos serviços de saúde, e se compreendiam a razão para tal e se também consideravam a necessidade de a criança frequentar esse espaço. E, o aspecto mais

importante, ouvia-se a criança a fim de que ela também estivesse implicada e, sobretudo, no sentido de capturar a sua demanda singular, que poderia não ter relação necessária com a escola.

Durante um período específico, nos anos de 2013 e 2014, próximo ou correspondente ao segundo semestre, a Secretaria Municipal de Educação solicitou que os psicólogos do NASF fossem cedidos, pela Secretaria Municipal de Saúde, para realizar psicodiagnóstico de um grupo de alunos, matriculados nas escolas do município e que vinham apresentando dificuldades no processo de escolarização, seja por dificuldades de aprendizagem, seja por questões comportamentais. O objetivo era que fossem emitidos laudos que subsidiassem a formulação dos Planos de Desenvolvimento Individual (PDIs) dos alunos que não estavam apresentando o aproveitamento esperado e considerava-se a necessidade de que alguns ficassem retidos na série que cursavam.

No primeiro ano em que esse trabalho foi solicitado, a Secretaria de Educação, junto às escolas, definiu que cada instituição indicaria até 30 alunos (mesmo considerando que houvesse mais) e requisitou aos profissionais que aplicassem testes, com o intuito de que o tempo fosse otimizado e que, em alguns dias, todos os alunos pudessem ter um laudo e uma nomeação decorrente do saber médico, que supostamente traria a resposta ou confirmaria a hipótese de por que não aprendiam ou por que se comportavam de determinada forma.

Advertidos de que entre demanda e desejo há uma disjunção (Lacan, 2001) estabelecemos critérios que, a nosso ver, constituíam uma tentativa de fazer com que as instituições se confrontassem com aquilo que nos demandavam. Primeiro, solicitamos que o número de crianças a serem avaliadas fosse reduzido, a fim de que a própria instituição tivesse o esforço de verificar quais, efetivamente, necessitavam passar pela avaliação. Objetivávamos, com isso, que as escolas pudessem se inquirir acerca do trabalho desenvolvido com esses meninos e meninas, tendo duas indagações como referência: Encaminhava-se, depois de esgotadas as tentativas de ação dentro da escola (se é que as possibilidades de intervenção pedagógica são um conjunto fechado)? Ou encaminhava-se como um primeiro e único recurso, sem que a própria instituição tivesse criado estratégias para lidar com suas demandas?

O segundo critério dizia respeito ao tempo do trabalho. À solicitação de que fossem aplicados testes, abriram-se duas interpretações: Primeiro, a presunção de efetividade e veracidade do futuro diagnóstico; Segundo, por permitir que o processo pudesse ser feito de modo mais ágil. O que não comprometeria o desenvolvimento das atividades regulares da escola, ao mesmo tempo que avalizaria a queixa em relação aos impasses que a dificuldade de

aprendizagem e as questões comportamentais impunham. Entretanto, definimos que não trabalharíamos com testes e sim com entrevistas e observações, e que utilizaríamos os recursos disponíveis na própria escola. Pretendíamos, ao propor uma nova temporalidade, subverter a imaginarização de que há um tempo cronológico para o aprendizado. Se a criança não “aprendeu” como prescrito no ideal que a política preconiza, por que isso deve ser interpretado como déficit? E se há um déficit, de quem seria?

No terceiro passo, faríamos entrevistas também com os pais ou responsáveis e, impreterivelmente, ouviríamos o par parental ou dois responsáveis pela criança, considerando a importância de se compreender a dinâmica familiar na qual o infante estava inserido. Interessava-nos investigar como as famílias representavam as queixas que as escolas direcionavam a seus filhos; como os pais e responsáveis acompanhavam e o que percebiam da trajetória escolar dessas crianças. Por fim, estabelecemos que os alunos seriam agrupados por faixa etária e que faríamos no mínimo cinco encontros, onde seriam realizadas entrevistas, observações, aplicação de desenhos, além de trabalharmos com jogos, histórias e com os recursos que as escolas nos dispusessem.

Os resultados obtidos, diante dos elementos de convicção que pudemos acessar, mostraram que a grande maioria das crianças não poderia ser identificada aos transtornos que as escolas supunham. De um modo geral, o que se observou é que não havia, por parte das instituições, estratégias para lidar com aquilo que apresentavam como queixa. Observou-se que o ideal de homogeneização prevalecia sobre a necessidade de considerar a premissa de que a relação com o saber e com o conhecimento são singulares.

No ano seguinte, foi-nos endereçada a mesma demanda. Propusemos que o trabalho se desse conforme o trabalho feito anteriormente, entretanto, acrescentando entrevistas individuais com os professores, o que ocorreu em dois momentos: uma entrevista inicial (a fim de escutar o professor no seu desejo de transmissão) e uma devolutiva (com o intuito de construir com esse um posicionamento diferente ao da destituição de saber). Em relação ao trabalho com os pais, optamos pela realização de grupos, bem como com as crianças.

Ao fim desse trabalho, foi proposto que fosse feita uma intervenção a longo prazo com os professores, com discussão de casos e estudos teóricos. Reunimo-nos com todos os professores, alocados nas oito escolas da rede municipal, com o propósito de apresentar nossa proposta, que consistiria em estudos teóricos de temas extraídos de suas experiências e que convergissem com as discussões da psicologia da educação. Além de realizar estudos de caso. Os encontros aconteceriam com periodicidade mensal e seriam definidos de acordo com a disponibilidade de cada instituição. Apenas uma escola demonstrou interesse. Entretanto,

questões burocráticas impostas pela secretaria, na qual os psicólogos eram lotados, inviabilizaram que o planejamento fosse colocado em prática. Esse processo resultou na construção da proposta de pesquisa apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da UFMG, qual seja, investigar os discursos dos profissionais da saúde e da educação referentes a dificuldades no processo de escolarização.

Adotamos como objetivo da pesquisa problematizar a questão da medicalização a partir dos discursos dos profissionais da educação e da saúde, orientando-nos por uma leitura da psicanálise. Couto (2004) afirma que nos encaminhamentos advindos da instituição escolar “percebemos que a prática comum às escolas de ofertar significantes provenientes do discurso científico ao comportamento inadequado do aluno, tem como principal efeito o silenciamento do sujeito, uma vez que promove a captura imaginária aos significantes que vem do Outro” (Couto, 2004, p. 2) O que nos leva a questionar: Qual aposta se faz quando a Educação busca aporte em um saber que nomeia mas, a priori, não consegue orientar a prática dos profissionais inseridos nas instituições educativas? Na tentativa de delimitar nosso problema e nosso objeto de pesquisa, partimos da orientação de Lacan (2001[1966]) de que a medicina tem se caracterizado pela imbricação do discurso da ciência ao discurso do capitalista, tornando-a um saber que deteria a verdade sobre o sujeito.

A revisão de literatura nos aponta que o pensamento foucaultiano tem sido uma referência central para os estudos relativos à medicalização da vida e para o recorte específico da incidência desse fenômeno no contexto escolar. Desse modo, interessa-nos, também, sua conceituação concernente à biopolítica, no sentido de questionar em que medida o recurso à medicina poderia verter-se em um dispositivo para uma prática pedagógica excludente. E, ainda, verificar sua apropriação dos jogos de poder capitalista. Tendo em vista que o sofrimento psíquico gera uma esfera de mercado, eximiria-se a instituição escolar de rever os princípios éticos que a sustentam? De acordo com Guarido (2007),

A normalização da vida expressa no campo médico pela possibilidade de classificação dos indivíduos em termos diagnósticos, (...), pode ser inserida naquilo que Foucault nomeia como microfísica do poder sobre os corpos. A produção de saber sobre o sofrimento psíquico encontra-se associada à produção da indústria farmacêutica de remédios que prometem aliviar os sofrimentos existenciais. (p.159)

Apoiados no arcabouço psicanalítico, interpelamo-nos sobre as seguintes questões: acoplar ao sujeito, um nome extraído de um saber que se sustenta no Discurso do Mestre²,

² O Discurso do Mestre é identificado por Lacan como o discurso do inconsciente. Com base na dialética hegeliana do senhor e do escravo, Lacan nos mostra que esse discurso promove os laços de mestria. O agente coloca o outro a trabalho a fim de extrair daí o objeto de gozo. O saber, que está do lado do escravo, é ignorado.

pode nos revelar as capilaridades pelas quais o poder permeia as relações e os modos como ocorre o controle dos corpos na contemporaneidade? Fazer coincidir a subjetividade com o cérebro pode ser uma das vias que se mostram eficientes a esse fim biopolítico³ e à produção de processos de disciplinarização? Suspeitamos que essa direção tem sido frequentemente tomada no campo da Educação, uma vez que é substancial o número de encaminhamentos feitos pela escola aos serviços de saúde. Isso nos mobiliza a indagar o que se dá a nível micropolítico quando a demanda por avaliação e tratamento de crianças, cuja escola apresenta queixa, é deflagrada.

Apontamos que o problema a partir do qual almejamos discutir nosso objeto de pesquisa é a construção discursiva que se produz na tentativa de bordejar o mal-estar imposto à prática pedagógica pelas queixas escolares (dificuldades de aprendizagem, indisciplina), recorrendo-se ao discurso do especialista (médicos e psicólogos), através dos encaminhamentos. Nesse sentido, levantamos alguns questionamentos que consideramos norteadores: O que quer um professor quando encaminha um aluno que apresenta queixa escolar? Como os profissionais de saúde significam os encaminhamentos que a escola os faz? Há tensões que se impõem no espaço existente entre escola e serviços de saúde? Quais são os modos de subjetivação que daí se produzem? Qual a posição, para a escola, que a criança marcada pela queixa escolar ocupa na cena educacional, a de estudante ou a de paciente?

A partir da referência à psicanálise e em diálogo com outras disciplinas que nos permitem circunscrever o fenômeno estudado, pretendemos pensar a repercussão da medicalização na prática pedagógica e como esta problemática se constitui e se sustenta através de práticas micropolíticas, que podem ser evidenciadas a partir dos lugares discursivos que os sujeitos (profissionais da educação e da saúde) enunciam. Desta forma, interessa-nos pensar o que é que se encaminha quando se direciona uma criança com queixa escolar para o serviço de saúde e quais discursos sustentam esse circuito que silencia o sujeito.

Consideramos que esta pesquisa se faz importante no sentido de lançar luz aos significantes que nomeiam os sujeitos dos quais a instituição escolar se queixa e permitir interrogar o cruzamento do discurso médico com o discurso pedagógico. Por que diante do que falha na prática pedagógica, há a evocação do especialista (médico, psicólogo e outros

O que Lacan faz entrever, no entanto, é que a mestria é impossível, uma vez que no lugar da verdade, está que o mestre também é um sujeito barrado. (Lacan, 1992)

³ O termo biopolítica em Foucault, demarca uma mudança das estratégias de governamentalidade, onde o exercício do poder não se dá numa investida sobre o corpo individual, através de práticas de vigilância e punição, tendo, portanto, um caráter disciplinar, a fim de assegurar o poder do soberano. Na conjuntura moderna, sobretudo com as tecnologias do corpo oferecidas pela medicina, o controle social deixa de ser pela docilização do corpo individual e passa a ser sobre fenômenos de conjunto, de abrangência coletiva. (Foucault, 1980/2002)

profissionais da saúde)? O diagnóstico do profissional de saúde pode nortear o fazer dos profissionais da educação? O que está implícito na palavra do profissional de saúde que faz com que esta seja tomada como uma possível solução para um impasse pedagógico? Qual a interpretação que os profissionais da saúde fazem daquilo que as instituições escolares os demandam? E qual é a noção que os professores têm acerca do saber desses especialistas a quem recorrem? Apostamos que sustentar estes questionamentos, como coordenadas para analisar a incidência da medicalização na Educação, pode contribuir para a construção de um espaço escolar onde diferentes modos de aprender possam, de fato, ser acolhidos. Essas indagações nos ajudam a investigar, ainda, se o encontro entre profissionais da educação e da saúde pode se efetivar sem que esteja calcado no imperativo do diagnóstico.

É flagrante o contrassenso que se configura no campo da saúde pública quando, diante de diretrizes que orientam para uma prática que leve em conta a singularidade, a subjetividade do usuário⁴, o que se constata é um campo cada vez mais cientificista e normatizador, sendo atravessado por “um saber que tudo sabe” e se erige no lugar do Discurso do Mestre, como é o caso da medicina. Tal fato se torna evidente se nos ativermos à relação educação-saúde, quando a questão da medicalização se define como o amálgama desse contato. Em consonância com Guarrido (2007), notamos que “com a hegemonia do discurso psiquiátrico sobre os sofrimentos e as disfunções comportamentais e cognitivas das crianças, vemos que a Educação encontra-se mais uma vez ou mais intensamente atravessada pelo discurso do especialista.” (p. 157) Nessa perspectiva, denota-se, como consequência, a subsunção da prática educativa a um conjunto de nomes que identificam, ao mesmo tempo que limitam, o sujeito que está fora do ideal de um modelo de educação perpassado por micropoderes homogeneizantes.

Deste modo, o tema de pesquisa revela a urgência em se construir outros laços na articulação Saúde-Educação, que tratem o sujeito em sua singularidade e não o aprisione à significantização decorrente do discurso médico. Ensejando assim que, tanto os profissionais da educação, quanto os profissionais da saúde, reposicionem-se em suas práticas a partir de uma ética que responsabiliza, e não de uma moral culpabilizante. Permitindo, desta feita, modos de resistência ao poder advindo das relações saber/poder contemporâneas. Consideramos, ainda, que a pesquisa traz a possibilidade de contribuir com as discussões já travadas acerca da medicalização no campo da Educação, uma vez que buscamos examinar

⁴ De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2012), a Atenção Básica “Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.” (Brasil, 2012, p 19-20).

como a queixa escolar aparece nos discursos de profissionais da saúde e da educação. Ressaltamos que estudos acerca da medicalização no campo da Educação, que enfoquem o discurso dos profissionais de saúde, aparecem em menor quantidade, como constatado na revisão de literatura, e esse foi um importante escopo do trabalho que empreendemos no primeiro capítulo.

Para levar a cabo a proposta de investigação ora apresentada, traçamos como objetivo analisar os encaminhamentos de crianças com histórico de queixas escolares aos serviços de saúde, com base nos discursos dos profissionais das áreas da educação e da saúde. Por “encaminhamento”, compreende-se o protocolo de comunicação entre setores, mas também, e sobretudo, o ato de encaminhar. Ou seja, o movimento de endereçar a demanda a um outro e a forma como essa resposta é devolvida, assim como o que se coloca na constituição desse circuito.

Nesse sentido, tornou-se necessário investigar o discurso dos professores, no qual se presentifica a queixa escolar; compreender como se institui, no campo da Educação, o endereçamento de suas demandas aos profissionais de Saúde por meio dos encaminhamentos e analisar os discursos que sustentam o posicionamento dos profissionais de saúde e as representações que fazem acerca das queixas escolares. Consideramos que averiguar como se dá o processo de encaminhamento e a condução da queixa escolar numa dimensão micropolítica, sem perder de vista o enquadre social, político, econômico mais amplo, poderia nos permitir extrair os modos de enlaçamento social que se estabelecem e como isso pode impactar a prática pedagógica no interior das instituições escolares.

Por fim, o que fez definir a questão dos discursos como objeto de pesquisa é levar adiante a hipótese de que, quando a criança é nomeada a partir de um significante que vem do discurso da ciência, que é um discurso que supõe deter a verdade, há reordenamento da história do sujeito, ao menos em sua trajetória escolar, que passa a ser interpretada pela falha. Aventam-se várias possibilidades nesse sentido: ora é uma falha do cérebro, ora da família, ora do professor, da instituição e/ou da política. E, se há uma falha, esta é passível de ser corrigida. Entretanto, enfrentar a questão da queixa escolar pelo viés da falha, parece trazer como efeito o encobrimento da falta, o que coloca em jogo a dimensão do desejo. É nessa visada que consideramos ser possível interpelar os discursos sobre a criança que não questionam o seu desejo de saber, consolidando a ideia do déficit e da inadequação; ao professor o seu desejo de transmissão; aos pais, o lugar da criança na dinâmica familiar; à instituição, o modo como ela lida com as diferenças.

A partir dos pontos discutidos acima, objetivamos delinear de modo amplo, no

primeiro capítulo, como a discussão acerca dos processos de medicalização vem se colocando na literatura do campo. Apresentaremos a revisão de literatura, na qual foram levantadas pesquisas que tinham como recorte os discursos dos profissionais da educação e da saúde e, ainda, que trouxessem a psicanálise em seu arcabouço teórico. Depreendemos dessas pesquisas que há dois marcos teóricos recorrentes: o pensamento foucaultiano e a perspectiva da psicologia histórico-crítica representada, principalmente, pelo trabalho de Maria Helena de Souza Patto. Isso nos colocou a necessidade de fazer a descrição, ainda que de modo incipiente, dos conceitos foucaultianos de biopolítica, biopoder, medicalização, localizando-os em sua obra e de referenciar, brevemente, a tese de Patto de que o fracasso escolar é uma construção complexa. Apresentaremos, ainda, um histórico acerca do Fórum Sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade, que se pretende um movimento de resistência ao avanço da medicalização.

O segundo capítulo discute a constituição do conceito de infância, localizando-o historicamente e identificando as práticas e os discursos que incidem sobre a criança. Faremos, a princípio, uma breve contextualização apontando, a partir dos estudos historiográficos, como o conceito de infância é socialmente construído no bojo da consolidação do sistema capitalista. Para tal, o insigne trabalho de Philippe Àries nos orientará a fim de demonstrar como não havia uma separação entre o mundo adulto e o da criança, e que na modernidade, com o surgimento de saberes sobre a infância, com as políticas educacionais, as transformações nos arranjos familiares e na divisão social do espaço, criam-se as condições de possibilidade para a emergência do conceito de infância. A seguir, admitindo que esse conceito, como o concebemos, é datado, vamos perscrutar o discurso psiquiátrico sobre a infância, que tem como eixo referente os processos de aprendizagem para definir a “infância normal” e as “patologias da infância”. Abordaremos a questão do paradigma do cérebro, vigente na contemporaneidade, pontuando que a teoria neurocognitivista é colocada como a que melhor permitiria compreender a subjetividade. Pavimentado o caminho, chegamos à discussão contemporânea sobre a não-aprendizagem e as práticas homogeneizantes a que são submetidos aqueles que não aprendem, permitindo-nos questionar a forma reducionista com que a questão é tratada.

No terceiro capítulo, traçaremos o delineamento metodológico de nossa pesquisa, justificando nossa escolha teórica por abordar a medicalização da queixa escolar a partir da orientação psicanalítica, buscando sustentar nossa leitura-escuta dos dados a partir da formulação dos discursos em Lacan. Faremos a contextualização do campo, descrevendo o espaço onde ocorreu a pesquisa - a escola - e caracterizando os sujeitos participantes.

Descreveremos como se deu o processo de coleta de dados, elucidando nosso instrumento de coleta, qual seja, a entrevista semi-estruturada e também nosso eixo de análise, que se dará a partir da psicanálise. No quarto capítulo, traremos os depoimentos dos participantes da pesquisa, fazendo o cotejamento dos dados e buscando categorizá-los de modo que nos permita tanto corroborar os marcadores acerca da medicalização da queixa escolar, extraídos de outros estudos, quanto realizar uma leitura que dê a ver as posições que os sujeitos ocupam nos discursos e como respondem ao mal-estar inerente à educação. Em nossas considerações finais, trabalharemos três aspectos destacados no conjunto de nossos dados: o lugar de mestria dos saberes dos especialistas, a inibição das professoras e supervisoras frente à criança que não aprende e o déficit de atenção como paradigma da não-aprendizagem, localizando-o como um sintoma social.

CAPÍTULO 1

BASES TEÓRICAS DO CONCEITO DE MEDICALIZAÇÃO E SUA APLICAÇÃO NA COMPREENSÃO DA QUEIXA ESCOLAR

Discutir a questão da medicalização como fenômeno de incidência no campo educacional nos coloca frente à tarefa de buscar as bases teóricas para tal empreendimento. A revisão de literatura realizada, apresentada no item subsequente, explicita sob qual recorte realizamos nossa busca, a fim de cotejar trabalhos que possam nos trazer diálogo, interrogações e que tenham afinidade como a orientação teórico-metodológica por nós estabelecida.

Nesse sentido, faremos neste capítulo uma breve apresentação do conceito de biopolítica, sistematizado por Foucault, uma vez que este tem sido um referencial incontornável para abordar os processos de medicalização, inscrevendo-o dentro de um movimento histórico e amplo do ponto de vista social e político. Demonstraremos que suas ideias têm funcionado como subsídio para as pesquisas acerca do tema e apontaremos como o próprio autor aborda a questão da medicalização, colocando-a como uma estratégia dentro do funcionamento das formas de poder sobre a vida.

A fim de evidenciar como se engendram os processos de medicalização no campo educacional e compreender como a maquinaria biopolítica põe em funcionamento formas de exercício de poder sobre a vida, reduzindo-a ao nível biológico, para uma melhor gestão dos corpos, discutiremos a proeminente obra de Patto (2015[1990]) que se constitui, ainda hoje, uma referência importante para abordar os impasses no processo de escolarização como uma construção complexa e não redutível a um aspecto unívoco. Notamos que a autora constrói um percurso teórico no qual o pensamento foucaultiano não é acessado, não sendo, portanto, o conceito de medicalização algo que esteja evidenciado em sua obra. Entretanto, com os apontamentos que sua pesquisa nos traz, podemos fazer aproximações e apreciar seus resultados a partir desse viés, tendo em vista que suas conclusões apontam para a biologização dos fatores que estariam envolvidos no que se convencionou chamar de “fracasso escolar”. Essa perspectiva acaba responsabilizando sobremaneira o sujeito em situação de fracasso escolar e ignorando aspectos primordiais para a compreensão da problemática. Inferimos que esse movimento abre espaço para discursos dos quais decorrem efeitos de disciplinarização e docilização dos corpos.

1.1 Da escola aos serviços de saúde: revisando a literatura acerca da queixa escolar na articulação Educação-Saúde

É flagrante a existência de uma extensa produção acadêmica em torno do fenômeno da Medicalização, considerando sua insurgência em diversos âmbitos. As pesquisas acerca do tema, que se iniciaram com discussões na área da Saúde, hoje têm uma considerável abrangência no campo da Educação. Tornou-se necessário definir, assim, um critério para o levantamento bibliográfico a fim de que nossa investigação pudesse dialogar com o que se tem acumulado de conhecimento relativo e pudesse trazer contribuições. O critério adotado foi o do recorte temporal, focalizando as produções publicadas no período de 2008 a 2018. Notamos que esse recorte cobre o período de surgimento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, estratégia pela qual os psicólogos foram inseridos definitivamente na Atenção Básica, como nos aponta Moreira e Castro (2009).

O levantamento foi realizado no primeiro semestre de 2019, no Banco de Teses, Portal de Periódicos da Capes, e no *Scielo*, utilizando como descritores “medicalização”, “educação”, “biopolítica”, “profissionais de saúde”. A direção seguida na escolha dos artigos foi a de selecionar aqueles que trouxessem a discussão da medicalização interseccionando Saúde e Educação, ou que citassem a psicanálise como aporte teórico para pensar a medicalização da educação.

A partir da realização dessa busca foram compilados 32 artigos, 25 teses e 17 dissertações que trazem o tema da medicalização, articulando-o aos demais descritores. Foi possível observar que muitas pesquisas fazem o recorte específico do diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), apontando o excesso do diagnóstico que envolve esse transtorno e o colocando como uma faceta dos processos de medicalização. Há, também, trabalhos que pretendem historicizar as práticas de patologização e medicalização da infância, buscando aporte no método genealógico de Foucault, este autor foi trazido à baila de forma recorrente em grande parte dos trabalhos. Encontramos, em pequena proporção, pesquisas que discutem como o diagnóstico de crianças em situação de fracasso escolar é representado pelas famílias. Identificamos produções que apresentam a interlocução Saúde-Educação, sendo algumas relatos de práticas realizadas dentro do programa Saúde na Escola⁵. E, por fim, trabalhos que comportam críticas ao ideal de

⁵ O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007. Nele, as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral dos estudantes da rede pública de ensino.

aprendizagem vigente nas instituições escolares.

Constatamos, a princípio, que as referências teóricas centram-se na perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural, sendo o trabalho de Maria Helena Souza Patto, sobre a produção do fracasso escolar de crianças de classes populares, desenvolvido nos anos de 1980 e publicado em 1990 com o título *A produção do fracasso escolar*, um aporte importante. Verificamos, também, que o pensamento foucaultiano é referência importante para a abordagem do tema. Entretanto, Simoni-Castro e Gomes (2017), em um trabalho de análise da produção científica sobre a medicalização da educação, apontam-nos que, apesar da Psicologia Histórico-Cultural e o pensamento foucaultiano oferecerem diretrizes para uma análise crítica dos processos de medicalização, a visão corrente evidenciada nas produções divulgadas no triênio 2010-2012 foi a de individualização e culpabilização do sujeito e não a de descortinamento do contexto social em que a medicalização se produz. Mediante levantamento bibliográfico realizado em revistas de psicologia e educação, com qualificação A₁, A₂ e B₁ e disponíveis *on-line*, as autoras selecionaram sessenta artigos que foram categorizados em críticos e não-críticos, entendendo-se por crítico aqueles que compreendem que as queixas escolares podem ser lidas como produção do contexto social, e como não-críticos aqueles que entendem a não aprendizagem como um fator individual. Em suas conclusões apontam que:

A análise quantitativa e qualitativa de sessenta e um artigos demonstrou que apenas quinze apresentam um posicionamento crítico frente ao fenômeno da medicalização na educação alocados nas seguintes áreas e substratos: A1 (Dois críticos – um em educação e um em psicologia); A2 (Quatro críticos – um em educação e três em psicologia) e B1 (nove críticos – quatro em educação e cinco em psicologia). (Simoni-Castro; Gomes, 2017, p. 432)

Consideramos que esta pesquisa se inscreve no quadro das pesquisas críticas, uma vez que nos preocupamos em investigar como ocorrem os processos de medicalização a partir dos discursos dos profissionais da saúde e da educação. No entanto pretendemos, mais que desvelar as coordenadas sócio-históricas do fenômeno, introduzir a dimensão das posições discursivas que estão aí colocadas. Com o escopo de mapear o campo de discussão concernente à medicalização, cotejamos a seguir alguns trabalhos encontrados em nosso levantamento bibliográfico.

A articulação Saúde-Educação é problematizada no trabalho de Correia (2016), que

As ações do PSE incluem três componentes: Avaliação das condições de Saúde; Promoção da Saúde e prevenção de doenças e agravos; Capacitação permanente dos profissionais de saúde e educação. Informações disponibilizadas em: <http://www.saude.gov.br/aco-es-e-programas/programa-saude-na-escola>

analisa um estudo de caso a partir de uma intervenção realizada em uma unidade de saúde, em parceria com uma escola, com o objetivo de desenvolver estratégias intersetoriais para lidar com a vultuosa demanda de atendimentos a crianças com dificuldade escolar. Para tanto, foi realizado um levantamento preliminar dos tipos de queixas relatadas nas fichas escolares das crianças encaminhadas ao serviço de saúde, e estas foram divididas em dois grupos: as crianças encaminhadas pelas supervisoras e as encaminhadas pelos professores. Em seguida, aplicou-se questionários aos pais e responsáveis pelos alunos selecionados e realizou-se oficinas de vivência com estes. Essa ação resultou na construção do Projeto Terapêutico Singular Núcleo de Apoio à Saúde Educacional, que consiste numa avaliação interdisciplinar (empreendida por médico, psicólogo e assistente social) na qual se consideram não apenas fatores individuais, mas, também, as vivências afetivas e sociais da criança.

Ainda acerca das representações dos profissionais de saúde, localizamos o trabalho de Cord, Gesser, Nunes e Storti (2015) que investigaram as significações que esses profissionais constroem no que tange à dificuldade de aprendizagem. As autoras realizaram um estudo exploratório, utilizando entrevistas semi-estruturadas como método de coleta de dados. Foram entrevistados dez psicólogos que atuavam como articuladores do Programa Saúde na Escola, sendo cinco vinculados à Educação e cinco à Saúde. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo e os resultados obtidos apontaram que os profissionais consideram a dificuldade de aprendizagem como decorrente de famílias pobres/desequilibradas e de problemas apresentados pelo aluno. Temas como as práticas pedagógicas e a política educacional aparecem com menor destaque no material coletado.

Outro dado identificado no levantamento bibliográfico é o de que há uma recorrência, no campo de estudos da medicalização da educação, do enfoque específico sobre o Transtorno do Déficit de Atenção (Braga, 2017; De Luccia, 2014; Cruz, Okamoto; Ferraza, 2016; Leavy, 2013; Carvalho, Brant; Melo 2014; Sorbara, 2014). Verificamos que, dentre a produção selecionada, dois trabalhos apresentam uma leitura psicanalítica, sendo um composto por estudo de caso, buscando compreender a singularidade de crianças diagnosticadas com TDAH (Shicotti, 2013) e o outro uma investigação sobre a infância medicalizada (Silveira, 2015). Os demais buscam pensar as intervenções realizadas com os alunos e traçar os itinerários que permitiram a construção do conceito de déficit de atenção, alinhados à perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural.

Depreende-se, com a revisão realizada, que as pesquisas trazem, em sua grande maioria, a visão dos profissionais da educação e, em menor proporção, a dos profissionais da saúde. Observa-se, ainda, uma tendência de pesquisa que parece apontar o TDAH como a

principal face dos processos de medicalização na Educação. No entanto, verificamos que não há nessas investigações um confronto entre os discursos que estão colocados em jogo, o que nos abre a possibilidade de poder contribuir com esse campo de estudos.

Mediante o breve panorama realizado a partir do levantamento bibliográfico, verificamos que dois componentes teóricos circunscrevem o campo dos estudos acerca da medicalização da vida e, particularmente, da medicalização da queixa escolar: o pensamento foucaultiano e a abordagem histórico-crítica. Essa abordagem tem, na pesquisa empreendida por Maria Helena de Souza Patto, um marco importante para a investigação em psicologia educacional e escolar. Ambas as referências ensejam uma crítica à prática da psicologia como um dispositivo⁶ nos jogos de poder. Nesse sentido, faremos, nos próximos itens, uma apresentação dos fundamentos teóricos que apoiam as pesquisas que se pretendem críticas à investida medicalizante no campo da educação.

1.2 Das bases teóricas para se pensar o conceito de medicalização e a crítica do fenômeno no campo da Educação

Entendemos por medicalização, a aplicação da racionalidade médica a problemas que são decorrentes de outros quadrantes da realidade e que seriam irreduzíveis a explicações biomédicas. Desta forma, questões de origem social, política, econômica são convertidas em questões biológicas. Segundo Meira (2012), a medicalização concerne a “(...) tentativas de se transformar problemas de viver em sintomas de doença ou de explicar a subjetividade humana pela via estrita dos aspectos orgânicos.” (p. 136) Diante do exposto, questionamos: A medicalização da Educação consiste na incidência do discurso da ciência neste campo e a patologização daquilo que se considera como comportamento desviante? Esse processo se conformaria como uma estratégia biopolítica?

A interposição deste questionamento se torna possível no entrecruzamento Educação-Saúde, uma vez que no endereçamento que a primeira faz à segunda, torna-se evidente o recurso ao especialista como aquele dotado de um saber capaz de corrigir o que falha. Ainda que haja a prerrogativa de se constituir como uma política abrangente, concretizada no Sistema Único de Saúde (SUS) e tendo como eixo estruturante um conceito de saúde

⁶ Agamben (2005) em seu texto *O que é um dispositivo?* Expõe como Foucault constrói esse conceito à luz das ideias hegelianas, com as quais entra em contato a partir da obra de Jean Hyppolite. De acordo com Agamben, a definição ou o que se aproximaria de uma definição do conceito de dispositivo em Foucault diz respeito a três pontos: dispositivo como uma rede heterogênea de elementos dentre instituições, discursos, proposições filosóficas, lei, etc; dispositivo como estratégia concreta inserida na relações de poder; dispositivo é o que permite distinguir os enunciados científicos e não científicos.

complexo, o que se vê na prática é a captura desse ideal por um discurso que aprisiona o sujeito à saúde enquanto um fato biológico. Esse movimento leva a cabo a proposição de Ortega (2004), aludindo a Robert Castel, na qual se diz que “a ideia da dissolução do social como um dos efeitos do olhar biológico, próprio da virada biopolítica nas sociedades ocidentais, nas quais a experiência identitária é calcada na materialidade do biológico e referentes fisicalistas substituem referentes culturais.” (Ortega, 2004, p. 16). Nesse sentido, inscrever a saúde estritamente na ordem discursiva biomédica se expressaria como uma forma de silenciamento do sujeito?

Encontramos as chaves conceituais que nos permitem orientar nossa visada acerca dessa problemática no pensamento de Michel Foucault, filósofo que empreende investigações atinentes à imbricação saber/poder/subjetividade. O trabalho de Foucault é dividido em três momentos, como nos aponta Muchail (2004): o primeiro momento é o do período da arqueologia, cujo foco é a constituição dos saberes; o segundo é o período genealógico, onde o filósofo perscruta os mecanismos de poder; o terceiro momento é o da constituição do sujeito ético. Em confluência com a divisão acima exposta, Fischer (2013), afirma que:

(...) em toda obra de Foucault, a problematização sobre os discursos (e os saberes) está no centro, assim como a problematização que trata das relações de poder e o debate sobre os diferentes modos de constituição do sujeito (seja quanto às formas de sujeição, seja quanto às aberturas e as possibilidades de recusa e de resistência, seja ainda quanto à constituição ética de si) (p. 126).

Por conseguinte, como se faz observar, esses momentos se articulam, não sendo possível separar a constituição dos saberes daquilo que Foucault teoriza acerca das relações de poder e dos modos de subjetivação.

Sob o estímulo de compreender como a medicalização se converte no dispositivo a partir do qual, no campo da saúde, exercem-se relações de poder, transversalmente aos jogos enunciativos do discurso biomédico, trabalharemos à luz do conceito de biopolítica cunhado por Foucault. Desta feita, a medicalização dos corpos, enquanto fenômeno coletivo, funciona como estratégia de controle.

1.2.1 O conceito de biopolítica em *História da Sexualidade*

Em *História da Sexualidade*, Foucault (1999) nos mostra como se deu a construção do dispositivo de sexualidade, tomando como acepção de dispositivo um conjunto de discursos, saberes e ideias que fazem com que um conceito se insira como verdadeiro na sociedade. Esse dispositivo regula a sexualidade e permite, por meio desta, o controle dos corpos. O autor

propõe-se a confrontar a hipótese de que teria existido no Ocidente um tratamento repressivo da sexualidade. Para Foucault (1999), o que há é a apreensão da sexualidade por meio de discursos que a regulamentariam. O que haveria, portanto, é a construção de textos acerca da sexualidade. Dentre as várias formas de tratamento da sexualidade, o princípio da confissão cristã teria sido um modo importante de enquadramento e de ordenamento da sexualidade. Reside aqui uma crítica que Foucault faz à psiquiatria e à psicanálise, pois estes seriam saberes que viriam na esteira das práticas confessionais, havendo, assim, a investidura sobre o objeto sexualidade com o intuito de definir os limites entre o normal e o patológico nesse campo.

Teshainer (2006), ao discutir a relação entre biopolítica e psicanálise, retoma o texto de Foucault com três objetivos: identificar suas várias visões acerca da psicanálise; verificar a justaposição entre sexualidade e política na conformação dos conceitos de biopolítica e de biopoder; e, por fim, compreender como a biopolítica afeta os indivíduos, questionando se a psicanálise se comportaria ou não como um instrumento dessa forma de poder. Segundo Teshainer (2006), o que subjaz o trabalho de Foucault acerca da sexualidade é desvelar a vontade de saber acerca do sexo. Em suas palavras, o que interessa ao filósofo é saber: “Quem fala sobre sexo? De onde se fala? Onde se fala? Como? Em quais instituições? Mais precisamente, Foucault pretende estudar por quais discursos o poder atinge as condutas individuais, seus prazeres e seus desejos. (p. 44). Para nosso estudo, entretanto, focalizaremos o último capítulo dessa obra intitulado *Direito de Morte e Poder Sobre a Vida*, no qual o autor demonstra a ruptura histórica que marca a transformação da governamentalidade na época clássica e seu sucedâneo na contemporaneidade, e vai nos apresentar o conceito de biopolítica.

Foucault (1999) inicia o capítulo caracterizando o poder soberano como aquele que se exerce pelo direito de vida e morte. Esse privilégio do soberano derivava da *patria potesta*, antigo direito romano que o pai de família possuía de dispor das vidas dos filhos e dos escravos. O direito de vida e de morte não se exerceria de modo absoluto e indiscriminado como daquele do qual derivava. Este se circunscreveria aos casos em que a própria existência do soberano estaria ameaçada. Foucault diz que é como se fosse um direito de réplica e poderia ser exercido de forma indireta ou direta, condicionando-se à defesa do soberano. Este direito atribuído ao soberano seria assimétrico, à medida em que o poder sobre a vida se operava pela decisão de provocar ou não a morte dos insurretos. O poder sobre a vida se dava pelo controle sobre a imposição da morte, sintetizado na máxima deixar viver ou fazer morrer.

Foucault (1999) propõe que se deve relacionar a figura do soberano com uma

determinada organização social onde o poder era executado pela via da extorsão, pela apropriação e pelo confisco, inclusive da vida. Todavia, a partir da época clássica, houve uma mudança nas formas de exercício do poder, no sentido de produzir forças, ordená-las, fazê-las crescer, mais do que barrá-las ou destruí-las. Há um deslocamento do direito de fazer morrer, no qual o poder passa a se apoiar na gerência da vida. A morte, que era a prerrogativa do direito do soberano de se defender, aparece como correlato do direito do corpo social de manter sua integridade e coesão. Segundo Revel (2005):

O termo "biopolítica" designa a maneira pela qual o poder tende a se transformar, entre o fim do século XVIII e o começo do século XIX, a fim de governar não somente os indivíduos por meio de um certo número de procedimentos disciplinares, mas o conjunto dos viventes constituídos em população: a biopolítica - por meio dos biopoderes locais - se ocupará, portanto, da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade etc., na medida em que elas se tornaram preocupações políticas. (p. 26)

Foucault demarca que *o poder matar para poder viver*, que constituía o eixo das táticas de guerra, é incorporado como estratégia de Estado. E o que está em jogo não é mais a existência jurídica da soberania, mas a existência biológica da população. O poder se exerce a nível da vida, da espécie, da raça e dos fenômenos de população (Foucault, 1999). Contudo, Revel (2005) nos admoesta que o conceito de biopolítica, ao problematizar a gestão da vida por meio de técnicas disciplinares e se configurar como um conjunto de biopoderes ou de investimento de poder sobre a vida, coloca a própria vida como um poder, trazendo à baila o tema resistência.

O filósofo (1999) localiza que o poder sobre a vida se desenvolve a partir do século XVII, sob duas formas principais, que, não sendo contraditórias entre si, guardam intersecções e interligações. A primeira forma seria a anátomo-política do corpo humano, centrado no corpo máquina, na disciplinarização, docilização, expropriação de força, no aperfeiçoamento do corpo e na sua integração ao sistema econômico, resultando na formação de um corpo para a produção. A segunda forma, a biopolítica da população, se centraria no corpo-espécie e na tentativa de intervir e regular os processos biológicos de nascimento, mortalidade, saúde.

Essa nova forma de poder se caracteriza pela disciplina do corpo e pelo controle da população. É uma tecnologia de duas faces, anatômica e biológica, individualizante e especificante, cujo objetivo não é mais matar, mas administrar a vida. A potência da morte, o distintivo do poder soberano, é encoberto pelo controle dos corpos e pela gestão da vida. A isso Foucault (1999) nomeia como biopoder, assinalando que, até o século XVIII, essas duas

formas de exercício encontravam-se separadas. Caponi (2016), ao questionar se a ampliação dos diagnósticos psiquiátricos contemporâneos configura-se como estratégia disciplinar e de controle, nos dirá que o biopoder se constitui a partir “de duas estratégias de poder que se sucedem: a primeira individualizante, a segunda massificadora; a primeira referida ao homem enquanto possuidor de um corpo, a segunda referida ao homem enquanto faz parte de uma espécie biológica, a espécie homem.” (p. 100) Para Foucault, a articulação dessas duas faces do biopoder ocorre na forma de agenciamentos concretos, que vão constituir as tecnologias de poder do século XIX, sendo o dispositivo de sexualidade um dos mais importantes deles.

Para Foucault (1999), o biopoder foi fundamental no desenvolvimento do capitalismo, tendo em vista que pressupõe o controle dos corpos (na fabricação de corpos produtivos), e no ajuste de fenômenos da população aos processos econômicos. No entanto, mais que a utilização e docilização dos corpos, o capitalismo impõe como exigência métodos que ampliem as forças, a performance, que produza vida, como se verifica nesse excerto de seu texto:

(...) se o desenvolvimento dos grandes aparelhos de Estado, como instituições de poder, garantiu a manutenção das relações de produção, os rudimentos de anátomo e de bio-política, inventados no século XVIII como técnicas de poder presentes em todos os níveis do corpo social e utilizadas por instituições bem diversas (a família, o Exército, a escola, a polícia, a medicina individual ou a administração das coletividades), agiram no nível dos processos econômicos, do seu desenrolar, das forças que estão em ação em tais processos e os sustentam; operaram também como fatores de segregação e de hierarquização social, agindo sobre as forças respectivas tanto de uns como de outros, garantindo relações de dominação e efeitos de hegemonia; o ajustamento da acumulação dos homens à do capital, a articulação do crescimento dos grupos humanos à expansão das forças produtivas e a repartição diferencial do lucro, foram, em parte, tornados possíveis pelo exercício do bio-poder com suas formas e procedimentos múltiplos. O investimento sobre o corpo vivo, sua valorização e a gestão distributiva de suas forças foram indispensáveis naquele momento. (Foucault, 1999, p. 132-133)

Para Foucault, a primeira formação do capitalismo, que se deu no ocidente, porta fortemente o reflexo do que ocorreu no século XVIII e é marcada pela introdução da vida na história. Isso implica que a vida, em seus processos, recai no campo do saber e na intervenção do poder. Há uma incidência do biológico sobre o político, onde a vida é inserida no domínio do cálculo e transformada na relação poder-saber no campo das técnicas políticas. Vê-se, portanto, a irrupção de vários saberes sobre a vida e modos de governamentalidade apoiados na execução de políticas que regulam fenômenos da espécie humana.

Entretanto, o que Foucault (1999) chama a atenção é que essa entrada da vida na história havia ocorrido em outros momentos, mas colocada sob o signo da morte (as grandes epidemias e a fome). Já a partir do século XVIII, o que ocorre é um afrouxamento da ameaça

da morte à vida. E à medida em que se tem domínio de tecnologias que afastam a iminência da morte, estas são capturadas pela justaposição poder-saber, a fim de que possam ser aprimoradas e ampliadas. A questão do homem foi colocada por essa nova relação entre a história e a vida: que situa a vida fora da história como pura biologia e dentro da história humana, infiltrada pelas técnicas de saber e poder. Nesse sentido, proliferam as tecnologias políticas que investem sobre o corpo: a saúde, a alimentação, a moradia, as condições de vida⁷.

Observamos, ainda, que Foucault (1999) demarca uma outra consequência do biopoder, qual seja, a ascensão da norma. Se se tem uma forma de poder que se instaura e se desenvolve pela gerência da vida, torna-se necessária a elaboração de mecanismos de controle, de regulação e correção. Uma vez que não se está no campo da soberania, onde a morte seria um agente de controle e manutenção do poder, torna-se necessário, segundo o autor, distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade. Já não se trata mais de discernir os súditos obedientes e os insurretos para os quais a morte é o castigo, mas de distribuir os indivíduos em torno da norma a fim de corrigir os que mais se afastam desta ou de eliminar aqueles que ameaçam a coesão social.

Foi a vida, muito mais do que o direito que se tornou o objeto de lutas políticas, ainda que estas últimas se formulem através de afirmações de direito. O “direito” à vida, ao corpo, à saúde, à felicidade, à satisfação das necessidades, o “direito”, acima de todas as opressões ou “alienações”, de encontrar o que se é e tudo o que se pode ser, esse “direito”, tão incompreensível para o sistema jurídico clássico, foi a réplica política a todos esses novos procedimentos de poder que, por sua vez, também não fazem parte do direito tradicional da soberania. (Foucault, 1999, p. 136)

É diante desta problemática, concernente ao movimento histórico que criou condições para o surgimento de uma nova modalidade de exercício de poder, que Foucault demonstra como o sexo se torna escopo de disputas políticas, posto que se encontra articulado entre dois eixos, quais sejam, a disciplina do corpo e a regulação das populações (Foucault, 1999). O dispositivo da sexualidade é o que permitiria formas de controle desde o nível micropolítico, a intervenção em todo o corpo social. Portanto, o sexo é colocado em discurso e não reprimido, como algo que não pode ser dito. Erigem-se discursos normativos, seja de matiz religioso, seja de caráter científico. Foucault (1999) aponta quatro eixos pelos quais a política sobre o sexo se desenvolveu. Dois eixos atinentes às regulações a nível da espécie, ligados ao tema da saúde coletiva e da investidura em um modelo de família específico: a regulação da

⁷ Segundo Bazzanella e Assmann (2012), Giorgio Agaben, em sua série de livros denominada *Hommo Sacer*, tensiona a noção biopolítica de Foucault com o pensamento de Hannah Arendt, destacando que a entrada da vida na história é marca distintiva da modernidade.

sexualidade da criança, que constituiria um problema futuro para a saúde quando adulta, para a sociedade e para a espécie; a histerização das mulheres, culminando com a medicalização de seus corpos, posto que a estas incumbia-se a responsabilidade pela saúde das crianças e pela manutenção da instituição familiar. Os outros dois portavam regulações acerca da disciplina dos corpos: o controle da natalidade e a psiquiatrização dos corpos.

Foucault (1999) nos dirá que “De um modo geral, na junção entre o corpo e a população, o sexo tornou-se o alvo central de um poder que se organiza em torno da gestão da vida, mais que a ameaça da morte.” (p. 138) Para o autor, o que se coloca em jogo é uma transição do que ele chama de *simbólica do sangue* para uma *analítica da sexualidade*. A primeira concerne ao fato de o sangue representar um elemento importante do modo de funcionamento do poder, onde a organização política se dá em torno da figura do soberano. Sendo, portanto, uma sociedade hierarquizada por castas e linhagens e a morte torna-se um regulador social. O sangue pode se configurar como um distintivo (ter certo tipo de sangue, pertencer a determinada linhagem) ou assegurar o direito do soberano de eliminar o outro (requerer que o sangue seja derramado em nome da ordem e da proteção da autoridade). A analítica da sexualidade se caracteriza pelo aparato de poder que se dirige ao corpo. Segundo Foucault (1999) “saúde, progeneração, raça futuro da espécie, vitalidade do corpo social poder, o poder fala *da* sexualidade e *para* a sexualidade; quanto a esta, não é marca ou símbolo, é objeto ou alvo” (p. 138). Nesse sentido, o que o autor destaca é que constrói-se discurso e práticas sobre o corpo. Entretanto, Foucault observa que essas duas formas não estabelecem uma relação de substituição, uma não sucede a outra. Ainda que pertençam a regimes distintos de verdade, não é possível dizer que o biopoder não conviva com formas disciplinares. A esse propósito, o autor apresenta dois exemplos contemporâneos da subsistência da simbólica do sangue e da analítica da sexualidade. Um seria o racismo, onde ocorre uma redução da raça à pura biologia e esta precisaria ser protegida. Mbembe (2016) dirá que, segundo a proposta de Foucault, o racismo consistiria na divisão da espécie humana em subgrupos, especificados e separados por suas características biológicas. Estão presentes aí a ideia de pureza de sangue, controle das relações familiares e do casamento, da educação e das intervenções no corpo. Outro seria o surgimento da psicanálise, com a inauguração de um discurso sobre a sexualidade, inscrevendo-a numa ordem simbólica e relevando o aspecto positivo de poder.

Foucault (1999) demonstra-nos, a partir do dispositivo de sexualidade, que o biopoder avança em termos de tecnologias de poder, sem com isso excluir as formas que o precederam. E aqui nos interessa a ideia de que o biológico e o histórico são articulados ao campo do político, face à emergência de uma nova forma de governo dos homens. O autor destaca que:

o objetivo da presente investigação é de fato, mostrar de que modo se articulam dispositivos de poder diretamente ao corpo a corpo, as funções, a processos fisiológicos, sensações, prazeres, longe do corpo ter que ser apagado, trata-se de fazê-lo aparecer numa análise em que o biológico e o histórico não constituem sequência, (...), mas se liguem de acordo com uma complexidade crescente à medida que se desenvolvam as tecnologias modernas de poder que tomam por alvo a vida. (Foucault, 1999, p.142)

Observamos, portanto, que os conceitos forjados por Foucault dão coordenadas para a abordagem do fenômeno que assumimos como objeto nessa pesquisa. Discutir a medicalização da queixa escolar traz a necessária tarefa de reconhecer o caráter biopolítico da Educação enquanto política pública. E, sobretudo, permite-nos pensar como a recolocação do saber médico, como o saber sobre os processos de aprendizagem e suas falhas, promove um reducionismo da complexa dinâmica escolar.

Reportamo-nos, assim, à questão da medicalização no campo educacional, notando que é possível entrever aí o biológico capturado como um ordenador político, evidenciando a gestão sobre a vida e seus desdobramentos na prática escolar a partir do discurso médico. Interpelando a entrada desse discurso no campo social, apresentaremos a teorização de Foucault acerca da medicalização, evidenciando como a medicina se tornou uma tecnologia do biopoder.

1.2.2 Um breve histórico do conceito de medicalização em Michel Foucault

Em conferência realizada na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), em 1977, Foucault anuncia que demonstrará as circunstâncias pelas quais se deu o desenvolvimento progressivo do modelo médico e sanitário desde o século XVIII no Ocidente, situando-o a partir de três pontos, a saber: a bio-história, a medicalização e a economia da saúde. Por bio-história, compreendem-se os vestígios que foram registrados na história como efeitos da intervenção médica, tomando os processos de saúde/adoecimento a nível biológico. Para Foucault, a humanidade não passou incólume à investida do e no saber médico. Nos séculos XVIII e XIX, há um enfraquecimento das grandes epidemias que ocorreram em outros períodos históricos, sem que, no entanto, se dessem a ver os mecanismos que tornaram tal fato possível. Para o autor, é assegurado que a possibilidade de fazer regredir a incidência das enfermidades relaciona-se às mudanças das condições sociais, das regras de higiene, dos processos de adaptação, do aumento de resistência do organismo e dos asilamentos.

A medicalização, segundo Foucault (1977), diz respeito ao fato de que a partir do

século XVIII, o corpo, os comportamentos, as condutas e a existência humana foram incorporados a uma rede que se ampliou e se sofisticou de tal forma que não se pôde esquivar de explicações medicalizantes. E quanto mais essa rede era posta em funcionamento, mais se ampliava. As investigações e descobertas no campo da medicina, e a consolidação e crescimento das instituições de saúde, delatam que houve uma penetração do discurso médico no campo social e sua infiltração em vários aspectos da vida, concedendo-lhe estatuto de tecnologia do corpo individual e social de notável importância. Já a economia da saúde, concerne melhoramento dos sistemas de saúde (dos serviços e formas de acessos), ocorridos com os progressos econômicos de sociedades mais desenvolvidas.

A medicalização surge, portanto, da relação da política com a vida. Nalli (2016), apoiando-se na abordagem imunitária de Roberto Esposito, pontua que é no corpo que a política e a vida se encontram, desta forma, podemos-nos direcionar por sua leitura para apontar que nos processos de medicalização “trata-se de perceber como o corpo, o corpo vivo, é a um só tempo “alvo” de intervenção médica e de intervenção política: é no corpo que política e biologia se cruzam e se mesclam tornando-se um só.” (p. 50)

Isto posto, Foucault (1977) afirma que se aterá a investigar a história da medicalização em alguns de seus aspectos e incidências sobre as sociedades e as populações a partir do século XIX, com o escopo de examinar o nascimento da medicina social. A questão a ser perseguida por Foucault é saber se a medicina moderna, científica, originada no fim do século XVIII, seria, ou não, individual. Para o autor (1977), ainda que tivesse sido impactada pela lógica de mercado e estivesse vinculada ao capitalismo, a medicina moderna não poderia ser considerada individual ou individualista, pois “A medicina moderna é uma medicina social cujo fundamento é uma certa tecnologia do corpo social; a medicina é uma prática social, e somente um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações entre o médico e o paciente.” (Foucault, 1977, p. 5, *tradução nossa*)⁸ A hipótese foucaultiana é a de que o capitalismo, longe de ter marcado a ocorrência de uma medicina individual, produziu, ao contrário, uma medicina coletiva, uma vez que se desenvolveu definindo como seu primeiro objeto o corpo, evidenciando sua força laboral e produtiva. Encontraremos em Foucault a proposição de que “O corpo é uma realidade biopolítica; a medicina é uma estratégia biopolítica.” (Foucault, 1977, p. 5, *tradução nossa*)⁹. Os modos de controle social sobre os indivíduos se exerceriam pelo corpo, revelando que, no capitalismo, o biológico tem grande

⁸ *La medicina moderna es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social; la medicina es una práctica social, y solo uno de sus aspectos es individualistas y valoriza las relaciones entre el médico y el paciente.* (Foucault, 1977, p.5)

⁹ *El cuerpo es una realida biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.* (Foucault, 1977, p.6)

importância.

A questão da medicina enquanto um mecanismo do biopoder e um dos efeitos da visada política sobre a vida é a instauração da norma. Danner (2010) afirma que a norma tanto se aplica ao indivíduo, quanto a uma população, e que, sustentando-se em um ideal de disciplinarização e de regulamentação, pode-se ampliar o corpo do indivíduo ao conjunto biológico representado pela espécie. Revel (2005) assinala a esse propósito que:

A norma corresponde à aparição de um bio-poder, isto é, de um poder sobre a vida e das formas de governamentalidade que a ela estão ligadas: o modelo jurídico da sociedade, elaborado entre os séculos XVII e XVIII, sucumbe a um modelo médico, em sentido amplo, e assiste-se ao nascimento de uma verdadeira "medicina social" que se ocupa de campos de intervenção que vão bem além do doente e da doença. O estabelecimento de um aparelho de medicalização coletiva que gere as "populações" por meio da instituição de mecanismo de administração médica, de controle da saúde, da demografia, da higiene ou da alimentação, permite aplicar à sociedade toda uma distinção permanente entre o normal e o patológico e impor um sistema de normalização dos comportamentos e das existências, dos trabalhos e dos afetos. (p. 65)

Para reconstruir o processo de formação da medicina social, ou seja, da medicina enquanto estratégia biopolítica, far-se-á necessário reconstituir três etapas, quais sejam, a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força laboral.

A medicina de Estado, segundo Foucault (1977), desenvolveu-se sobretudo na Alemanha, no início do século XVIII, tendo em conta que é nesse país que nasce o conceito de Estado, e como corolário, a ciência do Estado. Essa ciência interessava-se em compreender, principalmente, as engrenagens políticas que permitiriam o surgimento da noção de Estado, bem como os processos pelos quais o Estado acumula conhecimento para garantir e manter seu funcionamento. Enquanto países como França e Inglaterra, com amplo poder político e econômico, sustentavam-se em antigas estruturas de funcionamento do poder, apoiados no exército e na polícia, na Alemanha a burguesia emergente buscou formar um corpo de funcionários para a maquinaria estatal a fim de fazer frente às relações de força travadas com países vizinhos.

Com o desenvolvimento do mercantilismo (entre os séculos XVI e XVII), a preocupação com a saúde da população tornara-se ponto em comum entre os países europeus.

O mercantilismo não era simplesmente uma teoria econômica mas também uma prática política que consistia em regular as correntes monetárias entre as nações, os correspondentes fluxos de mercadorias e a atividade produtiva da população. A política mercantilista baseava-se essencialmente no aumento da produção e da população ativa com o propósito de estabelecer correntes comerciais que permitiram ao Estado conseguir a maior afluência monetária possível, graças a qual poderá custear a manutenção do exército e toda a maquinaria que assegure a força real de um Estado com relação aos demais. (Foucault, 1977, p.8, *tradução nossa*)¹⁰

Vê-se, nessa esteira, desenvolver na Alemanha uma prática médica que se incumbia de melhorar a saúde da população. Surge, então, como nos aponta Foucault (1977), a polícia médica que tinha por objetivo o controle do Estado sobre os fenômenos de saúde através da regulação da formação em medicina e da inserção dos médicos no aparelho estatal, como funcionários administrativos. Para o autor, a medicina de Estado precede a medicina científica, assumindo como objeto o corpo dos indivíduos que compõem o Estado e com o objetivo de melhorar sua força nos conflitos econômicos e políticos com os Estados vizinhos.

Em relação à medicina urbana francesa, Zornelli e Cruz (2018), no rastro da constituição do conceito de medicalização feito por Foucault, apontam que:

na segunda metade do século XVIII, passava por um intenso processo de urbanização sem estrutura sanitária adequada, o que facilitava a propagação de doenças, preocupando o poder público quanto ao risco de doenças. Assim, o esquema político-médico emergente foi um aperfeiçoamento da política da quarentena, característica da Idade Média, que tinha como objetivo o isolamento e a exclusão dos doentes sob risco de contágio.(...) Assim, o sentido de medicalização anteriormente apresentado se complementa: não apenas como intervenção médica no nível do Estado, mas como projeto político de saneamento das cidades. O marco, portanto, da medicalização francesa foi a presença da medicina no nível administrativo das cidades, controlando os lugares possivelmente patogênicos e inaugurando uma higiene pública voltada às práticas de salubridade. (Zornelli; Cruz, 2018, p. 723)

Há, portanto, uma relação intrínseca entre o processo de urbanização e o surgimento da medicina social na França. As cidades foram se transformando em centros de mercado cujas relações comerciais passam a se tornar unificadas em diversas escalas: locais, nacionais e internacionais. Tal processo impunha como sustentação para a indústria nascente que uma multiplicidade de poderes fosse arregimentada em um dispositivo que operasse de modo unívoco. Tornou-se imperioso, nesse caso, recorrer a mecanismos de regulação

¹⁰ *El mercantilismo no era simplemente una teoría económica sino también una práctica política que consistía en regular las corrientes monetarias entre las naciones, los correspondientes flujos de mercaderías y la actividad productora de la población. La política mercantilista se basa esencialmente en el aumento de la producción y de la población activa con el propósito de establecer corrientes comerciales que permitan al Estado conseguir la mayor afluencia monetaria posible, gracias a la cual podrá costear el mantenimiento de los ejércitos y toda la maquinaria que asegure la fuerza real de un Estado con relación a los demás.* (Foucault, 1977, p.8)

homogeneizantes, tendo em vista que a cidade tornara-se um espaço tanto de trocas comerciais quanto de produção.

Outra razão para o processo de urbanização que se deu na França foi política. O desenvolvimento das cidades foi o ensejo para a aparição de uma população trabalhadora pobre que, no século XIX, constituiu o proletariado. Observava-se o tensionamento entre pequenos grupos, que logo puderam ser tomados como conflitos entre pobres e ricos, proletariado e burguesia. Intensas revoltas em relação às condições de vida dos mais pobres exigiram um poder político que conseguisse compreender as questões da população em processo de urbanização.

Segundo Foucault (1977), a Medicina Urbana reunia três objetivos. O primeiro era a análise, no espaço urbano, dos locais de aglomeração potencialmente propensos a ocasionar enfermidades e propagar epidemias e endemias. O segundo objetivo consistia no controle da circulação de água e ar. O terceiro objetivo refere-se à distribuição dos elementos necessários à vida coletiva. O problema que se colocava era o da disposição contígua entre as bombas de drenagem de água e os locais onde a água utilizada era transvazado.

Foucault (1977) nos demonstra, ainda, as razões pelas quais os processos de medicalização da cidade, que ocorreram no século XVIII, foram importantes. Primeiro, porque permitiram que a medicina se colocasse em contato com outras áreas de saber, sobretudo a química, no que tange à tarefa de analisar a qualidade do ar e o impacto desta nas condições de vida. A entrada da medicina no corpo das ciências físico-químicas decorre da urbanização do espaço, da apreensão de que a medicina científica advém não de uma medicina privativa, individual, mas sua introdução na ordem do discurso científico se dá através de seu funcionamento como uma tecnologia social de regulação do espaço. Outro ponto diz respeito ao fato de que a medicina urbana é uma medicina das coisas, do meio ambiente, e não do organismo, do corpo. Preocupa-se, *a priori*, com os meios de existência. É por meio da medicina urbana que a relação entre o organismo e o meio se coloca como um problema das ciências naturais. Antes da análise particularizada do organismo, característica da medicina científica, o que há é a análise do meio ambiente, e depois, sua influência sobre o organismo. Portanto, a medicina urbana precede a medicina científica.

A Medicina da Força Laboral é o terceiro movimento constituinte da medicina como um saber que incide sobre a organização social. Foucault (1977) analisa o que se passou na Inglaterra e aponta que “A medicina dos pobres, da força laboral, do trabalhador, não foi a primeira meta da medicina social, mas a última. Em primeiro lugar o Estado, em segundo a cidade, e por último os pobres e trabalhadores foram objeto da medicalização.” (Foucault,

1977, p. 18, *tradução nossa*)¹¹. Para Foucault (1977), a questão dos pobres não havia sido colocada enquanto um problema médico até o século XVIII, pois considerava-se que o pobre representava uma condição de existência urbana e, ainda, fazia funcionar a vida urbana: recolhiam o lixo, retiravam objetos dispensados e os redistribuíam ou vendiam, tinham conhecimento sobre todo o espaço da cidade, uma vez que faziam o transporte de água e excluía os dejetos.

É na Inglaterra, onde havia um rápido desenvolvimento da classe operária em função da industrialização, que se origina uma nova forma de medicina social. De acordo com Foucault (1977), “É essencialmente a *Lei dos pobres* o que converte a medicina inglesa em medicina social, na medida em que as disposições dessa lei implicavam um controle médico do necessitado.” (Foucault, 1977, p. 20, *tradução nossa*)¹² Essa lei consistia no fato de que, uma vez beneficiário do serviço de assistência, tornava-se obrigatório submeter-se ao controle médico e trazia em seu bojo um fator importante da medicina social, a saber: ao mesmo tempo que se oferecia assistência e se contribuía com a possibilidade dos meios mais pobres terem acesso ao cuidado com a saúde, permitia-se que as classes ricas ou aqueles que as representavam, exercessem o controle, no sentido de manterem-se resguardados. Sendo assim, oferecer o acesso gratuito a formas de sanar as necessidades de saúde dos mais pobres implicava diretamente na proteção da população abastada, visto que os permitia eludir dos fenômenos que redundavam em epidemias e eram considerados originários das classes pobres. De acordo com Zorzaneli e Galvão (2018) tratavam-se de “serviços autoritários como as práticas a partir daí impostas: obrigação de vacinação; organização do registro de epidemias; obrigação de as pessoas declararem suas doenças perigosas; localização e destruição de lugares insalubres.” (p. 723)

A Lei dos pobres foi o primeiro passo, o primeiro componente para a construção de um sistema complexo que se consolidou por volta de 1870, substanciando a legislação médica. Eram os *health services* e os *health offices*; que colaboraram para consolidação da medicina social inglesa e atuavam como um prolongamento da lei dos pobres. No entanto, não se restringia a apenas um público. Caracterizava-se por ampliar a oferta de serviço a toda a população de forma igualitária. Portanto, além dos cuidados individuais, preconizavam medidas protetivas que deveriam ser tomadas para a criação de um meio ambiente salubre.

¹¹ *La medicina de los pobres, de la fuerza laboral, del obrero, no fue la primera meta de la medicina social, sino la última. En primer lugar el Estado, em segundo la ciudad, y por último los pobres y los trabajadores fueron objeto de la medicalización.* (Foucault, 1977, p. 19)

¹² *Es esencialmente la Ley de los pobres lo que convierte a la medicina inglesa en medicina social, en la medida en que las disposiciones de esa ley implicaban un control médico del necesitado.* (Foucault, 1977, p.20)

Foucault (1977), entretanto, revela que, ao analisar o funcionamento desses serviços de saúde, o que se observava era que estavam postos mecanismos de controle a nível coletivo e que as intervenções em locais considerados nocivos, a vacinação, o registro de enfermidades, prestavam, no fundo, ao controle das classes menos favorecidas. O sistema inglês foi o que melhor vigorou, haja vista que não era tão oneroso quanto o sistema alemão, e tinha instrumentos de poder mais precisos que o sistema francês. A medicina social inglesa introduziu formas de poder no exercício do saber médico em suas várias modalidades.

Recompor a história das práticas médicas que redundaram nos processos de medicalização nas sociedades modernas, permite-nos verificar como a vida entra no cálculo político e passa a ser gerida de modo a corroborar o sistema de produção vigente. Estabelece-se um verdadeiro mercado de saúde à medida que o saber médico se amplia a ponto de intervir como forma de controle dos corpos e das populações. As escolas tornam-se espaços onde o saber médico encontra solo fecundo para desempenhar a função de tecnologia social. Segundo Lemos (2014)

A saúde coletiva e mental se tornou uma demanda nas cruzadas educativas via escola, família e campanhas sanitárias; por isto, os médicos dirigiram de modo intenso suas práticas educativas às mães e às professoras normalistas, com vistas a alcançar de maneira preventiva as crianças pequenas, difundindo as ideias do movimento higienista (Boarini, 2003). A performance na escola passou a ser avaliada por uma série de exames disciplinares, por um acompanhamento de vigilâncias hierárquicas e pela psiquiatrização - que passou a ser uma das maneiras de potencializar a disciplina pelo acréscimo da biopolítica diante do aumento das dissidências aos controles disciplinares instituídos pela escola, por exemplo. (p. 489)

Reconhecendo que a medicina e, por extensão, outros saberes concernentes ao campo da saúde são convocados a falar sobre a educação, como exposto acima, e admitindo que esses campos do saber cumprem uma função biopolítica, torna-se importante pensar como se constrói a ideia de problemas de aprendizagem e de fracasso escolar, sendo estas as principais demandas que a escola faz aos serviços de saúde. Diante disso, trabalharemos, a seguir, elementos referentes à construção do fracasso escolar, tomando como referência o trabalho de Patto (2015). Para tanto, abordaremos os fatores que, introduzidos nas instituições escolares, passam a interferir no modo como o campo da educação se configura.

1.3 As dimensões históricas do fracasso escolar: ressonâncias da pesquisa de Maria Helena de Souza Patto

Um aspecto relevante que o levantamento bibliográfico descrito acima revelou é que a pesquisa realizada por Maria Helena de Souza Patto constitui-se marco das investigações sobre a temática do fracasso escolar. Trata-se de um trabalho de grande fôlego empreendido na década de 1980 cujo objetivo era o de apresentar uma visão crítica ao conjunto de teorias que norteavam a forma que os sistemas educacionais se engendravam. Carvalho (2011), ao afirmar que este trabalho ainda se constitui referência para pesquisadores, gestores e profissionais de educação, lança duas hipóteses: a primeira é a de que a análise feita por Patto nos anos de 1990 traz as singularidades dos sujeitos que vivenciam o espaço escolar e, segundo, pela acuidade com que demonstra os aspectos sociais e históricos que perpassam as práticas em educação. Patto (2015) problematiza os índices de evasão e reprovação escolar dos anos de 1980, pontuando que, naquele momento, já se configurava um problema que vinha se cronificando. A autora, em um movimento de romper com o modo vigente de produzir conhecimento na psicologia escolar, busca sustentação no materialismo histórico-dialético, no sentido de traçar as raízes históricas e sociais que permeiam os processos denominados fracassos escolares, sobretudo no que tange à educação das classes populares.

A pesquisa de Patto (2015) segue duas orientações. Uma é a de fazer a revisão crítica da literatura do fracasso escolar. E a segunda, partir de um referencial teórico-metodológico diferente daquele que estava em voga, com a perspectiva de superar o tradicionalismo no modo de fazer pesquisa. Com isso, seria possível tanto interrogar o saber acumulado sobre a temática, quanto abordar o campo a partir de uma nova visada. Dessa maneira, além de uma revisão de literatura, a autora realiza pesquisa de campo em uma escola da periferia de São Paulo, com o intuito de apreender os discursos sobre o fracasso escolar sob um prisma diverso: ouvindo tanto os profissionais, quanto a família e, sobretudo, as crianças. A abordagem das crianças obedece, segundo Patto (2015), a quatro questões norteadoras: Quem são estas crianças? Como vivem na e fora da escola? Como vivem a escola? Como participam do processo que resulta na impossibilidade de se escolarizarem? A autora aposta que compreender o funcionamento da instituição escolar permite compreender o funcionamento da sociedade. Portanto, a organização escolar estaria atravessada pela forma de organização social na qual está inserida. Assim, seria possível identificar, através das teias de relações que compõem a instituição, que as desigualdades presentes nas diferenças de classe estariam reproduzidas também no cotidiano da escola.

Lançar um olhar histórico sobre o fracasso escolar que se manifesta nas crianças das classes populares, requer uma digressão, tendo em vista que as ideologias que perpassam as práticas escolares encontram incipiência na formação da sociedade moderna, que se deu sob a égide do capitalismo. Patto (2015) demonstra a relação do advento das sociedades industriais e dos sistemas nacionais de ensino, destacando que as ideias historicamente concebidas acerca da pobreza têm efeitos sobre a interpretação das dificuldades de aprendizagem. A psicologia teria, assim, papel fundamental na manutenção das desigualdades, como apontado pela autora, que não se furta às críticas de como essa ciência ofereceu subsídios para uma prática educativa excludente e culpabilizante, fundamentando-se nos estudos das diferenças individuais.

Os laços tecidos entre os campos da Psicologia e da Educação datam do século XIX, quando se percebeu que os estudos experimentais acerca das diferenças individuais e dos processos psicológicos poderiam contribuir para compreender como se dá a aquisição de conhecimento, o que permitiria elaborar estratégias que otimizassem os processos de aprendizagem e intervir em casos específicos de crianças que apresentam dificuldades. Essa articulação se inicia no movimento que ambos os campos, tanto a Psicologia quanto a Educação, realizavam a fim de se distanciar da Filosofia e buscando uma fundamentação científica. Salvador (2000) afirma que:

A psicologia, recém-separada da filosofia, é a disciplina para a qual se dirigem todos os olhares e sobre a qual se deposita as maiores expectativas como uma fonte de informação e ideias para elaborar uma teoria educativa de base científica que permita melhorar o ensino e abordar os problemas apresentados para a escolarização generalizada da população infantil. (p.26)

Sob o repto de constituir uma psicologia científica e com a visada da educação, que também buscava bases para a conformação de uma teoria científica, que se deu o surgimento da Psicologia da Educação, que se debruçava em pesquisas sobre a aprendizagem, os testes mentais, a medida do comportamento, a clínica infantil (Salvador, 2000).

Notamos que a Educação foi um campo importante para o desenvolvimento da Psicologia que, em contrapartida, colaborou para o desenvolvimento das práticas pedagógicas, sobretudo em um momento de ampliação do acesso à escola. Entretanto, essa articulação não se deu sem tensões e críticas. As críticas incidiam sobre dois aspectos: questionava se não haveria uma inflação da psicologia como uma ciência capaz de explicar, por si só, os processos de aprendizagem, ocasionando uma interpretação reducionista e psicologizante dos fatores educacionais, uma vez que não incluía aspectos sociais, culturais e econômicos. O

segundo dizia respeito ao enquadre da prática da Psicologia Escolar calcada numa atuação que se baseava no modelo médico. Antunes (2008) pontua, a esse propósito, que essa forma de atuação “(...) tendia a patologizar e individualizar o processo educativo.” (p. 472-473) E a partir desses dois apontamentos, estabelecemos o trabalho de Patto (2015) como um eixo norteador para compreender como o fracasso escolar e os problemas de escolarização têm uma história, e são produzidos pela conjunção de diversos fatores. A escolha por se orientar pelo trajeto feito por Patto (2015) se dá, primeiro, em função do fato acima mencionado: de ser esta pesquisa uma baliza para o campo da Psicologia da Educação e da crítica a definições naturalizadas da queixa escolar. Segundo, identificamos que os apontamentos feitos na década de 1980 sobre como o fracasso escolar era interpretado, ainda são identificados nas pesquisas atuais sobre a medicalização no campo educacional, impondo-nos o questionamento de por que as formas de explicar os problemas de escolarização se repetem.

1.3.1 Um panorama histórico: o contexto de surgimento dos sistemas de ensino universal

Segundo Patto (2015) as formas de pensar a escolarização no Brasil sofreram influência do que se passou nos países do leste europeu e no Estados Unidos no século XIX. Entretanto, é preciso um recuo ainda maior, pois o século XIX comporta as consequências do que foi o anterior. Rastreado os acontecimentos que deram as condições de possibilidade para o surgimento dos sistemas educacionais modernos, cuja abrangência ampliou-se para estratos sociais diversos, Patto (2015) localiza no século XVIII o momento histórico de sua relevância. As revoluções, tanto a Francesa, quanto a Industrial, ocorrida na Inglaterra, foram marcos importantes do estabelecimento de uma nova ordem social. O nascimento do capitalismo provocou efeitos de ruptura com a organização social vigente, ocasionando mudanças político-econômicas (o fim das monarquias e dos sistemas feudais). Com a intensificação da lógica do lucro e a concomitante deterioração do proletariado traz à tona as tensões de uma sociedade regida pelos ideais liberais oriundos da Revolução Francesa. Nesse contexto, a burguesia arrogava-se como o modelo e a representante da promessa de que os ideais revolucionários se realizariam no contexto do capitalismo. Segundo Patto (2015):

A pesquisa histórica revela que uma política educacional, em seu sentido estrito, tem início no século XIX e decorre de três vertentes da visão de mundo dominante na nova ordem social: de um lado a crença no poder da razão e da ciência, legado do Iluminismo; de outro, o projeto liberal de um mundo onde a igualdade de oportunidades viesse a substituir a indesejável desigualdade baseada na herança familiar; finalmente, a luta pela consolidação dos estados nacionais, meta do nacionalismo que impregnou a vida política europeia no século passado. (Patto, 2015, p. 47)

À Educação atribuiu-se a função de ordenador social. A unidade nacional estaria tanto mais assegurada quanto mais o nível de instrução do povo fosse elevado, seria um modo de garantir a soberania nacional (Patto, 2015). Ainda que o surgimento dos sistemas nacionais de ensino não tenha se dado de imediato, a ideia de escola como “redentora da humanidade” (Patto, 2015) logo ganhou corpo. Patto (2015) nos aponta que, apesar de ser legalmente estabelecido, o retardamento na implantação de políticas nacionais de educação deveu-se a três fatores: a qualificação técnica não era uma exigência nos primórdios do capitalismo; a ausência de reivindicações populares pela escolarização; a marcha do nacionalismo e suas contradições. A formação de uma classe trabalhadora, advinda do deslocamento das populações do campo para as cidades, não trazia a prerrogativa de escolarização. O disciplinamento, a docilização da mão-de-obra, o pagamento de baixos salários que impingia a necessidade de longas jornadas de trabalho como modo de sobrevivência, tinha efeito formativo. O trabalho era um espaço de especialização para o exercício de uma função. A escola não cumpria, ainda, o papel de reprodutora das relações de produção.

À medida em que as promessas de uma sociedade igualitária iam se demonstrando intangíveis, as tensões entre as classes trabalhadoras e a burguesia começavam a surgir. Dentre as possibilidades de mobilidade social colocadas aos pobres estavam o sacerdócio, o magistério e a burocracia (Patto, 2015). Nesse contexto, o ensino público tinha a função de preparar o conjunto restrito daqueles que ascendiam aos cargos públicos. Patto (2015) aponta:

É somente nos países capitalistas liberais, estáveis e prósperos, que, a partir de 1848, a escola adquire significados diferentes para diferentes grupos e segmentos de classes, em função do lugar que ocupam nas relações sociais de produção. Neles, a escola é valorizada como instrumento real de ascensão e de prestígio social pelas classes médias e pelas elites emergentes. Como instituição a serviço do desenvolvimento tecnológico necessário para enfrentar as primeiras crises do novo modo de produção, de modo a racionalizar, aumentar e acelerar a produção, ela interessa aos empresários. Como manutenção do sonho de deixar a condição de trabalhador braçal desvalorizado e de vencer na vida, ela é almejada pela grande massa de trabalhadores miseráveis de uma forma ainda frágil e pouco organizada. (p. 50-51)

O surgimento da escola pública se dá no contexto histórico e social capitalista, onde a

educação se torna uma instituição do Estado comprometida com a reprodução da ordem social vigente (Pereira, 2013). Ao estabelecer os períodos históricos da constituição da política educacional no Ocidente, Zanotti (1972) *apud* Patto (2015) demonstra que há três grandes etapas. Na primeira (1870), a escola assume o ideário de unificação nacionalista, cuja missão se daria através da unificação da língua e dos costumes, ensejando que uma consciência nacionalista se constituísse. A segunda etapa data dos anos de 1918 a 1936, e tem como mote a revisão dos fundamentos das práticas educativas com o objetivo de tornar a escola uma instituição promotora da paz. Com a primeira guerra Mundial, a noção de que a escola era a portadora de uma missão salvífica fica abalada, sendo colocada em dúvida a ideia de que a ampliação do ensino gratuito e obrigatório teria o potencial transformador da humanidade. Ghiraldelli Junior (2000) afirma que, entre o século XIX e o XX, houve três revoluções na teoria educacional e, na transição do XX para o XXI, estaríamos testemunhando a quarta revolução, sendo que cada uma delas se efetivou em torno de um elemento-chave distinto, sendo: a mente, a democracia, o oprimido, e a metáfora. E é em função desses elementos que a escola e o processo de escolarização passam a ser pensados.

Ocorre, nesse período, a intensificação do movimento escolanovista, trazendo uma crítica à pedagogia tradicional, que não seria capaz de levar a cabo uma formação democrática, uma vez que a própria escola não seria um espaço democrático. O movimento da Escola Nova teve início nas últimas décadas do século XIX, concomitante à afirmação das ideias liberais, sendo adequado ao processo de industrialização e ao ideal desenvolvimentista que se almejava (Santos; Prestes; Vale, 2006). O movimento escolanovista, segundo Campos e Shiroma (1999), concentra quatro princípios: a escola enquanto espaço de socialização; enfoque no indivíduo e no processo de aprendizagem; efeito de homogeneização social produzido pela escola; e escola enquanto espaço de aprendizado da democracia. Nas palavras das autoras (1999), as críticas da Escola Nova eram dirigidas

(...) à escola e à educação escolar condenam seu "tradicionalismo" expresso pela presença de currículos "enciclopédicos" e por métodos de ensino baseados na simples transmissão de conhecimentos. Em contraposição, propõem o retorno à centralidade dos processos de aprendizagem e dos chamados "métodos ativos", destacando-se que mais do que saber, o importante é "aprender a aprender". (p. 485)

A proposta da Nova Escola chega ao Brasil na década de 1920, pois não havia, antes desse período, condições sociais e pedagógicas que permitissem prosperar a ideia de uma nova forma de escolarização (Kulesza, 2002). Para Kulesza (2000), esse movimento vem na esteira da modernização da sociedade brasileira em direção a uma nova ordem social e, de

acordo com o autor, “As “novas idéias” não se limitaram à escola. Tendo como substrato a ideologia liberal, as transformações propostas tiveram em mira todas as instituições sociais, a começar do escravismo e da forma de governo.” (p. 4) Enquanto a pedagogia do início de século XX se orientava pela premissa de que a escola realizaria o ideal igualitário dentro de uma sociedade de classe, a Psicologia científica desenvolvia-se trazendo à luz as questões das diferenças individuais e uma nova chave de leitura para os fenômenos da escolarização.

Ao empreender o mapeamento das políticas educacionais em seus aspectos históricos e teóricos, Patto (2015) nos revela que as teorias raciais, que surgiram no século XIX, compuseram a lente interpretativa dos processos de fracasso escolar de crianças advindas de classes populares. As sociedades frenológicas datam das décadas iniciais desse século e se ocupavam das questões do inatismo. Na França, encontrou-se terreno fértil para que as teorias do determinismo racial se propagassem, em função do triunfo dos ideais iluministas que privilegiavam os princípios da ciência em detrimento dos valores religiosos. Conforme Goulart (2018), a psicologia francesa “foi, desde o início, considerada experimental, para que não se pudesse duvidar de seu caráter científico.” (p. 17) A autora (2018) evidencia que a psicopatologia francesa foi o que deu substância à Psicologia para propor os estudos das diferenças individuais. De acordo com Patto (2015), o período dos anos de 1850 a 1930, foi de consolidação das ideias de que haveria uma dissimetria entre as raças e que a pobreza se explicaria por uma inferioridade biológica.

Oliveira, Schucman e Vainer (2012), ao registrar como se deu no Brasil a questão das relações étnico-raciais no campo do pensamento psicológico, demarcam que no início do século XX surge a Escola Baiana de Antropologia, da qual estava à frente o psiquiatra Raimundo Nina Rodrigues, que investigava as características psicológicas do negro, atribuindo-lhe um caráter de inferioridade e periculosidade. Os autores (2012) nos mostram que a Psicologia mantinha estreita relação com a Medicina e com a Educação, e que, à época, diversos trabalhos produzidos nas áreas de psiquiatria, neurologia, medicina social, cujos temas eram do âmbito psicológico, correlacionavam elementos raciais a características de personalidade, definindo formas de doença mental que seriam próprias a determinados grupos raciais.

Estudos antropológicos e fisiológicos, como de Cabanis (1758-1808), tentam demonstrar que a espécie humana possui origens diversas e, com isso, haveria diferenças intrínsecas entre as raças. Esse intervalo temporal de sedimentação das teorias raciais foi marcado por dois aspectos: um cientificismo ingênuo e um racismo militante (Patto, 2015). O mote dos estudos era o de alcançar a comprovação de inferioridade dos estratos pobres e não

brancos. O racismo funcionava como uma ideologia que justificava a diferença de classes, sobretudo nas sociedades onde o recorte econômico que define as classes empobrecidas faz interseção com o recorte racial. Tal ideia encontra ressonância nos pensamentos do autor da filosofia positivista, Augusto Comte, ao afirmar que a inteligência é um atributo inerente aos brancos, sendo estes os portadores da intelectualidade e dos caracteres necessários para pertencer a elite. Contudo, Patto (2015) menciona como um pensador de destaque das teorias raciais o conde de Gobineau (1816-1882), autor da obra intitulada *Ensaio sobre a desigualdade das raças humanas*.

Patto (2015) nos aponta ainda a apropriação que se fez da teoria evolucionista de Darwin. Para a autora, as teorias racistas apoiaram-se nas ideias presentes na *Origem das Espécies* para justificarem-se. O darwinismo foi transportado do campo biológico para o campo social a fim de que se reafirmasse a hierarquização social que representasse a nova ordem social que se estabelecia. Portanto, o darwinismo social prestava-se a uma forma de legitimar as desigualdades sociais e o racismo, pertencendo, assim, muito mais à política daquele século do que à ciência (Patto, 2015). A visão de mundo extraída do darwinismo social ensejou a ramificação de ideias que buscavam suporte no reducionismo e pretendiam demonstrar o caráter biológico presente nas diferenças individuais. A antropologia, a sociologia e a psicologia, saberes que se sedimentavam nesse momento histórico de ascensão do capitalismo, coadunavam-se com o modo de interpretação da sociedade vigente. A antropologia do fim do século XIX preconizava o etnocentrismo europeu, ao passo que a sociologia científica tentava traçar um paralelo entre o funcionamento social e o funcionamento de um organismo, no qual as diferenças comporiam harmoniosamente seu funcionamento. Por seu turno, a psicologia inclinou-se sobre a questão da diferença individual, como nos demonstra Patto (2015):

A psicologia científica nascente, nesse mesmo período não poderia ser diferente; gerada nos laboratórios de fisiologia experimental, fortemente influenciada pela teoria da evolução natural e pelo exaltado cientificismo da época, tornou-se especialmente apta a desempenhar seu primeiro e principal papel social: descobrir os mais e os menos aptos a trilharem a “carreira aberta ao talento” supostamente presente na nova organização social e assim colaborar, de modo importantíssimo, com a crença na chegada de uma vida social fundada na justiça. Entre as ciências que na era do capital participaram do ilusionismo que escondeu as *desigualdades pessoais*, biologicamente determinadas, a psicologia certamente ocupou posição de destaque. (p. 60-61)

Um dos precursores dos estudos das diferenças individuais, Francis Galton (1822-1911), investigava a existência de fatores hereditários da inteligência. Para tanto, percorreu as quatro dimensões dos estudos diferenciais, a saber, a biologia, a estatística, a psicologia

experimental e os testes psicológicos. Foi, segundo Patto (2015), o primeiro psicólogo a inserir os princípios evolucionistas da teoria darwiniana aos estudos sobre a capacidade humana. A autora afirma, ainda, que o desenvolvimento de uma psicologia das diferenças, que tinha como escopo distinguir e definir, a partir do método científico, os indivíduos normais dos anormais, os aptos e os inaptos, somente foi possível dentro dos limites de uma ideologia da igualdade de oportunidades, presente nas sociedades de classe. Mais que a identificação dos fatores hereditários nos processos psicológicos superiores, a teoria de Galton trazia uma perspectiva eugênica, uma vez que pretendia intervir nos destinos da humanidade. No entanto, ainda que seus estudos pretendessem demonstrar a hierarquização das raças, a questão racial encontrava-se diluída em seus argumentos, tendo em vista que seu enfoque era a distribuição dispar das aptidões naturais.

É sob influência de Galton que o movimento dos testes mentais é deflagrado na psicologia. Com o aumento da demanda por escolarização e com a instituição dos sistemas nacionais de ensino nos países capitalistas, dois problemas se colocam para os educadores. Primeiro, como explicar a diferença de rendimento dos alunos. Segundo, como justificar o acesso desigual às séries mais avançadas (Patto, 2015). A preocupação com os índices de inteligência foi um dos principais eixos da psicologia tributária de Galton. A contribuição da psicologia, nesse período, foi no sentido de corroborar a visão existente de que as diferenças poderiam ser atribuídas a aspectos individuais, sem que se fizesse qualquer crítica à organização social.

O modelo explicativo para as dificuldades de aprendizagem fundamentava-se em duas vertentes: uma vertente biomédica, decorrente da ideia de que as habilidades humanas são naturalmente dadas, trazendo em seu interior a influência das ideias racistas que se potencializaram no século XIX; outra vertente era a perspectiva da psicologia e da pedagogia, cujo assento eram os fatores ambientais. Segundo Patto (2015), “Os primeiros especialistas que se ocuparam de casos de dificuldade de aprendizagem escolar foram os médicos. O final do século XVIII e o século XIX foram de grande desenvolvimento das ciências médicas e biológicas, especialmente psiquiatria.” (p. 65) As questões de aprendizagem tornam-se evidentes no momento em que a psiquiatria, com as nomenclaturas nosográficas da idiotia, passa a definir duros de cabeça, ou aqueles que não apresentavam condições necessárias para a aquisição do conhecimento. O discurso médico sobre a criança, enquadrada na nosografia médica, logo sai do espaço hospitalar e ganha terreno no contexto da escola, a partir do conceito de *anormalidade*. As crianças que apresentavam dificuldade no seu processo de escolarização eram vistas como anormais, sendo o fracasso escolar causado por alguma

anormalidade orgânica. Moysés e Collares (1997) discutem a questão da avaliação da inteligência, demonstrando que o contexto em que se torna possível a constituição dessa ideia é o da influência do darwinismo nas teorias sociais, proposto por Galton. Segundo as autoras, o que está posto é a crença no determinismo biológico como forma de compreender os fenômenos sociais. Portanto, a ideia estruturante é a de um reducionismo biológico. O que as autoras (1997) enfatizam é que não se pode medir a inteligência, uma vez que se tem acesso apenas a expressões de inteligência. Nesse sentido, a diferença entre essas expressões estaria concernida a questões de outras ordens que não o fator biológico.

A psicologia teve uma contribuição importante para a delimitação de uma infância patologizada. Tomando como critério as dificuldades de aprendizagem e a capacidade cognitiva, foram desenvolvidos instrumentos de avaliação que permitiam fazer a diferenciação das crianças entre as que potencialmente aprenderiam e as que não apresentavam as condições esperadas de aprendizagem. Segundo Patto (2015), “Medir as aptidões naturais tornara-se o grande desafio que os psicólogos se colocavam na virada do século.” (p. 65) Pesquisadores como Alfred Binet – que produziu a primeira escala métrica de inteligência para crianças, e Edouard Claparède, tornaram-se referências essenciais na formação dos psicólogos e pedagogos preocupados com as formas de se medir as diferenças individuais, expressas por meio do rendimento escolar.

Ao discutir a noção de anormalidade na obra de Binet, Jatobá (2016) reflete que a produção do psicólogo francês e de seus colaboradores se situa no “entrecruzamento dos discursos pedagógico, psicológico, higiênico e disciplinar”, e na busca por uma articulação entre a anormalidade e a criação de um método reconhecidamente científico. Um método que respondesse pela questão da educabilidade e que pudesse “revelar as crianças anormais do ensino primário público francês” – aquelas que se tornariam as “anormais de escola”, como destaca a autora (p. 36).

Binet interessava-se, portanto, pela questão da diferença entre a criança normal e a criança anormal, e publica em 1907 livro intitulado *A criança anormal*, com o intuito de dar cientificidade à pesquisa sobre o retardamento mental (Rezende, 2013), construindo assim uma prova psicométrica que colaborasse com a identificação daqueles que apresentavam desenvolvimento intelectual abaixo do limiar, e mesmo rendimento escolar inferior. Teixeira (2019) sinaliza que:

Embora os testes de inteligência tenham estado presentes em diferentes momentos e locais da história, foi a partir de procedimentos padronizadores de aplicação e interpretação, com uso em diferentes contextos sociais, que eles tomaram proporções de importância mundial. Esse processo de padronização partiu da publicação dos estudos dos franceses Alfred Binet e Théodore Simon a partir de escalas métricas com mensuração de níveis mentais de crianças e adolescentes em estudos realizados na Europa no início do século XX, que provocaram importantes mudanças no contexto das pesquisas em educação e psicologia. Envolvidos em estudos sobre o diagnóstico do retardo mental e a educação de crianças anormais, Binet e seu colaborador Simon apresentam os resultados do trabalho no Congresso Internacional de Psicologia, em Roma, no ano de 1905 (...) Esse estudo, em especial, se propunha verificar, por meio de diagnóstico, se as crianças possuíam ou não retardamento mental. Foi no ano de 1908 que os autores publicam uma escala métrica (termo anteriormente utilizado, porém não simpático para Binet) para mensurar a inteligência por meio de um teste denominado de Binet-Simon. (p. 4)

Binet pretende, desta forma, afirmar a cientificidade da psicologia introduzindo a dimensão experimental e o empirismo em sua prática (Silva, 2010). Além disso, havia o objetivo de estabelecer os critérios de diferenciação entre normalidade e anormalidade, de forma a prevenir e solucionar os problemas escolares (Cotrin, 2010). Essa discriminação ficaria a cargo dos especialistas, médicos e psicólogos, que identificariam os traços sugestivos à anormalidade da criança, apoiando-se na psicométrie. Jatobá (2016) nos aponta que o projeto de Binet de realizar uma reformulação do sistema de ensino francês baseado nas diferenças individuais é permeado por concepções que se sustentavam em preconceitos. De acordo com a autora, os procedimentos com os quais Binet se propunha a reordenar e constituir o sistema de educação especial francês eram “responsáveis por atitudes segregacionistas e higienistas, desde sua origem e elaboração, pois, apesar da resistência de determinados grupos, estes, de certa forma, foram tomados como parâmetro ideológico para a constituição do ensino especial.” (p. 74)

Podemos observar, nesse período, que a verve biologicista demonstra-se hegemônica no que tange à compreensão das formas de aprendizagem e dos problemas do não-aprender. Medir as aptidões era a principal tarefa que os psicólogos se impunham, sendo a construção de instrumentos de medidas do potencial individual de aprendizagem o principal objetivo. As dificuldades de aprendizagem, por seu turno, encontram uma forma explicativa na confluência de duas dimensões: uma decorrente das ciências biológicas e da medicina do século XIX, que compreendia as aptidões humanas a partir de uma visada orgânica; e a segunda vertente, que correspondia à psicologia e à pedagogia, desenvolvia-se no enquadre de uma sociedade orientada pelos ideais liberais e mais alinhada à visão da influência do ambiente em detrimento da perspectiva que considerava que as aptidões humanas eram determinadas por traços hereditários.

Édouard Claparède, psicólogo suíço, tornou-se um dos nomes mais proeminentes dos estudos diferenciais ao abarcar o propósito vigente na psicologia do final do século XIX e das décadas iniciais do século XX. Nassif e Campos (2005) pontuam que Claparède é considerado como um dos precursores dos estudos da psicologia da criança, pois investigava os processos cognitivos a partir de uma perspectiva interacionista. Foi responsável pela fundação do Instituto Jean-Jacques Rousseau, que tinha como objetivo formar educadores, realizar pesquisas no campo da psicologia e da pedagogia e, apoiando-se nos ideais escolanovistas, pretendia fomentar reformas educacionais. O mote de seu trabalho foi o aprimoramento dos instrumentos utilizados para identificar as diferenças individuais e, com isso, definir quem eram os retardados e quem eram os bem-dotados. Presumia-se que essa discriminação cumpria a premissa de assegurar a justiça social, uma vez que alocaria os indivíduos em seu lugar social e orientaria a conformação dos sistemas de ensino de modo que fossem oferecidas condições de escolarização condizentes com as aptidões de cada indivíduo. A identificação dos subdotados e dos superdotados, através de formas de mensuração das aptidões individuais, deflagrou a utilização de testes psicológicos nas escolas.

A problemática da psicologia diferencial como mote para a constituição de um sistema de ensino que atendesse às especificidades da criança que, identificada como anormal, pode ser reconhecida no Brasil através do trabalho de Helena Antipoff. Psicóloga e educadora russa, ligada à Claparède, Antipoff assumiu a cadeira de Psicologia na Escola de Aperfeiçoamento em Belo Horizonte, primeira instituição de ensino superior para a formação de educadores (Campos, 2003). Assumiu, ainda, a coordenação do laboratório de Psicologia, onde assessorava a aplicação de testes de inteligência. Campos (2003) assinala que a “implantação das medidas da inteligência visava a subsidiar a organização, nas escolas públicas, das chamadas ‘classes homogêneas’ por nível intelectual, e também das classes especiais, previstas na legislação da reforma de ensino.” (p. 217)

Com a inserção dos instrumentos de medida nas escolas, ocorre um deslocamento da forma de compreender e explicar os diferentes modos de aprender e a diferença entre os que aprendem e os que apresentam dificuldades. Patto (2015) afirma que a avaliação dos “anormais escolares” transfere-se, então, dos domínios do campo médico para a avaliação intelectual. O teste de QI (Quociente de Inteligência), proposto por Binet e Simon, cuja função era quantificar os níveis de inteligência, torna-se um dispositivo orientador dos sistemas de educação, assegurando fidedignidade e eficácia à aferição da inteligência. Segundo Teixeira (2019) “As escalas assumiam poder determinísticos na sociedade, ou seja, além da classificação dos indivíduos (seja com ou sem deficiência) apresentavam a sua

capacidade mental e intelectual com indicação de profissões (...) e tratamento para os mensurados como estado inferior de inteligência.” (p. 7)

Uma segunda incidência que promove o deslocamento da não aprendizagem do campo médico é a influência da psicanálise sobre o discurso do não-aprender, introduzindo a dimensão psicodinâmica para a leitura referente aos problemas do decurso da escolarização.¹³

A mudança de localização teórica para a explicação das razões pelas quais havia, entre os escolares, formas diferentes de aprendizagem ou de não aprendizagem, provoca uma alteração na nomenclatura daqueles que não aprendiam. Passa-se do anormal para a criança-problema. O conceito de criança-problema foi construído pelo psiquiatra Arthur Ramos que, imbuído do ideal da Escola Nova, propunha a aplicação da psicanálise na educação, promovendo o atendimento à criança no Serviço de Ortofrenia e Higiene Mental Escolar (SOHM) a partir dessa orientação teórica. De acordo com Miranda (2010), para Arthur Ramos “o conceito de ‘criança-problema’ promoveria um deslocamento da concepção baseada no paradigma da normalidade-anormalidade e se distanciaria da causalidade orgânica ao se apoiar nas explicações ambientais e familiares.” (p. 59)

A ampliação da leitura dos fatores envolvidos no fracasso escolar, ensejado pelos instrumentos de avaliação e pela abordagem psicanalítica, perfaz uma nova visada em que o ambiente, as relações familiares e as questões afetivo-emocionais passam a ser consideradas nas investigações dos problemas de escolarização. Surge, na esteira desse movimento, a higiene mental escolar com o propósito de diagnosticar precocemente os distúrbios de aprendizagem. Temos em Patto (2015) a sinalização de que a higiene mental foi precursora da patologização das dificuldades de aprendizagem. Demarca-se uma variação do eixo explicativo da não-aprendizagem, e a ênfase que recaía sobre a questão racial vai sendo substituída pela compreensão de que há determinadas culturas que não favorecem o processo de escolarização. Isso faz com que se passe a compreender que os problemas escolares decorriam de uma formação cultural deficitária, sobretudo das camadas mais pobres da sociedade.

Para Patto (2015), o movimento da higiene mental escolar colaborou com a constituição de sistemas de ensino excludentes, suprimindo a premissa escolanovista de que o sistema é responsável pela não-aprendizagem, e atribuindo sobremaneira os aspectos individuais como causa dos problemas escolares, tendo o diagnóstico como dispositivo

¹³ Bercherie (2001), ao demonstrar como se deu a constituição do campo da psiquiatria infantil, pontua que a psicanálise, ao introduzir a perspectiva psicodinâmica dos problemas mentais, permite a delimitação dos problemas psíquicos infantis a partir da compreensão de que o conflito psíquico remete à história do sujeito, como será abordado no próximo capítulo.

norteador. E, como nos aponta a autora “(...), os mais prováveis destinatários desses diagnósticos serão, mais uma vez, as crianças provenientes de segmentos das classes trabalhadoras dos grandes centros urbanos, que tradicionalmente integram em maior número o contingente de fracassados na escola.” (p. 68)

A presença de psicólogos clínicos nas escolas contribuiu para o reducionismo psicologizante dos problemas de escolarização. Podemos considerar, portanto, que as primeiras décadas do século XX colocaram em curso a difusão do saber médico-psicológico como o saber possível e recomendado para lidar com as problemáticas que a universalização do ensino impôs. Esse processo amortece a visão mais crítica do reconhecimento da instituição escolar no curso da história, sendo atravessada pelo modo de produção econômico e social que estrutura as sociedades contemporâneas. A teoria da privação cultural, por exemplo, se fundamenta na aposta de uma mentalidade onde a escola, obedecendo princípios de justiça social, organiza-se de forma a atender à diversidade cultural de seu público, presumindo que crianças de classes populares não têm condições equânimes de aprendizado em decorrência das restrições vivenciadas. Nesse sentido, a escola seria um meio de regulação social, reproduzindo as relações desiguais sem interpelar as contradições de base que estruturam nossa sociedade.

Patto (2015) responde ao questionamento de como teorias, como a Teoria da Carência Cultural, perpetuam-se, ainda que estejam explicitamente embasadas em ideias racistas, pontuando que isso se dá

Pelo recurso a versões ambientalistas do desenvolvimento humano, reservando-se ao termo “ambiente” uma concepção acrítica, compatível ao mesmo tempo com uma visão biologizada da vida social e com uma visão etnocêntrica de cultura: de um lado o meio ambiente é praticamente reduzido à estimulação sensorial proveniente do meio físico; de outro, valores, crenças, normas, hábitos e habilidades tidos como típicos das classes dominantes são considerados os mais adequados à promoção de um desenvolvimento psicológico sadio. (p. 72)

Nesse contexto, nascem os programas de educação compensatória, norteados pela concepção de que as crianças de classes populares estão menos aptas a receber educação. Observa-se que a temática do fracasso escolar está perpassada por estereótipos de classe e raça. Associa-se os problemas de aprendizagem à desordem familiar e à cultura das camadas mais pobres da sociedade, tidas como inferiores, e delimitam-se os problemas de escolarização a aspectos individuais. Conforme Ferraz, Neves e Nata (s/d) assinalam, a ênfase dada à escola como eixo de mobilidade social e econômica, e os apontamentos de que os fatores de classe social, pobreza, raça, poderiam explicar os problemas presentes no

processo escolarização é o solo fértil para o aparecimento destes programas, que tinham por objetivo facilitar o acesso das crianças de classes desfavorecidas a uma cultura escolar considerada adequada. Notamos que é a partir dessa demarcação teórica que se define o campo de estudos acerca dos dispositivos de medicalização e de sua incidência na educação. Destacaremos, a seguir, alguns trabalhos que nos permitem verificar como a leitura foucaultiana e a abordagem histórico-crítica da psicologia consolidaram um campo de pesquisa.

1.4 A biopolítica e o fracasso como produção: aproximações do pensamento foucaultiano e a obra de Maria Helena de Souza Patto nos estudos sobre a medicalização da infância e da educação

Como apontamos em nossa revisão bibliográfica, os estudos sobre a problemática da medicalização da educação perpassam duas referências que auxiliam a circunscrever o debate a um posicionamento crítico. O conceito de biopolítica nos permite compreender a relação poder-saber que se sustenta em nossa sociedade, utilizando-se do discurso médico como dispositivo de exercício do controle e disciplinarização dos corpos, em um viés positivo do poder. Nesse sentido, o controle se exerce pelo poder de produzir efeitos sobre a vida e os fenômenos humanos coletivos. Com Patto (2015) podemos constatar que o fracasso escolar, como algo recorrente no processo de escolarização das classes populares, encontra raízes na ampliação de um sistema de ensino que se estabelece na reprodução das desigualdades de classe. A autora demonstra que as causas para o fracasso escolar eram reportadas a teorias que se sustentavam em premissas arraigadas de preconceito científico (teorias raciais e de carência cultural).

O conceito proposto por Foucault (1999) permitiu identificar os meandros do biopoder que se exerce com o estabelecimento e desenvolvimento da sociedade capitalista e, uma vez que a medicina se converte em tecnologia de poder, é possível verificar como há um corte em sua práxis. A constituição da clínica moderna, como no mostra Foucault (2011) em o *Nascimento da Clínica*, mais que definir o modo como se aborda o objeto, coloca em pauta a forma como a medicina exclui o sujeito adoecido em função de todo o aparato que pode verter sobre seu corpo a fim de lhe assegurar a vida. A função do olhar, como destaca o autor, fundamentada na anatomia do corpo, coloca em questão o fato de que, para saber acerca da patologia, é necessário prescindir do doente. Portanto, não mais a narrativa do sujeito sobre o seu corpo adoecido, mas sim a experiência visível que torna objetiva a clínica, fundando um

discurso médico sobre o corpo. De acordo com Foucault (2011)

O olhar penetra no espaço que ele estabeleceu como objetivo percorrer. A leitura clínica, em sua primeira forma, implicava um sujeito exterior e decifrador que, a partir e além do que soletrava, ordenava e definia parentescos. Na experiência anátomo-clínica, o olho médico deve ver o mal expor-se e dispor-se diante dele à medida que penetra no corpo, avança por entre seus volumes, contorna ou levanta as massas e desce em sua profundidade. (p.150)

A medicina se torna a tecnologia, no quadro de uma sociedade capitalista, que pode garantir a eficiência do corpo através dos meios que dispõem seu desempenho ou sua correção. Consideramos que esse é um dos pontos de aproximação entre o pensamento foucaultiano e o trabalho de Patto (2015), que buscou relevar as capilaridades que se tornaram de fato sistêmicas em nosso contexto escolar: a não-aprendizagem. A confluência entre os dois autores se dá, a nosso ver, pelo fato de que as causas para a não-aprendizagem eram atribuídas a fatores referentes à ausência de qualidades no aluno. A ideia de déficit, orgânico ou cultural, era o eixo explicativo para a questão, com forte assento no saber médico-psiquiátrico, que excluía uma série de fatores em prol de uma explicação médica. A proposta de Patto (2015), em sua pesquisa, foi dar espaço às vozes silenciadas nas análises do fracasso escolar, sobretudo as vozes dos alunos. Portanto, um contraponto ou mesmo uma tentativa de refrear a medicalização, que já se fazia presente no cotidiano das escolas.

Há uma profusão de trabalhos que vêm na esteira dos estudos foucaultianos acerca do saber médico e do que nos revelou Patto (2015) em relação ao fracasso escolar enquanto um fato socialmente construído. Desse modo, Proença (2010), ao discutir o lugar da Psicologia nas políticas públicas, revisa a base epistemológica desta disciplina, que se insere no campo educacional comprometida com uma visão patologizante dos problemas de aprendizagem. Souza (2014) investiga formas de tratamento da queixa escolar que se opõem à lógica de medicalização da vida. Nesse mesmo sentido, Machado (2014) coloca em questão desde uma abordagem foucaultiana da ideia de norma, para propor possibilidades de resistência aos efeitos da medicalização da vida e da educação. Angelucci (2014) e Monteiro (2014), em seus respectivos trabalhos acerca do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, mostram-nos que esses espaços se constituem como lugar de crítica e de criação de estratégias frente aos efeitos da biopolítica.

A ingerência do saber médico em diversos âmbitos da vida e o modo como a leitura biológica sobre os fenômenos torna-se hegemônica é um fato característico da modernidade. Birman (2005), ao fazer a diferenciação entre o conceito de saúde pública e saúde coletiva,

oferece-nos uma leitura que se orienta pelas coordenadas da constituição da clínica médica contemporânea feita por Foucault (2008).

De acordo com Birman (2005), a noção de saúde pública surge no século XVIII, pois, com a urbanização das cidades, torna-se necessário traçar estratégias preventivas de controle dos espaços a fim de evitar as epidemias. Ocorre, desse modo, a medicalização do espaço. E as descobertas no campo da biologia ampliam os modos de controle social exercidos pela medicina. Em contrapartida, o conceito de saúde coletiva problematiza a universalidade biológica na qual se sustenta a prática da medicina calcada numa posição que “silencia qualquer consideração de ordem simbólica e histórica na leitura das condições das populações a que se destinam as práticas sanitárias.” (Birman, 2005, p. 12) Evidencia-se, nesse sentido, que a medicina, ao ser colocada como o saber que define como o espaço social se organiza, adquire o poder de classificar e diferenciar tanto os espaços que produzem ou não doença, quanto comportamentos e práticas normais e patológicas.

Moysés e Collares (2014) reconstituem o histórico de patologização da educação apontando que esse processo tem origem há mais de um século. A medicina, apoiada no universalismo biológico, torna-se o saber ao qual compete regular o que é saúde e o que é doença, e prescrever o que são formas de viver adequadas. Nesse sentido, passa a intervir em todos os aspectos da vida a partir de uma visada que reduz o ser humano a um dado biológico, não considerando aspectos sociais, culturais, econômicos. A redução da vida à mera biologia é o terreno fértil para a medicalização da existência. O fenômeno se estende também para o campo da educação, quando se busca uma interpretação, na medicina, que explique a razão da não aprendizagem de uma parcela de alunos.

Para Moysés e Collares (2014), a transformação dos problemas de aprendizagem em problemas de saúde está concernida à constituição da medicina moderna. O surgimento do capitalismo impôs o surgimento de uma nova ordem social na qual a instituição familiar se reconfigurou. A noção de infância surge nesse interim e no bojo das regulamentações médicas de ocupação do espaço de modo a evitar a propagação de doenças. Nesse contexto, surge a puericultura como um conjunto de práticas que recaem sobre o corpo da criança. Articulada à medicina, essas práticas ganham caráter normativo e, embasando-se na ideia de que as condições de saúde e até mesmo os problemas de aprendizagem eram decorrentes da insciência das classes populares, define-se o campo da Saúde Escolar. A inserção da medicina na escola se dá, então, sobretudo por um objetivo sanitarista, mas logo passa a orientar a forma como as instituições deveriam ser construídas e a regular os comportamentos dos alunos, estendendo-se às questões de aprendizagem.

As investigações das autoras (2014) permitem depreender que o discurso da medicina sobre as crianças das classes populares é o que insere a leitura medicalizante nas práticas educativas. Em suas palavras:

A medicalização da aprendizagem (e da não-aprendizagem) não decorre da ampliação de vagas nas escolas e conseqüente acesso de crianças oriundas das classes trabalhadoras, com aumento das taxas de retenção e evasão. Decorre não do surgimento de um problema educacional. Ao contrário. A Medicina já alertava, *a priori*, que as crianças das classes trabalhadoras são mais debilitadas, malnutridas, doentes etc e, portanto, iriam apresentar problemas na escolarização, a menos que houvesse uma atuação médica. (Moysés; Collares, 2014, p.60)

No Brasil, essa inserção da medicina a partir do movimento de Saúde Escolar tem início a partir de 1850, no Rio de Janeiro, tendo em vista que a escola é um espaço de aglomeração e, por isso, deveria se submeter ao controle sanitarista, a fim de evitar o aparecimento e a proliferação de doenças com potencial epidêmico (Zucoloto, 2007).

O viés epidemiológico, a partir do qual a medicina ganha outros contornos, passa a intervir não apenas nos processos coletivos, como também a incidir no corpo individual, tornando-se uma forma de explicar as questões atinentes à escolarização. Na década de 1980, com a publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, terceira versão (DSM-III), as narrativas dos distúrbios de aprendizagem ganham terreno no contexto escolar¹⁴. Com esse manual, supõe-se que haja uma definição mais objetiva do déficit de atenção.

O diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), descrito na versão do DSM-IV, publicado no ano de 1994, decorre da sistematização de critérios diagnósticos decorrentes de experiências clínicas anteriores. A história do TDAH, como afirma Caliman (2010), pode ser descrita pelo entrelaçamento de três sintomas predominantes: a hiperatividade, a impulsividade e a desatenção. A identificação dos transtornos hipercinéticos datam do século XIX (Rodhe; Barbosa; Tramontina; Polanczyk, 2000) com nomenclaturas que sofreram alterações no decorrer da história. Na década de 1940, surgiu a denominação da lesão cerebral mínima, que posteriormente, na década de 1960, passou a ser reconhecida como disfunção cerebral mínima. Na terceira edição do DSM, surge a denominação Desordem de Déficit de Atenção. A formalização do nome aparece com as atualizações do manual diagnóstico DSM, em sua quarta edição. Estima-se uma prevalência do transtorno de 3% a 6% entre crianças em idade escolar. Caliman (2009) sublinha as

¹⁴ O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) será abordado de modo mais pormenorizado no segundo capítulo.

controvérsias relativas à constituição do TDAH enquanto uma entidade diagnóstica autônoma, evidenciando que a narrativa acerca do surgimento desse transtorno perpassa direcionamentos variados: há uma vertente explicativa, que aponta a constituição do diagnóstico entremeado à descoberta da ritalina e sua aplicabilidade para as desordens de atenção. A autora nos mostra que, na década de 1970, investe-se em medidas psicofisiológicas como forma de definir o déficit de atenção; e na década de 1980, com os exames de imagem, passa-se a pesquisar o “cérebro TDAH” (Caliman, 2009). As neurociências e a teoria cognitiva compõem o fundo teórico sob o qual o TDAH ganha corpo e orienta a forma de identificação e tratamento até os nossos dias, sobretudo perscrutando os marcadores neurobiológicos que comprovem a existência do transtorno.

É notório que a constituição da categoria diagnóstica do TDAH está imbricada a uma controversa utilização do metilfenidato, principal substância utilizada no tratamento do transtorno. Essa substância não foi desenvolvida, a princípio, com o intuito de tratar distúrbios de comportamento infantis. Nos anos de 1930, as anfetaminas eram utilizadas para amenizar os efeitos de exames neurológicos invasivos em crianças que apresentavam transtornos psiquiátricos. Sob o uso dessas drogas observava-se que as crianças se apresentavam mais calmas e algumas tinham melhoras no rendimento escolar. Já nos anos de 1960, Leon Eisenberg, inspirado nessa descoberta, publica um artigo defendendo a eficácia do metilfenidato para o tratamento das dificuldades de aprendizagem. Essa ideia vai se reforçar nas décadas seguintes culminando com o dado de que a Ritalina torna-se um dos medicamentos mais consumidos em diversos países, inclusive no Brasil (Domitrovic; Caliman, 2017; Ortega *et al*, 2010; Brant; Carvalho, 2012). Nesse sentido, podemos apontar que essa relação unívoca entre dificuldades de aprendizagem e distúrbios neurológicos ou psiquiátricos, configura-se como estratégia capitalista de consumo das tecnologias médicas e farmacológicas, reiterando a reprodução da medicalização das dificuldades escolares.

Uma vez mapeado o campo teórico no qual se insere o debate da medicalização da queixa escolar, e tomando como referência as estratégias biopolíticas e os estudos críticos que interrogam a prática da psicologia no campo da educação, avançaremos com a discussão de nossa pesquisa apresentando, a seguir, o paradigma moderno sobre o qual se ampara os processos de medicalização da queixa escolar contemporânea.

CAPÍTULO 2

DA INEXISTÊNCIA DE UM CONCEITO DE INFÂNCIA À INFÂNCIA MEDICALIZADA

Problematizar a queixa escolar coloca-nos diante do fato de que sobre a criança pairam diversos discursos. Em face à exposição feita no primeiro capítulo, cujo objetivo foi o de destacar a interpelação sobre a produção do fracasso escolar, evidencia-se um duplo movimento. De um lado um movimento interno, feito pela psicologia crítica, no sentido de questionar suas bases e pontuar como este saber se perpetuou reproduzindo a contradição social; de outro, uma leitura da constituição da sociedade capitalista a partir da sofisticação das relações de poder, como formulada por Foucault. Essa formulação nos permite acender a questão acerca da constituição do conceito de infância e nos perguntar se é no enquadre de uma organização social engendrada pela biopolítica que se pode pensar a infância tal qual a conhecemos.

Para compreender a construção do conceito de infância, faz-se necessário observar a construção da família moderna. Áries (2006) nos oferece elementos que nos permitem realizar este recuo histórico. Segundo o autor, antes do século XV a família era uma realidade moral e social, mais do que sentimental. Nos meios mais pobres, “ela não correspondia nada além da instalação material do casal no seio de um meio mais amplo, a aldeia, a fazenda (...) Nos meios mais ricos, a família se confundia com a prosperidade do patrimônio, a honra do nome.” (Ariés, 2006, p. 159). No entanto, no fim do século XVI e durante todo o século XVII, a realidade e os sentimentos começam a sofrer transformações devido a um fato evidente: a extensão da frequência escolar. Há uma mudança nos padrões sociais em relação às crianças, a separação dos espaços dos quais estas poderiam estar, o modo de vestir, bem como a preocupação com a escolarização, como apontado por Barbosa e Magalhães (2008), observando-se que a escola ainda era um espaço reservado às crianças das classes abastadas. No período precedente a este, era um costume amplamente difundido as famílias entregarem suas crianças a outras, e receber os filhos de outras pessoas em suas casas. O escopo dessa prática era que as crianças aprendessem um ofício e, sobretudo, regras de civilidade. É válido registrar que entendia-se por civilidade, nesse contexto, um conjunto de conhecimentos acerca das práticas sociais, normas de conduta, regras de etiqueta, padrões para se viver no coletivo. Portanto, os pais não tinham qualquer cuidado no que concernia o desenvolvimento infantil.

Áries (2006) nos alerta para outro fenômeno crucial, a demarcação do espaço doméstico enquanto lugar da família e de sua intimidade. “O progresso do sentimento da

família segue o progresso da vida privada, da intimidade doméstica.” (Ariès, 2006, p. 164) Durante muito tempo, não havia uma fronteira entre as vidas pública, privada e profissional, haja vista que o êxito social dependia da rede de relações que se estabeleciam em determinado período de tempo. É no final do século XVII que vemos o início da formação da estrutura familiar moderna, organizada em torno da criança. E é em meados do século XVII e início do XIX que este projeto se consolida. Segundo Áries, o sentimento aí edificado sofreu poucas modificações até nossos dias.

Entretanto, é válido ressaltar que a forma de cuidado relativa à infância e a ideia de que é na modernidade que se institui um sentimento de infância, guarda relação com o fato de terem-se erigido discursos que tomam a criança com objeto. O que não implica dizer que não houvesse outras formas de cuidado pregresso. Moura, Viana, Loyola (2013) afirmam que na Antiguidade a família era a referência de formação cultural, moral, psicológica para a criança, e responsável pela sua educação e saúde. Ainda que a noção de infância remetesse a uma fase a ser superada, pois era sinônimo de incapacidade de julgamento e pensamento. Outra interpretação para o surgimento da noção de infância, abordada por Klein (2012), nos mostra que não foi pelo viés afetivo que a infância se formou. Ao contrário, a ausência de cuidados com as crianças que estavam submetidas aos regimes de trabalho fabril foi encampada pela luta do proletariado, que reivindicou a proibição trabalho infantil. Portanto, no bojo da luta de classes é que se definiria a noção de infância. Dentre as possibilidades de interpretação, o que se destaca é a premissa de que a infância é uma construção social e não um fato naturalizado¹⁵.

A historiografia nos aponta que as Ciências Humanas e Sociais tardaram em reconhecer a infância como objeto de estudo (Nascimento; Brancher; Oliveira, 2008). A criança só aparece como sujeito histórico tardiamente, sendo mais recentes ainda os estudos que pretendem demonstrar como a instituição escolar impacta a constituição do conceito de infância. Nesse sentido, é somente a partir do século XIX que se lança luz sobre a criança e sobre a infância e se estabelece um campo de pesquisa sobre o tema na esteira da publicação de duas obras, a saber, *História Social da infância e da família*, de Ariès (2006), e *A evolução da infância*, de De Mause (1991). Nascimento, Brancher e Oliveira (2008) afirmam que esses dois autores trazem um elemento importante, que é o de fazer uma história da infância

¹⁵ Notamos que a questão do trabalho infantil é um problema presente até a contemporaneidade, sugerindo que o discurso de proteção à criança não abrange à todas as experiências de infância. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 2016, o número de crianças em situação de trabalho infantil no mundo era de 152 milhões, sendo 88 milhões de meninos e 64 milhões de meninas. Dados disponíveis em: <https://www.ilo.org/brasil/temas/trabalho-infantil/lang--pt/index.htm>

relacionando-a com as questões da aprendizagem humana. Portanto, o reconhecimento da infância informa sobre o nascimento das instituições de cuidado e proteção da criança.

A infância é, portanto, uma construção histórico-social, uma invenção concebida no século XVII, pois não havia, nesse contexto, uma diferenciação entre as fases e os espaços destinados à correspondente faixa etária, bem como um limite claro entre o espaço público e o privado. A criança era inserida na vida adulta tão logo se tornasse independente dos cuidados maternos. Ariès (2006) vai em busca da representação da criança e da infância na arte, constatando que esta era considerada um decalque do adulto. Os contornos do que vem ser a infância surgem no decorrer de um processo denominado por Ariès de devolução do sentimento, ocorrido entre os séculos XVI e XVII (Nascimento; Brancher e Oliveira, 2008). Nesse período, surgem as formas de saber acerca da criança, a pedagogia e os conhecimentos de puericultura. O desvelamento da infância como um fato social permite o engendramento de discursos que colocam a criança na condição de incapacidade sob diversos aspectos, atribuindo-lhe um lugar de objetificação no qual vemos agir forças de proteção e de repressão. As primeiras a entendem como incapaz de garantir por si mesma a sobrevivência, enquanto as forças de repressão impõem à criança interdições de várias ordens, inclusive a de sua sexualidade.

É nas classes dominantes que podemos observar que o movimento, em razão do reconhecimento da infância, tem início animado pelas ideias de que a criança precisa de proteção, é dependente e desamparada. De acordo com Nascimento; Brancher e Oliveira (2008) “As crianças, vistas apenas como seres biológicos, necessitavam de grandes cuidados e, também, de uma rígida disciplina, a fim de transformá-la em adultos socialmente aceitos.” (p. 7) Depreende-se que a ideia de infância surge imiscuída à premissa de aprendizagem e de controle das pulsões sexuais. O corpo infantil é submetido às técnicas biopolíticas para assegurar à criança um lugar na constelação social que a difira como aquele que necessita ser cuidado e preparado para ser inserido na vida adulta.

Com a instalação progressiva das escolas, os filhos poderiam crescer juntos dos pais. De acordo com Andrade (2010), no contexto em que se conformava “a família passa a ter como função básica garantir a sobrevivência física, social e psicológica da prole, favorecendo a manutenção das relações sociais e produtivas do modelo hegemônico capitalista.” (p. 51) A substituição da aprendizagem que se dava por meio do convívio social, do trabalho e da participação da criança na vida adulta, pela escola, como pontua Andrade (2010), exprime uma aproximação da família e da criança, do sentimento de família e do sentimento de infância. “O clima sentimental era agora completamente diferente, e mais próximo do nosso,

como se a família moderna tivesse nascido ao mesmo tempo em que escola, ou ao menos, que o hábito geral de educar as crianças na escola.” (Ariès, 2006, p. 159).

Segundo Durkheim, citado por Nascimento; Brancher; Oliveira (2008), a relação entre escola e infância se daria no sentido de moralizar os impulsos infantis, que eram instáveis e lábeis. Para conter os *humores endoidecidos* das crianças, propõe uma educação moral fundamentada em três elementos, com o objetivo de que às crianças fossem transmitidas adequadamente as regras sociais, políticas e econômicas. Tais elementos seriam: “o espírito de disciplina (graças ao qual a criança adquire o gosto da vida regular, repetitiva, e o gosto da obediência à autoridade); o espírito de abnegação (adquirindo o gosto de sacrificar-se aos ideais coletivos) e a autonomia da vontade (sinônimo de submissão esclarecida) (Durkheim, 1978 *apud* Nascimento; Brancher; Oliveira 2008, p. 9). A crítica que se faz à visão durkheimiana, segundo as autoras, é a posição na qual coloca a criança como um vir-a-ser, sendo, no entanto, um objeto que comporta a promessa de realização do adulto.

Com a institucionalização da escola e expansão da necessidade de escolarização decorrente do desenvolvimento capitalista, a definição de infância vai ganhando contorno. A pedagogia para as crianças vai ensejar a possibilidade de reconhecer a infância enquanto construção social e a escola passa a cumprir a função de diferenciar o espaço da criança, do espaço adulto. Diferentemente de outrora, onde não havia essa demarcação e o reflexo era o de que a criança participava de todos os aspectos da vida adulta, do trabalho e, inclusive, do comportamento sexual, quando não havia uma moral que interditasse o intercuro sexual com crianças. Outro dado notável é que, com o processo de industrialização e urbanização, o grupo familiar foi se alterando. Nas sociedades rurais, havia a presença da família extensa, portanto, de um agrupamento que poderia alcançar até quatro gerações. Com o processo de industrialização, o movimento se dá no sentido de privatizar as relações familiares, em contraposição ao espaço público. De acordo com Nascimento; Brancher; Oliveira (2008) “A preservação da família como algo privado, à parte da vida social é uma ideia tipicamente burguesa, com o próprio desenvolvimento de noções modernas, como por exemplo, o individualismo.” (p. 10). A invenção da família nuclear traz em sua esteira a responsabilização pela infância e impõe uma temporalidade específica para ser criança. A noção de infância moderna decorre, ainda, da inscrição jurídica de diferenciação entre crianças e adultos, com as leis de proibição do trabalho infantil e o estabelecimento de práticas diferenciadas, por exemplo, em relação à criminalidade juvenil.

2.1. A constituição da psiquiatria infantil e os processos de aprendizagem como critérios para a definição das patologias da infância

A historiografia nos mostra que a infância é uma construção social moderna, forjada no esteio do desenvolvimento do capitalismo, e se estabelece por uma conjunção de elementos discursivos advindos dos saberes que pretendiam dizer sobre a criança e de modos de disciplinarização do corpo e da subjetividade destas. Indica, também, que a história da infância está intrinsecamente ligada à história da educação. (Carrijo, 2007) Ao reportarmos o aspecto temporal que está presente na construção da noção de infância, pretendemos demarcar que é de nosso interesse nessa pesquisa, alcançar os limites macropolíticos envolvidos no fenômeno de medicalização da infância. A perspectiva à qual aludimos na seção anterior, nos permite verificar que a noção de infância surge quando, sobre a criança, constroem-se discursos e práticas objetivantes, e isso se dá na intercessão entre dois saberes: o saber médico e o saber pedagógico, quando a escola passa a ser o lugar da criança e o espaço que a permitirá ascender à vida adulta. Observamos, ainda, que o processo de escolarização é marcado por uma interpretação dos modos de aprendizagem balizados por uma referência desenvolvimentista e biomédica.

A fim de localizar como a interpolação entre os discursos pedagógico e médico compõe o quadro do que elegemos como objeto de estudo, a saber, a medicalização da queixa escolar, torna-se importante compreender como se conformou uma clínica das patologias da infância. Para esse empreendimento, contamos com a sistematização realizada por Paul Bercherie (2001) acerca do surgimento da psiquiatria infantil.

Ao reconstituir a história da clínica psiquiátrica da criança, Bercherie nos adverte que, embora esse fosse um campo de observação clínica tão antigo quanto o da psiquiatria de adultos, somente na década de 1930 foi possível afirmar a estruturação de uma clínica psiquiátrica da infância, tal como o modelo que conhecemos contemporaneamente. A questão que o autor persegue é: por que a clínica psiquiátrica da criança, como um campo autônomo, consolidou-se tão tardiamente? Para tanto, propõe percorrer três grandes períodos: os três primeiros quartos do século XIX; a segunda metade do século XIX e o primeiro terço do século XX; e o período que se inicia na década de 1930. Consideramos essa caracterização pertinente para a compreensão da psicopatologia como uma forma de interpretação da não-aprendizagem hoje.

O primeiro período corresponde aos três primeiros quartos do século XIX, quando a discussão centrava-se na questão do retardamento mental, decorrente da elaboração de

Esquirol acerca da idiotia, conceito que demarcava um momento importante da formação da psiquiatria adulta. Pinel faz a diferenciação entre idiotismo e demência, definindo-o como uma interrupção do funcionamento intelectual e afetivo. Nesse sentido, o sujeito estaria comprometido de tal forma que pouco restaria de suas atividades psíquicas, sendo um estado adquirido ou congênito. Esquirol, mantendo o mesmo eixo nosológico, fará a distinção entre o idiotismo adquirido, portanto, curável, e o idiotismo congênito, correspondente ao que classificará como idiotia. A idiotia se definiria pela incapacidade do indivíduo de se apropriar de conhecimentos que lhe fossem transmitidos, em função de uma ausência ou do não desenvolvimento das faculdades intelectuais (Bercherie, 2001). Marfinati e Abrão (2014) circunscrevem a questão da idiotia, retomando o caso de Vitor de Aveyron. Os autores se referem às posições distintas colocadas em jogo em relação à possibilidade de educá-lo ou não, evidenciando o pano de fundo dessa discussão: a irreversibilidade ou não do quadro de retardamento mental. Posteriormente, a posição de Esquirol será interrogada pelos educadores que compreendem o retardamento como um prejuízo parcial das funções executivas. A idiotia figurava, então, como um elemento de um quadro maior, que era a loucura ou a alienação mental. A proposta de que a idiotia não fosse classificada como uma face do quadro de loucura é de Georget, que afirmara “Os idiotas devem ser classificados entre os monstros: eles verdadeiramente o são do ponto de vista intelectual.” (Bercherie, 2001, p. 131)¹⁶

A partir de Esquirol houve diversas e complexas descrições do idiotismo, sendo este o autor que faz a diferenciação entre idiotismo, retardo mental profundo e cretinismo. A descrição feita por Esquirol, segundo Bercherie (2001), atém-se ao aspecto comportamental e é estritamente objetiva. “O idiota é aquele que não pode adquirir os conhecimentos, que normalmente se adquire pela educação, o que o diferencia do demente é que este ‘é um rico que ficou pobre’, (ao passo que) o idiota sempre esteve no infortúnio e na miséria, evidentemente, do ponto de vista intelectual.” (p. 131)

Nesse contexto, não se acredita na loucura da criança. As patologias da infância correspondiam a doenças que interrompiam o desenvolvimento da criança. A idiotia era considerada a loucura da criança. Havia duas posições conflitantes em relação ao retardamento e sua possibilidade de reversão. Para Pinel e Esquirol, o retardamento consistia numa afecção global da capacidade intelectual. Já para Seguin e Delasiauy, tratava-se de um déficit parcial, superável a partir de métodos educativos especiais. Inspirado na experiência de

¹⁶ Para aprofundamento da discussão sobre a deficiência mental/intelectual, verificar: PESSOTTI, Isaías. Deficiência mental: da superstição à ciência. Marília (SP): ABPEE, 2012.

Itard, considerado o precursor da educação especial, Seguin retoma e desenvolve seu método e dá origem à educação especial. Na esteira do projeto de Seguin é que Simon e Binet desenvolverão a escala de inteligência.

Os testes de inteligência terão papel primordial para se pensar a educação especial, pois a partir da escala de inteligência é que se passará a definir o desenvolvimento normal e o anormal das faculdades intelectuais, o que justificaria uma modalidade de ensino específico para as crianças com o quociente de inteligência que presumisse um déficit intelectual. Segundo Jatobá (2016), Binet preocupa-se inicialmente com a

(...) definição de anormalidade e em enumerar seus caracteres intelectuais, morais e escolares. Importava-lhe muito apresentar a definição bem demarcada do conceito, pois acreditava ser esta noção a base da organização das escolas e, sobretudo, da pedagogia especial. (...) suas proposições vão privilegiar crianças que continuavam a frequentar os estabelecimentos primários (que em razão da obrigatoriedade escolar, não lhes podem fechar as portas), mas não aproveitavam o ensino aí ministrado. Este “não-conseguir-aprender” vai gerar as queixas dos professores. (Jatobá, 2016, p. 69)

Os estudos de Binet e Simon, com seu caráter classificatório, inserem-se no campo da psicologia experimental e vão subsidiar a perspectiva de uma diferenciação das habilidades e uma organização do espaço escolar a partir deste fato.

O segundo período descrito por Bercherie corresponde à segunda metade do século XIX e o primeiro terço do século XX. Nesse contexto, a clínica psiquiátrica da infância é um reflexo das categorias da clínica do adulto. A concepção de clínica que se torna vigente preocupa-se com a descrição dos quadros clínicos no decorrer de uma evolução temporal, e com a causalidade e os mecanismos que explicam as categorias clínicas. Trata-se de uma concepção de clínica diacrônica e etiopatogênica, onde vigora a concepção médica do corpo. O cérebro passa a ser a referência para se compreender o funcionamento psíquico, sendo que as desordens poderiam ser explicadas por uma defasagem de seu funcionamento. Segundo Bercherie (2001), há uma distinção, feita por Morel, de doenças mentais adquiridas, cujas causas têm correspondência com a medicina orgânica - as psicoses exógenas seriam um exemplo – e a doença mental constitucional, de caráter hereditário. A última recobriria todas as doenças mentais, tendo como modelo a idiotia. A premissa era a de que havia uma insuficiência no desenvolvimento das faculdades mentais. Morel sustentava a existência de uma patologia mental na criança.

Nessa época surgem vários tratados que pretendiam identificar na criança as variações patológicas descritas na clínica com adultos, além do retardo mental. Considerava-se que os fatores etiológicos das manifestações psiquiátricas poderiam ser decorrentes de alterações exógenas ou de um desequilíbrio degenerativo. A psiquiatria infantil figurava como

complementar à clínica do adulto. Somente na virada do século é que começa a se desenhar o que seria denominado clínica pedo-psiquiátrica. Os conceitos advindos da classificação de Kraepelin reorientam os tratados de psiquiatria, sobretudo, o de demência precoce, permitindo que haja essa nova visada sobre a clínica infantil. Em relação à temática do retardamento, ocorre uma reordenação que distingue as formas congênicas das formas adquiridas, como já intuía Esquirol, como sendo as verdadeiras demências infantis.

O terceiro momento descrito por Bercherie, tem início na década de 1930 e se estende até a contemporaneidade. A princípio, não se trata ainda de uma clínica psiquiátrica da criança propriamente dita. O autor identifica um duplo movimento: por um lado, há uma diminuição da pesquisa clínica do adulto e, por outro, a investigação da psicopatologia psicanalítica coloca em cena a problemática da infância e do infantil. Passa-se a considerar a dimensão psicodinâmica das perturbações psicológicas, expressa por um conflito psíquico que remete à história infantil do sujeito. A histeria, com toda sorte de manifestações psicossomáticas, torna-se o modelo para compreender as manifestações psicopatológicas. Nesse sentido, o autor (2001) destaca que:

Surge, assim, uma clínica nova, muito rica. Ao lado da retomada de certas categorias do período precedente (neurose, psicose da criança), e mesmo da reinterpretação da herança da primeira etapa (manifestações caracteriais e psicóticas dos verdadeiros retardados), um imenso campo se destaca:

- doenças psicossomáticas propriamente ditas,
- transtornos do comportamento e manifestações afetivas patológicas,
- perturbação do desenvolvimento das funções elementares: motricidade, sono funções esfíncterianas, fala etc. (p. 136)

Há, nessa nova apreensão e modo de compreender a psiquiatria infantil, uma reelaboração de categorias que limitavam a abordagem da psicopatologia da criança em função da inserção da leitura psicanalítica nesse campo. As noções psicanalíticas vão se incorporar ao discurso da psiquiatria sobre a infância, justapondo-se à concepção funcionalista da psiquiatria. Segundo Bercherie (2001), Meyer, em oposição às ideias organicistas de Kraepelin, ressalta que a doença mental deveria ser compreendida não como uma afecção da mente, mas como uma conduta que guarda relação com a história do sujeito. O primeiro serviço de psiquiatria infantil é estabelecido por Kanner, que é também quem descreve a síndrome autística precoce, diferenciando-a das esquizofrenias infantis. Bercherie pontua que são os estudos psicanalíticos que permitem o surgimento e o progresso de uma clínica psiquiátrica infantil como um campo autônomo. Para o autor (2001) “enquanto que a clínica psiquiátrica do adulto é originalmente pré-psicanalítica e permanece profundamente marcada pelo espírito médico que a constitui, a clínica da criança, notemos, só pôde construir-

se sobre bases bem diferentes.” (p. 139). A esse propósito, Cirino (2001) comenta que é da apropriação da psicanálise pela psiquiatria que provêm os conceitos que vão permitir a circunscrição do campo de uma psiquiatria infantil e “a noção da patologia das grandes funções com sua expressão nos transtornos de conduta.” (p. 89)

As teorias psicológicas, como pontuado por Bercherie (2001), serão importantes para a definição das bases teóricas que fundamentarão a clínica psiquiátrica da infância, sendo que os limites da clínica vão se estabelecer pela definição de infância e por uma concepção de desenvolvimento. Nos dois primeiros períodos que o autor circunscreve, a criança é concebida como um adulto em potencial, sendo esse seu devir e o sentido último de seu desenvolvimento. Nesses dois períodos, a visão de infância era informada pela pedagogia, em face da ausência das teorias psicológicas. A perspectiva humanista, sobrepujando à cristã, incorpora a ideia de uma natureza humana aperfeiçoável. Verificam-se aí duas teses – uma concernente à ideia de que a humanidade era fabricada, portanto, deveria ser transmitida; e outra, que sustentava uma humanidade natural que deveria ser desenvolvida. Embora parecessem conflitantes, essas duas vertentes mantinham no cerne do debate a ideia de um adultomorfismo, ou seja, o adulto como a finalidade do desenvolvimento.

No fim do século XIX, cada vez mais se considera que o desenvolvimento psicológico da criança tem bases psicofisiológicas (Bercherie, 2001). Nessa perspectiva, entende-se que as faculdades mentais se desenvolvem em consonância com a integridade das funções cerebrais. Nesse contexto, o autor (2001) assinala que a psicologia da criança e seu desenvolvimento é o que vai permitir a existência de uma clínica pedo-psiquiátrica. A infância ganha estatuto de uma ordem própria, e como sendo um continente do devir adulto. Diante disso, verifica-se o estreitamento das relações entre a clínica e a psicologia do desenvolvimento.

A tentativa de delimitar a psiquiatria infantil resultou em formas de controle da família, e em diversas prescrições sobre o cuidado que deveria ser endereçado à criança. Kamers (2013) interpela se a psicologia e a assistência social teriam assumido a função de dispositivo regulador das famílias e das crianças que são diagnosticadas pelos médicos, e se os discursos médico e psicológico-assistencial se retroalimentariam, sendo o primeiro privilegiado e sustentado pelo segundo. A autora (2013) ressalta que a redução ao diagnóstico foi a resposta dada a questões de ordens diversas que eram demandadas aos médicos, incluindo-se aí as problemáticas escolares. Em consonância com Kamers (2013), podemos inferir que o olhar médico-psiquiátrico e algumas abordagens psicológicas localizam sua prática “nas sintomatologias apresentadas pela criança, cuja causa é atribuída a uma falha no real do corpo, mais precisamente a uma falha no funcionamento cerebral e em seus

mecanismos neuroquímicos, o que, aliás, justifica e fundamenta a medicalização (Kamers, 2013, p. 155). Tal formulação nos leva a inferir que o cérebro e seu funcionamento é tomado como modelo e como forma de compreender o humano, privilegiando-se o organismo em detrimento do aspecto simbólico que bordeja a constituição das subjetividades.

2.2 O paradigma cerebral

As tecnologias de gestão da vida que operam no contexto de uma paisagem social marcada pelo neoliberalismo expõem o fato de que vivemos, contemporaneamente, sob os desígnios do paradigma do cérebro. Laurent (2017), apontando as rupturas epistemológicas que transcorrem no curso dos saberes científicos, afirma que se o século XX foi o século da Física, o século XXI será o do cérebro, o que nos leva a interpelar quais as implicações, em termos dos processos de subjetivação, a reificação desse paradigma pode trazer. Fazemos notar que a ascensão do imaginário neurobiológico, que traz em seu horizonte a proposta de traduzir a subjetividade em termos de comunicação neuroquímica, não está desatrelado das reconfigurações sociais, históricas e políticas que caracterizam a modernidade tardia¹⁷. Os cérebros, como cerne da subjetividade, mantêm relação com o momento histórico no qual vivemos, o que é balizado pelas relações de poder e pelo mercado. O processo de globalização fez emergir uma sociedade caracterizada pela insegurança e pela precarização do laço social.

Helsing (2015), deslindando as incidências das tecnologias Psi nos processos de subjetivação, a partir do diálogo entre a teoria social e a psicanálise, afirma que a subjetivação moderna opõe-se à conceituação freudiana de sujeito. O desenvolvimento das tecnologias psi vão *pari-passu* ao prestígio que as neurociências adquiriram socialmente. A autora apresenta a ideia de que o psiquismo tornou-se um epifenômeno do corpo e pontua que houve uma ruptura da psiquiatria com a perspectiva psicodinâmica em favor de uma aproximação com o viés biologicista, que se impõe como narrativa verdadeira no campo científico. Em nome da performance, dos modos de lidar com os efeitos da precarização do liame social, a psiquiatria biológica, bem como a neuropsicologia, constituem-se como tecnologia biopolítica, com o objetivo de normatização. O paradigma do cérebro contribuiria, assim, para formar uma percepção social normativa, fortalecendo o processo de reforço da norma que se inicia a partir

¹⁷ Fransico de Souza (2010), apoiando-se em autores da filosofia e da sociológica, nos dirá que “Modernidade, modernidade tardia, modernização reflexiva são tentativas de construção de uma teoria da sociedade que seja também um diagnóstico de nosso tempo. Um diagnóstico problemático em que os avanços tecnológicos são acompanhados de ameaças à subjetividade, à liberdade e à criatividade.” (p83). Do que se presume que modernidade tardia diz respeito a liquidez de nossas relações, do modo como lidamos com as tecnologias e de uma reorganização das relações.

dos anos de 1980, como passaremos a discutir.

O apelo à norma é o que caracteriza o saber psiquiátrico atual, fundamentado na concepção de um funcionamento psíquico similar ao funcionamento orgânico. Foucault (2010), em seu curso *Os anormais*, demonstra que a psiquiatria moderna vai se constituir por volta dos anos de 1840, sobrepujando o objeto do alienismo e circunscrevendo a questão da periculosidade como o território sobre o qual tem um saber. O problema que está posto não é mais da ordem do pensamento desarrazoado, mas da ação. Deste modo, para Foucault (2010), “É a questão do distúrbio, é a questão da desordem, é a questão do perigo, que a decisão administrativa coloca ao psiquiatra.” (p. 21) A psiquiatria ganha uma verve na qual a ideia de reforço da normalidade toma consistência e seu estatuto de dispositivo de normalização e correção vai se tornando evidente. Os discursos psi, representados pela neuropsicologia, pela psicologia cognitiva, pela psiquiatria, são vertidos em tecnologias de poder biopolítico, tornando-se dispositivos através dos quais a normalidade desejável em nossa época pode ser efetivamente garantida, tendo em vista que propõem formas de tratamento ao que fugiria do enquadre. Segundo Helsinger (2015), aludindo à obra de Robert Castel *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*, escrita na década de 1980, ressalta que vivencia-se uma renovada modalidade de gestão social, cuja égide seria o reforço da normalidade, na qual a função da psiquiatria e dos dispositivos psi (embasados no paradigma biológico) seria a de corrigir os déficits, caracterizando uma ordem pós-disciplinar. A ordem pós-disciplinar decorre de uma mudança das instâncias sociais disciplinares, não mais sustentadas pelas grandes instituições. A autora (2015) desvela dois pontos sob os quais a psiquiatrização da normalidade se fundamenta. O primeiro é que, diante do estremecimento das instituições que ofereciam figuras identitárias e asseguravam formas de subjetivação a partir disciplina, outra modalidade de exercício de poder pôde surgir, produzindo formas de vida apoiadas em técnicas de controle. O segundo é o enfoque moderno contido no ideal de saúde, possibilitando que os discursos psi regulassem normativamente o laço social.

O paradigma do neurobiológico, ao qual a psiquiatria e psicologia aderiram, promoveu uma forma de percepção social normativa. Se havia uma divisão entre os campos da neurologia, que se ocupava de doenças decorrentes de lesões, e o da psiquiatria, que cuidava de doenças relativas à alteração das funções, esse limite tornou-se tênue com o advento das neurociências (Ehrenberger, 2009). A psicopatologia ganha, nesse contexto, um viés neuronal como base explicativa para as manifestações psíquicas. Tal fato se inscreve na inflação do ideal do corpo que marca a nossa época, ideal esse que tem assento no argumento corrente destacado por Ehrenberger (2009) e que impulsiona os estudos neurocientíficos, qual seja, o

de que haveria “a existência de uma ponte entre o cérebro e o espírito, a relação entre a especificidade biológica de um indivíduo e a especificidade do mesmo indivíduo como ser social.” (p. 190) A premissa chave do que se promove como verdadeira ciência alardeada pela mídia e cooptada pelas linhas de força do mercado, é a de que há uma correspondência natural entre o funcionamento cerebral e a vida anímica, e de que uma vez elucidado como se dá esse funcionamento poder-se-ia explicitar as causas das falhas que acarretam efeitos psicológicos e supor modos de intervenção à atividade deficitária dos neurônios.

O cérebro e os processos cognitivos, mais que objetos de pesquisa e de discussão teórica, foram vertidos em objetos de poder dentro da configuração social moderna. Se deter o discurso é assegurar o poder, como Foucault (1996) já havia nos sinalizado acerca da relação discurso e poder, a narrativa que se constrói acerca do funcionamento cerebral e todas as práticas decorrentes desse lugar simbólico dado ao corpo e, sobretudo, dado a esse órgão específico, expõe-nos esse ponto nodal de onde o poder se exerce capilarmente por meio de um discurso científico enleado ao discurso do capital. Esse ponto é sublinhado por Canguilhem (2006) ao expor a problemática do interesse em se desvendar os mecanismos do pensamento e do esquadramento do cérebro para o avanço científico, destacando, entretanto, que em contrapartida, o efeito que se tem é de uma determinada política de regulação social através do reducionismo biológico.

Para compreender o lugar das neurociências hoje e a ruptura epistemológica que se deu no terreno da psiquiatria e da psicologia, é necessário, como nos sinaliza Canguilhem (2006), inserir a questão do cérebro na história e na cultura. Segundo o autor, Hipócrates havia classificado o cérebro como o centro ou a sede das sensações, do movimento e do juízo, ideia assentida ainda hoje e corrente no senso comum. A noção do cérebro como o ponto exato que nos permite precisar nossa humanidade, infiltrou-se na nossa cultura. Para Aristóteles, “a função do cérebro, antagonista do coração, é o de arrefecer o corpo animal.” (Canguilhem, 2006, p. 184) Corroborando a premissa de que a razão depende do funcionamento desse órgão, diversas tentativas de confirmação da hipótese hipocrática foram realizadas, não obstante, Canguilhem (2006) circunscreve o século XIX como aquele no qual as teorias das localizações cerebrais se constituíram dentro de um cenário de estabelecimento do positivismo.

O surgimento de uma ciência do cérebro se dá com Franz Joseph Gall, no ano de 1810, com a publicação de seu livro *Anatomia e fisiologia do sistema nervoso em geral e do cérebro em especial*. Gall compreende o cérebro como suporte físico das faculdades morais e intelectuais e, ao se opor às teorias que propunham um viés sensualista, ou seja, que

valorizavam as sensações decorrentes da experiência com o meio, desenvolve a frenologia, um tipo de exame da estrutura craniana que pressupunha uma correspondência entre o formato da caixa craniana e dos hemisférios cerebrais com o funcionamento do cérebro. Segundo Canguilhem (2006) “Gall e seus discípulos sustentam a inerência das qualidades morais e dos poderes intelectuais. Mas, de forma oposta aos metafísicos espiritualistas, eles fundamentam o inatismo no substrato anatômico de um órgão e não na substância ontológica de uma alma.” (p. 185) A provocação feita por Canguilhem é a de que se a superação da frenologia permitiu que seus achados fossem motivo de pilhéria, não se critica paralelamente o esforço que a ciência de hoje empreende em descobrir os marcadores genéticos da inteligência e comprovar a hereditariedade da capacidade intelectual.

A frenologia, segundo seu fundador, exerceu importante influência para a pedagogia e para a mensuração das aptidões. A preocupação em diferenciar e averiguar as habilidades individuais, existe desde os primórdios dos sistemas de ensino. A tentativa é de compreender como e porque alguns não conseguem levar a cabo a aprendizagem, ao menos, não dentro dos padrões estabelecidos pela política, e mesmo por uma perspectiva desenvolvimentista que parte do princípio binomial do normal/patológico. Em solo estadunidense, a frenologia ganhou aplicabilidade, sendo utilizada como instrumento de seleção profissional, além de ter exercido influência sobre a pesquisa em psicopatologia, motivando a busca pela localização das regiões do cérebro responsáveis pelas manifestações sintomáticas. A neurologia experimental, corolária à frenologia (Canguilhem, 2006), compõe a chave explicativa para o funcionamento do cérebro. Canguilhem (2006) enfatiza que há uma rápida passagem da teoria à prática em relação à pesquisa do cérebro, sendo que logo se desenvolve uma miríade de intervenções para o que se considera disfuncional.

A tentativa de determinar as localizações cerebrais do psiquismo está presente em diversas posições teóricas. Canguilhem (2006) indica, em relação a Freud, que se pode verificar em seu pensamento uma aproximação concernente à comunicação neuronal, no sentido que permitiria estabelecer uma comparação com o funcionamento e uma localização das instâncias psíquicas, em virtude de uma concepção denominada *paralelismo psicofisiológico*. O texto *Projeto para uma psicologia científica*, escrito por Freud em 1895 e publicado postumamente, atesta essa aproximação. Todavia, em um segundo momento, Freud retifica sua posição ao afirmar que a tópica psíquica não diz respeito à anatomia (Canguilhem, 2006).

Binet, por sua vez, pode ser considerado um representante das concepções fisicalistas dos processos psicológicos ao se debruçar sobre a questão do coeficiente de inteligência,

propondo a localização da sede do pensamento no cérebro. Jatobá (2016) aponta o envolvimento de Binet com a psicologia experimental, que tinha como paradigma as ciências naturais, sobretudo a fisiologia, como meio de conferir um caráter objetivo e assegurar que os estudos nessa área estivessem identificados com o ideal de ciência vigente.

Em suma observamos, na conferência proferida por Canguilhem (2006), que seu intento era o de questionar o estreitamento que o discurso científico tenta empreender entre cérebro e pensamento, como se essa fosse uma atividade inata e estivesse desvinculada de um contexto social, cultural, histórico. O autor tensiona as teorias psicológicas e a própria neurociência que, atravessadas pela verve positivista, tentam decodificar a subjetividade a partir de uma base orgânica e, como consequência, produzem formas de controle social.

Um olhar em perspectiva nos proporciona uma visada que permite verificar os desdobramentos do fisicalismo, assomado à ascensão das tecnologias de informação, a saber, o aparecimento da metáfora do computador, do cérebro-máquina, capaz de um determinado número de operações previsíveis e controláveis. A contrapartida, que se erige desde a frenologia, é a do entendimento de que o homem é o seu cérebro. O behaviorismo, para Canguilhem (2006), é, nesse sentido, um claro exemplo, pois o cérebro é concebido nessa perspectiva como uma “caixa preta” que recebe estímulo e emite uma resposta. Mesmo quando há a introdução do organismo entre o input e output, o que se passa é uma reação ao ambiente. A ideia do estímulo e resposta coloca a cultura e o social sob a mesma salvaguarda do ambiental, como um dado natural, sem que haja um sujeito que o represente. A inserção dessa teoria na Educação faz com que se entenda que aprender é condicionar, deixando ao largo qualquer menção ao sujeito, à subjetividade e ao desejo. A psicanálise, por outro lado, considera que o ato de aprender não se dá sem relação com o desejo, como nos adverte Couto (2019). Cohen (2006), por sua vez, ao examinar o fracasso escolar, aponta-nos que este tem uma estrutura lógica, uma vez que a relação com o saber não se tece sem a questão pulsional. Ressalta, ainda, o que se nomeia como fracasso pode ser o sucesso do sujeito em lidar com o saber.

Há uma diferença elementar entre saber e conhecimento, desde um ponto de vista psicanálico. Para Lacan (1992), o saber, que demarca a experiência psicanalítica, diz respeito à articulação significativa. Um saber que não se sabe. Na cena psicanalítica é a suposição de que o analista é aquele que poderá guiar o sujeito na decifração de seus sintomas, que faz com que a cadeia significativa deslize e o sujeito construa uma significação particular para aquilo que demanda. O saber, portanto, está relacionado à verdade do sujeito e ao seu desejo. O conhecimento é da ordem da consciência, pressupõe um sujeito epistemológico.

Conhecimento tem a ver com a operação sobre o acúmulo sistematizado de leis, normas, relações causais, que a racionalidade, sobretudo a racionalidade científica, possibilita.¹⁸

A psicofarmacologia, também no rastro dessa visada de que as funções cerebrais seriam equiparáveis às de uma máquina, amplia seu escopo, como nos mostra Canguilhem (2006). Se antes, a utilização de psicotrópicos representou um avanço no modo de tratar a loucura, as manifestações psicopatológicas, no sentido de reparar as funções que não iam bem, o que se vê em uma sociedade de mercados é a deflagração da ideia de potencialização das funções; portanto, os psicotrópicos, utilizados segundo critérios de especificidades, passam a ser oferecidos como solução ao mal-estar. Em suma, o que Canguilhem (2006) pretende demonstrar é que a biologia não pode dar conta, por si só, do humano. A linguagem e o pensamento não podem ser um fato biológico, nem tampouco meticulosamente calculado, pois há de se considerar que existe um sujeito que atribui sentido à sua realidade. O autor tem o cuidado de destacar que não se trata de uma essencialização da subjetividade e evidencia que:

(...), a linguagem humana é, essencialmente, uma função semântica da qual as explicações de tipo fisicalista nunca chegaram a dar conta. Falar é significar, dar a entender, porque pensar é viver no sentido. O sentido não é a relação entre..., ele é *relação com...* Eis porque ele escapa a qualquer redução que tente inseri-lo numa configuração orgânica ou mecânica. (...). Porque o sentido é *relação com*, o homem pode brincar com o sentido, desviá-lo, simulá-lo, mentir, criar armadilhas. (Canguilhem, 2006, p.203)

O panorama histórico que desvela o discurso científico hegemônico vai se consolidando através, e como efeito, de relações de mercado e de uma investida sobre o corpo, com técnicas que prometem o melhoramento da performance imaginária. Os processos de medicalização compõem o quadro das formas positivas de exercício de poder, considerando o exposto de que, mais que o avanço teórico, o que se coloca em evidência são os jogos de poder. E não se pode deixar de reiterar que a Educação, sobretudo no que tange aos problemas de aprendizagem, recorre ao saber das ciências, sobretudo aos saberes psi, a fim de obter uma resposta que não a mobilize, mas, sim, a apazigue.

¹⁸ Destacar a problemática do saber em psicanálise, nos coloca diante de uma questão importante que é a de pensar em outros modos de lidar com o mal-estar na cena educativa que não seja apenas pela via da medicalização. A cura pela palavra, como nomeada por Anna O. caso paradigmático atendido por Freud, refere-se ao fato de que falar dos afetos, faz com que estes se desloquem. A fala conserva reminiscências e ao falar livremente, Freud observou que se tornava possível ter acesso aos pensamentos inconscientes (Fochesatto, 2011) Considerando que a não-aprendizagem tem um componente pulsional, portanto, há um saber inconsciente que atravessa o não-saber. Oferecer ao sujeito que não aprende um espaço de escuta, pode se configurar como um modo de tratamento que coloque em relevo a dimensão subjetiva.

Como consequência do paradigma do cérebro, fortalecem-se as tentativas de explicar o sofrimento humano a partir da evocação do biológico, do orgânico, acarretando em uma investida contra o tratamento pela palavra e em favor das intervenções químicas. A medicalização do sofrimento humano demarca uma virada na qual a individualidade substitui a subjetividade (Roudinesco, 2000). A medicina, ao mesmo tempo em que oferece tratamentos standardizados, promove a homogeneização do sofrimento psíquico a partir de sua redução ao cognitivo, ao cerebral. Segundo Roudinesco (2000), as sociedades modernas tendem ao amortecimento do conflito e à perda de ideais revolucionários em função de um suposto apaziguamento.

Roudinesco (2000) toma a depressão como um analisador social, fazendo equivaler ao que foi a histeria no cenário de surgimento da psicanálise. Para a autora, a substituição do paradigma da histeria pelo paradigma da depressão está em conformidade com a valorização do desejo de normalização dos processos psíquicos. Desta feita, o conflito psíquico passa a operar numa lógica que não é mais a psicodinâmica, mas a neurobiológica. A ideia de conflito não é mais o que vai agenciar a constituição da subjetividade do fim do século XX, mas, sim, a evitação do inconsciente (Roudinesco, 2000). A psicofarmacologia ocupa um papel importante nesse contexto. O psicotrópico, bem como os exames de neuroimagem e as investigações que pretendem descobrir os marcadores biológicos e genéticos para manifestações psicológicas, representam a evolução da ciência. Em contrapartida, é notável o ataque que se faz à psicanálise sob a alegação de que esta não seria passível de ser submetida às provas experimentais.

A arremetida sofrida pela psicanálise em função do recrudescimento do desejo de normalização tem raiz na ruptura de pensamento com a psicodinâmica ocorrida no campo da psiquiatria. De acordo com Roudinesco (2000) “Chama-se psiquiatria dinâmica o conjunto de correntes e escolas que associam uma descrição das doenças da alma (loucura), dos nervos (neurose) e do humor (melancolia) a um tratamento psíquico de natureza dinâmica, isto é, que faça intervir uma relação de transferencial entre o médico e o doente.” (p. 37) Em sua base epistemológica, portanto, a psiquiatria psicodinâmica privilegia a psicogênese, ou seja, a causalidade psíquica, sem contudo preterir a organogênese, causalidade orgânica, apoiando-se em quatro modelos explicativos do fato psicológico: o modelo nosográfico, de classificação das doenças e de uma orientação clínica baseada em critérios de normal e patológico; um modelo psicoterapêutico, advindo de uma concepção antiga de terapêutica ligada ao poder da sugestão; um modelo filosófico, que possibilita apreender a significação dos distúrbios psicológicos a partir da experiência do sujeito; e o modelo cultural, que considera a

diversidade das mentalidades, os processos históricos e sociais.

Segundo Roudinesco (2000) esses modelos vão inspirar diferentes correntes teóricas que se apoiam em um ou dois deles para interpretar o psiquismo. Entretanto, com o avanço da psicofarmacologia, essas perspectivas foram abandonadas em prol de um modelo único de interpretação dos processos psíquicos, que é o neurocognitivo. Os grandes tratados psiquiátricos, que reuniam investigação nosológica e um profundo debate filosófico, foram permutados por um catálogo de sintomas, o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), que se pretende ateuórico, como passaremos a abordar.

O DSM surge como uma tentativa de criar uma linearidade no modo de diagnosticar as doenças, para que houvesse uma padronização e um consenso (Martinhago; Caponi, 2019). Elaborada pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), a primeira edição do DSM data de 1952, contemplando 106 categorias diagnósticas, conservava a fundamentação psicanalítica. Dunker e Kiryllos Neto (2011) argumentam que os grupos diagnósticos não refletiam “(...) a separação entre normal e patológico; a obra pretendia estabelecer um consenso terminológico entre os clínicos.” (p. 613-614) O que nos enseja interpelar se não haveria, em função de alinhamento nosológico, uma destituição do debate teórico-filosófico que está presente nos manuais de psiquiatria. O DSM pretendia-se ateuórico. O DSM-II foi elaborado no ano de 1968, trazendo, como uma diferença marcante da anterior, uma leitura que pretendia separar a neurose de outras desordens (Martinhago; Caponi, 2019). O DSM III foi publicado na década de 1980 e apresenta a ruptura com a matriz psicanalítica, adotando como diretriz a medicina baseada em evidência. O conjunto de sintomas ganha evidência em detrimento da narrativa daquele que padece. Em 1994 o manual ganha sua quarta versão, marcando a emergência de uma leitura organicista dos fenômenos psicopatológicos, constando 297 categorias (Martinhago; Caponi). A última versão publicada em 2013, o DSM-V, amplia para mais de 300 as categorias diagnósticas. Os critérios avaliativos se tornam tão amplos que passam a abarcar como patologias questões de diversas ordens, configurando uma verdadeira *epidemia diagnóstica* (Resende; Pontes; Calazans, 2015). O processo de atualização do DSM nos mostra como a medicalização da existência avança extensivamente, vertendo para dentro do discurso médico todos os âmbitos da existência.

A psiquiatria passa a assentar sua base na organogênese, em radical detrimento da psicogênese. A psiquiatria moderna, centrada na supressão do sintoma, no conjunto de comportamentos e na aposta da psicofarmacologia, retira o sujeito de uma posição de conflito e o coloca numa posição depressiva. A abolição do inconsciente é o que está no horizonte da sociedade depressiva, como caracterizado por Roudinesco (2000). Não se interroga pelas

causas, o interesse recai exclusivamente sobre os efeitos. Para a autora (2000) “O homem doente da sociedade depressiva é literalmente *possuído* por um sistema biopolítico que rege seu pensamento à maneira de um grande feiticeiro.” (p. 42) A inflação da busca da causalidade orgânica, neurobiológica, hormonal, genética, desloca a psiquiatria psicodinâmica, enfatizando a significação neuroquímica do sofrimento psíquico.

Laurent (2007), atentando ao fato de que as modificações na paisagem social afetam as subjetividades, demonstra-nos que houve uma transformação na civilização a partir da emergência do capitalismo e a ascensão do cientificismo. O autor retoma o matema a/I (o objeto a sobre o Ideal), estabelecido por Miller, para dizer do mal-estar na sociedade contemporânea, que é dominada pelo objeto a . É o matema que representa o declínio do ideal em função do imperativo da satisfação pulsional que marca o momento em que vivemos. Lacan, em *Radiofonia* (2003b), ao ser questionado sobre a possibilidade de existência de um enunciado comum entre a linguística e a psicanálise, destaca que a primeira deixa de fora o que provoca a manifestação do inconsciente, que o é objeto a . Referindo-se ao seminário em que trata do Discurso do Mestre Contemporâneo, diz que esse discurso produz o objeto a e, fazendo uma leitura da teoria do valor em Marx, propõe um paralelo entre a mais-valia e o objeto a , como algo que está perdido e que, justamente por não o ter é que o sujeito pode buscá-lo. Isso é o que faz a cadeia das trocas deslanchar no mercado, e é o que faz o sujeito desejar. É sob a orientação lacaniana da ascensão do objeto a que Laurent (2007) discutirá os efeitos de linguagem.

Lacan (2003b) aborda a “ascensão ao zênite social do objeto a ” como um modo de lidar com o efeito de angústia. Para compreender como o objeto a alcançou esse nível, ou seu “grau mais elevado”, é preciso considerar o “efeito de angústia”, que é o que permite o sujeito se engajar num discurso (Laurent, 2007). A angústia é o que impele o sujeito a se inserir no laço social, na busca por um gozo perdido, pois é no campo do Outro que se encontra os significantes aos quais o sujeito vai se identificar. Segundo Laurent (2007), a Primeira Guerra foi um marco para essa ascensão do objeto a e é nesse período que Freud introduz o conceito de pulsão de morte. Depois da Primeira Guerra, emergem significantes mestres que vão fazer frente ao sentimento de angústia, oferecendo modelos identificatórios. A identificação aos significantes mestres que surgem no pós-guerra constitui, na visão do autor, uma forma de “tratamento da angústia”.

Nos anos de 1960 surge o significante “mercado comum”, para o qual Lacan (2003b) vai chamar a atenção devido ao objetivo de se instituir um estado universal pela utilização dos recursos científicos. A indicação de Lacan é a de que quanto mais universalizante um discurso

se mostrar, tanto mais segrega o singular. Em suas palavras, “Nosso futuro de mercados comuns encontrará seu equilíbrio numa ampliação cada vez mais dura dos processos de segregação” (Lacan, 2003b, p. 263). O discurso da ciência, como o que é capaz de fazer frente ao mal-estar na cultura, sustenta-se numa ideia de universalização, de um “Para Todos”, e isso acarretaria efeitos de segregação. Essa premissa está presente na comunicação que Lacan profere aos psiquiatras, demarcando a segregação como efeito da universalização promovida pela ciência e apontando que há um retorno do gozo, cuja tentativa de recuperação não se dá mais no campo do outro, mas nos objetos, nos *gadgets*. Em 1968, a crise das estruturas institucionais que asseguravam os processos de identificação faz balançar os significantes mestres, provocando um caos identificatório. Os significantes mestres que ordenam a sociedade caem e esse período da civilização é marcado pela lógica do não-todo, na qual o “significante mercado globalizado” substitui o “significante mercado comum”.

Há novas formas de gestão da vida no mundo globalizado, com uma dispersão dos limites, das fronteiras, de um controle que vai se tornando mais extensivo à medida em que as relações vão sendo mediadas pelos espaços virtuais (Laurent, 2007). A ideia e o sonho de um todo harmonioso, que Freud (1990[1921]) identifica na *Psicologia das Massas*, com o surgimento de líderes carismáticos, figuras que encarnam a lei, é substituída pela desorientação da lógica de mercado, que introduz a inexistência de um significante ordenador. A ordenação social de outrora é abandonada e o que se estabelece é um caos. Mas, nota-se um duplo movimento, ao mesmo tempo em que o caos desregula e faz estremecer os pilares de uma determinada organização, há um caos global desejável (Laurent, 2007). A globalização provoca a derrocada dos significantes *Um*, trazendo impacto para o campo do simbólico. Para Laurent (2007) está em jogo nesse contexto a questão da metáfora paterna, sendo aquilo que media a relação entre significante e significado. Quer dizer, há uma operação de inscrição do sujeito na linguagem que se dá pela lei, o que, em um segundo momento, será chamado de Nomes-do-Pai.

O declínio do Ideal, como proposto por Miller (2005) em sua conferência *Uma fantasia* (realizada em 2004), tem relação com a ausência de significantes mestres no estágio atual da civilização, ocasionando a tentativa de restituição do Outro, que acontece sem a previsão de um gozo, uma vez que não há mais esse significante *Um* no qual o sujeito possa se sustentar. Laurent (2007) identifica, assim, duas vias para o sujeito. A primeira consiste na tentativa de refazer o todo, a completude imaginária que os ordenadores sociais supunham. A segunda diz respeito à tentativa de reencontrar o gozo por um acesso em curto-circuito. Trata-se de um gozo que não está no campo do simbólico, no campo do Outro, nesse sentido a

experiência de gozo se dá no próprio sujeito, como se pode constatar na operação presente nos novos sintomas ou sintomas contemporâneos. Se para Freud o sintoma estabelece relações com um saber inconsciente, que pode ser decifrado, para Lacan (1999) isso ocorre em função da mediação operada pela metáfora paterna, como explorado em seu seminário sobre *As formações do inconsciente*. Na ausência da metáfora paterna, o sintoma não está conectado a um saber inconsciente, pelo contrário, ele recusa o Outro e, portanto, não faz laço.

Segundo Laurent (2007), a teoria das pulsões de Freud e o ensino de Lacan vão demonstrar que o sujeito prefere o gozo à autoconservação. A pulsão de morte mostra que o processo de civilização não é totalmente bem-sucedido e os sintomas contemporâneos dão a ver as mais variadas formas pelas quais os sujeitos buscam a satisfação pulsional (as adições, as toxicomanias, o cutting, as questões alimentares) como forma de reencontrar a presença do Outro. O efeito de angústia de nosso tempo pode ser traduzido pelo homem desbussolado, desorientado, que tudo quer e nada pode perder. Do superinvestimento no corpo, dos abusos dos psicotrópicos, da hiperconectividade.

Laurent (2007) evidencia, ainda, duas faces da subjetividade contemporânea: de um lado, com o anúncio de uma nova ordem social, onde a regulação é a do próprio sujeito, não se tendo que cumprir exigências para estar inserido socialmente. De outro, há declínio do ideal. Não há mais ideais a serem atendidos, almejados e, sobretudo, ideais que deem conta de localizar o sujeito no mundo. E isso vem acompanhado das exigências do gozo em um tempo onde a pulsão de morte é mais evidente. A posição do analista nesse contexto não é a de aliviar o sujeito da sua culpa pela perda do ideal, mas é a de levá-lo a suportar a inconsistência do Outro sem ceder ao gozo desenfreado (Laurent, 2007).

O autor (2007) pontua que o sintoma é uma forma de experiência de gozo que faz furo à exigência de uma sociedade marcada pelo discurso do capitalista, pois é o que mantém a salvaguarda do sujeito tornando possível ao sujeito viver o que não pode ser vivido nesse caos organizado. Para Laurent (2007), é o insuportável do sintoma que permite ao sujeito reinventar seu lugar no Outro, mesmo que isso não implique a existência de um significante mestre. O Outro do sintoma é despedaçado. Os sintomas não constituem univocidade, não haverá uma unidade, algo totalizável numa sociedade do sintoma. Os novos sintomas surgem diante da alteração dos significantes mestres no campo do Outro e com a sociedade do consumo é que foi possível a emergência e o alcance massivo de sintomas como anorexia, bulimia, toxicomanias. E no caso da presente pesquisa, é possível apontar que o déficit de atenção e hiperatividade podem ser colocados nessa série.

Os sintomas com os quais a psicopatologia psicanalítica estava às voltas desde seu

surgimento, convive com novas formas de sintoma na atualidade. Ainda que essas novas formas de sintoma sejam epidêmicas, Laurent (2007) reafirma que o psicanalista deve reavivar a dupla contingência do sintoma: que é o fato de que ele se inscreve no campo do Outro, que já está ali de saída e de que o sintoma é um acontecimento de corpo. Para ele, o trabalho do analista é fazer acreditar no sintoma, colocar em cena a angústia do sujeito, histericizá-lo, cifrá-lo para que, aí sim, possa haver um saber inconsciente. Laurent (2007) diz que a ambição de Lacan era a de passar da crença ao pai à crença ao sintoma. Reduzir o Nome-do-Pai a um sintoma é assegurar que o sintoma seja a sustentação do Outro. Em face da ausência do *Um...* a ética da psicanálise é a de uma sociedade do sintoma.

Alberti (2018) fala da ascensão do desejo como a única defesa contra o gozo, recolocando a questão do sujeito, do singular que se constitui apesar do significante *Um*, dessa instância que afiança ao sujeito um lugar. Se o princípio da homogeneização é o mote dos mercados globais, a subversão fica a cargo de fazer furos, com a inscrição própria de cada sujeito no mundo.

O paradigma do cérebro e a hegemonia do cognitivismo como forma insuspeita de abordar a subjetividade, recoloca a questão da medicalização no momento histórico em que vivemos e nos dá o alcance que o discurso médico conquistou em nossos dias. De um controle de epidemias nas sociedades dos primórdios do capitalismo, regulando as formas de ocupação do espaço, ao controle do corpo individual, o saber médico reiteradamente nos mostra a função disciplinar que exerce. Para tal, converte em patologia todas as manifestações atinentes ao ser humano, explicando-as pela via do biológico. É a trama do processo de medicalização que se repete. Nesse sentido, interessou-nos averiguar como isso está colocado na prática dos profissionais de saúde e educação, tentando verificar se haveria inflexões entre os saberes médico e pedagógico, ou se as práticas de ambos os profissionais ainda se sustentam na medicalização.

2.3 A medicalização do não-aprender: a queixa escolar na tensão entre o discurso médico e o pedagógico

O breve mapeamento da constituição histórica da noção de infância e, posteriormente, da clínica psiquiátrica da criança, coloca-nos frente ao questionamento acerca do nascimento desse conceito. Notamos que o sentimento de infância, como formulado por Ariés (2006), surge em um momento de virada nas formas de estruturação social. Estamos, aqui, nos referindo à guinada biopolítica que marca o engendramento de novas formas de socialização,

de relações de trabalho, de configuração das territorialidades e de aparecimento do modo de poder descrito por Foucault (1999) como formas de controle positivo, no sentido de gerir a vida e não a morte, tal como se exerce no poder disciplinar. É nesse contexto, do nascimento da biopolítica, que a inclinação sobre a infância ocorre.

Diante desse panorama é possível constatar que as questões da não-aprendizagem são fronteiriças, pertencendo tanto ao campo pedagógico, quanto ao campo médico, vislumbrando-se em alguns momentos uma hierarquização onde o segundo campo sobrepuja o primeiro. Posteriormente, a psicologia, com suas teses desenvolvimentistas e seus estudos psicométricos, se constituirá como um assento importante à pedagogia, no sentido de pensar a organização dos sistemas de ensino. Os estudos experimentais acerca das diferenças individuais e dos processos psicológicos, discutidos no primeiro capítulo, poderiam contribuir para compreender como se dá a aquisição de conhecimento, e permitir a elaboração de estratégias que otimizassem os processos de aprendizagem e a intervenção, em casos específicos, para crianças que apresentam dificuldades.

Os meandros dessa história nos mostram que a referência à aprendizagem estabelece os critérios de normalidade e patologia da criança. Kupfer (2002), ao discutir como se dá a relação do saber médico com a educação e, desta maneira, delimitar como as práticas educativas se distanciaram das formas de tratamento das crianças que apresentam questões psiquiátricas, afirma que “os transtornos mentais de crianças entram em cena quando se supõe que a educação falhou” (p. 111) Tendo em vista o abandono do modelo psicodinâmico, pela psiquiatria, em favor de um modelo biologicista, a causalidade dessa falha estaria localizada nas funções cerebrais.

Assumindo que vivemos contemporaneamente sob a égide do paradigma do cérebro, cujo esforço é traduzir a subjetividade em termos de transmissões neuroquímicas e de compreender os fenômenos psicológicos via processos cognitivos, o não-aprender ganha uma base explicativa dentro dessa leitura a-histórica e dessubjetivada. Se com Foucault (1977) podemos reconhecer no saber médico uma importante tecnologia social de controle e disciplinamento dos corpos, não estaríamos vendo se atualizar a função biopolítica desse saber no quadro de uma sociedade cujo capitalismo capilarizou-se? Com Lacan (2001) observamos como esse ideal de ciência incide sobre a medicina, fazendo com que esta passe a oferecer objetos e fórmulas prontas para o alívio de algo que se produz e reproduz sem cessar dentro da própria conjuntura capitalista, como se aí se encerrassem as respostas para aquilo que o próprio discurso científico classifica como disfuncional.

Confrontar a incidência e a persistência do fenômeno da medicalização da Educação

impõe algumas indagações: A nomeação da criança por esse Outro da ciência produz laço social? Esse movimento de recorrência a uma leitura biologizante dos problemas que se colocam na prática das instituições escolares está em consonância com o ideal de inclusão preconizado pelas políticas educacionais¹⁹ que se pretendem acessíveis a todos?

Rahme (2014) nos aponta que a partir dos anos de 1990 a proposta de uma Educação Inclusiva ganha ressonância a partir de um “fenômeno de internacionalização de direitos” (p. 134). Ao estudar a experiência brasileira, a autora nos mostra uma série de atos governamentais (decretos, leis, portarias) que pretendem regulamentar a educação enquanto um direito público, desde o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Política Nacional de 1994²⁰, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDBN) de 1996, a Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (1999); o Plano Nacional de Educação de 2001; até chegar na Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, datada de 2008. Diante disso, assinala o fato de que, mesmo nas políticas ditas inclusivas, é comum serem mantidas categorias médicas, que passam a organizar os sistemas de ensino e os apoios endereçados à escolarização dos estudantes que apresentam particularidades cognitivas, psíquicas, sensoriais e físicas. E como é colocada a questão da não-aprendizagem dentro de um quadro de aparente hegemonia do modelo médico para se pensar a organização do sistema educacional? Haveria uma sobreposição do modelo médico a outras formas de compreender os impasses do processo de escolarização? Consideramos que estas indagações são norteadores importantes para a discussão de como construir de fato uma educação que seja inclusiva.

Nabuco (2010), ao discutir as práticas institucionais que visam a inclusão escolar, indica a produção concomitante de uma psicopatologia da inclusão. A tese da autora é a de que, historicamente, o reconhecimento da peculiaridade do indivíduo mobilizou a constituição de uma “aparelhagem institucional” que produziu discursos sobre os que estavam fora da norma. Nesse sentido, no quadro de uma política de Educação que tem por objetivo ser

¹⁹ A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva de 2008 mantém como objetivo “assegurar a inclusão escolar de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, orientando os sistemas de ensino para garantir: acesso ao ensino regular, com participação, aprendizagem e continuidade nos níveis mais elevados do ensino; transversalidade da modalidade de educação especial desde a educação infantil até a educação superior; oferta do atendimento educacional especializado; formação de professores para o atendimento educacional especializado e demais profissionais da educação para a inclusão; participação da família e da comunidade; acessibilidade arquitetônica, nos transportes, nos mobiliários, nas comunicações e informação; e articulação intersetorial na implementação das políticas públicas.” Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeduc ESPECIAL.pdf>

²⁰ Na década de 1990, a educação brasileira passou por diversas reformas, como nos apontam Garcia e Michels (2011). No campo da Educação Especial, o documento estabelecido em 1994 tinha como pontos estruturantes os princípios de normalização, integração, individualização, interdependência, dentre outros.

universal, as particularidades que se manifestam neste contexto, sobretudo sob o signo do fracasso, da falha ou do déficit, recebem significação dentro das matrizes que sustentam os aparelhos discursivos sobre o normal e o patológico na contemporaneidade. Isso nos leva a supor que a Educação para Todos se sustentaria em um modelo de Educação Ideal, imaginário, dele excluindo o sujeito. A esse propósito Camargo (2006) afirma que:

Quando a educação é cumprida como um ideal, ou seja, quando se acredita que ela possa realizar-se sobre o outro como um processo otimizado, previsível e seguro, é porque se trata de uma educação ortopédica, cujos moldes idealmente fabricados estão vazios, prontos a serem preenchidos por aqueles que a ela deverão se submeter e entregar seus corpos. (p. 68)

Constatamos, portanto, que a previsibilidade que se pretende no ato educativo, presente no modelo de uma Educação Ideal, deixa de fora o sujeito. Espera-se que para tudo haja uma resposta e uma explicação, e é no saber do especialista que a pedagogia tem encontrado esta totalidade. Não admitindo, contudo, que o ato educativo se estabelece no e pelo desejo, cuja mola mestra é a falta. Ao passo que o *furor pedagógico* sobrevaloriza a falha, objetificando o aluno que não corresponde ao ideal. Camargo (2006) dirá que há aí um “gozo pedagógico no educador” (p. 69), ou seja, uma certeza de que há um saber infalível do lado dos professores, que se ampara demarcando para o aluno o lugar de objeto. Isso diminuiria em parte o mal-estar que é intrínseco à profissão.

A Educação para todos vem se configurando como aquela que suprime o *um*, o singular, uma educação sem sujeito, puro procedimento biopolítico sobre os corpos. O que, no nível da micropolítica, mantém acesa a suspeita de que medicalizar o que se convencionou chamar de fracasso escolar, sobretudo em seu aspecto mais inquietante, que é o não-aprender, nos moldes pré-estabelecidos da gestão pública e das teorias do desenvolvimento, cumpre a função de excluir as subjetividades. Nesse sentido, ao pensar o processo de formação docente, Diniz (2011) assinala que “(...) o modelo da racionalidade técnica, visando a prever ou prescrever o ato de educar, pôs de lado o sujeito.” (p. 44) Referimo-nos ao sujeito dividido, sujeito como efeito de discurso, desejante, às voltas com suas pulsões. Considerar, assim, que há fatores inconscientes no processo de aprendizagem é sustentar que as formas de aprender são tão diversas quanto os sujeitos que estão às voltas com a escolarização.

O avanço biopolítico no território da Educação traz, como efeito, a exclusão das subjetividades, ainda que o enunciado seja o de uma Educação Inclusiva; e isso não ocorre sem consequências para o laço social. Se a escola e a pedagogia mantêm em seu horizonte que há um modo único de aprender, um tempo correto de se desenvolver, como a Educação, que

conserva em seu cerne a capacidade de “transmissão de marcas simbólicas” (Lajonquière, 2006), vai permitir que os sujeitos se inscrevam no mundo a partir do seu desejo e não da sobredeterminação do discurso do mestre moderno, cujo imperativo de gozo desconhece consequências?

Santiago (2005), ao pensar a contribuição da psicanálise como um discurso outro que desaloja a questão do fracasso escolar do campo médico-psicológico e o pensa a partir da inibição, como uma posição do sujeito frente ao saber, aponta-nos que:

O cotidiano da clínica psicanalítica com crianças mostra em que medida as práticas educativas atuais, quase sempre orientadas por um certo modo de apreensão do discurso da ciência, contribuem para o agravamento significativo de um aspecto marcante do mundo contemporâneo: a segregação. Na verdade, a aliança dessas práticas com o saber científico acaba promovendo uma espécie de legitimação da exclusão, por meio daquilo que uma gama de especialistas médicos, psicólogos e pedagogos passou a diagnosticar como "fracasso escolar". (...) Diante disso, torna-se necessário ao psicanalista dar conta das imensas particularidades com que cada um desses sujeitos responde a mais esse sintoma, que subsiste como efeito da nomeação do fracasso, na forma de dislexia, disortografia, lentidão do pensamento, distúrbio de memória, debilidade na aquisição do saber, hiperatividade ou, ainda, handicap sociocultural. (Santiago, 2005, p. 19)

Resta, como questionamento, se os professores, por seu turno, podem instituir práticas em que o impossível de educar não se converta em impotência e que o fracasso escolar seja visto, não de uma perspectiva deficitária, mas como uma saída do sujeito. Na esteira de toda a discussão que já foi realizada em torno da relação entre psicanálise e educação, no sentido de demonstrar que são dois campos que conservam especificidades e de que não há similaridade entre o ato de analisar e o ato de educar, perguntamo-nos se o saber psicanalítico pode oferecer um modo de resistência ao avanço biopolítico, interpelando os professores em seu desejo de transmitir, e os alunos em seu desejo de saber.

A aproximação entre psicanálise e educação é tratada em Freud (1913), a princípio, a partir de uma ideia de profilaxia. Freud supunha que a educação pudesse cumprir uma função preventiva em relação às neuroses e perversões à medida em que os educadores se familiarizassem com a psicanálise. Entretanto, logo reconheceu que a educação conserva um caráter moralizante e repressor, atravessando os modos de adoecimento neurótico, pois a diferença marcada entre o ato analítico e o ato pedagógico está posta de saída. A pedagogia opera a partir de uma visada homogeneizante, que objetifica o aluno e sugere um modo adequado de aprender, no qual aquele que extrapola ou desvia é considerado “anormal”, ao passo que o ato analítico diz respeito à singularidade, à implicação do sujeito com seu gozo e com seu desejo. Diante disso, Voltolini (2018) afirma que, apesar da incompatibilidade de

base, a psicanálise pode dizer sobre a educação, resguardando-se, contudo, de ocupar aí um lugar de mestria.

A psicanálise se aproxima do campo da Educação a partir dos furos da pedagogia, colocando em cena o fato inerente ao ato de educar, que é a sua precariedade, sua impossibilidade, sempre presentes no horizonte. Ao conferir à dimensão do não-saber uma positividade, a psicanálise interroga a pedagogia a partir de outro lugar. Desta forma, trata-se de inserir na cena educativa aquilo que, com o furor pedagógico, tende a ser excluído, a saber, a subjetividade. O impossível de educar diz respeito, assim, ao fato de que não existe apenas um itinerário que oriente a direção pedagógica para que esta seja exitosa. Voltolini (2011) sublinha, ainda, que a psicanálise possibilita pensar a Educação não mais como um campo sobre o qual esta interviria, mas, sim, como uma posição discursiva. Segundo o autor (2011):

(...) o essencial que a psicanálise revela sobre a aprendizagem é que ela não se dá atrelada ao ensino, através do par ensino-aprendizagem, conforme todo discurso pedagógico tende a formular.

O processo de aprendizagem implica a-preender ou apreender, como se diz com frequência, mas nem sempre compreendendo o que se quer dizer com isso. Apreender indica muito mais uma operação ativa de ir lá e pegar algo no campo do Outro, do que receber passivamente algo do que o outro ensinou. Não há dúvida de que há ensino, ação deliberada de alguém que visa pôr em signos alguma coisa, mas o que se aprende não está condicionado estritamente a isso. (p. 33)

Portanto, educar é transmitir laço simbólico, é ofertar ao sujeito a possibilidade de se inserir no laço social a partir de sua particularidade. O que nos permite abordar a questão do fracasso escolar sob outro prisma, que é o da solução do sujeito, ou de uma inibição frente ao saber. Por consequência, permite-nos interpelar a questão do olhar medicalizante sobre a queixa escolar a partir dos discursos que a sustentam. Partindo desse pressuposto, buscamos na psicanálise os subsídios que nos permitissem acessar os discursos dos profissionais da educação e da saúde, a fim de abordar o tema da medicalização das queixas escolares. Nosso objetivo consistiu em extrair dos enunciados a função que a medicalização tem para ambos os campos, e analisar como a questão do impossível de educar aí se colocada, verificando se é a partir dessa premissa que os profissionais orientam suas práticas.

Mapeamos o surgimento do paradigma do cérebro, localizando sua função de subsidiar leituras deterministas no campo “psi”. Evidenciamos que, nesse contexto, o discurso da ciência adquire um valor de verdade, estando acoplado ao discurso capitalista e produzindo objetos de gozo, inseridos na lógica de mercado, de gozo irrestrito. Perpassamos a discussão da queda dos ideais e sua relação com o surgimento dos novos sintomas. A seguir, discutiremos o delineamento de nossa pesquisa apresentando os procedimentos

metodológicos, expondo a questão da pesquisa em psicanálise e contextualizando o *lócus* e os sujeitos da pesquisa

CAPITULO 3

CONTEXTUALIZANDO A PESQUISA: OS FUNDAMENTOS TEÓRICOS, O CAMPO E OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Pretendemos, nesse capítulo, delinear nossa pesquisa de campo partindo do referencial teórico que nos orientou na escolha dos procedimentos de coleta e análise dos dados. Para tanto faremos, a princípio, uma breve incursão acerca da pesquisa em psicanálise, demonstrando como esta nos ajuda na abordagem de nosso objeto, a saber, a medicalização da queixa escolar. A seguir, realizaremos uma descrição do campo no qual empreendemos a pesquisa, contextualizando o espaço, os informantes, procedimentos adotados e circunscrevendo o lugar a partir do qual analisaremos os dados. Consideramos necessário reafirmar que nosso interesse é o de captar a rede discursiva que compõe nosso objeto de estudo. Notamos que, apesar de se tratar de um tema amplamente pesquisado, foi possível verificar que a ênfase desses trabalhos recai sobre os discursos dos professores e do questionamento de por que a escola encaminha crianças que apresentam dificuldades escolares. Outro ponto que merece destaque é o de que, ainda que seja uma temática amplamente difundida, os participantes demonstraram-se pouco familiarizados com a discussão.

3.1. Estabelecendo as bases teórico-metodológicas de nossa pesquisa: uma breve discussão da pesquisa em psicanálise

Consideramos importante inscrever nossa pesquisa no campo teórico ao qual recorreremos para investigar a problemática da medicalização da queixa escolar. Nosso escopo é o de empreender uma leitura buscando fundamentação teórica na pesquisa em psicanálise. Fazemos notar, contudo, que não se trata do campo estrito da clínica psicanalítica. Estamos às voltas com a aplicação desse saber na leitura de um fenômeno social. Por isso, consideramos necessária uma explanação, ainda que alusiva, de um impasse importante que se estabelece entre a psicanálise e o discurso da ciência. Lacan (1965-1966) anuncia que a ciência se caracterizaria por uma cisão entre verdade e saber, onde o discurso científico se estabeleceria do lado do saber, nada querendo saber sobre o campo da verdade. De modo que dessa proposição pode-se extrair que o discurso científico se estrutura excluindo o sujeito e arrogando-se a capacidade de tratar objetivamente da realidade. De acordo com Alberti e Elia (2008):

Em uma perspectiva rigorosa, entende-se por Ciência o modo de produção de conhecimento que, seguindo os parâmetros metodológicos estabelecidos por Galileu e interpretados pela arquitetura discursiva de Descartes, se caracteriza por: a) despojamento das qualidades sensíveis ou anímicas do objeto que se trata de conhecer; b) uso da linguagem despojada de significações compreensíveis e compartilhadas pelo saber comum na formulação do discurso teórico; c) obediência estrita ao princípio da contingência e da universalidade, segundo o qual todo e qualquer elemento a ser estudado poderia ser infinitamente diverso do que é, nada o obrigando, previamente, a ser como é, e cabendo à ciência esclarecer os modos pelos quais ele chegou a ser. (p. 784)

O discurso da ciência, na crítica feita por Lacan (2001), estrutura-se de modo a suturar o mal-estar, a castração, ao sustentar-se numa lógica cientificista. Se na cisão entre saber e verdade a ciência se dispõe do lado do saber, a psicanálise coloca-se do lado da verdade, o que nos permite depreender que a psicanálise surge como um efeito do discurso da ciência. Segundo Calanzas e Neves (2010), “a psicanálise nasce da ciência devido ao fato de esta nada querer saber da verdade do sujeito (...)” (p. 192) Ainda que a psicanálise nasça como um saber que recolhe aquilo com o qual a ciência não quer se haver, sobre esta *episteme* pairam diversas dúvidas quanto a seu caráter como mais um saber que se aloca numa determinada construção do que é ciência e do que é fazer ciência.

De fato, se se tomar como ciência um determinado número de critérios que pretende lidar com a realidade como um fato dado, estabelecendo a forma correta de extrair um problema que está posto de antemão, preconizando ideias de neutralidade, de atomismo, de reducionismo, enfim, se o fazer do cientista corresponde a uma verve positivista, nesse sentido a psicanálise não compactuará com o significado do que é ciência. Calanzas e Neves (2010), assegurando que há entre psicanálise e ciência uma compatibilidade lógica, apontam que considerar a psicanálise científica dependerá da lente epistemológica à qual recorreremos. O surgimento da psicanálise se dá em um contexto no qual há um predomínio do discurso científico, e foi escutando aquilo que fugia às interpretações de um saber que pretendia identificar as causas e os efeitos do funcionamento dos fenômenos que Freud pôde sistematizar sua teoria.

Nesse sentido, com o objetivo de demonstrar a relação lógica entre psicanálise e ciência e, sobretudo, demonstrar que a psicanálise está também circunscrita ao campo científico, que Calanzas e Neves (2010) recorrem à Epistemologia Histórica de Gaston Bachelard, segundo a qual o conhecimento não se constitui por acúmulo, mas por um trabalho dos conceitos. Portanto, o que está em jogo é “(...) produzir um real a partir da inter-relação conceitual, e não a partir de esquemas racionais prévios e de uma realidade fenomenal.” (p. 193) A Epistemologia Histórica diverge do racionalismo clássico por assumir que o

conhecimento se constrói a partir da deformação e da retificação do conceito. Diante desse pressuposto, o erro é um operador importante para a práxis científica. Consequentemente, podemos denotar que o real e os objetos sobre os quais a ciência se debruça, não estão dados. É a partir de um trabalho dos conceitos, de tentativas de fazê-los variar, de transportá-los para outras territorialidades, desalojá-los e reapropriá-los, que o saber científico se estrutura, em um processo que se dá por rupturas e não por acumulação.

A pesquisa em psicanálise possui princípios norteadores que, apesar de não estarem submetidos à ciência, mantêm convergência com o discurso científico. Podemos dizer que o saber em psicanálise se constitui pelo trabalho do conceito, por uma deformação da racionalidade que ignorava a dimensão inconsciente do eu. A psicanálise se vale de conceitos de outros campos para formular seu objeto e criar um saber teórico. Esse movimento, que é correlato ao que propõe a Epistemologia Histórica, promove uma subversão, como destacam Calazans e Neves (2010) “A subversão é a maneira pela qual a psicanálise faz com que os impasses em relação ao saber sejam ultrapassados por outro modo de considerar os problemas.” (p. 200) Assim, a subversão proposta pela psicanálise considera em tomar aquilo que falha, que tropeça em seu aspecto de positividade, no sentido de que daí se podem extrair consequências para o campo do saber. Se a ciência lida com as causas, Lacan (1988) em seu seminário 11, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, lembra-nos que “a causa é o que manca” (p. 27). Portanto, tomar a subversão como um indicador metodológico é considerar que um saber só se transforma diante do que falha.

Do ponto de vista da clínica, se há um método em psicanálise, este é a própria clínica. Daí decorre a subversão epistemológica, pois, diferente do ideal da ciência de um saber cumulativo, o saber da psicanálise se dá a partir de um não-saber. Para Calazans e Neves (2010) “O saber produzido tanto em análise quanto a partir de uma psicanálise se constitui a partir da posição estudada de um não-saber que estrutura tanto o dispositivo analítico quanto o ato analítico.” (p. 202) A escuta clínica opera com e a partir do não-saber.

O que a pesquisa em psicanálise coloca em cena é o fato de que o objeto é sempre construído e diverso a depender do modo que o abordamos. O próprio termo pesquisa declina do sentido usual de uma busca por algo que já está dado para um achado. Dessa forma, “achar é da ordem do ato, do inesperado, ocasião em que a conclusão se impõe e implica um corte com o saber que estava norteando a teoria em um momento anterior.” (Calazans; Neves, 2010, p. 203)

Orientados pela discussão epistemológica acerca da relação psicanálise e ciência, consideramos que o esforço presente nessa pesquisa é o de apropriar de um conceito que vem

da filosofia política, a saber, o conceito de medicalização, a fim de compreender como este, lido sob o viés da psicanálise, pode lançar luz sobre as formas como as queixas escolares encontram tratamento em um contexto onde o ideal de ciência reducionista se faz imperativo. É digno de nota que não se trata de um trabalho clínico e, sim, da leitura de um fenômeno social à luz da teoria psicanalítica. Figueiredo e Minerbo (2006) propõem, a esse propósito, uma distinção entre a pesquisa com psicanálise e a pesquisa com o método psicanalítico. A pesquisa com psicanálise diz respeito ao uso dos conceitos psicanalíticos para a investigação de fenômenos sociais, ao passo que a pesquisa com o método psicanalítico pressupõe que haja uma escuta clínica.

De acordo com Debieux Rosa (2004), ao discutir a pesquisa psicanalítica em extensão ou psicanálise aplicada, a “pesquisa e intervenção em psicanálise não estão em campos distintos (...). A pesquisa é a escrita do próprio processo.” (p. 343). A psicanálise aplicada diz respeito aos processos que ultrapassam o *setting* tradicional e nos permitem investigar fenômenos sociais e políticos a partir de um recorte psicanalítico. A autora aponta que a crítica que se faz à pesquisa psicanalítica acerca do sujeito inserido nos fenômenos sociais é a de que esta não pode ser considerada propriamente como prática em psicanálise, uma vez que não haveria efeito de movimento por parte do sujeito. Esta crítica se apoia no fato de que esta forma de intervenção fugiria ao enquadre clássico do tratamento psicanalítico, sendo a interpretação feita fora da associação livre, o que incidiria em material não advindo do inconsciente. Entretanto, a autora (2004) nos aponta que tal crítica revela-se frágil, posto que se observa, já em Freud, uma recusa dessa divisão entre sujeito e sociedade, como se constata em seus estudos dos fenômenos coletivos.

Cárdenas e Guerra (2018), por sua vez, ao problematizar a pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais no âmbito da universidade pontuam que, apesar de haver a ideia de que a investigação psicanalítica seja estritamente teórica ou que a clínica deve ser o ponto de partida para pesquisa, o próprio Freud extrapola esses limites em um subconjunto relevante de sua obra. Os autores evidenciam que:

Se seguimos a Freud em diferentes momentos de sua obra quando explora outros campos diferentes à clínica das “psiconeuroses”, como por exemplo em *Mal-estar na civilização*, *Psicopatologia da vida cotidiana* e *Psicologia dos grupos e análise do eu*, podemos encontrar que o mesmo Freud que abriu a possibilidade para a psicanálise dialogar com outros campos do saber por fora da atuação clínica. Fica claro que a pesquisa em psicanálise pode transitar por outros campos diferentes à experiência analítica ou ao atendimento da psicologia clínica orientada pela psicanálise. (Cárdenas; Guerra, 2018, p. 237)

Contudo, ainda que a pesquisa em psicanálise se dê fora do *setting* tradicional, fora do contexto de uma análise e cujo objeto seja um determinado fenômeno social, não se pode perder de vista que há a escuta de um sujeito dividido, castrado, às voltas com as pulsões e com o desejo, e atravessado pela linguagem.

Já em Lacan (2003a), encontramos a distinção entre psicanálise como intensão e extensão, sendo a segunda uma articulação da clínica com as ciências afins, tornando possível, assim, um recorte psicanalítico aos estudos de fatos sociais. Debieux Rosa (2004) aponta que, dentre outras formas, a análise pode ser feita

(...) de acordo com Lacan, pela vertente dos discursos, que produzem uma certa forma de laço social, articulando-o à especificidade do fenômeno, suas determinações e seus efeitos subjetivos e intersubjetivos. (...) Essas relações constituem-se a partir da circulação de certos elementos que ao transitarem por diferentes lugares, produzem laços sociais específicos e promovem diferentes efeitos ou sintomas. (p. 338)

Lacan (1992) propõe a noção de discurso no seminário intitulado *O avesso da psicanálise*, no qual irá propor que os discursos são o que ensejam o laço social. A estrutura do discurso é composta por quatro posições (agente, produção, saber, verdade) e quatro elementos (S1, S2, \$, *a*). A circulação dos elementos e o posicionamento de cada um deles vai determinar quatro formas discursivas (Discurso do Mestre, Discurso da Histérica, Discurso Universitário, Discurso do Analista) e, posteriormente, um quinto discurso (Discurso do Capitalista). Lacan estabelece que o laço social é o que articula os modos de gozo produzidos em cada discurso, com os efeitos de linguagem, por essa razão a teoria dos discursos contribui para o estudo de fenômenos sociais, uma vez que permite tanto uma escuta do sujeito, daquilo que se produz discursivamente, quanto permite aferir os efeitos desagregadores decorrentes do discurso capitalista (Cárdena; Guerra, 2018).

Soler (2015), em conferência realizada na Faculdade de Psicologia da Universidade de Buenos Aires, por ocasião da V Jornada da Clínica de Adultos, cujo tema era *A psicanálise na crise do laço social*, discute os novos sintomas e os novos sujeitos no capitalismo. A questão a que se propõe responder é se os sujeitos do capitalismo são analisáveis. Questionando acerca da relação entre sujeito e discurso, nessa época de incontornável avanço do capitalismo e de avanço técnico-científico, a autora argumenta que o discurso desenha o social, tendo em vista que o antecede. Se lembrarmos com Lacan (1992) que o discurso é sem palavras, o que está em jogo é a regulação simbólica que faz com que sejamos inseridos no mundo. Todavia, é pela palavra que o sujeito ascende à cultura. Soler (2015) afirma que o sujeito é apalavrado

pelo discurso, ou seja, entra no discurso assimilando a língua e todos os meandros de seu funcionamento. No capitalismo, os sujeitos agem e enunciam a partir de valores individualistas, da competitividade, da aceleração, do reducionismo promovido pela ciência. É por via das identificações que o apalavramento ocorre. O capitalismo almeja a equivalência total entre todos, contudo, pretendendo fabricar uma homogeneização total, ao passo que a psicanálise aponta para cada sujeito.

Por fim, valemo-nos da colocação de Pereira (2016) a fim de explicitar como se dá a pesquisa em psicanálise:

Consideramos que a função da psicanálise aplicada à pesquisa deve ser a de colocar em suspeição qualquer concepção generalista de discurso, que com seus métodos, sistemas e jogos de força, pode desprezar o lugar de experiências microfísicas, singulares e capilares. Sabemos que nem sempre uma pesquisa (...) é necessariamente generalista e ainda que o fosse não dispensaria a psicanálise de estudá-la para mostrar que, ao lado dos trabalhos de envergadura, existem outros feixes de relações que interrogam maquinarias racionais, resultados globais e formas absolutas de dizer o real. (p 70)

A pesquisa psicanalítica porta essa dupla dimensão: trabalho e formação. O que não pode se perder de vista é que é possível uma leitura de fenômenos sociais a partir da psicanálise. No entanto, a escuta do sujeito é imprescindível, mesmo fora do espaço tradicional da clínica, pois é o modo por meio do qual será possível apreender a maneira de inscrição no laço social ensejado pelas formas discursivas.

Passaremos, então, no próximo item, à apresentação da pesquisa de campo implementada.

3.2. Delimitando o *lócus* da pesquisa: a descrição do campo

A pesquisa de campo foi realizada no município de Bom Sucesso, localizado no sul do estado Minas Gerais. Segundo a história oficial, a cidade ergueu-se em torno de uma ermida, construída no ano de 1736, como voto do então governador da capitania de São Paulo, D. Antônio Luís de Távora, que estava na região com a missão de pacificar conflitos entre garimpeiros. O primeiro povoado ficou conhecido como Campanha de Trás da Serra de Ibituruna do Rio Grande Pequeno e somente em 1824, elevado a freguesia, passou a se chamar Bom Sucesso, sendo elevada à categoria de cidade em 1873.

Atualmente, o município tem cerca de 17.600 habitantes, segundo dado do Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²¹. A economia da cidade é constituída por atividades agrícolas, sobretudo a produção e colheita de café, principal atividade geradora de renda e emprego na cidade. Em 2017, o salário médio mensal era de 1.8 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 12.7%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 228 de 853 e 426 de 853, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 2999 de 5570 e 2653 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 34.8% da população nessas condições, o que o colocava na posição 535 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 3609 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

A taxa de escolarização de crianças entre 6 e 14 anos é de 97,9%, sendo que o número de matrículas no ensino fundamental em 2018 foi de 1905 matrículas. Em relação ao Índice de Desenvolvimento da Educação Básica, o IDEB²², para os anos iniciais no ano de 2017, a nota foi 7.0 e para os anos finais, 5.4. Esses dados referem-se à rede pública de ensino. Em 2018, o município contava com 116 docentes no ensino fundamental e 58 no ensino médio. Há um número de 11 estabelecimentos de ensino, sendo seis escolas urbanas (quatro municipais e duas estaduais) e cinco escolas rurais (quatro municipais e uma estadual), além de uma unidade da Associação de Pais e Amigos do Excepcional (APAE). Em relação aos demais equipamentos públicos que compõem os serviços socioassistenciais, a cidade conta com sete Estratégias de Saúde da Família, uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), um Centro de Referência da Assistência Social.

Consideramos que a especificidade do município, que conserva características rurais, foi uma das razões que embasou a escolha realizada. Notamos que a problemática da medicalização, ainda que seja amplamente discutida nos meios acadêmicos e, sobretudo, nos espaços de formação profissional, não é uma temática que faça parte das instituições escolares – como um referente para pensar os modos de tratamento da queixa escolar –, tampouco dos profissionais dos equipamentos públicos de saúde, que recebem as demandas deflagradas pelas escolas, como abordaremos no capítulo 4.

A escolha da escola ocorreu em função da frequência dos encaminhamentos deflagrados no período correspondente à nossa experiência profissional entre os anos 2011 e

²¹ Dados disponibilizados no site: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/bom-sucesso/panorama> de acordo com o Censo Demográfico de 2010.

²² Dados disponibilizados no site: <http://ideb.inep.gov.br/resultado/> referente à avaliação do IDEB de 2017

2018. Elegemos uma escola localizada em um bairro periférico do município, sendo o público formado pelas crianças residentes no bairro no qual o estabelecimento encontra-se instalado, e também por crianças moradoras da zona rural. Sua criação data do ano de 1995, com a Lei municipal 2018/95, e seu funcionamento foi autorizado mediante a Portaria 1365/97, publicada no dia 16 de agosto de 1997. Em sua fundação, a escola oferecia a Educação Infantil, atendendo crianças a partir de cinco anos e atendia o primeiro ano de primeiro ciclo. Segundo Decreto municipal 514/2004, baixado no dia 18 de agosto de 2004, a escola passou a ministrar a fase introdutória e a seriação de 1ª a 4ª. No ano de 2009, sob decreto realizado em 03 de novembro de 2008, o estabelecimento recebeu o nome atual e passou a abarcar a Educação Infantil e os cinco anos do Ensino Fundamental I²³.

A escola conta em seu quadro com 19 docentes (sendo apenas um homem professor); uma supervisora, diretora e vice-diretora, duas auxiliares de secretaria, uma bibliotecária e quatro auxiliares de serviços gerais. Atende a um número de 203 alunos, distribuídos em dois turnos: no matinal há sete turmas (entre Educação Infantil e do 1º ao quinto ano), no período diurno são quatro turmas (creche, 1º, 3º e 5º anos). Fomos informados por uma das supervisoras de que o Projeto Político Pedagógico da escola vem sendo reelaborado. Nesse processo, segundo a supervisora, foi realizada consulta aos professores, aos alunos, ao conselho de classe e à comunidade, no sentido de que se construam diretrizes institucionais que respeitem a especificidade do território do qual a escola faz parte. Entretanto, a supervisora fez-nos notar o decréscimo sistemático do número de matrículas, informando-nos, ainda, que o IDEB da escola também caiu em 2019. Questionada acerca da diminuição das matrículas, a supervisora aponta duas causas, conforme sua interpretação. A primeira, concernente à taxa de natalidade, que vem reduzindo no município, o que traz um impacto quanto ao público atendido, e a segunda, relativa ao fato de haver um número expressivo de crianças residentes no bairro que tem sua matrícula efetuada na escola localizada na região central do município, por ser considerado um estabelecimento que oferece maior qualidade ensino.

Esse movimento, pontuado pela supervisora, de que mesmo as crianças residentes próximas à escola deslocam-se para uma outra unidade que é socialmente representada como um espaço no qual o ensino é qualitativamente superior, faz-nos colocar em questão se não haveria aí um marcador de um processo de exclusão concernente à configuração do território.

Território é um conceito extraído das discussões da geografia humana e cultural e diz

²³ Informações obtidas através do Regimento Interno da escola.

respeito à “espacialidade pertinente à vida social (...)” (Soja, 1993, p. 51) Inserido no campo das políticas públicas, a noção de território permite pensar a organização dos serviços, os processos de trabalho, a prática dos agentes que executam as políticas e o público que se beneficiará das ações. O território é, por excelência, marcado pelo poder, é a manifestação da espacialidade da vida social.

Ao entender a espacialidade como o espaço socialmente construído, como a corporificação de um conjunto de relações, como o próprio meio social, Souza (2000) nos diz que território se define como “um campo de forças, uma teia, uma rede de relações sociais que, a par de sua complexidade interna, define, ao mesmo tempo, um limite, uma alteridade: a diferença entre nós (o grupo, os membros da coletividade ou ‘comunidade’, os *insiders*), e os ‘outros’(os de fora, os estranhos, os *outsiders*).” (p. 86) Com isso, permite entrever um jogo de tensões, de relações fronteiriças, de descontinuidades que demarcam pertencimentos e diferenciam os grupos sociais, o que deflagra o questionamento de por que há recusa a essa escola. Ao supor que uma outra escola ofertaria um ensino de melhor qualidade, expõe-se uma crítica em relação a essa escola e o desejo de dela não fazer parte? Ou ainda, seria uma forma de se desvincular, em algum nível, do bairro no qual a escola está alocada, posto que é um bairro sob o qual recaem muitos estigmas? Um outro elemento de nossa observação diz respeito ao fato da escola se situar ao lado do presídio do município. Notamos esses pontos, o que nos leva a interrogar quais implicações podem decorrer desse fato.

Nesse sentido, estudar em uma escola fora do bairro, bairro esse marginalizado, cujo discurso corrente no tecido social é extremamente desqualificador, não seria um modo de introduzir alguma diferença, mesmo que no nível do imaginário, a partir da lógica do narcisismo das pequenas diferenças, proposta por Freud (1921) no texto *Psicologia das massas e análise do Eu?* Parece-nos, assim, que o fato evidenciado pela supervisora, delata um fracasso escolar que está dado de início, tanto que não estudar na escola pode ser uma chance de não fracassar, uma vez que o ensino de qualidade está em outro lugar.

3.3 O itinerário da inserção no campo: caminhos e descaminhos no contato com os participantes da pesquisa

No sentido de entender como as queixas escolares ganham uma interpretação unívoca a partir de uma chave de leitura dita “científica”, que se justifica como verdadeira por um apelo ao paradigma cerebral, biologizante, e que oferece nomeações que se pretendem universais, estabelecemos algumas questões que nortearam nossa inserção no campo: O que

leva uma professora a encaminhar uma criança que não aprende a um especialista médico ou psicólogo? Esse é o primeiro ou o último recurso adotado pela instituição escolar? Qual é a demanda endereçada ao profissional de saúde? O que o dispositivo do diagnóstico, quando realizado, permite ao professor operar em sua prática? Quais os efeitos que a nomeação advinda de um discurso técnico pode ter para a criança que não aprende? E do lado dos profissionais da saúde, como essa demanda é acolhida? Qual interpretação esses profissionais conferem ao ato de encaminhar? E como isso é devolvido à escola?

Para tentar responder a essas questões, trabalhamos com entrevistas semi-estruturadas em duas frentes: uma com profissionais de educação e outra com profissionais de saúde. Sauret (2003) assinala que:

O método psicanalítico é, no fundo, constituído daquilo que, pela experiência da análise, é transponível fora dela, sem romper o laço com o discurso analítico. Uma concepção do sujeito como falante e dividido, a hipótese do inconsciente como fundamento de todo fato psíquico, o que implica verbalização (entrevista), escuta, análise, transferência, intervenção (ainda que a imposta pela consequência do encontro). (Sauret, 2003, p. 98)

Portanto é possível que, mesmo em uma situação de entrevista semiestruturada, cuja finalidade não seja propriamente clínica, pode haver a disposição de lidar com o sujeito dividido, que tropeça na linguagem, e onde admite-se a hipótese do inconsciente. Para Luccia (2014), é conciliável o instrumento metodológico da entrevista semiestruturada com a psicanálise se se maneja a entrevista a partir da orientação psicanalítica, com a clareza dos objetivos e respeitando-se os limites éticos da pesquisa.

As primeiras entrevistas foram realizadas com os profissionais da educação (professoras e supervisoras) de uma escola municipal, que tem por característica atender alunos de um bairro mais periférico e alunos de zona rural, como informado anteriormente. Aparentemente, o público dessa instituição apresenta mais questões de vulnerabilidade social que o das outras escolas do município. A composição desse grupo será detalhada adiante. A segunda frente constituiu-se na realização de entrevistas com profissionais da área da saúde, que recebem os encaminhamentos advindos dessa instituição. Portanto, entrevistamos dois psicólogos alocados no NASF; uma psicóloga que trabalha no CAPS e na APAE; uma psicóloga lotada no CRAS (essa entrevista contou com a participação da assistente social); um pediatra lotado no NASF; um psiquiatra que atende no CAPS e, por fim, indicada pelo pediatra, uma neuropediatra que atende no município vizinho, trabalhando em consultório privado e prestando serviço à prefeitura dessa cidade.

Foram feitos dois roteiros (anexos IV e V), que recobriam um conjunto de temas que estavam em consonância entre si, e a partir dessa estrutura a entrevista se deflagrava. Para tanto, apesar de haver um eixo norteador, permitia-se uma livre elaboração dos participantes. Os temas que compunham o roteiro para as entrevistas com as professoras e supervisoras eram: concepções da queixa escolar; estratégias da escola para lidar com situações de queixa; processo de encaminhamento; relação escola-família-desafios da escolarização; articulação profissionais de educação e profissionais de saúde/ relação entre setores e entre saberes; diagnóstico e prática pedagógica; alternativas desenvolvidas pela escola frente às dificuldades de escolarização. Em relação aos profissionais de saúde, elencamos os seguintes temas: processo de encaminhamento/recebimento da demanda; relação profissionais de saúde-profissionais de educação/ relação entre saberes; fatores considerados na compreensão da queixa escolar; avaliação e diagnóstico; intervenção e conduta; visão do diagnóstico para a prática pedagógica; representação do profissional de saúde acerca da demanda escolar²⁴.

Segundo Gaskell (2007), a entrevista qualitativa tem como função primordial compreender o mundo do entrevistado, podendo ser utilizada para finalidades distintas, desde a descrição pormenorizada do meio social, ou de uma situação social, até o fornecimento de dados para testagem de hipóteses. O autor enfatiza, ainda, a possibilidade de articulá-la a outros métodos no intuito de adensar informações contextuais que podem trazer apontamentos importantes. Em Duarte (2004), encontramos a orientação de que a entrevista seja utilizada para mapear crenças, valores, práticas e sistemas classificatórios de espaços sociais específicos nos quais os conflitos e contradições não estejam evidentes. O autor assinala a complexidade do procedimento, tendo em vista não se tratar de uma conversa desprentensiosa ou um bate-papo informal. Para a condução de uma entrevista, exige-se do pesquisador que se tenha clareza dos objetivos, conhecimento do contexto, e que as questões norteadoras estejam introjetadas e em certo nível de informalidade.

A entrevista é um processo de interação, mais do que simplesmente a troca de informações, onde o detentor repassa o material a alguém que o coleta. Gaskell (2007) ressalta que a entrevista é “uma interação, uma troca de ideias e de significados, em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas.” (p. 73) Há, então, um duplo compromisso com a produção do conhecimento, tanto do entrevistador, quanto do entrevistado, não obstante, em níveis distintos. Portanto, ela sobrepuja uma conversa comum. Nesse sentido, levando-se em consideração que se trata de um encontro onde a subjetividade

²⁴ As entrevistas foram realizadas após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG com parecer favorável à execução da pesquisa em 20 de fevereiro de 2019, sob o número 3.156.434

do pesquisador não está excluída, deve-se criar um ambiente onde o pesquisado possa falar livremente sobre o tópico orientador definido pelo entrevistador.

Definido que encetaríamos nosso trabalho pelas entrevistas com as profissionais de educação, fizemos o primeiro contato e agendamos uma reunião com a diretora e a supervisora da escola. Realizamos uma breve apresentação do tema de pesquisa, dando ciência às profissionais dos contornos éticos aos quais estávamos submetidos e da devida autorização do gestor (como consta no anexo I). Durante a reunião, ainda que se dissesse que realizaríamos somente entrevista, a supervisora perguntou reiteradamente se faríamos algo parecido com um estágio, questionando a duração do processo. Esclareceu-se que poderia haver outros desdobramentos metodológicos, caso fossem necessários. A primeira entrevista agendada foi com a supervisora. A entrevistada mostrou-se à vontade, mas tergiversava nas respostas, a fim de que o tema central da questão não fosse enfrentado. Pareceu-nos que a entrevistada quis revelar o que há de exitoso, do seu ponto de vista, em termos das práticas realizadas pela escola em relação à queixa escolar. Findada a entrevista, a supervisora se prontificou a indicar as professoras e agendar com elas o dia e o horário em que poderíamos nos encontrar.

As datas agendadas para as próximas entrevistas foram escolhidas levando-se em conta a rotina da escola. Foram escolhidos os horários em que as turmas das respectivas professoras estivessem na aula de Educação Física. Quatro professoras se dispuseram a participar da pesquisa. O termo de consentimento livre esclarecimento (TCLE, anexo III) foi lido, reforçando-se os pontos referentes ao sigilo e anonimato, ao uso dos dados com a exclusiva finalidade de pesquisa, ao direito de questionar e de reconsiderar a participação a qualquer momento.

Alguns questionamentos foram feitos pelas participantes em relação à divulgação das entrevistas e foi possível divisar que ambas demonstravam preocupação com o efeito institucional que poderia ocorrer caso houvesse alguma repercussão da entrevista. Isso foi claramente expresso por uma das informantes, que se negou a autorizar a gravação, alegando temer as consequências que poderiam advir e, uma vez que houvesse o registro em áudio, não poderia expor livremente o que pensava. Por isso, essa entrevista foi registrada por escrito. A segunda professora, apesar de manifestar receio, aceitou que a entrevista fosse gravada sob a condição de que o arquivo não seria utilizado caso ela não se sentisse confortável. No entanto, ao final, a autorização para o uso dos dados foi confirmada. Não houve nenhuma intercorrência com as outras docentes. A última entrevista com as profissionais de educação foi realizada com uma segunda supervisora, que também atuava em uma outra escola por ter

dois cargos no município. Nesse caso também não houve nenhum impasse quanto à anuência do registro. Todavia, ao ser encerrado o procedimento, a profissional solicitou que o pesquisador se posicionasse em relação ao tema. Ao que respondemos observando que enquanto agente de uma pesquisa em curso, interessava-nos sustentar os questionamentos e as problematizações, e não uma posição fechada, ainda que estivéssemos informados por uma perspectiva teórica.

Diante do material obtido a partir do conjunto de entrevistas realizadas com as profissionais de educação, depreendemos que a indicação das informantes, pela supervisora, deu-se no sentido de selecionar aquelas professoras que teriam experiências bem-sucedidas.

No que concerne aos profissionais da saúde, foi realizado contato prévio com o gestor de saúde e solicitou-se a autorização para realizar a pesquisa, como consta no anexo II. O que pudemos observar em primeiro plano foi o de não haver reconhecimento do tema da medicalização, ainda que este esteja em voga e venha sendo propalado no meio acadêmico. Interrogamos se tal fato se deve à pouca inserção desses sujeitos nos ambientes acadêmicos, a característica de sua formação acadêmica ou se refere à adoção de uma perspectiva que não seja crítica. Ao apresentar o TCLE para o psicólogo, este grifou algumas palavras, dentre elas “medicalização”. Solicitou explicação acerca desse conceito e em seguida pediu que a entrevista fosse remanejada para um outro dia. Quando a nova data foi acertada e a entrevista ocorreu efetivamente, verificamos que o hiato entre o primeiro e o segundo encontro foi uma forma do profissional fazer um movimento de aproximação com o tema. Em contato com outra psicóloga, esta nos requereu que as perguntas às quais ela responderia fossem encaminhadas previamente. De nosso turno, esclarecemos que não havia perguntas e sim temas a partir dos quais as questões seriam elaboradas.

Em relação aos médicos, houve uma grande dificuldade em conseguir agendar os horários de entrevistas, tendo sido possível realizá-las nos hiatos de suas agendas em seus consultórios particulares. Notamos que o médico pediatra está alocado no NASF do município, ao passo que o psiquiatra é lotado no CAPS. O médico neurologista é uma das especialidades que atendem mensalmente no município, mediante convênios, no entanto, no início de nossa pesquisa, a prefeitura ainda não havia feito as contratações. Consultamos se as supervisoras teriam uma referência para nos indicar. Foi-nos informado, então, que havia uma profissional no município vizinho para quem os encaminhamentos escolares eram geralmente direcionados. Fizemos o primeiro contato por telefone e a resposta obtida foi a de que enviássemos um e-mail expondo nossa solicitação. As respostas às mensagens eram sempre no sentido de protelar a marcação de uma data. Mesmo assim, foram feitos vários contatos via

e-mail e telefone sem que houvesse, todavia, demonstração de disponibilidade de participar da entrevista. Assim, declinamos da ideia de ter em nosso *corpus*, uma representação do campo da neurologia. Posteriormente, o pediatra nos informou que havia um neuropediatra a quem sempre encaminhava pacientes. Entramos em contato com esse profissional, que explicitou seu interesse de participar da pesquisa. Segue abaixo um quadro sintético dos profissionais entrevistados

| Nome | Cargo | Formação | Experiência Profissional |
|-------------|--|---|--|
| Sílvia | Supervisora I | Graduação em Pedagogia e especialização em Psicopedagogia | Formou-se em 2009, começou a atuar em 2012 |
| Vanda | Professora do 2º ano | Magistério; Normal Superior e curso técnico em Enfermagem | Atua no magistério desde o ano 2009 |
| Cátia | Professora do 5º ano do Ensino Fundamental | Normal Superior, com especialização em Gestão, Orientação e Supervisão | Experiência de 04 anos como coordenadora e 13 anos como professora |
| Adriana | Professora do 3º ano | Normal Superior, com especialização em Psicopedagogia | Experiência Profissional de 18 anos |
| Márcia | Professora do 5º ano | Normal Superior com especialização em Alfabetização | Experiência Profissional de 18 anos |
| Joana | Supervisora II | Normal Superior e segunda graduação em Pedagogia. Especialização em Supervisão Escolar; Gestão Escolar, Orientação e Inspeção; Educação Especial; Psicopedagogia; Alfabetização e Letramento; Biblioteconomia e Administração Escolar | Formou-se em 2005, tendo experiência de atuação por 17 anos como professora e 11 como supervisora. |
| Carlos | Psicólogo NASF | Graduação em Psicologia | Formou-se em 2017 e atua no serviço público desde 2018, tendo uma orientação psicanalítica |

| | | | |
|----------|-----------------------------------|---|--|
| Vanessa | Psicóloga no CRAS | Graduação em Psicologia e especialização em Psicologia do Trânsito | Formou-se em 2009. Experiência como perita do Detran. Atua desde 2012 como psicóloga na Proteção Social Básica, tendo como orientação teórica a perspectiva humanista-existencial. |
| Roberta | Psicóloga do CAPS e da APAE | Graduação em Psicologia e especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental. | Formou-se em 2008/2009. Atua na profissão há 09 anos e a 02 no serviço público. |
| Vera | Psicóloga com experiência no NASF | Graduação em Psicologia e mestrado em Psicologia Social. | Formou-se em 2012. Trabalha com a clínica há 05 anos, sendo 02 anos no serviço público. Trabalha com a abordagem teórica da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). |
| Anderson | Médico Psiquiatra | Graduação em Medicina | Não informado |
| Ricardo | Médico Pediatra | Graduação em Medicina | Formou-se em 2002. Há 17 anos trabalha no serviço público. |
| Daniel | Médico Neuropediatra | Graduação em Medicina | Atua no setor público há menos de 1 ano |

Fonte: Dados colhidos durante a pesquisa (2019)

Uma vez caracterizado como se deu nossa imersão no campo, nosso contato com os participantes que colaboraram com a pesquisa e a descrição dos impasses, passaremos, então, à abordagem do procedimento de análise dos dados coletados.

3.4 Da escuta à escrita: procedimento de análise dos enunciados

O *corpus* da pesquisa constitui-se pelo material produzido nas entrevistas, documentos e diário de campo. Para empreender a análise, utilizaremos a Análise Psicanalítica do Discurso, como propõem Dunker, Paulon, Milán-Ramos (2016). Diante das relações entre estudos linguísticos e estudos psicanalíticos, compreende-se que há três vertentes sobre as quais se estabelecem pontos de contato entre os dois campos, quais sejam, as vertentes universalista, linguística *strictu sensu* e a discursiva. Consideramos que dentre as vertentes supra-citadas, a linguística foi a que se constituiu como a mais elucidativa, dado que nos

permitiu vislumbrar a relação possível entre os campos psicanalítico e linguístico. Tal constatação se sustenta no fato de que, em muitos momentos de sua obra, Freud lança mão de análises linguísticas para aprimorar e dar consistência teórica à sua descoberta, utilizando-se do paradigma linguístico para demonstrar o funcionamento do inconsciente. Fazemos notar, contudo, que levamos em conta a admoestação de Cohen (2019) de que a aplicação das categorias linguísticas ao trabalho de Freud se dá numa visada retrospectiva e anacrônica, uma vez que são categorias que compõem o arcabouço da linguística moderna. Para Cohen (2019), “Há uma imissão do presente no passado, ao entendermos o texto de Freud nos valendo de desenvolvimentos das teorias linguísticas que lhe são cronologicamente posteriores (embora a natureza do fenômeno linguístico não tenha se alterado).” (s/p) Arrolaremos os trabalhos contidos no conjunto da obra freudiana, que expõem a relação aqui rastreada.

Em *A significação antitética das palavras primitivas*, Freud (1910) apoia-se nos estudos da língua egípcia antiga, do filólogo Carl Abel, a fim de demonstrar que há um paralelo entre o funcionamento da língua e o funcionamento do inconsciente, em especial o trabalho do sonho, onde sentidos contrários se coadunam em unidades simbólicas. Em *O chiste e suas relações com o inconsciente*, Freud (1905) demonstra as complexas operações linguísticas que resultam em efeito chistoso, desvelando como algo que sofre ação de recalque retorna de forma a provocar o riso. Há, ainda, *Psicopatologia da vida cotidiana*, onde o fundador da psicanálise (1901) demonstra que os fenômenos inconscientes assaltam a todos que estão imersos na linguagem, independente de uma patologia. Nesse trabalho, Freud argumenta como os lapsos, os esquecimentos de nomes próprios, de sequência de palavras e o posterior esforço de rememoração põem em marcha intrincadas operações de linguagem.

A noção de sujeito trouxe, para o campo dos estudos linguísticos, uma virada importante e contribuiu para a definição do que se convencionou chamar de Análise do Discurso, de orientação francesa. Cohen (2008) aponta que para os estudos linguísticos, nas vertentes da sociolinguística, as semânticas, a linguística histórica, as fonologias e mesmo o funcionalismo, a concepção vigente é a de sujeito gramatical. Nas palavras da autora, essa concepção de sujeito está “bem próximos à morfologia (desinências verbais, pronomes pessoais, nomes, substantivos, sentenças), aos sujeitos da semântica, sejam esses agentes, pacientes, locativos, etc, ou mesmo a um sujeito gramatical que ultrapassa o nível sentencial, endofórico ou exofórico, no caso do funcionalismo linguístico.” (p. 219) Já na Análise do Discurso, a noção de sujeito vem atravessada pela concepção psicanalítica, concernindo, portanto, ao sujeito do ato comunicacional, para o qual subjaz na fala o desejo de comunicar,

estando, desta feita, inserido em um contexto relacional, no qual a fala é a via de comunicação. Cohen (2008) nos mostra que “Essa maneira de tratar a linguagem, nela incluindo um sujeito, dentro dos estudos da linguagem ou linguística, eclode na obra de Michel Pechêux, no século XX, a partir das limitações da linguística estrutural (...)” (p. 220) Pechêux articula a psicanálise freudiana e lacaniana a fim de inserir o sujeito e tecer a crítica que fará em uma de suas obras à análise descritivista que, para ele, seria a repetição do óbvio. A linguística da fala, diferente da perspectiva da linguística da língua, pretende alcançar o que é que está sendo comunicado quando se fala e qual a posição do sujeito no discurso, o que, posteriormente, será sistematizado pela teoria da enunciação

Gill (2002) assinala que não há uma única modalidade de análise de discurso e sim vários estilos, o que torna difícil instituir uma fórmula geral que possa ser tomada na realização da análise. Entretanto, deve-se ter em mente o conceito de discurso, que, na perspectiva da autora, “(...) é empregado para se referir a todas as formas de fala e textos, seja quando ocorre naturalmente nas conversações, como quando é apresentado como material de entrevistas, ou textos escritos de todo tipo.” (p. 247).

A fala e/ou o texto devem ser analisados no contexto em que foram produzidos, para que o pesquisador/analista possa perceber o não-dito e os silêncios. Quando um analista discute o contexto, está produzindo também uma versão, tomando-o como objeto, por isso não está fora da análise. Isso leva Gill (2002) a propor que o status da análise do discurso seja uma leitura que justaponha o texto ao contexto, para verificar o conteúdo, a organização e as funções do discurso. Tomar o contexto como algo relevante para análise, implica em uma definição teórica na qual o discurso está relacionado às instituições, às práticas sociais, às relações de poder/saber, portanto, é importante compreender suas condições de produção.

Dunker, Paulon e Milán-Ramos (2016) afirmam que há quatro tipos de análise de discurso em Lacan: o modelo estrutural, o conceitual, o topológico e o quarto, que nos interessa de modo especial, “o modelo representado pela teoria dos quatro discursos, que inova ao considerar a dimensão do gozo e da economia de poder no interior dos diferentes tipos de laço social.” (p. 33)

Considerar a psicanálise como uma analítica do discurso, aplicando seus princípios e sua ética na compreensão de um fenômeno social, é ampliar o escopo da Análise do Discurso, que é o de evidenciar a materialidade do enunciado, possibilitando que haja uma mudança no posicionamento do sujeito. Dunker (2014) nos dirá que “O psicanalista não apenas lê os fatos de discurso interessado apenas em reconstruir ou desconstruir o seu funcionamento descritivamente, mas em transformar a posição de um sujeito, ou seja, em fazer o texto

continuar de outra maneira, agregando a ele disposições éticas de cunho transformativo. (p. 144). Nesse sentido, interessa-nos tomar os enunciados dos participantes de nossa pesquisa com o intuito de verificar se as formas com que os profissionais da educação e da saúde lidam com a queixa escolar, revelam algo do mal-estar na escolarização e se há um mais-além da queixa escolar, que acabaria por sustentar modos de gozo nesse processo.

Tendo como referência o percurso teórico trilhado, bem como a sistematização do material recolhido através das entrevistas, trataremos no próximo capítulo da análise dos dados, apresentando as categorias extraídas de nosso corpus. A discussão a ser desenvolvida se organiza no sentido de demonstrar que há um grupo de categorias que corrobora os estudos já realizados e que aponta os aspectos mais amplos envolvidos no fenômeno da medicalização da queixa escolar, quais sejam: a noção de desestruturação familiar; a relação entre condições de vida e aprendizagem; e a ideia de déficit como causa do não-aprender. Sob a orientação da teoria dos discursos em psicanálise, reunimos um outro grupo de categorias que nos auxiliam a questionar os efeitos do discurso da ciência para o laço social produzido na escola, a saber: o fracasso escolar como nome do mal-estar docente; o lugar de mestria do especialista; e a função de sutura do mal-estar na educação que é dada ao psicodiagnóstico.

CAPÍTULO 4

OS QUE SE DIZ SOBRE A QUEIXA ESCOLAR NO CAMPO DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE – UMA ANÁLISE DO DISCURSO DOS PROFISSIONAIS

Constituiu-se como objetivo de nossa pesquisa analisar os encaminhamentos de crianças com queixas escolares aos serviços de saúde, com base nos discursos dos profissionais das áreas da educação e da saúde. Para tanto, investigamos o discurso dos professores no qual se inscreve a queixa escolar, buscando compreender como se institui, no campo da Educação, o endereçamento de suas demandas aos profissionais da Saúde, através dos encaminhamentos. Indagamos, ainda, os discursos que sustentam o posicionamento dos profissionais da saúde e as representações que fazem acerca das queixas escolares.

Do *corpus* de nossa pesquisa, pudemos extrair categorias que nos permitem uma dupla visada dos processos de medicalização da queixa escolar. De um lado, temos os marcos que se apresentam nas pesquisas sobre o fracasso escolar desde a década de 1980, como a imputação à família, às condições de vida e ao próprio sujeito. De outro, reunimos categorias que, a partir de nossa consideração, ajudam-nos a compreender os aspectos microfísicos que sustentam os modos de abordagem da queixa escolar, segundo os discursos dos profissionais de educação e saúde. Os próximos itens se dedicam a essas problematizações.

4.1 As concepções da queixa escolar pelos profissionais de Educação e de Saúde

Com o intuito de compreender as concepções que norteiam a forma com que os profissionais de ambas as áreas, educação e saúde, compreendem e abordam a queixa escolar, interrogamos os participantes da pesquisa sobre a forma como o fracasso escolar é identificado na instituição. O primeiro ponto, recorrente em todas as entrevistas, é a de uma grande ênfase na família como propulsora das dificuldades de aprendizagem. Há um enunciado comum tanto por parte dos profissionais de educação, quanto dos profissionais de saúde, de que existe uma disfuncionalidade familiar que contribui para o impasse na escolarização dos filhos, retomando-se a ideia de “família desestruturada” como fator que explicaria as causas do não-aprender. Nesse sentido, ao ser questionada como é feita a identificação da queixa escolar, a supervisora Silvia afirma:

Nós sentamos...eu sento junto com os professores, os professores já trabalham a mais tempo nessa área, né? Ai nós sentamos e observamos, né? Vemos a queixa daquela criança, a situação do histórico familiar e de acordo com esses itens aí nós vamos pra aprendizagem.

Os relatos dessa criança é um relato sofrido, não é de uma criança, porque a criança, ao meu ver, ela tem que estudar, que brincar, ela tem que ter os compromissos dentro de casa desde cedo sim, porque nós, né...tem que mostrar pra criança que a vida é dura, mas o comportamento dela, a vivência dela, da mãe com as drogas, aí cê percebe que cê tem que mandar mesmo. Aí eu encaminho pra o psicólogo (...)²⁵

Observa-se que há a suposição de uma organização familiar que escapa à idealização do que seria um arranjo adequado ao processo de aprendizagem da criança, consoante à noção de família disfuncional, apregoada pela Teoria da Carência Cultural. Realizado um panorama da questão do fracasso escolar, constata-se que há uma reincidência de uma percepção sobre a família da criança em situação de fracasso escolar. Para Joana, supervisora:

Tem casos que a gente percebe muito assim o desleixo da família, que não dá atenção, que não acompanha, principalmente na fase de alfabetização, só a escola não basta. Tem que ter um acompanhamento em casa, tem que ter uma mãe ali, um pai, uma pessoa que possa tá ajudando pra sentar, pra ajudar a criança na leitura, pra incentivar, pra criança ver que aquilo é importante pra vida dela. Senão ela não acha que aquilo tem valor. Ela não vai achar significado praquilo. Então eu acredito assim que essa questão do incentivo da família, isso é tudo de bom.

Esse modo de apreensão da problemática é compartilhado pelas demais profissionais da escola, como pode ser verificado nos depoimentos abaixo:

Alunos com várias dificuldades, então, assim é...o que eu observo dessas dificuldades são dificuldades do aluno e muita falta de assistência dos pais também casa porque a criança ela tem seu tempo na verdade, né?

(...) eu penso assim que tem muitos pais que não tem a consciência ou eles não tiveram a educação, eles acha que o ensino não é tão importante. Só manda a criança vir pra escola porque é obrigado, aí ele acha assim que não prec..."Ah, tanta gente estudando e hoje o desemprego tá tão aí". Não tem aquela consciência que se com o estudo tá difícil, sem o estudo vai ser pior. Tem muitos pais jovens, insequente, a maioria assim é...aqui tem caso aqui de três irmão, cada um de um pai. Então, isso também atrapalha. Então, cê fica assim, a família aí se perde, por isso. Aí, eles acha que a educação não é importante pra o seu filho. Alguns pensam assim, né? Cê...a gente...reunião de pais, final do bimestre (Vanda, professora)

Assim...pra lidar com, tipo...esse tipo assim de aprendizagem que vem com essa deficiência de aprendizagem, né? A gente não sabe se sai da...do...às vezes do contexto familiar, né?

Ah! Vem muito também o conjunto familiar, né? Família, né? Família, que eu acho

²⁵Neste trabalho, será usado itálico para apresentação dos depoimentos dos entrevistados.

que a estrutura hoje tá difícil, porque, às vezes mãe que cê vê que nem olha no caderno da criança. Num incentivava, né? (Cátia, professora)

Entre os profissionais de educação e saúde há uma confluência da ideia de que a organização familiar seria um fator determinante para que a criança vivencie impasses no processo de escolarização. Houve, dentre psicólogos e médicos de três especialidades distintas, uma leitura próxima sobre o critério familiar como condicionante, quando não determinante, para se compreender por que algumas crianças não aprendem.

Então, assim, eu costumo dizer que o problema, sem dúvida, é em casa, é a estrutura familiar, com certeza. Entendeu? Não tem como uma criança ter problema. Isso aí é tudo absorvido, isso aí é tudo transferido pelos pais, com certeza. Sem dúvida a estrutura familiar faz toda a diferença. (Carlos, psicólogo)

É como se a família já chegasse e falasse "joguei a toalha. Não dou conta mais." E aí quando cê vai permear esse caminho, buscar, é sempre a mesma coisa: é a fragilidade do vínculo familiar. É o pai que não tem mais respeito com a mãe, por si a mãe também não tem mais respeito com o filho, e vai construindo aquele ciclo vicioso. E não tem mais vínculo. E quando a gente vai buscar vínculo, eles não têm uma rotina dinâmica, estruturada entre eles. Se eu não tenho uma mãe que sabe direcionar o cuidado, se eu não tenho um pai que chega e abre uma oportunidade pro diálogo... É como se fossem vários... Como que eu coloco? Vários atores dentro de uma cena, mas que não têm conexão um com o outro. (Vanessa, psicóloga)

Aquela questão que a gente tava falando de ansiedade é um ponto chave, mas aí são vários aspectos pra serem analisados, não só a escola, porque pode ser que uma criança adora ir pra escola, né, mas já tem dificuldades maiores no contexto familiar, de relacionamento também, não é só a questão de não conseguir aprender, mas se relacionar também. (Vera, psicóloga)

Hoje tem muitos pais que às vezes não educam, não colocam limite nos seus filhos, e com isso a criança vai pra escola, enfim, tem alteração de comportamento, e a gente acha que às vezes é uma doença mental. Então o grande desafio meu aqui hoje é saber o que que é um problema também dos pais, uma falta de, enfim, de comprometimento na educação dos filhos, e o que que realmente vem a ser uma doença na criança. (Anderson, psiquiatra)

Eu costumo avaliar assim, como que é a dinâmica familiar, se é a mãe sozinha, se tem avó que mora, se os pais estão juntos ou não, a idade da mãe, que é importante, a relação com a criança... A gente tenta ver também o grau de estimulação que essa criança tem em casa, com quem que essa criança fica a maior parte do dia, se a mãe trabalha... Então eu gosto de olhar mais essa parte de como que é a estimulação da criança em casa. Porque muitas das vezes a mãe demanda toda a responsabilidade para a escola, e às vezes o que a criança tem de dificuldade na escola, às vezes ela está trazendo de casa. (Ricardo, pediatra)

Depende, também, da estrutura familiar. Quando você tem lares disfuncionais, lares que... se nota que aquela criança não tem um suporte, e isso, na parte da anamnese, você identifica quando você interroga a rotina de estudo, quem que... aborda com aquela criança, quem faz os deveres com aquela criança... você nota que, o próprio pai, às vezes, não... o próprio familiar, o cuidador, e você vê que não tem suporte, então, normalmente, nesses casos, vai ter um... um desfecho não tão favorável. Porque você não tem aquela... aquele suporte da família pra isso. (Daniel, neuropediatra)

A tentativa de explicar o fracasso escolar a partir da culpabilização família, é algo que

está posto desde a proposta das teorias que se assentavam sobre a ideia de que não haveria, nas classes populares, condições e estímulos necessários ao desenvolvimento cognitivo das crianças e, conseqüentemente, isso traria implicações para a vida acadêmica no sentido de haver uma relação direta entre dificuldades de aprendizagem e contexto familiar. Nesse sentido, Angelucci, Kalmus, Paparelli e Patto (2004) realizaram uma revisão de literatura acerca do fracasso escolar, recobrando trabalhos apresentados entre os anos de 1991 e 2002. Foram analisadas dissertações e teses produzidas no âmbito da Faculdade de Educação e do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), sendo identificados 71 trabalhos. Desses, 13 foram selecionados para serem submetidos à análise minuciosa. As autoras (2004) abordam os trabalhos a partir de um conjunto de questões que interrogam desde como o tema é abordado, sob qual perspectiva teórico-metodológica, como se dá o manejo com o conhecimento acumulado acerca do tema, qual a noção de fracasso escolar sustenta a pesquisa e, por fim, quais contribuições foram observadas.

Foram levantadas dez temáticas que compõem o espectro das pesquisas sobre o fracasso escolar desenvolvidas nas faculdades de Educação e Psicologia da USP. Os temas recobriam a questão dos distúrbios de desenvolvimento e problemas de aprendizagem; o psicodiagnóstico; como o fracasso escolar é visto desde um ponto de vista psicanalítico; a prevenção do fracasso escolar; o papel do professor na superação do mesmo; a crítica à psicologização; o fracasso escolar a partir da visão dos profissionais de educação; do ponto de vista da política; do cotidiano escolar e a partir da remediação do fracasso escolar. O primeiro ponto verificado pelas autoras (2004) é de que havia uma incidência maior na concepção do fracasso escolar como responsabilidade individual, o que se traduz em um número maior de trabalhos cuja preocupação é relacionar os transtornos de desenvolvimento e a não aprendizagem, bem como as formas de remediar o fracasso escolar, no sentido de que seja algo que se encerre no sujeito e que não faça conexão com outros aspectos.

O primeiro subtema relatado é, portanto, a concepção dos problemas de aprendizagem correlacionados ao contexto familiar. Nessa acepção, considera-se que a organização familiar não ofereceria à criança as condições adequadas para o desenvolvimento psíquico, o que acarretaria problemas psicológicos e, por sua vez, provocaria o fracasso escolar. De acordo com Angelucci, Kalmus, Paparelli e Patto (2004):

Entende-se que a criança é portadora de uma organização psíquica imatura, que resulta em ansiedade, dificuldade de atenção, dependência, agressividade, etc., que causam, por sua vez, problemas psicomotores e inibição intelectual que prejudicam a aprendizagem escolar. Não se trata da tese tradicional de que as crianças das classes populares têm rendimento intelectual baixo por carência cultural, mas de

afirmar uma inibição intelectual causada por dificuldades emocionais adquiridas em relações familiares patologizantes. (p. 60)

Em nossa pesquisa, como relacionado nos excertos das falas dos participantes, podemos identificar que esse é um aspecto elementar na tessitura dos processos de medicalização da queixa escolar. Há presente, no ato de encaminhar dos profissionais da educação e na forma de interpretação da demanda pelos profissionais da saúde, uma concepção de que a criança que fracassa em sua trajetória acadêmica está exposta a situações familiares que a fragilizam e a impedem de desenvolver-se. Relativamente ao saber médico, o controle social sobre a família, ou o entendimento da família como uma instância de disciplinarização dos corpos, é um vetor importante para a medicalização da vida e para o exercício biopolítico. Nessa vertente, Barbiane, Junges, Asquidamine e Sugizaki (2014) revisaram estudos historiográficos a fim de demonstrarem que exercer o controle sobre as famílias, sobretudo a partir de um viés biologizante, higienista, e de um saber científico assegurado pelos especialistas, é o que permite a conformação de indivíduos adequados, docilizados. Os autores sinalizam, ainda, que além das famílias, “a medicalização tomou a escola por seu objeto para viabilizar um projeto político de modernização da nação, principalmente durante o período de 1930 a 1945 (...)” (p. 571) A efetivação de uma ideia de nação, naquele período, passava pelas formas de controle que o discurso médico engendrava através dos imperativos higienistas. Donzelot (1986) em sua obra intitulada *A polícia das famílias* afirma que a medicina assume a função de controle social e normatização da famílias, sendo o médico o responsável pela orientação do cuidado para com as crianças das classes populares, na qual a infância se encontraria sob risco.

Está posto um elemento, advindo dos usos do saber médico como tecnologia de poder, que corrobora para a construção de um imaginário sobre as famílias e uma diferenciação entre famílias adequadas e inadequadas. Nota-se que as sutilezas do biopoder, para o avanço e consolidação do capitalismo, dá-se por um processo no qual a instituição família vai se circunscrevendo por uma privatização das relações, por definições de papéis sociais, por atribuições distintas na divisão social do trabalho, pela construção de uma ideia de infância, entretecida com o ideal de maternidade. E é sobre esse núcleo familiar que se operam ações prescritivas de caráter médico, psicológico, pedagógico, no sentido de qualificar a estrutura familiar que estaria em consonância com os ideais societários e, àquelas que, fugindo às regulações, produziriam sujeitos desviantes.

À guisa de compreender como se dá a conceituação da chamada família problemática, da qual se infere que há uma desestrutura, e entender sob quais matizes teóricas se faz a interpretação de que os impasses da escolarização decorrem de fatores emocionais

individuais, conseqüentes de conflitos familiares, Couto (2011) propõe um itinerário que perpassa três perspectivas: a primeira vem no decurso de um posicionamento histórico-crítico da psicologia da educação, a segunda, da sociologia da educação e da família e, por fim, a terceira, decorrente da psicanálise.

De acordo com a perspectiva histórico-crítica da psicologia escolar, tendo como marco o trabalho de Maria Helena de Souza Patto, o fracasso escolar foi explicado no Brasil, nas décadas de 1980 e 1990, através da teoria advinda dos Estados Unidos, que apontava a desigualdade social como fator preponderante dos problemas escolares. Trata-se da Teoria da Carência Cultural, que naturalizava a pobreza e atribuía um caráter deficitário à cultura popular, demarcando que o atraso do desenvolvimento psíquico das crianças de camadas populares era devido às poucas condições de estímulo que as famílias lhes ofereciam. As classes menos favorecidas não deflagrariam nas crianças as habilidades necessárias para o êxito escolar, pairando sobre essas famílias, estruturalmente desorganizadas, pressuposições sobre sua agressividade, sua indolência para com os filhos, os seus vícios. Segundo Couto (2011), “essa inadequação é traduzida em termos escolares como aprendizagem lenta, apatia e desinteresse em sala de aula, dificuldades de abstração e de verbalização, desajustamento diante das regras e exigências disciplinares da escola.” (p. 22). Dessa forma, descreve-se o ambiente como sendo inapropriado para a escolarização da criança. O termo ambiente, contudo, fora de seu contexto histórico, reforçando a visão naturalizada e a-crítica. (Couto, 2011). Evidencia-se que os profissionais participantes da nossa pesquisa, de ambos os campos, educação e saúde, reproduzem a ideia de atribuir a consequência do fracasso do qual a escola se queixa a problemas emocionais decorrentes do espaço de socialização primária da criança, que é o âmbito familiar, como expresso nas falas abaixo:

(...) você sabe que o meio manda muito no desenvolvimento de uma criança, o jeito que ela foi gerada, como é criada, o ambiente, né? naquela...Então, você sabe que a criança, isso influencia muito na aprendizagem da criança, uma alimentação, um cuidado, com tudo. Então, cê vê assim que o meio prejudica muito também...(Vanda, professora, 2º ano)

Tem casos que a gente percebe muito assim o desleixo da família, que não dá atenção, que não acompanha, principalmente na fase de alfabetização, só a escola não basta. Tem que ter um acompanhamento em casa, tem que ter uma mãe ali, um pai, uma pessoa que possa tá ajudando pra sentar, pra ajudar a criança na leitura, pra incentivar, pra criança ver que aquilo é importante pra vida dela. Senão ela não acha que aquilo tem valor. Ela não vai achar significado praquilo. Então eu acredito assim que essa questão do incentivo da família, isso é tudo de bom. (Joana, supervisora)

Crianças que ficam muito agressivas, porque tem um lar agressivo também, vivem num ambiente com muita agressividade. Pais que não conseguem colocar limite e

acaba recorrendo, né? Batendo e tudo mais. Então, acarreta esse tipo de problema emocional.

Geralmente é uma dificuldade que ela já apresenta, né? Pela questão familiar, como eu te falei, né? O ambiente familiar mais conturbado. Tem casos de crianças com traumas. Assim, de separação dos pais, casos de trauma até causado por alguma fobia, fobia de chuva, algum evento que ela passou traumático relacionado a isso. Então, existem vários casos que influenciam. (Roberta, psicóloga)

Eu acredito que dependendo do ambiente que a criança está sendo criada ali, a parte de estímulos de leitura, estímulo de brincadeiras no geral, se a mãe tá presente, se os irmãos podem estar estimulando essa criança... (Ricardo, pediatra)

Outro ponto apresentado por Couto (2011), subscrevendo o trabalho de Magda Soares, é a teoria do déficit linguístico e a hipótese de que as famílias pobres não manteriam interações verbais com as crianças, trazendo, conseqüentemente, impactos para a escolarização. O pressuposto dessa teoria, segundo a autora, é o de que a linguagem das classes populares é deficitária do ponto de vista da complexidade da estrutura da língua. Tem a sintaxe, a semântica, a gramática, qualitativamente inferiores, pauperizadas. Em função de uma linguagem pouco complexa, a atividade cognitiva não seria oportunamente estimulada na criança. À luz dessa análise, Couto (2011) afirma que

(...) as deficiências linguísticas da criança desfavorecida seriam também cognitivas, já que a pobreza de sua linguagem, seria a responsável pelo baixo desenvolvimento de seu pensamento lógico e formal. A origem desse déficit linguístico é atribuída à pobreza do contexto linguístico em que vive a criança, particularmente no ambiente familiar, marcado por uma pobreza na interação verbal entre seus membros, principalmente da criança com sua mãe. (p. 29)

Esse modo de interpretação das dificuldades, relacionado à elaboração por meio da linguagem oral, que aparece na década de 1980, ainda encontra espaço atualmente nas concepções de profissionais da educação, como se verifica abaixo:

Eu percebo que tá faltando é o diálogo mesmo, a questão da oralidade não tá tendo. Os pais não estão sentando com seus filhos. Ontem mesmo eu sentei com a professora de...da creche, três anos, pra nós pensarmos, como nós vamos trabalhar o meio ambiente com eles, né? Ai ela falando...ela grava eles, ela tem um gravador. Ela gravou um por um...pra ver a fala e eu já fiz o levantamento, quem vai pra o psicólogo, que vai pra o fono, né? (Sílvia, supervisora)

Couto (2011) demonstra, ainda, como as pesquisas com famílias, no campo da sociologia, contribuíram, em alguns momentos, para o fortalecimento da noção de que os meios populares dispunham de menos recursos para transmitir aspirações acadêmicas para as crianças. Esse, por exemplo, era o mote das pesquisas sociológicas nas décadas de 1950-60: caracterizar as famílias cujas desigualdades escolares eram mais incidentes, mapeando, assim, os tipos de conformação

familiar que poderiam produzir o êxito ou o fracasso escolar. Já na década de 1970, com inspiração em Pierre Bourdieu, os estudos eram norteados pelo paradigma da reprodução, a partir do qual considerava-se a questão das trocas simbólicas como sendo um fator relevante para o sucesso ou fracasso escolar. Nesse sentido, famílias economicamente desfavorecidas teriam menor capital cultural a ser transmitido, permitindo aferir as consequências disso nas instituições escolares. Segundo a autora (2011), “Os sociólogos postulavam que a transmissão pela família de uma herança material e simbólica seria determinante para os resultados escolares de seus membros.” (p. 32)

Atualmente, o enfoque das pesquisas sociológicas considera as relações estabelecidas no plano micro, tendo em vista que o conceito de família sofreu alterações. Nesse sentido, há interesse em compreender, também, o grupo familiar como autônomo, e não apenas sobredeterminado sociologicamente.

Por fim, Couto (2011) traz a contribuição da psicanálise para a constituição da ideia de família problemática. A autora aponta a teoria de Donald Winnicott, com a ideia de um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento da criança, o que daria subsídios às ideias de que o ambiente e as relações familiares, sobretudo com a mãe, justificariam dizer que uma família é ou não desestruturada. Entretanto, o que Couto (2011) nos adverte, e é sobre esse ponto que desenvolve sua tese, é de que é possível uma leitura clínica do fracasso escolar, levando-se em conta a família, sem que se incorra em culpabilizações. Para tal, a autora recorre à teoria freudiana das pulsões, para pensar a dimensão pulsional do fracasso escolar e inserir a discussão da subjetividade e do inconsciente na abordagem desse tema. Assim, coloca-se a possibilidade de pensar os impasses escolares do ponto de vista da inibição.

A teoria psicanalítica, sobretudo com Lacan, coloca em cena uma forma de leitura que permite problematizar a família para além dos preconceitos científicos que sustentaram as interpretações psicológicas e sociológicas de outrora. Kupfer (1992), ao teorizar sobre as contribuições da psicanálise aos estudos sobre a Família e a Educação, aponta que o tema da família encontra maior substrato teórico na psicanálise, uma vez que a constituição do sujeito se dá nesse âmbito. Todavia afirma que, apesar de Freud ter revisado seus posicionamentos acerca da educação no sentido de demonstrar que o ato pedagógico não pode ser preventivo às neuroses, é possível à psicanálise falar sobre a articulação família-educação, uma vez que o inconsciente, mesmo invariável e universal, sofre influência das práticas familiares. Lacan (1969), em Duas notas sobre a criança, fala da criança como representante do sintoma do par parental, e da família como espaço irredutível da constituição subjetiva. A família, mais que

uma unidade sociológica, conserva a dinâmica que nos enlaça ao desejo. Portanto, problematizar o fracasso escolar pela via da inibição, é colocar em causa a posição do sujeito em relação ao Outro.

Kehl (2003) explicita, por sua vez, que a contemporaneidade convive com a dissolução da família nuclear, burguesa, engendrada como dispositivo de controle na sociedade capitalista. O diagnóstico feito por Kehl (2003) corrobora a tese de Roudinesco (2003), expressa na produção *Família em Desordem*. A hipótese da autora é de que a organização idealizada da estrutura familiar composta por homem, mulher e filho, encontra-se em decadência em função da variedade de arranjos familiares modernos. A inserção da mulher no mercado de trabalho, a dissociação entre sexo e reprodução, ensejada pelas técnicas anticoncepcionais, a despatologização da homossexualidade e o reconhecimento jurídico das famílias homossexuais, promovem outra forma de organização. Kehl (2003) nomeia esse fenômeno de família tentacular.

Diante dos enunciados, tanto dos profissionais da saúde quanto dos da educação, que reiteram a relação de causa e efeito entre família e problemas de aprendizagem, a partir de pré-concepções, questionamo-nos se não seria esse imaginário de modelo familiar perdido que embasa a forma com que esses profissionais leem a questão. Culpabilizar a família e reduzir a questão do fracasso escolar a um aspecto psicologizante, a nosso ver, desvela uma concepção a-crítica e imbuída de estereótipos, ao passo que traz a ideia de que falta a lei, como se a ausência do Nome-do-pai estivesse colocado para alguns e não fosse um traço do nosso tempo. A contribuição da psicanálise é a de que a dinâmica familiar se compõe de funções, portanto, só é possível falar de família enquanto um modo singular de organização. Isso nos permitiria escapar das prescrições medicalizantes e da ideia de que há famílias disfuncionais.

4.2 Os fatores ambientais e as condições de vida como causas do não-aprender

O segundo ponto que emerge da fala das professoras e supervisoras, bem como dos profissionais da saúde, como uma suspeita a ser confirmada, é a de que as crianças não aprendem por falta de uma alimentação adequada ou por falta de hábitos de higiene que prejudicariam a saúde. Revisando a literatura crítica sobre o fracasso escolar, é possível identificar que essa ideia já estava presente desde a década de 1970, na relação entre o fracasso escolar e as condições de vida, ainda sob influência da Teoria da Carência Cultural.

A criança tá com um problema, precisa de um...um psicólogo. Às vezes, não é. Às vezes é um verme, às vezes é um exame de fezes que ele tem que fazer, às vezes, né? Às vezes, é a casa porque o psicólogo tem que acompanhar a família pra saber, né? uma ligação, tudo. Então, você sabe que a criança, isso influencia muito na aprendizagem da criança, uma alimentação, um cuidado, com tudo (Vanda, professora)

A questão da higienização me preocupa muito, vem com aquele cabelo enebado, aquela roupa, né... Chamamos o pai, converso com os pais, porque...nós queremos que eles aprendem, mas eu acho que pra uma criança aprender, ela tem que tá em boa condição pra aprender. A questão da higienização também, porque eu estou horrorizada que são uns meninos muito pequenos e eles vão...que a criança tem que ir a primeira vez no dentista com três anos, né? Pra saber como que escova, a dentição, pra tá olhando. Nossos meninos tão com os dentes podres, de três aninhos. (Sílvia, supervisora)

Às vezes a criança vem pra escola, cê vê que a criança naquele dia nem tomou um banho direito, às vezes vai ali pra cantina come duas, três vezes. Cê vê que a criança tá precisando comer. Então, eu acho que muitas das vezes vem da família. (Cátia, professora)

Isso de certa forma influencia na escola, né? Até a parte de questão também alimentar, por exemplo, se a criança tá alimentando bem, que às vezes chega perto da escola com fome e acaba que não aprende direito também. (Ricardo, pediatra)

A questão alimentar e as condições de vida são mais alguns dos aspectos evocados na compreensão das dificuldades no processo de escolarização. Conforme pontuamos no tópico anterior, essas premissas vêm na esteira das teorias que supunham uma carência das camadas mais pobres. Carência cultural, afetiva, econômica, que impossibilita a criança de desenvolver-se dentro dos critérios médicos e pedagógicos da dita normalidade.

Sawaya (2006), ao realizar uma análise crítica da relação imediata entre desnutrição e problemas de aprendizagem, mostra-nos que há duas perspectivas. Uma que analisa a questão da desnutrição apartada do seu contexto social, econômico, político, fixando-se na estrutura familiar e nas condições de vida da criança, utilizando-se de instrumentos que padronizam o desenvolvimento infantil em fases a serem cumpridas. A segunda forma de abordar a problemática da desnutrição é por uma via crítica, buscando conceber como este problema se configura socialmente. Segundo a autora, não há evidência científica entre a falta de alimentação e os distúrbios de aprendizagem. O que se sabe é que crianças com quadros graves de desnutrição, que acarretam prejuízos para o sistema nervoso central, não estão nas escolas por diversas razões, sendo uma delas a mortalidade. De acordo com Sawaya (2006), os estudos

(...) mostram que somente nos casos de desnutrição grave ocorrem alterações no sistema nervoso central (responsável pelas funções intelectuais dos indivíduos) que incidem sobre a anatomia do cérebro (redução do peso, do tamanho, do volume, do número de células, da quantidade de mielina etc.). Mas essas alterações anatómicas não permitem nenhuma conclusão sobre os seus efeitos no funcionamento cerebral. Não se sabe como as sinapses nervosas produzem ações inteligentes. Não há consenso sobre como os estímulos do ambiente provocam alterações funcionais no cérebro (se há aumento de ligações nervosas, se eles ativam capacidades que seriam ativadas se não houvesse oportunidade de uso). Enfim, não se sabe o quanto os estímulos do ambiente, as oportunidades culturais, educacionais, alteram o sistema nervoso. (p. 136)

As entrevistas nos permitiram verificar que a atribuição às condições de vida, à falta de higiene, à má alimentação ainda persistem como chaves explicativas para a queixa escolar. A perspectiva crítica nos permite colocar em suspeita as rápidas associações que pretendem justificar o desempenho escolar das crianças a partir da noção de carência. Desse modo, é possível indicar que as falas dos profissionais revelam muito mais a imaginarização das classes populares, decorrentes dos mais variados preconceitos historicamente construídos, que, de fato, de análise das condições de desigualdade que se reproduzem em nossa sociedade. A percepção de que a pobreza tem efeitos deletérios para a aquisição de linguagem, para os processos cognitivos e afetivos, e que isso, por si só, explicaria o mau desempenho de crianças das classes populares, já foi amplamente criticada (SAWAYA, 2006). No entanto, essa perspectiva ainda encontra ressonância na prática dos profissionais. Não há um questionamento do sistema, das formas de avaliação, não há uma contextualização da não aprendizagem. Recorre-se ao argumento da carência para justificar algo que tem múltiplas facetas.

4.3 O saber médico e o saber pedagógico frente ao fracasso escolar: a questão dos discursos

Nesse item, trabalharemos os pontos que nos permitem avançar na discussão sobre a queixa escolar a partir das contribuições da psicanálise, especificamente, a teoria dos discursos proposta por Lacan em um conjunto de seus seminários *De um Outro ao outro* (2006), *O avesso da psicanálise* (1999) e *De um discurso que não fosse semblante* (2006b). Faremos, de início, uma introdução à teoria dos discursos em Lacan e, em seguida, apresentaremos os pontos que consideramos estar presentes nos processos de medicalização. Observamos, nesse sentido, que pretendemos apresentar as categorias que elaboramos, subsidiar um modo de compreender a questão a partir de um ponto de vista micropolítico, em

contrapartida aos marcadores sociais que estão presentes na medicalização da queixa escolar. Se de um lado as teorias higienistas, de culpabilização do sujeito e da família, de naturalização das condições socioeconômicas nos permitem inserir a problemática da medicalização da queixa escolar na história, demonstrando o assento biopolítico da política de Educação, por outro lado, a teoria dos discursos nos permite interrogar os efeitos do discurso da ciência para o campo da Educação e para o surgimento de novos sintomas.

4.3.1 A visada psicanalítica sobre a questão da medicalização e a contextualização da teoria dos discursos

Diante do quadro contemporâneo, quando vemos estabelecer um ideal de ciência prescritivo e normatizante, que se infiltra em todas as esferas da vida, produzindo discursos e agenciando práticas que são absorvidas por estratégias biopolíticas, dentro de um modo de produção capitalista que rege sub-repticiamente processos de subjetivação, acarretando afetações dos modos de enlaçamento social, faz-se necessário colocar a questão, *Por que a psicanálise?*, como o fez Roudinesco (2000). Consideramos, todavia, que a resposta já lhe é implícita, tratando-se apenas de uma questão gramatical e colocando a sentença como afirmativa: Porque a psicanálise!

Justificamos. Numa época onde o paradigma científico contemporâneo reduz a vida a um dado biológico, explicar a subjetividade exclusivamente em termos de comunicação neuronal provoca dois movimentos: elege a psicofarmacologia como a forma prioritária de lidar com as problemáticas humanas e eleva a racionalidade biomédica como campo explicativo. Em um contexto onde a norma é um imperativo social, Mandil (2013) pontua que “a medicina e a biologia inspiram a criação de mecanismos contínuos, reguladores e corretivos para se cuidar da vida.” (p. 56) Torna-se necessário recuperar a potência da experiência, daquilo que se dá no campo da linguagem e que permite a singularização dos sujeitos, ao mesmo tempo que os coletiviza. Ferrari (2008), aludindo a Laurent, nos dirá que:

A civilização atual é caracterizada (...) pelo individualismo de massa e pelo espírito cientificista e mecanicista, que geram excessos e segregação e na falta de garantia de Deus, o corpo aparece como a última esperança para definir o bem comum, resultando em protótipos de falsas crenças, mas suposição de fundamento de uma ciência da felicidade. (p.215)

Alocar no corpo todas as explicações atinentes a questões que estão inscritas no registro da linguagem, seria uma forma de excluir a subjetividade e promover identificação às

imagens *do bem, da felicidade, do normal*, disponíveis para o consumo?

Podemos tomar como indicação a leitura que Ferrari faz do pensamento de Laurent para compreender como esse ideal de ciência aporta no contexto escolar, sugerindo, como consequência, a destituição dos profissionais da educação acerca de suas práticas quando se deparam com casos que não se encaixam nos modelos pedagógicos pré-configurados. Nota-se que ocorre a reificação do saber do especialista, representante do discurso médico (no campo da Saúde), como aquele que, a partir de sua jurisprudência científica, poderá emitir sentenças acerca dos problemas de aprendizagem, deslocando-os do contexto escolar e pedagógico, e os circunscrevendo ao cérebro. Tais problemas seriam decorrentes de um déficit, de um mau funcionamento, que pode ser corrigido com uma fórmula química, capaz de reordenar os processos cognitivos em uma operação que retira da cena educativa o sujeito e a forma com que este lida com o saber, com sua história e com seu desejo. Interpelamos, desse modo, se a premissa de uma *Escola para todos* se sustentaria no silenciamento do mal-estar, no encobrimento do impossível de educar e na oferta de modelos nos quais os alunos se encaixariam, garantindo o todo na supressão do um, do singular, e buscando saídas sintéticas àquilo que é da ordem do simbólico.

Advertidos de que o conceito de medicalização não é proveniente da teoria psicanalítica, permitimo-nos encetar uma leitura do referido fenômeno através de coordenadas psicanalíticas, face aos apontamentos feitos.

Freud já fazia entrever que a psicanálise se preocupava em pensar a cultura, os processos coletivos e interrogava a visão dicotômica entre sujeito e social. O fundador da psicanálise, em *O mal-estar na civilização* (1930), pontuara que o mal-estar presente na civilização encontrava suas causas em três situações: na relação entre os homens; na suscetibilidade do homem frente aos fenômenos da natureza; e no próprio corpo, onde a certeza da finitude se dá a ver. Lacan, no seminário intitulado *O avesso da psicanálise* (1969-1991), toma a questão do mal-estar com a finalidade de pensar as modalidades de laço social. Partindo das funções impossíveis arroladas por Freud (1925/1976) em *Prefácio à juventude desorientada, de Aichhorn*: governar, educar e psicanalisar, e somando-se o fazer desejar, Lacan (1969-1991) formulará quatro discursos que informam como o sujeito se relaciona com o outro e, de alguma forma, funda o campo social.

Darmon (1994) salienta que “um interesse não negligenciável dessas fórmulas é o de ultrapassar a posição errônea entre uma psicanálise do sujeito individual e uma psicanálise do coletivo. É efetivamente o significante que determina a feira do sujeito ou dos sujeitos tomados em sua intersubjetividade”. (p. 212). Nesse sentido, consideramos que abordar os

fenômenos educacionais e, especificamente, o que recortamos como tema de estudo, medicalização da queixa escolar à luz da teoria lacaniana dos discursos, pode nos trazer uma leitura profícua em termos das práticas que se expressam no contexto educacional.

Lacan sistematiza teoricamente os discursos no seminário 17, *O avesso da psicanálise*, onde dá a ver a relação de avesso entre o discurso do analista e o discurso do mestre (Castro, 2009). Lacan anuncia o discurso do mestre como a própria estruturação do inconsciente, onde um significante (S1), representa o sujeito (\$), para outro significante (S2). Darmon (1994), nos alerta que “é preciso entender que o significante representa no sentido de representante e não no sentido de representação.” (p. 213) Nota-se, com Lacan (1992), que o significante representa um lugar, uma posição de sujeito e não uma qualidade ou um significado sobre o sujeito. Nesse sentido, o significante é um representante e não uma representação. O discurso do analista subverte, revirando ao avesso o lugar de mestria, restituindo-lhe seu valor significante.

O discurso é sem palavras, essa é a formulação apresentada por Lacan. O discurso é ato que determina as formas de relação no campo social. A teoria dos discursos marca uma virada no ensino de Lacan, onde a psicanálise passa de uma operação do campo da linguagem para uma operação no campo do gozo, como nos diz Quinet (2010). O campo do gozo se estrutura pelas formas de tratamento no laço social e essas formas de tratamento são os discursos. Estes são compostos por lugares e elementos, e vão se constituindo à medida em que há um giro progressivo ou regressivo desses elementos, observando que esses deslocamentos se dão apenas por permutação. Castro (2009) afirma que:

Com o termo discurso, Lacan passou a designar quatro modos de estruturação do laço social — daquilo que por meio do discurso, faz liame social. Essa estruturação do laço social é apresentada por meio da coordenação de quatro elementos — a, \$, S1, S2 — distribuídos em quatro lugares diferentes: o lugar do agente ou semblante, o lugar do trabalho ou do Outro, o lugar da produção e o lugar da verdade. A rotação dessas quatro letras por cada um desses lugares — mantida inalterada a sequência lógica das letras, ou seja, sem comutação possível — resulta em quatro matemas, um para cada discurso. (p. 246)

O Discurso do Mestre, Lacan (1992) assinala, é o discurso do inconsciente, uma vez que dá a ver a relação que estabelece a cadeia significante (S₁ --- S₂), onde um significante representa o sujeito (S) para outro significante. O S₁, no lugar do agente, é o que ordena e define o Discurso do Mestre e é a partir da intervenção no campo do saber (S₂) que se pode representar ‘alguma coisa’. Sendo o campo do saber o lugar do escravo, como nos diz Lacan (1992): “Lendo os testemunhos que temos da vida antiga, em todo caso do discurso que se emitia sobre essa vida (...), não fica qualquer dúvida sobre o que afirmo quanto ao escravo

caracterizando-o como suporte do saber.” (p. 20) A verdadeira estrutura do discurso do senhor estaria no fato de que o escravo sabe o que o senhor quer, enquanto que o senhor nada deseja saber, e sim, que as coisas estejam em ordem. O que assegura o senhor em sua posição é ignorar que o outro saiba. Sendo, conseqüentemente, o trabalho do escravo, o trabalho do saber que constitui o inconsciente, um saber que não se sabe. A dominante, aquilo que caracteriza essencialmente o Discurso do Mestre, é a lei. E da imposição do mestre ao escravo, dessa operação de mestria no campo do saber, resta, como produto, um objeto que não será totalmente acessível ao mestre, uma vez que não há ligação entre o lugar da produção e o lugar da verdade. Para Rahme (2014), essa “operação evidencia que, no discurso do mestre, o agente (nesse caso, o S_1) desconhece o que o mobiliza – o sujeito barrado (\$) – e não acessa aquilo que produz o objeto a , mais-de-gozar.” (p. 62)

Esse modo de laço social permite-nos perquirir como, no contexto escolar, a relação professor-aluno pode ser tecida no sentido do professor amparar-se em um discurso de mestria que destitui o aluno da produção de saber e confere a ele, o professor, a manutenção do lugar do mestre. Entretanto, seriam as queixas escolares evidências de uma desordem, à revelia dos imperativos, indicando que essa autoridade falha? O que nos levaria a supor que o que é diagnosticado como déficit, dificuldade de aprendizagem ou desvio, poderia apontar para um saber que não se sabe? Nesse sentido, onde falha o imperativo institucional, constituir-se-ia uma brecha para fazer emergir o que há de singular nos processos educativos e pedagógicos?

O Discurso Universitário se constitui no giro regressivo do Discurso do Mestre. É o discurso que institui o Educador, como sublinha Pereira (2016). O elemento que ocupa o lugar de agente, nesse discurso, é o S_2 , que, segundo Lacan (1992), “se especifica por ser, não saber-de-tudo, (...), mas tudo-saber.” (p. 32) Colocando em cena a figura do especialista, que se arroga a função de tudo saber sobre o que é específico, não se atendo às relações que esse saber pode ter com a realidade. A verdade, nessa estrutura discursiva, é produzida pelos que substituem o escravo. Logo, o lugar do outro é ocupado pelo objeto (a) que é instituído pela intervenção de um saber que se pretende totalizante. A dominante que caracteriza o modo de estruturação deste discurso é o saber. O S_2 , no lugar de mestria, delimita a posição do estudante, esse que nada sabe e que precisa sempre saber mais. De acordo com Pereira (2008), “Um educador, no discurso da universidade, autoriza-se do autor, da bibliografia, para impor o saber ao outro, objetivado na função de estudante (...). O ato de educar reduz-se à ação mesma de tratar o outro como objeto, como um estudante que está para aprender”. (p. 131). Esse é o laço que dá consistência à cena educativa tradicionalmente. O professor, na qualidade do vetor de transmissão do conhecimento acumulado, e o aluno, a tábula rasa onde

esse conhecimento se inscreverá. No entanto, o que aparece como imprevisível na cena educativa é a subjetividade do aluno, que resiste de várias formas à objetivação.

O Discurso da Histórica é a progressão do Discurso do Mestre. Também dito como o discurso do desejante, coloca o sujeito como o agente que direciona ao outro, o mestre, sua demanda de produção de um saber sobre sua divisão subjetiva, sobre seu sintoma. Movimento importante na clínica para o estabelecimento da transferência, uma vez que há uma suposição de saber. O quarto discurso é o Discurso do Analista, o avesso do Discurso do Mestre, e está sempre em iminência a cada giro dos elementos (Castro, 2009). No Discurso do Analista, o lugar do agente é ocupado pelo objeto, que se dirige ao sujeito a fim de que este evidencie o significante-mestre a partir do qual constitui sua organização subjetiva. Vale notar que nesse discurso o mestre não pode ser personificado, pois encontra sua existência como significante.

Por fim, há um quinto discurso, ao qual Lacan se refere em momento posterior à formalização dos outros quatro. Trata-se do Discurso do Capitalista ou o discurso do mestre moderno. Esse discurso produz uma torção na primeira fração do Discurso do Mestre, onde o sujeito é colocado no lugar de agente, como no Discurso Histórico, não como desejante e sim como sujeito consumidor e no qual o significante-mestre se posiciona no lugar da verdade (Castro, 2009). Esse é um discurso que não promove laço, pois oferece a possibilidade imaginária de gozo pleno com os objetos que produz.

Podemos extrair uma abordagem possível da problemática da medicalização da Educação no pensamento de Lacan quando este diz que, na contemporaneidade, poderia se identificar a articulação entre o Discurso da Ciência e o Discurso do Capitalista. Depreendemos que o ideal de ciência contemporâneo, que se desenvolve no momento em que o capitalismo se encontra plenamente consolidado, organiza-se a partir da ideia de que o que é científico é, a priori, “o verdadeiro”. Desta feita, o Discurso da Ciência tem um fim em si mesmo, e somente o que estiver dentro de seu campo explicativo tem consistência de verdade. Essa articulação nos leva a perguntar se não estaria se evidenciando aí um imperativo de gozo característico do Discurso Capitalista, tendo em vista que o Discurso da Ciência produz e oferece modos de lidar com o mal-estar, garantindo uma suposta exclusão da subjetividade? Não seria este mecanismo que nos possibilitaria propor uma leitura da medicalização da queixa escolar a partir da psicanálise? Nesse sentido, Sodré (2013) elucida que

Lacan definiu essa ‘nova ciência’ como um discurso que coloca no lugar do outro o objeto a, ou melhor, como um discurso que se dirige ao outro como objeto de estudo e gozo, rejeitando a verdade do sujeito e promovendo a disjunção entre o saber e a verdade. O saber deixando de ser sustentado por uma verdade apresenta-se como um modelo que pretende tudo explicar, criando a ilusão de a verdade poder tudo

explicar. (p.149)

Desta feita, a ciência atravessada e determinada pelo discurso capitalista encaixa o sujeito em figuras de identidade, lançando-o ao mesmo lugar que o capitalismo lhe reserva, que é o de consumidor.

Em *O lugar da psicanálise na medicina*, Lacan (1966/2001) nos mostra como essa ‘nova ciência’ incide sobre a medicina, fazendo com que esta passe a oferecer objetos e fórmulas prontas para o alívio de algo que se produz e reproduz sem cessar dentro da própria conjuntura capitalista, pois, sendo assim, o acesso à saúde converte-se em uma toxicomania. Consomem-se os objetos oferecidos pela medicina como se nestes se encerrassem as respostas para aquilo que o próprio discurso científico classifica como disfuncional. No que tange à medicalização da Educação, depara-se, com frequência, com uma demanda escolar de que as crianças *desatentas, indisciplinadas* e que *não aprendem*, devam se submeter ao exame de eletroencefalograma, como se assim a causa de tal comportamento pudesse ser desvendada. Nessa perspectiva, o cérebro seria a *causa do mal*.

A ciência, representada pelo discurso médico, constrói as categorias e os critérios para que se possa definir o que é disfuncional e “anormal”, enquanto constitui modos de avaliar e tratar essa disfuncionalidade. Logo, estabelece um circuito de oferta e demanda, próprio à lógica de mercado. De acordo com a assertiva de Lacan (2001[1966]),

O desenvolvimento científico inaugura e põe cada vez mais em primeiro plano este novo direito do homem à saúde (...) À medida que o registro da relação médica com a saúde modifica, em que esta espécie de poder generalizado que é o poder da ciência, dá à todos a possibilidade de virem pedir ao médico seu ticket de benefício (p. 10)

Entretanto, o que se observa é que, ao mesmo tempo em que a justaposição desses discursos provoca na medicina a oferta fantasmática de cura do mal-estar, também promove a sua patologização, tanto que Quinet (2002) dirá que “O mal-estar na civilização científica se apresenta, hoje, como doenças predominantemente oriundas do Discurso do capitalista, (...). São essas doenças do discurso que a psiquiatria é chamada a tratar.” (p. 33)

Tendo como referência as discussões desenvolvidas acima, passaremos à apresentação das categorias formuladas a partir da pesquisa empreendida.

4.3.2 O recurso ao especialista e a resposta científica: o circuito da medicalização

O que resta ao professor diante do que falha? O anseio por resposta faz com que a

resposta possível frente ao mal-estar que a não-aprendizagem produz seja recorrer ao especialista. O limite entre o saber médico e o saber pedagógico, no que tange às questões de aprendizagem, está posto desde os primórdios da educação especial. O circuito se forma quando os profissionais da saúde, arrogando-se da posição de detentores de um saber verdadeiro, porque científico, chancelam a queixa traduzindo-a a partir de um referencial que a um só movimento confirma, a partir da semântica do déficit, o não-saber do professor sobre o aluno que não aprende e o não aprendido do aluno sobre aquilo que o professor lhe ensina, excluindo da cena educativa a questão pulsional. Do lado do professor, além de encaminhar o déficit do seu saber ao especialista, que nomeará ou remediará o que Freud há muito nos apontou em relação ao impossível de educar, mantém a ilusão de que, se houvesse um representante desse discurso que sutura a castração no interior das instituições escolares, tudo funcionaria. Entretanto, o que não funciona, o que falha, o que manca, é o que permite a invenção singular, o modo único de enlaçamento social, o que abre as frestas para que o desejo se faça presente.

A ideia recorrente nesse processo é a de que os profissionais da saúde têm um saber capaz de identificar objetivamente o que faz com que a criança não aprenda. A aposta que se faz ao encaminhar uma criança é a de que haja um nome para o não-aprender do aluno que justifique o não saber do professor. E, mais ainda, espera-se que haja uma intervenção que reverta a situação de fracasso escolar, como pode ser verificado nos enunciados das professoras e supervisoras abaixo:

Agora, tem casos que a gente percebe que a criança pode ter algum problema de algum distúrbio, a criança é muito agitada, a criança não para, não senta, mesmo que o pai tá ali ajudando, mesmo que o pai tá ali acompanhando, a gente aqui tentando, incentivando, mas a criança é muito elétrica, ela não para, ela não concentra, ela anda, ela incomoda, se não tiver ninguém pra falar com ela, ela fala sozinha, ela quer fazer barulho, ela quer derrubar alguma coisa, ela quer chamar atenção. Isso pode ser uma carência também. Mas quando tem a família que procura, tem a família presente, aí a gente percebe que precisa de ter uma assistência maior, de repente levar no psicólogo, a gente pede pra tá levando, o psicólogo tem mais condição de fazer uma avaliação, de talvez tá precisando de médico, de um neurologista, de repente precisa até de tomar algum remédio, não que eu sou a favor desses usos de remédio, porque também tem os efeitos colaterais com certeza, tem que tomar muito cuidado. Mas tem casos também que a gente vê que tudo que a gente faz, a gente não consegue atingir. E aí a gente fica assim perdido, principalmente quando a gente não tem o apoio da família e fica a gente sozinha. Né? A escola enquanto escola, se não tiver uma parceria, uma ajuda, a gente fica meio perdido, né? E a gente também tenta procurar essas outras ajudas, que é encaminhar pra um psicólogo, encaminhar pra um fono, encaminhar pra um neurologista... Então a gente tenta fazer isso, pra que: pra investigar pra ver se realmente aquilo ali é uma questão da imaturidade, é uma questão assim do momento, emocional, algum problema que tá passando no momento, se aquilo vai passar, ou se talvez tem alguma coisa mais séria e precisa de ser investigada e precisa de ser tratada (Joana, supervisora)

Ah, isso tem. Tem, e... e, nós encaminhamos, né? Pra o psicólogo, mas infelizmente, a gente não consegue ajuda de outros profissionais. (...) Eu precisaria uma junta neurológica, que...tremenda...que eu tenho muitos meninos com dificuldade de aprendizagem, que você percebe comportamental, assim. (Sílvia, supervisora)

Eu acho assim, essas crianças teriam que ter um acompanhamento, né? Por exemplo, um psicólogo, que é uma criança...eu acho que precisa conversar, expor, né? Que às vezes, muitas vezes não expõe pra gente, né? Tem que ter uma pessoa de confiança. Às vezes, elas têm também dificuldade na dicção, que é a troca de letras também, né? Que aí é no caso do fonoaudiólogo. (Cátia, professora)

Se todas as escola tivessem um psicopedagogo e, às vezes até um psicólogo mesmo, que às vezes é um problema de casa, um trauma que ele tem, um bloqueio que ele tem, aí só o professor num... fica impossível de cê trabalhar, né? Mas, cê trabalha autoestima, cêtrabalha, né? o incentivo. Mas, a criança às vezes... tem umas que é muito tímida, muito fechada e isso atrapalha no desenvolvimento dela. Então, isso é um problema assim, que eu acho que a gente precisa ter uma ajuda externa, sim. Por quê? Pra ajudar. E se tivesse um psicólogo aqui, eu acho, na escola... um psicólogo, um psicopedagogo pra acompanhar essa criança também seria uma ajuda a mais e tanto os familiares também. Com certeza....seria. Seria bem melhor, né? Que aí cê teria um caminho, que senão cê fica...sem...cê vai no médico, cê faz uns exames, depois cê não tem um diagnóstico daquilo, cê não sabe de quê cê tá se tratando direito, né? Só suposição. A mesma coisa da criança com...né?...se um médico, vai no psicólogo, vai num psicopedagogo, vai num neurologista, vai no oftalmologista, vai fazendo um monte de exame pra saber...é vista? Então vamos tratar. E fono? Tá, então vamos tratar. É em casa? Tá, vamos tratar. Vamos ver onde tá o problema, saber o que que tá acontecendo, o diagnóstico. Por que que essa criança é assim, né? Porque senão a gente só fica supondo que a criança tem dificuldade, mas você não sabe o porquê daquela dificuldade, né? Igual (...), essas falas de ativista, de educadores, Toda criança aprende. Realmente, aprende...toda criança aprende. Ela aprende desde que, que ela tenha um estímulo, um acompanhamento escola-família e um profissional. Aí toda pessoa realmente aprende, mas tem que ser todos de mão dada, porque só a escola e o aluno ou só a família e o aluno, não aprende. (Vanda, professora)

Ah, tem que ser uma avaliação, né? Com profissionais, né, com psicólogo... com fono, tem criança que tem, né... escreve errado porque fala errado, né? Tem outros problemas, né, então o psicofono, né, vai ser uma... uma boa opção, mais certa, né? Com certeza psicólogo e... neurologista, neuro... infantil, né? Com certeza sim. Porque só a escola... porque, às vezes, pode ser um problema não só como a gente acha, né, que a criança às vezes tenha, né... com certeza ela tem, às vezes, outros problemas. (Márcia, professora)

Tem muita dificuldade, igual eu tô te falando, falta muito recurso. Porque seria só professor e o aluno, o supervisor. Então, é isso que eu te falo, a escola, a gente...desdobra, né? Que falta sim...falta, igual eu te falo, falta um psicólogo, falta um psicopedagogo pra nos dar suporte pra esses casos, que só a escola só, falta muito mecanismo, falta muita mão de obra. E a gente é muito refém, que é só professor e aluno, supervisora. (Vanda, professora)

No que concerne aos psicólogos e médicos entrevistados, observamos que a posição é de legitimação da impotência do professor frente às demandas de dificuldade de aprendizagem. A tentativa de encontrar, no quadro de um saber médico, a explicação para a queixa encaminhada aparece como procedimento dos especialistas. Ansiedade, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno Opositor Desafiador (TOD),

Transtornos do Espectro Autista (TEA) ainda que o intuito seja o de descartar esses diagnósticos, os critérios para sua identificação estão colocados. Mesmo que haja no dizer desses profissionais um cuidado de não ceder ao furor classificatório, o que se manifesta pela negativa, é que a abordagem das questões escolares pelo campo da saúde se dá pelos indicadores psicopatológicos. Ao tentar descartar a hipótese de que a criança seja identificada por alguma dessas nomenclaturas, o efeito que se observa é o de um recrudescimento da patologização. Nesse sentido, ainda que o resultado de uma avaliação possibilite dizer o que a criança não tem ou não é, o que orienta a busca do médico ou do psicólogo sobre o que estaria causando o não-aprender é o que ela pode ter ou ser, ou seja: é justamente porque uma agitação pode ser classificada como TDAH, que se pode reunir os critérios para derrogar essa hipótese. Assim, a sombra da psicopatologia é o que se faz presente quando pensamos nas dificuldades escolares. Os depoimentos abaixo explicitam essas indicações:

(...) o que chega muito pra mim é a demanda da ansiedade que acaba dificultando o aprendizado. Eu ainda não peguei crianças com maiores comprometimentos, digamos assim. Porque quando chega alguma questão da dificuldade de concentração e de atenção, eu já vou pela linha da identificação do TDAH, que é um dos diagnósticos mais comuns. Só que na maioria das vezes eu acabo descartando esse diagnóstico e acabo atendendo mais pela questão da ansiedade em sala de aula. Eu percebo que elas estão com muita dificuldade de concentração por causa do próprio ritmo que a escola vem oferecendo, e são crianças muito pequenininhas, então elas não têm... Na verdade elas não gostam de se atentar às aulas, e isso acaba gerando um desconforto maior, uma ansiedade maior. Mas em casos que existe dificuldade, esse comprometimento, eu faço primeiro, eu aplico as escolas, eu faço o psicodiagnóstico pra eu ver se de fato eu vou estar lidando com uma dificuldade maior, ou de fato seria só essas questões comportamentais. Ou o histórico familiar, porque também às vezes a criança leva pra escola essa ansiedade, porque vem de casa, entendeu? (Vera, psicóloga)

Tem a questão da deficiência intelectual, né? Às vezes causada por uma paralisia cerebral, né? Neonatal... Enfim. E tem os casos de famílias muito conturbadas, né? E que geram problemas emocionais na criança e isso acarreta a dificuldade de aprendizagem também. Geralmente tá ligado a esses dois fatores, emocionais e de deficiência intelectual mesmo. Primeiro é a deficiência intelectual, né? A gente vê que ela realmente tem uma inteligência abaixo da média, né? Ou deficiente mesmo. Um outro ponto, é crianças que têm um problema emocional, que interfira de forma muito significativa na aprendizagem, como eu te falei, uma ansiedade muito grande, baixa autoestima, né? (Roberta, psicóloga)

Geralmente, os transtornos psiquiátricos na infância, geralmente, claro, têm causado muita dificuldade de aprendizagem. A gente tem também o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, que eu atendo também aqui, né, são crianças que têm realmente um déficit de concentração, muita hiperatividade, que também é um caso que a gente tem que avaliar, devido ao diagnóstico ser complexo. Na verdade, doenças mentais, problemas emocionais, são multifatoriais, né? Então tem o fator genético, tem o fator biológico que vem na pessoa, e os estressores psicossociais. Então aí a gente tem que fazer uma avaliação detalhada, história familiar, enfim, tem que ser uma avaliação detalhada pra que a gente consiga chegar a algum diagnóstico. (Anderson, psiquiatra)

Às vezes é um déficit de aprendizado simples, geralmente por questões pedagógicas

ou falta de estímulo pedagógico tanto em casa quanto na escola, dependendo da professora, etc. mas muita das vezes a criança tem alguns transtornos da parte de déficit de atenção e hiperatividade, que é diagnosticado e às vezes até já é tratado. Ou às vezes a gente já diagnostica na hora da consulta. E às vezes até transtornos autistas também que a gente costuma pegar. Então fica essas nuances aí que a gente percebe na consulta. (Ricardo, pediatra)

O que se percebe em relação aos processos de aprendizagem é que quando estes apresentam algum travamento, o saber médico é que vem sendo convocado a oferecer as bases explicativas. A nomeação dos impasses pedagógicos manifestos no cotidiano escolar, a partir de uma classificação médica, torna-se cada vez mais comum. Os significantes hiperatividade, dislexia, déficit de atenção, autismo, transtorno opositor circulam pelos espaços escolares, fixando os sujeitos a um diagnóstico que não necessariamente implicará na construção de uma prática que leve em conta a subjetividade da criança e sua relação com o saber. A esse propósito, o que questionamos é se o movimento de recorrência a uma leitura psicopatológica dos problemas que se colocam na prática das instituições escolares está em consonância com o ideal de inclusão preconizado pelas políticas educacionais, que se pretendem acessíveis a todos. Pensar a questão da medicalização e como se dá sua incidência no contexto de uma educação inclusiva, nos impele, assim, a lançar algumas questões. No quadro de uma política que assume como objetivo a amplitude de acesso, a medicalização assegura a inclusão ou a homogeneiza? Haveria uma sobreposição do modelo médico ao modelo social na forma com que o campo da Educação trata, por exemplo, a questão da deficiência intelectual?²⁶

4.3.3 A psicopedagogia como o ideal: diagnosticar a falha e nomear para educar

Atentamos ao fato de que aparece de modo recorrente no discurso dos profissionais da educação a visão de que lhes falta uma formação que dê conta de recobrir o que a pedagogia

²⁶ A questão da deficiência está historicamente colocada em um campo de tensão. Sendo, portanto, complexa e irreduzível a uma significação unívoca. Há ainda duas linhas de estudo que pretendem pensar a deficiência a partir de dois modelos: o modelo médico, que trata do espectro de deficiências físicas e mental, evidenciando um déficit nas funções ou estruturas do corpo; há ainda o modelo social, que entende as situações de deficiência como uma construção da própria organização social que se dá de forma inacessível. Brogna (2009), questionando os diferentes modelos para pensar a questão da deficiência, interroga: “Do que falamos quando falamos de deficiência? Ao nível individual e desde uma perspectiva médica, quando falamos de deficiência falamos de uma enorme variedade de deficiências de funções ou estruturas corporais, etiologias (adquirida ou congênita), duração (permanente, progressiva, transitória) e gravidade (leves, moderadas, severas) que se combinam dos mais variados modos e tornam impossível definir um tipo ideal de pessoa com deficiência. Mas este é um dos níveis em que se pode analisar a deficiência: é o aspecto individual, orgânico, corporal ou funcional. É o nível mais micro do micros social.” (p.161)

não abarca. Além da necessidade de psicólogos, neurologistas e psiquiatras, que dariam as diretrizes exatas do que fazer com aquele que não aprende – uma vez que esses saberes estão no campo eminentemente científico – afirma-se a necessidade de um profissional psicopedagogo. Mais ainda, afirma-se a necessidade de uma formação em psicopedagogia.

Dentre as participantes da pesquisa, duas são especialistas em psicopedagogia e há aquelas que pretendem se especializar nessa área. Justapor o prefixo psico ao pedagógico, parece funcionar como um anteparo frente à impotência que o pedagógico assume diante do fracasso escolar.

A aposta na psicopedagogia se dá no sentido de que é na junção dos campos que o professor pode se aproximar do saber médico, tornando-lhe supostamente capaz de traduzir os comportamentos das crianças a partir de uma gramática científica. O que não se sustenta no ato pedagógico, teria apoio na psicopedagogia. Lajonquière (1998), ao discutir a questão do sujeito entre a (psico)pedagogia e a psicanálise, aponta que

Aquilo que hoje diz-se, sustenta-se, imagina-se como dever a ser cumprido ou possibilidade a ser gestada no interior do campo educativo - ou seja, a mesmíssima pedagogia, pois ela sempre foi uma reflexão mais ou menos sistemática sobre os fins e os meios da educação - está atravessado pelas ilusões próprias dos saberes psicológicos modernos. Assim, se outrora teólogos, moralistas, políticos, filósofos, humanistas e pais de família discorriam sobre as vicissitudes da educação, hoje em dia, ao contrário, os que reclamam para si a potestade de pensá-las, bem como usufruem de certa hegemonia, são aqueles que professam o discurso (psico)pedagógico. Dessa forma, quem sabe sobre a educação e portanto fala como especialista na matéria é o (psico)pedagogo - suposto hoje detentor de uma série de saberes psi aplicados que possibilitariam calcular os efeitos psicodesenvolvimentistas das metódicas intervenções "educativas" colocadas em ação. (p. 124-125)

Prover-se de um saber psicopedagógico, nesse sentido, seria operar a partir de uma lógica da totalidade do ato pedagógico. O investimento que se faz na introdução psi ao ato pedagógico, dá-se em decorrência de uma suposição de *tudo saber* sobre o desenvolvimento infantil e de ter, nesse saber, todas as ferramentas para atuar diante do que fugiria ao padrão (Fanizzi, 2017). Partindo dessa perspectiva, levantamos a hipótese de que fixar-se ao significante *psico*, seria uma forma de legitimar um posicionamento científico do profissional da educação. Entretanto, se produziria uma prática educativa sem sujeito, uma vez que as nomeações advindas do discurso da ciência causam o silenciamento das subjetividades, alocando o fracasso escolar no campo do transtorno, da defasagem, da mensuração. E, havendo um diagnóstico que represente a todos, este não representaria o singular, o incontável, portanto, as intervenções também poderiam ser padronizadas. Os excertos dos enunciados recolhidos nas entrevistas nos mostram a idealização do psicopedagogo como o

profissional que conciliará o saber médico e o articulará ao ato pedagógico:

Às vezes é até uma dislexia, então, o psicopedagogo pode trabalhar diferenciado com ele, essa...porque, na sala de aula é muito difícil você trabalhar especificamente essas coisas com o aluno, né? Então, essas ajudas seria muito boa. Me ajudaria, eu acho que me ajudaria a entender e a abrir, eu não sei, mas eu tenho essa coisa comigo: se fosse pra mim fazer um curso específico, eu queria fazer psicopedagogia. Entendeu? Porque eu acho que quando cê tá trabalhando alfabetização, é um curso que te dá, acho que te dá uma abrangência assim de você entender mais as dificuldades do aluno. Eu, sinceramente, não sei te explicar o específico, porque dessa minha vontade não. Mas é uma vontade minha que se fosse me especializar, eu queria ser psicopedagoga (...) eu acho assim, porque uma criança disléxica é muito complexa, entendeu? Com déficit de atenção, sabe? Assim, tem vários níveis dessas dificuldades. Então eu não sei se em psicopedagogia, eu creio que seria capaz de detectar o grau, até onde ele é, até onde ele não é... Às vezes é preguiça, às vezes cê fala assim "a criança tá com preguiça". Às vezes não é preguiça. Então eu acho que um psicopedagogo tem essa visão maior disso, de estudar, de entender isso. E isso eu ainda não tenho. Por mais que eu tenha onze anos aqui, mas acho muito pouco tempo, muito pouca experiência pelo tanto de dificuldade que a gente recebe de aluno (Vanda, professora)

(...) conhecer mais os transtornos, mais sobre o autismo, mais sobre o TDAH, mais sobre dislexia, conhecer mais sobre isso. E como proceder, quais estratégias que podem ser feitas pra tá ajudando essas crianças que apresentam esses distúrbios pra poder tá... Quais as estratégias que poderão ser feitas pra tá ajudando? Como trabalhar com uma criança com autismo? Como trabalhar com uma criança com TDAH? O que fazer pra poder chamar atenção dessa criança? Eu sinto falta disso, de ter um profissional assim bem especializado, habilitado mesmo, que possa tá fazendo cursos pra nós. (Joana, supervisora)

Um psicopedagogo que é pedagogia e a psicologia...interessante, né? Um conhecimento a mais, né? Eu acho que todo o conhecimento que fosse ajudar em questão de comportamento, né? (Cátia, professora)

Além do aspecto acima apontado examinamos, nas falas das professoras, a problemática acerca da profissionalização. Como descrevemos a seguir, o termo “profissional” é reportado àquele que é detentor de um conhecimento que falta às professoras. O que, a nosso ver, revela a destituição do saber do professor diante do discurso de autoridade, centrado na figura de mestria daqueles que têm acesso aos domínios médico-psicológicos:

Uai, a gente fica pensando, de repente pode tá ajudando, de repente algum profissional lá atenda aquela criança, consiga enxergar além da gente, né, porque já vai pro lado da saúde, talvez tenha algum problema, e resolver, né, fazer um tratamento e melhorar. (Cátia, professora)

Toda criança aprende. Realmente, aprende... toda criança aprende. Ela aprende desde que, que ela tenha um estímulo, um acompanhamento escola-família e um profissional. Ai toda pessoa realmente aprende, mas tem que ser todos de mão dada, porque só a escola e o aluno ou só a família e o aluno, não aprende. (Vanda, professora)

Em face a esses enunciados, questionamo-nos se esse reconhecimento da profissionalidade do outro, em detrimento da sua própria, não demarcaria uma relação que ultrapassa a suposição de saber. Não há um saber suposto por parte das professoras e supervisoras, concernente aos médicos e psicólogos, há uma certeza de saber, cujo efeito é a alienação ao discurso da ciência e aos modos de gozo que este discurso promove.

4.3.4 O que precede o encaminhamento: A exclusão pelo lado de dentro e o fracasso em suportar o ineducável de cada um?

De posse do acúmulo dos dados cotejados a partir das entrevistas com as professoras, depreendemos que a problemática da inclusão permeia a questão do fracasso escolar dos alunos que não apresentam uma deficiência objetivamente identificada. Atribuir-lhes um significante do discurso médico é a via pela qual se torna possível pensar em um trabalho diferenciado com os mesmos. *Diferenciado* é mais um significante presente nos enunciados das professoras que nos permite escutar algo da posição que estas profissionais se colocam, alegando sua inabilidade em lidar com as dificuldades de aprendizagem. Contudo consideramos, a partir dos dados levantados, que trabalhar diferenciado não implica em trabalhar com a diferença. Da tentativa de incluir, o que resta é a marca da exclusão, da diferença reduzida à carência, à insuficiência, à ausência de habilidades para responder aos índices esperados.

Uma das entrevistadas, Adriana, professora do segundo ano, que não consentiu com o registro em áudio da entrevista, relata-nos que em sua turma há a separação de uma fileira para os alunos que não aprendem, nomeada “Fila da Inclusão”. Ainda que os ocupantes das carteiras eventualmente mudem, a fila permanece, demarcando a separação, o modo que a não-aprendizagem ocupa um lugar específico na sala. O recurso pedagógico unânime para lidar com esses meninos e meninas é agrupá-los e oferecer atividades que estejam em um nível inferior à série que ocupam, mas compatível com o nível intelectual que apresentam, segundo a visão das profissionais. Nesse caso, trabalhar diferenciado significa oferecer menos. Relacionamos abaixo o que nos dizem as demais professoras e supervisoras sobre o tema:

Então, a princípio né? Nós sentamos...eu sento junto com os professores, os professores já trabalham a mais tempo nessa área, né? Ai nós sentamos e observamos, né? Vemos a queixa daquela criança, a situação do histórico familiar e de acordo com esses itens aí nós vamos pra aprendizagem. Ai, de acordo lá, por exemplo, eu tenho turmas de meninos de segundo ano que não é segundo ano. Ai nós fazemos um planejamento diferenciado pra eles, junto com o professor, né? (...) Então, ontem, por exemplo, quando eu recebi, né...esse relatório do neuropediatra, ele...eu já tinha encaminhado o nosso, né, da escola, junto do...fiz junto com a professora, porque quem conhece aquela criança mesmo é a professora no dia-a-dia de aula, né? Ai, eu encaminhei pra ele, ele olhou e mandou. Ai eu assinei junto com a professora e vi lá o que nós estamos fazendo, quais os avanços nós estamos tendo, o que nós podemos ter, as sugestões que ele dá. Porque ele escreve algumas sugestões, nós estamos fazendo? Porque eu fiz um planejamento diferenciado pra essa criança, ela tá no primeiro período, mas o planejamento dela é de creche, sabe? (...)

Tem criança que não se dá conta, não tá nem aí. Mas tem...eu tenho crianças que ela não quer ter um...assim, não é um tratamento diferenciado, um trabalho diferenciado. Só que ela não consegue junto aos outros. Ela quer trabalhar igual ao outro...aí o quê que nós temos que fazer, adaptar. Por exemplo, vai trabalhar um coelho, né? A páscoa...um textinho falando da páscoa, a história da páscoa. Tem que trazer uma história da páscoa pro menino do quinto ano e aquele menino que tá lá no quinto ano, como se fosse no segundo, um textinho menor. Da páscoa também, porém de acordo com a realidade...com o que ele vai conseguir lê. Porque eu tenho menino de quinto ano que é como se fosse segundo ano. E aí você vai procurar no histórico, eu tenho cinco anos que tô aqui na instituição, a irmã foi assim, o irmão foi assim. Parece que é uma genética mesmo. E aí tem que fazer esse trabalho diferenciado, porque senão eles não conseguem... (Silvia, supervisora)

(...) faz o planejamento diferenciado e a gente vai trabalhando diferente, com atividades diferenciadas dentro da sala. Não todas as atividades, mas algumas você...a gente trabalha, né? Porque a criança quando ela tá maior, ela percebe, ela não gosta de ter uma atividade diferenciada. Então, quando a gente procura assim, trabalhar (vamos supor) a matemática com a criança, igual eu lá, tô trabalhando numerais até 20, com três eu tô trabalhando até 10. (...) é difícil você trabalhar com menino diferenciado, é muito difícil. Ai fala, vamos fazer jogos...um professor só, igual o ano passado eu tive 28 meninos, como você trabalha 28 meninos...e diferenciado, com vários níveis. Hoje eles são no segundo ano, a Alessandra que é a professora, então assim, é difícil...lá tem 5 níveis de alunos, 5 níveis. Então, como você vai trabalhar, pra um professor só. (...) Ah, eles se sentem assim...é, é aquela coisa assim, eu acho que...é, é...é diferente...eu também não ia gostar de ser tratada diferente...não é tratar, cê não demonstra. (...) Mas os colegas, uns sempre percebe, cê repreende e tal, mas acho que eles sentem: "Por que que eu tô, sabe? Eles sentem mal, eles não gostam...eles não gostam desse trabalhar diferenciado (...) (Vanda, professora)

Ah, eu percebo assim mais no conteúdo mesmo...no conteúdo. Porque a partir do momento que cê passa alguma coisa ali, às vezes tem menino que ele não consegue...Cê passa ali no quadro, vamos supor, um texto, né? Que hoje a gente não usa textos grandes pra tá passando, né? Um texto pequeno, ele não tem... às vezes ele não consegue nem copiar certo do quadro, quando cê chega no caderno ali ele copiou. Parece que ele escreve do jeito que ele acha que tá certo. Então, cê vê por aí. Cê dá um ditado, cê vê que mesmo as palavras mais fáceis, num consegue, num concentra. (...)E o ano passado, esses meninos que não conseguiam reter nada, não tavam nem aí, eles me atrapalhavam...o tempo todo...tinha um que cantava o tempo todo. Quando ele não cantava, ele tinha alguma coisa...um pedaço de borracha, alguma coisa pra jogar no colega, pra irritar o colega. Eles me atrapalhavam o tempo todo...aí você falava assim: Ô...aí eu passava às vezes...às vezes, não. Às vezes era no quadro, às vezes era em folha...Agora cê vai copiar isso aqui pra mim, tá no cantinho do quadro, ó. Não é igual ao dos outros. Igual dos outros cê não tá conseguindo mesmo, então cê vai fazer esse aqui pra mim, mais fácil. (...)Vou retomando conteúdos, diminuindo as dificuldades, porque, não avanço

com eles. Assim, se eles der...alcançar, mais pra frente alcançar, aí tudo bem. Mas, geralmente, ciências, geografia e história eu também não tiro deles, sabe? Mesmo sem eles entenderem direito, mas deles tá ouvindo, né? Escutando histórias, vendo, não tiro. Só mesmo o português e a matemática que eu diminuo as dificuldades. (Cátia, professora)

E ali, depois, você vai fazendo os grupinhos, né? A gente vai... eu faço assim, os grupinhos... os grupinhos, né? E... inclusive, até... é... dois anos atrás, eu trabalhei com uma turma de terceiro ano, mas ela era, na verdade, multisseriação, porque tinham vários grupinhos... tinham quatro grupinhos. Se eu fosse mesmo fazer os grupinhos bem menores, iam surgir outros, bem outros. Aí eu afunilei e cheguei na conclusão de quatro grupinhos, sabe?(...) Trabalhei de uma maneira. Aí tinha uns do terceiro ano... porque eu ficava preocupada com os de terceiro, como que eles iriam sair? Se eu não desse tanta atenção pra eles? Mas, se eu deixasse os outros de lado, os que estavam muito aquém? E se eu ficasse só com os que estavam aquém? E os de terceiro ano, como é que iam sair? Iam sair aquém. Então eu ficava naquela... aí eu resolvi fazer os grupinhos e trabalhei diversificado. Foi trabalhoso demais! Muito trabalhoso! Até, na época, eu dei algumas bombas. E que eu me arrependo. (...) Às vezes, a gente não consegue atingir... eu queria ter essa varinha de condão, sabe? Pra fazer esse menino, que tá naquela zona proximal, de aproximação, hoje ele sabe, amanhã ele não sabe... Aí hoje ele sabe, você fala "nossa, ele aprendeu." Que alegria que você fica! É gratificante, você fala assim "nossa, ele aprendeu"! Aí passa uns dias, você vai... já foi, já perdeu. Entendeu? É tipo assim, todo os dias a mesma coisa, porque a aprendizagem... nele... é... tá aquém, e a gente vai dando um jeitinho, vai trabalhando aquilo, e não pode sair muito não, você não pode... Eu acho que tem que ficar assim, no simplesinho... pra ele fixar naquilo, pra ele ter segurança também (...) (Márcia, professora)

A resposta dada frente aos impasses colocados à escolarização dos alunos que não apresentam o aproveitamento regular, e mesmo dos que não aprendem dentro das metas que norteiam a prática dos profissionais de educação, é limitar, reduzir as dificuldades, não explorando a possibilidade de invenção que o ato pedagógico enseja, mas na repetição do não sabido. Foi unívoco o enunciado de que a forma de lidar com o aluno que não aprende, ou não acompanha os índices que são esperados, é adiar conteúdos, trabalhar questões que sejam mais fáceis e que não os esforce excessivamente, uma vez que não têm condições de aprender. Outro aspecto que faz com que haja o encaminhamento por parte da escola aos profissionais da saúde, é buscar esclarecer se esse entrave no aprendizado é momentâneo ou se é referente a uma condição do sujeito.

Trata-se, portanto, de uma resposta universal ao que não se coletiviza e, desse modo, como apontado por Lacan (2003b), o efeito colateral do universalismo, sobretudo decorrente da impregnação do cientificismo, é a segregação. A questão da inclusão como política educacional demonstra, assim, que a instituição escolar tem uma vocação segregacionista, e que a construção de mecanismos de inclusão não se dá pela via do laço social, mas, sim, de prescrições, normas, diretrizes (Voltolini, 2004). Assim, ao investigarem o mal-estar na escolarização de crianças e adolescentes, Coutinho e Carneiro (2016) demonstram que o apontamento feito pelos textos psicanalíticos é o de que o discurso médico-pedagógico

concernente às dificuldades de aprendizagem, por vezes, não leva em conta o sujeito em sua singularidade e seu contexto, como ressaltado na citação abaixo:

Ao tratar a questão de forma isolada, descontextualizada e descritiva, a dimensão singular daquela manifestação sintomática para aquele sujeito é perdida, juntamente com a possibilidade de que ele se implique na investigação e no tratamento de sua dificuldade. Sabemos que, mesmo que seja constatada a presença de um distúrbio orgânico, não podemos desprezar o modo pelo qual a criança dá sentido a ele, bem como a maneira como aqueles que lidam com a criança se relacionam com ela e com suas dificuldades. O que, em última instância, vai ter consequências no modo pelo qual aquele sujeito lidará com o problema. (p. 111-112)

A exclusão do sujeito do ato educativo está em consonância com a noção de uma escola de amplo acesso. Essa locução “Escola para todos” se sustenta em uma racionalidade instrumental que é portadora da fantasia de que existirá uma “tecnologia pedagógica todopoderosa”, capaz de fazer todos os alunos aprenderem (Meirieu, 2008; Sodré; Barros, 2014). No entanto, quando o ato de educar se relega à dimensão do não-saber e do não-poder, pode tornar-se um ato autoritário. Meirieu (2008), ao ser entrevistado por Miller, afirma que “a educabilidade pode escapar e, se ela não integra a negatividade, pode se tornar um empreendimento totalizante, e até, totalitário. A educabilidade de todos só é tolerável se ela se articula ao reconhecimento do não-poder radical sobre o sujeito no seu ato de conhecer.” (p. 9) Nesse sentido, tendo em vista os atravessamentos do discurso científico no campo pedagógico, indagamos se o encaminhamento das queixas escolares aos especialistas não constituem-se em uma tentativa de responder ao mal-estar da escolarização, amortecendo aquilo que escapa ao “para todos”, seja pela via da medicação, seja pela via dos significantes da patologização.

4.3.5 O laudo e o diagnóstico: limites do saber pedagógico e entronização do saber médico-psicológico

O diagnóstico das dificuldades de aprendizagem, e o laudo como o dispositivo que permite ao sujeito a passagem do não-aprender ao acometido por uma patologia cujo resultado é a não aprendizagem, expõe a relação fronteiriça entre os discursos dos profissionais da educação e da saúde. A medicalização, enquanto uma estratégia biopolítica, permite-nos verificar como esse arranjo médico-pedagógico constitui-se em um dispositivo de controle e de disciplinarização que se faz presente através dos enunciados de uma psicopatologia biológica, da indústria farmacêutica e do ideal de ciência que pretende estabelecer a correspondência entre a subjetividade e o cérebro. Entretanto, pretendemos abordar a

problemática a partir das disjunções, das descontinuidades entre os discursos, a fim de verificar como esse acoplamento se opera no nível micropolítico. Parece-nos que é numa dissimetria que a relação entre os saberes dos campos psi e médico se relacionam com o saber pedagógico. Destacamos as falas das profissionais da educação acerca do diagnóstico e do laudo e de como esses recursos vão se justificando em função de um não-saber-fazer que está posto para as professoras:

O laudo, ele me dá uma estratégia, uma...uma busca, uma esperança d'eu procurar outros profissionais através da secretaria de saúde, junto com a educação pra essa criança. (...) Então, com um laudo na mão me facilita sim. Né? É um laudo que via me ajudar, não taxar aquela criança. Igual, por exemplo, nesse laudo de ontem eles escrevem, tem que ter mais atendimentos diferenciados pra ela. Então, eu vou sentar junto com o secretário e ver o que ele poderia tá nos passando. (...) Muito...frustração, traz angústia...é horrível. Você planeja, a gente planeja, cê quer que o menino consgue. Você faz um planejamento diferenciado pra ele, ele num alcança. Aquilo ali é complicado, nas reuniões a gente sofre pra...aí, eu ainda brinco com elas: A culpa não é sua...(Sílvia, supervisora)

Ah! Com certeza...com certeza, porque aí junto você...cê tem mais uma opinião de uma pessoa que possa te dar uma opinião sobre aquilo, aquela situação. Você não fica só supondo, você já tem, que aí já passou...vamos supor, psicólogo, fono, médico, já fez tudo exame, já fez tudo. Aí sentar todo mundo e estudar o caso de certo aluno específico, aí cê vai saber não, o que que ele tem? Por que que esse meu aluno...? aí cê vai ter um encaminhamento. Porque quando cê só fica supondo...aí ele foi no médico: "Tá, o que que o médico falou?" "Ele falou que não tem nada", mas o aluno...mas como que não tem nada? Então, quando tivesse essa junção assim seria mais fácil pra resolver o problema, né? (...) Com certeza...seria. Seria bem melhor, né? Que aí cê teria um caminho, que senão cê fica...sem...cê vai no médico, cê faz uns exames, depois cê não tem um diagnóstico daquilo, cê não sabe de quê cê tá se tratando direito, né? Só suposição. A mesma coisa com da criança com...né?...se um médico, vai no psicólogo, vai num psicopedagogo, vai num neurologista, vai no oftalmologista, vai fazendo um monte de exame pra saber...é vista? Então vamos tratar. E fono? Tá, então vamos tratar. É em casa? Tá, vamos tratar. Vamos ver onde tá o problema, saber o que que tá acontecendo, o diagnóstico. Por que que essa criança é assim, né? Porque senão a gente só fica supondo que a criança tem dificuldade, mas você não sabe o porquê daquela dificuldade, né? (Vanda, professora)

(...) tem alunos, por exemplo, que não fazia nada, e que rasgava os cadernos, e que arrastava no chão, e que ficava debaixo da carteira, e que não conseguia aprender, e aí foi no médico neurologista... Eu devo ter uns três casos... Essas crianças precisaram ser medicadas e foram diagnosticadas com TDAH. E hoje são ótimos alunos, os melhores da sala, superinteligente, consegue, sabe? Ter um rendimento excelente. (...) Muitos que a gente encaminha, quando a gente chega a encaminhar, vamos se dizer assim com cem por cento, uns oitenta por cento a gente percebe uma melhora que realmente precisava dessa ajuda da saúde (...) Até mesmo alunos que têm diagnóstico, pra gente tá conseguindo professor apoio hoje tá difícil. Por causa que tá passando, né, pela questão da crise também, e tudo, então é complicado, sabe? Então tem que ter mesmo um laudo e esse laudo tem que tá muito bem fundamentado, muito bem explicado pra poder tá beneficiando. (Joana, supervisora)

Você vai conversar com os meninos, você vê os dentinhos. Isso a escola teve uma avaliação, sabe? Isso teve. Agora, por exemplo, igual os meninos aqui, o William, que tá na sala de recursos, aí já foi encaminhado lá, tipo... com esse lance da

aprendizagem... referente à aprendizagem. É... tem todo um trabalho, tem toda uma documentação... entendeu? E... tipo, tá sendo encaminhado (...) Porque aí, lá na sala de recurso, além de ter... se eles notarem alguma coisa que ele vai... outros profissionais, aí se vê algum problema, assim, que detecta, que são especialistas no assunto, eles vão encaminhar. Porque o meu é o que? Encaminhar prum psicólogo, né... e até conversar com a mãe, a mãe, às vezes, chega e pede(...) Falo assim "gente, será que eu fiz o suficiente?" Né? "Será que eu fui tão legal com ele igual eu achei?" Porque se ele não aprendeu, você não atingiu os objetivos dele, né? Você fala assim: "ah, então fiquei aquém." Quem ficou aquém fui eu, não foi o menino, entendeu? "Que que eu deixei de fazer?" entendeu? Isso que é o ruim. (Márcia, professora)

Em relação aos enunciados dos profissionais da saúde, observamos que há a confirmação de que o discurso pedagógico falha ao falar sobre a questão da aprendizagem. Se pensarmos em termos da teoria do discurso em Lacan (1992), podemos aventar que o saber médico-psicológico ocupa o lugar de agente do Discurso do Mestre na contemporaneidade. Nesse discurso, o lugar do agente se apoia na verdade ignorada de que também o mestre é dividido, portanto, a totalidade de seu poder-saber é somente imaginária.

Clavreul (1983) pontua que a ordem médica se estabelece pelo exercício de poder, sobre uma posição de mestria do médico, que se atribui saber total sobre aquilo que é de seu domínio. Concernente à nossa pesquisa, verificamos que há uma disposição por parte dos profissionais da saúde em acolher as demandas escolares no sentido de dar-lhes uma chancela científica, ao mesmo tempo em que confirmam a destituição de um saber dos profissionais da educação sobre aquilo do qual a instituição se queixa. Ainda que os enunciados variem entre considerar o encaminhamento como primeiro ou o último recurso que escola aciona, a questão de fundo permanece sendo o fato de que os professores não sabem o que fazer com os alunos que não aprendem. A título de exemplo, referenciamos os enunciados extraídos das entrevistas realizadas com os profissionais da saúde:

Aí no caso, o que que é importante? Em se tratando de criança, hoje a gente já tem até a psiquiatria da infância e adolescente, que já é uma especialidade dentro da psiquiatria, né, devido à complexidade que é atender uma criança. Porque geralmente a criança, quando ela vem com essa queixa, primeiro a gente tem que ter uma... Eu sempre peço uma avaliação da escola, por escrito, geralmente a gente pergunta se tá fazendo terapia, se tá com psicólogo, porque geralmente o tratamento nesses casos é multiprofissional. Geralmente só a psiquiatria não dá conta, visto que muitos desses pacientes, dessas crianças, têm problemas também em casa, problemas de pais, problemas familiares. (...) Primeiro é a deficiência intelectual, né? A gente vê que ela realmente tem uma inteligência abaixo da média, né? Ou deficiente mesmo. Um outro ponto, é crianças que têm um problema emocional, que interfira de forma muito significativa na aprendizagem, como eu te falei, uma ansiedade muito grande, baixa autoestima, né? Então a gente acaba acolhendo essa criança, pra gente poder fazer um trabalho que ela se sinta inserida, compreendida e valorizada nas potencialidades dela... É dessa maneira. (...) Às vezes é a primeira. Até mesmo porque deficiência de profissionais, falta de conhecimento sobre o tema da infância, sobre problemas da infância, né? Então

assim, às vezes as pessoas acham que é só falta de educação, né? Mas não (inaudível) às vezes não conseguem compreender que é mais complexo, né? A gente entende também que na escola, muitas das vezes é difícil também, né, porque a escola é o local de aprendizagem, e muitas das vezes os pais hoje querem que a escola eduquem os filhos. Então isso também, eu entendo às vezes o lado da escola nesse sentido também, porque muitos pais colocam os filhos na escola e querem que a escola resolva tudo, né? Quer que educa, quer que dá limite, tudo. Então por isso que eu acho que é um pouco complexo. Mas muitas das vezes eu tenho escolas aqui que tentam, que a gente, enfim, pede cartinha, eu oriento, enfim, tem escolas que realmente estão do nosso lado. Agora, tem umas também que às vezes até pela deficiência de profissionais capacitados, né, de conhecimento, aí dificulta. (Anderson, psiquiatra)

Não, geralmente não. Quando vem relatório, eles colocam o comportamento do aluno, algumas dificuldades, né? Que ele apresenta, mas só também... Um relatório bem simples. (...) Eles só falam que não tá dando conta... Não tá dando conta dessa criança, só isso. Não tô dando conta, tá fazendo muita bagunça. Entendeu? Mas não relatam como se sentem. Se sentem frustrados ou não dão conta de alguma questão... Sei lá, se não conta de... Se eles tão frustrados mesmo por não dá conta... Não dão conta. Mas não conta assim, porque sempre justificam que é trinta, quarenta alunos em uma sala. Então não dão conta de todo mundo. (...) O primeiro recurso é encaminhar pro psicólogo mesmo. Encaminha pro psicólogo, depois voltam. Eles querem que... Eles continuam com o mesmo processo deles, com os mesmos meios, com as mesmas questões, continuam dando aula daquela mesma forma. Pode sim mudar o ponto de vista de algum professor. Claro, muda, sem dúvida que muda. Mas, não é assim, uma mudança que possa ter uma grande evolução na escola... Não tem.? (Carlos, psicólogo)

Há dois pontos que se destacam nos depoimentos acima: primeiro, reitera-se a questão da família e dos tipos de relação familiar como sendo os deflagradores de transtornos que acarretam as dificuldades de aprendizagem. Há uma diferenciação, segundo o profissional, entre a criança que não aprende por apresentar um nível de inteligência baixo, caracterizando-se como deficiência intelectual, e a criança que não aprende por fatores emocionais. As últimas não seriam de competência da psiquiatria, supondo-se a necessidade da complementação do saber da psicologia. De onde depreendemos que se espera uma abordagem psicológica que normatize as famílias consideradas disfuncionais para que haja efeitos positivos à criança que não aprende. O segundo ponto a ser sublinhado é que os profissionais da saúde apontam que há uma “deficiência de profissionais” no campo da educação, que tenham uma formação sólida acerca do desenvolvimento infantil. Destacam, ainda, que esses profissionais encaminham a criança sem alterar o contexto no qual a dificuldade de aprendizagem foi produzida. Isso nos leva a questionar se esses profissionais, ao acolherem as demandas escolares, fazem-no supondo que o déficit da criança reflete o déficit do professor, portanto, haveria um fator deficitário no processo ensino-aprendizagem. Entretanto, não observamos a presença de um movimento de implicação dos profissionais da educação e, sim, a oferta de resposta através de significantes relativos ao que “falha” na

criança. Haveria, portanto, um duplo silenciamento? O da subjetividade da criança, mas, também, da subjetividade do professor?

Eu acredito assim, que é um misto, né? Eu acho que eles realmente querem, eles gostam de uma opinião médica, principalmente pediatra, né? Que a gente acaba tendo... Tem um olhar assim mais direcionado pra criança... Às vezes até um pouco diferente quando é já uma criança, um adolescente do Ensino Médio, eu acho que eles já não têm... Têm um pouco mais de dificuldade pra encaminhar. Mas eu acho que eles encaminham também com um pouco do trabalho da criança dentro da escola. E vê que a criança não está rendendo, não está tirando as notas, isso dá uma certa angústia que a gente percebe assim nas professoras, e isso depois leva pra supervisão, pra direção, e acaba que eles também gostam de ouvir a opinião da gente. Mas eu acho que no geral aqui eles esgotam bem as possibilidades. Eles não são encaminhadores não, sabe, pra qualquer caso não. Geralmente é uma criança que já deu problema por mais tempo, e eles gostam de ouvir e até descartar esses diagnósticos principalmente de hiperatividade. (...) Olha, comparado com os profissionais de saúde, acho que menos um pouco. Acho que a gente consegue ter um olhar mais social, a gente investiga mais, sabe? A professora, a gente até entende que ela lida ali com vinte, trinta alunos, a diretora também lida com vários alunos, vários problemas burocráticos na escola, etc. então apesar delas terem o conhecimento das famílias, mas eu acho que é um pouco mais superficial do que a gente investiga. Os profissionais de saúde. (Ricardo, pediatra).

Evidencia-se, na fala do profissional acima, dois aspectos a serem registrados. Corroborando a análise apresentada anteriormente, observamos que há novamente a ideia de que a formação dos profissionais de educação não os qualifica para empreenderem leituras complexas acerca dos problemas de aprendizagem, diferentemente dos profissionais da saúde, posto que possuem uma formação que os possibilita correlacionar diversos aspectos que constituem a questão da não-aprendizagem. Todavia, o conjunto de dados levantados em nossa entrevista com os profissionais de ambos os campos, mostrou-nos que há semelhanças no modo de compreensão da queixa escolar, cuja atribuição recai ora na suposta desestrutura da família, ora na própria criança, que apresentaria um transtorno impeditivo à aprendizagem. O segundo ponto a ser extraído, é a ideia de que há uma angústia do professor que encaminha o aluno. Portanto, o que deflagra o encaminhamento não parece ser o fato em si da não-aprendizagem, mas a angústia que o não-aprender provoca naquele que ensina. A indagação que se coloca é: encaminhar a criança que não aprende, seria o modo de tratar a angústia dos profissionais da escola?

Meu primeiro workshop, que foi o Café com Ideias²⁷, a gente falou sobre esses psicodiagnósticos mais complicados, que são TDAH, o TOD, que é o Transtorno Opositor Desafiador, o próprio aluno com ansiedade generalizada, e os professores, tipo é um cenário novo. E a gente sabe, até mesmo pelo que a gente

²⁷ O café com ideias foi um Workshop realizado com as/os profissionais de educação da rede municipal com o objetivo de apresentar os transtornos da infância que, segundo a visão da organizadora, trazem prejuízos ao processo de escolarização e, também, pretendia-se orientar aos profissionais em suas práticas cotidianas apresentando estratégias para lidar com as crianças portadoras de TDAH, TOD.

estuda, que não tinha muito essas questões relacionadas com a escola, porque os tempos também eram outros, as cobranças eram outras. E hoje a gente tem mais cobranças, a gente tem um ritmo mais acelerado, então essas crianças meio que já nascem mais aceleradas e eles tentam manter o mesmo método de ensino anterior, ou acabam acelerando o método de ensino. Então acaba que essas crianças são novidades pros professores (...) O quê que eu faço com esse aluno? Isso foi o que eu pude perceber no Café com Ideias. Tipo assim, eles tavam querendo mesmo alguma orientação no sentido de "pêra aí, então meu aluno ele esse, esse e esse tipo aqui. Essas características. E aí? Como é que eu trabalho?" principalmente o autismo, ansiedade mesmo, cê vai poupar o aluno de expor a grupos? Na verdade não é assim, não é porque ele tem. Cê não vai vitimizar o aluno que tem alguma dificuldade ou algum problema. Na verdade cê vai tentar fazer com que ele se envolva mais com as atividades, mas de forma gradativa, né? Tem ansiedade, não gosta de falar em público? Então uma leitura, onde cada um lê um pouquinho em cada carteira, pra que chegue esse momento dele ter que ler pelo menos um parágrafo, uma linha, né, no caso, até que tenha mais habilidade pra isso. Então pra levá-lo. E na verdade não. Aquela criança com (neuro), né? Aí "ah, ele gosta muito de mim!. Ele é supertímido, ele não fica com ninguém, ele não participa de grupo nenhum, mas a professora acha lindo, porque ele fica o tempo todo lá dentro. Mas cê tá dificultando o processo ainda. Ele tá o tempo todo ali, e na verdade, cê tinha que tá estimulando com que ele fizesse o que ele não faz, dentro dos limites dele. (Vera, psicóloga)

Muito importante, muito importante pra gente entender, né? O funcionamento desse aluno, da dinâmica dele, né? O porquê há dificuldade de aprendizagem. Muitas vezes esses testes revelam, né? As vezes até uma falta de atenção, uma atenção muito deficiente, também prejudica a aprendizagem da criança. Então, muito importante que a gente faça essa avaliação. Às vezes também pode acontecer, como eu te falei no início, da criança ter algum problema emocional e isso tá influenciando na aprendizagem. Então, a gente também detecta através dos testes, né? Então, é extremamente importante essa avaliação inicial que a gente faz do aluno. (Roberta, psicóloga)

A questão que traçar o diagnóstico, ele depende, muitas vezes, da... do prospectivo do paciente. Principalmente os quadros de transtornos psiquiátricos, que eles são... eles evoluem de acordo com a idade. Por exemplo, um transtorno de humor, ele, normalmente, na criança por exemplo, numa criança mais tenra, ele vai se manifestar como agitação. Lá na frente que, talvez, ele vai conseguir identificar o fator bipolar dele, por exemplo, né? Ou depressão, ou o que for. Então assim, o diagnóstico, ele nem sempre é uma coisa... tipo... certa. (...) O potencial evocado P300 é um estudo neurofisiológico que você pede pra criança é... ficar com um fone, né, emite um som ou um potencial visual, ele fica diante de uma tela em que você tem o estímulo que é intermitente, e aí você faz o xingo e mede o tempo de latência que a criança, lá dentro, na uma onda... uma onda L que ela tem lá, esse tempo que ela vai ter. E aí, conforme o tamanho dessa latência, geralmente é 300 milissegundos, se isso vem muito alongado você tem um... uma suspeita muito forte de um déficit atencional. Mas não é um exame que a gente faz de rotina, sabe? É o mais perto do que seria um exame pra ver o déficit de atenção. (...) Eu noto que nas escolas que são de caráter particular e que geralmente, vamos dizer assim, o padrão socioeconômico é mais elevado, eu noto que as questões que são trazidas, são de ordem, às vezes, mais ansiosas. E muitas vezes o... a... aquele aluno que, às vezes, tem um comportamento mais arredo, às vezes, não... isso... óbvio não é generalizando, tá? Mas, às vezes, a mãe traz como ele tendo sido convidado a se retirar. Enquanto que, às vezes, quando é uma escola muito periférica, muito... uma escola de um... que geralmente aborda uma população de uma renda muito baixa, normalmente eu vejo a pessoa... o... os relatórios com erros de português, com... com falhas de concordância... entende? Então assim, que denota que, às vezes, o profissional também não tá bem preparado nesse sentido. (Daniel, neuropediatra)

Diante dos depoimentos das psicólogas e do neuropediatra, destacamos que há uma leitura dos efeitos das mudanças sociais na configuração da infância. Não obstante, a escola não se reatualiza, mantendo os mesmos métodos para lidar com crianças que pertencem a um momento histórico marcado pela aceleração do tempo, pelo fluxo constante de informação, pela incidência da internet. Apesar dessa leitura, a prática desses profissionais se assegura ao discurso da ciência. Ensina-se aos professores identificar os transtornos que prejudicam o aprendizado e, apesar de se identificar a dissimetria entre a experiência da infância e o modelo disciplinar que a escola conserva, orienta-se como normatizar a criança desviante. Aposta-se no uso de testes e de exames a fim de averiguar os níveis de atenção do aluno. Evidencia-se, nesse sentido, a contradição na qual os profissionais da saúde sustentam sua prática, pois ainda que apresentem indícios de leituras mais complexas acerca da não-aprendizagem, é recorrendo aos *gadgets* que a ciência oferece que se busca dar resposta às demandas das instituições escolares, permitindo-nos verificar os mecanismos capilares do processo de medicalização da queixa escolar.

Faz-se necessário lembrar, com Lacan (2001), que a ciência, da qual o saber médico-psicológico é um dos representantes, encontra-se justaposta ao discurso do capitalista. Mais que isso, a afirmação de Lacan é a de que há uma *copulação* entre ciência e capitalismo²⁸. O discurso do capitalista se define pela exclusão do simbólico (Braustein, 2010). Nesse sentido, a ciência ofereceria objetos de gozo por via do mercado.

Nessa relação entre saberes médico-pedagógicos que circunscrevem a questão da queixa escolar, observa-se que o primeiro (seja na figura do médico, seja na figura do psicólogo) oferece os *gadgets* da ciência. No espaço aberto pelo fracasso escolar, ao invés de surgir a palavra do sujeito, surge uma palavra sobre o sujeito. E, em detrimento da interpelação do aluno quanto ao seu desejo de saber, e do professor quanto ao seu desejo de transmissão, elege-se uma categoria psicodiagnóstica, um exame, uma cápsula. Simonetti (2013), por ocasião do VI Encontro Americano de Psicanálise Lacaniana, em intervenção que teve como título *O desejo medicalizado*, nos dirá:

²⁸ Lacan propõe que haja entre o discurso da ciência e o capitalismo uma relação de copulação, no sentido de demonstrar que a expansão da ciência, em seu caráter universalizante, guarda vínculo com o capitalismo. Darriba (2019) mapeia os momentos do ensino de Lacan em que esta relação é evidenciada e nos aponta que é na incidência do discurso da ciência e seu impacto na estrutura social, produzindo como efeito a segregação que permite fazer a articulação ciência-capitalismo.

Os laços estreitos entre o discurso da ciência e o discurso capitalista chegaram ao ponto de fazer existir um mercado da ciência convertido em fábrica de doenças para justificar a necessidade das mais variadas práticas terapêuticas e preventivas. No mesmo movimento a neurologia foi avançando sobre a psiquiatria, as neurociências e psicopatologia geral. O desaparecimento da clínica em prol da Saúde Mental, aparelho burocrático, persegue fins terapêuticos com o corte utilitarista do mercado. Para o seu sucesso se propõe um ideal de normalidade que pode ser mensurável, observável com as técnicas de avaliação de vários tipos, mas com a mesma base: estatística e/ou biológica. Por isso a criação de normas comuns para todos (Simonetti, 2013)²⁹

Abordar a questão da medicalização da queixa escolar a partir das orientações do efeito do discurso da ciência, imiscuído da ação do mestre contemporâneo, permite-nos depreender que o processo se dá pela exclusão do sujeito e por um jogo de poder, donde os discursos se hierarquizam, entre um saber-todo e um nada-saber.

Permitindo-nos compor um quadro que vai da historicidade dos processos de medicalização, em sua relação com os ideais normativos em voga, ao questionamento do desejo daqueles que compõem a cena educativa, questionamo-nos se medicalizar o mal-estar na educação não seria medicalizar também o desejo. E, se não seria necessário restituir à linguagem a sua função de produzir o sujeito, como aponta Lacan (1967) no *Discurso aos Psiquiatras*. É a linguagem que introduz o sujeito no discurso, portanto, frente à dissolução do laço social que marca o discurso científico-capitalista, não se faz necessário dar a palavra ao aluno que falha ao aprender, ao professor que falha em ensinar, para que se transponha o fracasso como déficit para o fracasso como sintoma?

²⁹ Observamos que o texto não consta paginação, trata-se de uma palestra proferida por ocasião do VI Encontro Americano de Psicanálise de Orientação Lacaniana – ENAPOL , ocorrido em Buenos Aires em 2013.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À guisa de conclusão, retomamos nosso objetivo de compreender a medicalização da queixa escolar a partir dos discursos de profissionais da educação e da saúde. A questão que norteou nossa investigação foi a de verificar como se dá esse processo, inscrevendo a questão da medicalização em um quadro mais amplo que é o de considerá-la como uma faceta da biopolítica, na sua função de disciplinarização dos corpos e do controle da vida, tendo o saber médico como principal dispositivo. E nos interessava verificar, ainda, os efeitos desse processo em relação à produção da subjetividade. Portanto o discurso, na acepção da psicanálise lacaniana, permitiu-nos interrogar os efeitos biopolíticos da investida do discurso científico sobre o campo da pedagogia. Quem sabe sobre aquele que não aprende?

Depreendemos, de nossa pesquisa, que a questão do fracasso escolar expõe a problemática relação entre campos. Há uma inflação do saber do especialista, uma vez que este é mais rapidamente identificado no campo da ciência. E, diante da vigência do paradigma do cérebro, da valorização das neurociências e do cognitivismo, vemos a transdução da queixa escolar em distúrbio, de acordo com o dialeto cientificista que se solidificou na psiquiatria sob a influência de um modelo neurobiológico.

Os registros que foram realizados nos espaços de escuta ensejados pelas entrevistas, suscitaram-nos algumas questões. Por que o professor não se autoriza a sustentar um saber sobre o fracasso escolar? Não foi possível, em nossa investigação, destacar um ato das professoras frente a uma situação de não-aprendizagem que não fosse a repetição do fazer que reforça a ideia da defasagem. Pensamos, nesse sentido, no ato enquanto uma intervenção que reporte a uma outra cena, na qual a dificuldade escolar possa sair dos circuitos da impotência e possa ganhar uma outra estrutura que não seja a redução organicista, como a queixa escolar vem sendo tratada. De outro lado, parece-nos que há uma divisão assimétrica dos saberes sobre as dificuldades de aprendizagem. O valor atribuído à interpretação daqueles que estão inseridos no campo científico parece sobrepujar o que é dado àqueles que, supostamente, interpretam a questão a partir da empiria. Assim, o dito de um médico ou de um psicólogo sobre um aluno que não aprende teria maior consistência que a de um professor. Entretanto, não podemos deixar de indagar: O campo da pedagogia está fora das cercanias da ciência? Ouvem-se as crianças? Ouvem-se as famílias? Medicalizar a queixa escolar, aventamos, permite que os profissionais da saúde resguardem sua posição de mestria e confirmem um tratamento científico ao mal-estar na educação. Considerando essas elaborações, extraímos, de nossa pesquisa, três pontos que apresentaremos a seguir.

O primeiro é que pudemos escutar, por parte dos profissionais da saúde, que estes se colocam como aqueles que têm um *a mais* para poder compreender o que se passa com a criança que não aprende. Portanto, colocam-se na posição de mestria e, ainda, como profissionais que têm uma formação mais ampla, com maior capacidade de leitura; o ato de nomeação e de prescrição do que deve ser feito ainda é a finalidade de sua intervenção. A avaliação dos profissionais da saúde é a de que os professores não têm a formação adequada para lidar com todas as facetas do processo de escolarização, dizendo que estes têm uma visão mais limitada e que o encaminhamento é sempre no sentido de que uma resposta seja oferecida. Por mais que tenha havido esforços em problematizar essa inserção de uma visada médica na educação, esse fenômeno se repete e se atualiza. O discurso médico continua a fazer fronteira com o pedagógico desde o início da educação especial, e também, com a educação inclusiva.

Parece-nos, desse modo, que o discurso pedagógico se aliena ao médico. Corroboramos a proposição de Danziato, Martins e Matos (2018) de que “A adesão ao diagnóstico responde ao mal-estar estrutural da falta de um significante eletivo, de um nome que inscreva o sujeito no laço social.” (p. 47) Supomos, desta feita, que haja uma correspondência entre o que os professores demandam, dar um “tratamento científico” à queixa escolar, e a oferta que os profissionais médicos e psicólogos fazem, que é a de protocolar um lugar de objeto, nomeado pelo discurso científico, ao aluno que não aprende, ainda que essa nomeação não seja explícita. O posicionamento desses profissionais conflui para o que Lacan (2001) diz de uma copulação entre o Discurso da Ciência e o Discurso do Capitalista, com um diagnóstico que não interroga o sujeito, só confirma ou infirma uma etiqueta que lhe será colada, movimentando uma faixa de mercado da indústria farmacêutica, e alimentando um ideal de ciência, ao mesmo tempo em que exclui a singularidade.

O segundo ponto a ser destacado em nossa pesquisa, é a recorrência do enunciado de que *escola encaminha aquele e aquilo que não dá conta*. As próprias professoras dizem que diante de um aluno que não aprende, sentem-se expostas ao não saber e o encaminhamento ao especialista seria o complemento desse saber que lhes falta. Dentro do circuito que compõe os processos de medicalização, pudemos escutar que há um fracasso que antecede ao fracasso. Quando a professora ou a supervisora encaminha uma criança que não aprende, o que vai junto e que não nos pareceu ser explicitado, é o fracasso do profissional, da instituição. Nossa hipótese é a de que o que é vivido como fracasso diz respeito ao “impossível de educar”. Medicaliza-se o mal-estar na educação e, em consequência, medicaliza-se o desejo.

Pereira (2017), ao interpelar sobre o adoecimento dos professores de ensino básico, vai

identificar que há uma desistência, o profissional da educação cede ao seu desejo e, por consequência, há uma inibição. O autor nos dirá que “Uma inibição do ponto de vista da psicanálise é a expressão da restrição de uma função do Eu, uma defesa contra a angústia. (...) a inibição no trabalho leva o sujeito ou a viver uma diminuição do seu prazer nele, ou a tornar-se menos capaz de realizá-lo (...)” (p. 78) Perquirimos, nesse sentido, se não haveria nesse encaminhamento do que fracassa algo da inibição dessas profissionais. Por conseguinte, poderíamos supor que o recuo ao desejo subjaz à medicalização da queixa escolar. Recorrer ao discurso da ciência como forma de tratamento das dificuldades escolares faz-nos colocar em questão o que há de vacilante na função do professor/supervisor que o impede de autorizar-se de dizer sobre o fracasso escolar.

O terceiro ponto proveniente de nossa leitura é que, ainda que os profissionais da saúde se coloquem críticos aos encaminhamentos excessivos que a escola faz dos alunos que não aprendem, aponta que os profissionais da educação têm limitações para lidar com aquilo que queixam ou ponderem acerca da necessidade do diagnóstico, pois é a partir dele que orientam suas condutas clínicas. A primeira hipótese que quase todos os profissionais afirmaram considerar é o TDAH.

Deduzimos que, seja para confirmar, seja para negar, a concepção de déficit é a que norteia a clínica dos profissionais ouvidos. E, ainda que a nomeação não seja feita, esses profissionais se colocam como orientadores da prática do professor. Parte-se do pressuposto que o TDAH é uma baliza, uma referência para explicar o fracasso escolar, pois anula o fato de que há um sujeito e de que há singularidades em jogo. Türcke (2016), ao afirmar que vivemos em uma cultura da hiperatividade cujo foco é o TDHA, perfaz um caminho crítico para demonstrar que o que está em jogo é uma excitação da atenção e não uma perda. Para esse autor, a escola cumpriria a função de refrear a aceleração à qual as crianças são submetidas. Destacamos, neste último ponto, que o TDAH tem sido tomado como o paradigma para a leitura e as práticas relativas às dificuldades de aprendizagem. Isso nos leva a atentar para essa categoria diagnóstica, pois parece ocupar esse lugar dos sintomas numa época cuja ordem é gozar.

O TDAH, nomeação que vem revestida de todo o imaginário científico, surgindo como um efeito do paradigma do cérebro e que tenta traduzir a subjetividade por meio do funcionamento cerebral, cumpre a função de objeto mais-de-gozar. Trata-se de um diagnóstico universalizante. A questão que resta é se esse diagnóstico, via pela qual se medicaliza o não-aprender, não teria como desdobramento uma obstrução ao desejo do professor que lida com a criança que “fracassa”? E tomá-lo como sintoma poderia fazer

frente ao processo que segrega a singularidade? Se é necessário inscrever na criança a dupla contingência do sintoma e resgatar algo que pode colocá-la frente ao seu desejo, não seria necessário tomar a docência também como um sintoma? Lacan assinala que o sintoma é o que testemunha a existência do inconsciente. A *sociedade do sintoma*, como propõe Laurent (2007), não é o que poderia permitir que a Educação mantivesse com o discurso da ciência essa relação de serenidade, de dizer sim e não aos objetos que são oferecidos, inclusive às denominações diagnósticas? E tomar a docência como sintoma possibilitaria uma esquiwa ao gozo do “Para Todos” e tornaria possível de fato uma Educação onde a subjetividade estivesse incluída?

Por fim, consideramos que a medicalização, enquanto a tradução de fenômenos que comportam múltiplas determinações para os enunciados provenientes do discurso médico, ao precipitar-se sobre o campo educacional, revela-nos a face biopolítica imiscuída no ideal de uma política de educação que seja universal. Do que se conclui que o universal almejado pela política se acopla ao universal sobre o qual o discurso da ciência, idealizado a partir de uma noção de objetividade, amplia e recobre todos os fatos humanos. O que é cientificamente comprovado, ganha estatuto de verdade quando o capitalismo ordena as coisas. Orientando-nos pelo dito lacaniano de que a universalização promovida pela *copulação* ciência/capitalismo tem como principal efeito a segregação, perguntamo-nos sobre o que é excluído para que a medicalização vigore no campo educacional. O que se coloca ao largo da não-aprendizagem é a subjetividade. O que nossa pesquisa nos possibilitou reconhecer é que não se trata apenas da subjetividade do aluno, mas, também, da do profissional da educação. Portanto, inventar dispositivos de resistência à medicalização da queixa escolar, passa por fazer ascender ao desejo aquele que aprende, mas, de igual forma, aquele que ensina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, Giorgio. O que é um dispositivo. Outra travessia revista de literatura, Ilha de Santa Catarina, n.5. p. 9-16. 2005.

ALBERTI, Christiane. “*Estamos isolados juntos*”. *Laço social e segregação*. Conferência Internacional realizada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo em 25 de outubro de 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=gWUVXNJ7kZY>.

ALBERTI, Sônia; ELIA, Luciano. Psicanálise e Ciência: o encontro dos discursos. In: *Revista Mal Estar e Subjetividade*, vol. 8, n.3, 779-802, 2008

ANDRADE, Lucimary Bernabé P. Tecendo os fios da infância. In: *Educação infantil: discurso, legislação e práticas institucionais* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010, p. 47-77

ANGELUCCI, Carla Biancha; KALMUS, Jaqueline; PAPARELLI, Renata; PATTO, Maria Helena de S. O estado da arte da pesquisa sobre o fracasso escolar (1991-2002): um estudo introdutório. In: *Educação e Pesquisa*, São Paulo , v. 30, n. 1, p. 51-72, Abr. 2004.

ANGELUCCI, Carla Biancha. Fórum da Medicalização da Educação e da Sociedade. In: *Medicalização da Educação e da Sociedade: ciência ou mito?* Org: Viegas, Lygia de Souza; Ribeiro, Maria Izabel Souza; Oliveira, Elaine Cristina; Teles, Liliane Alves. Salvador:EDUFBA, 2014, p. 315-322

ANTUNES, Mitsuko M. Psicologia Escolar e Educaional: história, compromissos e perspectivas. In: *Psicologia Escolar e Educacional* (ABRAPEE), v.12, n.2, p.469-475.

ARAÚJO, Álvaro C.; NETO, Francisco L. A nova classificação americana para os Transtornos Mentais – o DSMS V. In: *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 2014, Vol. XVI, no. 1, 67 – 82, ISSN 1982-3541

ARIÉS, Philippe. *História social da criança e da família*. Trad. Dora Flaksman. 2ºed. RJ: LTC, 2006

BARBIANI, Rosângela; JUNGES, José Roque; ASQUIDAMINE, Fabiane; SUGIZAKI, Eduardo. Metamorfoses da medicalização e seus impactos na família brasileira. In: *Physis* . 2014, vol.24, n.2, pp.567-587.

BARBOSA, Analedy A.; Magalhães, Maria das Graças S. D. A concepção de infância na visão de Philippe Ariès e sua relação com as políticas públicas para a infância. In: *Examãpaku*. Boa Vista. Vol.1, n.1, 2008.

BAZZANELLA, Sandro.; ASSMANN, Sevino. A máquina/dispositivo política: a biopolítica, o estado de exceção, a vida nua. In: *LONGHI, A. J. Filosofia, política e transformação*. São Paulo: Leber Ars, 2012, p. 63-89.

BERCHERIE, Paul. A clínica psiquiátrica da criança: Estudo histórico. In: CIRINO, Oscar. *Psicanálise e psiquiatria com crianças: Desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Editora autêntica, 2001[1983], p.127-144.

BIRMAN, Joel. A *Physis* da Saúde Coletiva *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v. 15 (supl.), p. 11-16, 2005.

BRAGA, Sabrina G. *De medicações a mediações: avaliação-intervenção psicológica de queixas escolares em casos de diagnósticos de TDAH*. Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017, p.260

BRANT, Luiz Carlos; CARVALHO, Tales Renato. Metilfenidato: medicamento Gadget da contemporaneidade. In: *Interface*. Botucatu, v. 16, n. 42, p. 623-35, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF), 2012.

BRAUNSTEIN, Néstor. (2010) O discurso capitalista: quinto discurso? O discurso dos mercados (pst): sexto discurso? A escrita do furo. In: *A Peste*, v.2, n.1, jan/jun. São Paulo: Educ, 2010 p.143-165.

BROGNA, Patricia. Las representaciones de la discapacidad: la vigencia del pasado en las estructuras sociales presentes. In: *Visiones e revisiones de la discapacidad*.Org. Brogna, Patricia. Trad. Ventura, Mariano Sánchez. México, 2009, p.157-187

CALAZANS, Roberto; NEVES, Tiago I. Pesquisa em psicanálise: da qualificação desqualificante à subversão. *Ágora (Rio J.)*. vol.13, n.2, pp.191-205, 2010

CALIMAN, Luciana Vieira. A constituição sócio-médica do "fato TDAH". In: *Psicologia & Sociedade*. Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 135-144, 2009.

_____. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. In: *Psicologia: Ciência e Profissão*. Brasília, v. 30, n. 1, p. 46-61, 2010.

CAMARGO, Ana Carolina C. S. *Educar: uma questão metodológica*. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 2006.

CAMPOS, Roselane; SHIROMA, Eneida. O resgate da escola nova pelas reformas educacionais contemporâneas. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, Brasília, v. 80, nº 196, 1999. Publicada em 2002.

CAMPOS, Regina. Helena F. Helena Antipoff: razão e sensibilidade na psicologia e na educação. *Estudos Avançados*, vol.17, n° 49, 2003. 209-231.

CANGUILHEM, Georges. O cérebro e o pensamento. In: *Natureza Humana*. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 183-210, jan./jun. 2006.

CAPONI, Sandra. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. In: *A medicalização da vida como estratégia biopolítica*. Caponi, Sandra; Valencia, Maria Fernanda Vásquez; Verdi, Marta; Assmann, Sevino. São Paulo: Libers Ars, 2013, p.97-114

CÁRDENAS, Omar David M.; GUERRA, Andréa Máris C. Pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais na universidade: potencialidade política na subversão dos discursos. In:

Revista Pesquisa Qualitativa, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 227-250, ago. 2018.

CARRIJO, Adriana. (2010). Da pedagogização à medicalização: a construção social da infância pela representação do "cuidado". Recuperado em 18 de abril de 2013, de <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/trab completo 304.pdf?>

CARVALHO, José Sérgio F. de. A produção do fracasso escolar: *a trajetória de um clássico*. *Psicol. USP* [online]. 2011, vol.22, n.3, pp.569-578. ISSN 0103-6564. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642011005000023>.

CARVALHO, Tales F.; BRANT, Luiz Carlos; MELO, Marilene B. de. Exigências de produtividade na escola e no trabalho e o consumo de metilfenidato. In: *Educ. Soc.*, Campinas, v. 35, n. 127, p. 587-604, abr.-jun. 2014 Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>

CASTRO, Júlio Eduardo de. Considerações sobre a escrita lacaniana dos discursos. In: *Ágora*. Rio de Janeiro, v. XII, n.2, jul/dez 2009, pp 245-258.

CIRINO, Oscar. *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

CLAVREUL, Jean. *A ordem médica: Poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COHEN, Ruth Helena P. *A lógica do fracasso escolar: Psicanálise & educação*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2006.

COHEN, Maria Antonieta A. M. A questão do sujeito e algumas articulações possíveis: a análise do discurso e a psicanálise. In: Proença Lara, G; Machado, Ida L.; Emediato, W. *Análises do discurso hoje.*, vol 1, RJ: Nova Fronteira, 2008.

_____. *A questão do sujeito na AD e na psicanálise*. 2019 (no prelo).

_____. *As teorias da linguagem e a questão da linguagem em psicanálise*. 2019 (no prelo).

CORD, Denise; GESSER Marivete; NUNES Alana de S. B.; STORT, Moysés M. T. As significações de profissionais que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) acerca da dificuldade de aprendizagem: patologização e medicalização do fracasso escolar. In: *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2015, 35(1),40-53).

CORREIA, Marcius Vinicius G. *Diálogo intersectorial educação-saúde no atendimento público municipal à demanda de queixa escolar: um estudo de caso no município de São Paulo*. Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016, p.231.

COTRIN, Jane Teresinha Domingues. *Itinerários da Psicologia na Educação Especial: uma leitura histórico-crítica em Psicologia Escolar*. Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como requisito parcial ao título de doutora em Psicologia. São Paulo, 2010.

COUTINHO, Luciana G.; CARNEIRO, Cristiana. Infância, adolescência e mal-estar na escolarização: interlocuções entre a psicanálise e a educação. In: *Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 109-129, 2016.

COUTO, Margaret P. As contribuições da Psicanálise à Educação. In: *Sapere Aude*. Vol. 10, n.19, p. 310-318, 2019.

_____. O fracasso escolar e a família: o que a clínica ensina? 2011. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de doutora em Educação, 2011.

_____. Psicanálise e educação: uma investigação das queixas escolares. 2004. Disponível: http://ebp.org.br/wpcontent/uploads/2012/08/Margaret_Pires_do_Couto_Psicanalise_e_educacao1.pdf

CRUZ, Murilo Galvão Amancio; OKAMOTO, Mary Yoko; FERRAZZA, Daniele de Andrade. O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. In: *Interface (Botucatu)*. vol.20, n.58, pp.703-714, 2016.

DANNER, Fernando. O Sentido da Biopolítica em Michel Foucault. In: *Revista Estudos Filosóficos*. n. 4, p. 143-157, Minas Gerais, 2010. Disponível em . Acesso em jan. 2015.

DANZIATO, Leonardo; MARTINS, Ana Carolina; MATOS, Sabrina S. Psicanálise e Biopolítica: o fascínio do discurso médico. In: *Revista Subjetividades*. Ed. Especial: 44-54, 2018.

DARMON, Marc. Os quatro ou cinco discursos. In: *Ensaio sobre topologia lacaniana*. Porto Alegre: Artes Médica, 1994, pp.212-216.

DARRIBA, Vinicius A. Perspectivas da relação entre psicanálise e ciência em Lacan. In: *Tempo Psicanalítico*. Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 11-37, jun. 2019

DE LUCCIA, Dana P. de B. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) diagnosticado na infância: a narrativa do adulto e as contribuições da psicanálise. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014, p.151.

DE MAUSE, Lloyd. Historia de la infancia. Madri, Alianza Universid: 1991

DEBIEXU ROSA, Mirian. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. In: *Revista Mal-estar e Subjetividade*. Fortaleza, 2004. v. IV, n. 2, set./2004, p.329-348.

DINIZ, Margareth. Formação Docente para a Diversidade e a Inclusão. In: *Revista Educação em Foco*. UEMG, ano 14, n. 18, 2011, p. 39-55. Disponível em: revista.uemg.br/index.php/educacaoemfoco/article/view/230

DOMITROVIC, Nathalia ; CALIMAN, Luciana Vieira. As controvérsias sócio-históricas das práticas farmacológicas com o metilfenidato. IN: *Psicologia e Sociedade*. 2017, vol.29,

e163163. Epub May 07, 2018. ISSN 0102-7182. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29163163>.

DONZELOT, Jacques. (1986). A polícia das famílias (M.T. da Costa Albuquerque, Trad., 2a ed.). Rio de Janeiro: Graal

DUARTE, Rosália. (2004). Entrevistas em pesquisa qualitativa. *Educar*, n. 24, p. 213-225.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRYLLOS NETO, Fuad. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, Dec. 2011.

DUNKER, Christian. Lacan e a Análise de Discurso. In: *Discurso e Sujeito: tramas de significantes*. Baldini, Lauro; Abrhão e Souza, Lucílica (org). São Carlos: EduFCar, 2014, p. 143-180.

DUNKER, Christian; PAULON, Clarice, MILÁN-RAMOS, J. Guilherme. *Análise Psicanalítica de Discurso: perspectivas lacanianas*. São Paulo: Estação das Letras e Cores, 2016.

EHRENBERGER, Alain. O sujeito cerebral. In: *Psicologia Clínica*. vol.21 no.1, 2009, p. 187-213

FACCI, Marilda G. D.; Eidt, Nadia Mara. Formação do psicólogo para atuar na instituição escolar: a queixa escolar em questão. In: *Psicologia e Educação*. Orgs: Azzi & Gianfaldoni. 2011, p. 129-156.

FANIZZI, Caroline. A educação e a busca por um laudo que diga quem és. Dissertação apresentada à Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, como requisito para obtenção do título de mestre em Educação, 2017.

FERRARI, Ilka F. No século da biologia: o corpo erógeno. In: Tempo Psicanalítico. Rio de Janeiro, v.40, 2008, pp. 213-225.

FERRAZ, Hélder; NEVES, Tiago; NATA, Gil. A emergência e evolução da educação compensatória na teoria e na prática: Fragilidades e possibilidades. In: *Educação, Sociedade & Culturas*, 52, 2018, p. 83-103.

FIGUEIREDO, Luís Claudio; MINERBO, Marion. Pesquisa em psicanálise: algumas idéias e um exemplo. In: *Jornal de Psicanálise*. 2006, vol.39, n.70, p.257-278.

FISCHER, Rosa Maria B. Foucault. In: *Estudos do Discurso: perspectivas históricas*. Org. Amaral Oliveira, L SP: Parábola Editorial, 2013, pp 123-151.

FOCHESATTO, Waleska Pessato Farenzena. A cura pela fala. In: Estudos Psicanalíticos. Belo Horizonte, n. 36, p. 165-171, dez. 2011.

FOUCAULT, Michel. Historia de la medicalización. In: *Educación médica y salud*. Vol. 11, No. 1, pp. 1-25, 1977.

_____. *A Ordem do Discurso*. São Paulo: Loyola, 1996.

_____. História da sexualidade vol 1. A vontade de saber. RJ: Ed. Graal, 1999.

_____. *Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1980/2002.

_____. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. 2º ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FREUD, Sigmund. Vol. VI. *A psicopatologia da vida quotidiana* (1901). In S. Freud. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud Rio de Janeiro: Imago.

_____. Vol. VIII. *Os chistes e sua relação com o inconsciente* (1905). In S. Freud. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago.

_____. Vol. XI. *A significação antitética das palavras primitivas* (1910). In S. Freud. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud . Rio de Janeiro: Imago.

_____. Vol. XIII. *O interesse científico da psicanálise* (1913.). IN: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (, pp. 169-192). Rio de Janeiro: Imago.

_____. Vol. XVIII. *Psicologia de massas e análise do Ego* (1921). Obras Completas, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. Vol. XIV. *Prefácio à juventude desorientada de Aichhorn*. (1925). In: In S. Freud. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud . Rio de Janeiro: Imago 1976. p.341-346.

_____. Vol. XXI. *O mal-estar na civilização* (1930). In S. Freud. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.

GARCIA, Rosalba Maria Cardoso; MICHELS, Maria Helena. A política de educação especial no Brasil (1991-2011): uma análise da produção do GT15 - educação especial da ANPED. In: *Revista Brasileira de Educação Especial*. Marília , v. 17, n. spe1, p. 105-124, Aug. 2011 .

GASKEEL, George. Entrevistas individuais e grupais. Pesquisa qualitativa com textos, imagens e sons. In: Bauer, M.W.; Gaskell, G. 5ºed. SP: Vozes, 2007, p. 64-89.

GHIRALDELLI JUNIOR, Paulo. A teoria educacional no Ocidente: entre modernidade e pós-modernidade. In: *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo, v. 14, n. 2, p. 32-36, abr./jun. 2000.

GILL, Rosalind. Análise de discurso. In: Bauer, M. W. & Gaskell, G. (org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 244-270.

GOULART, Iris B. *Psicologia da Educação: fundamentos teóricos, aplicações à prática pedagógica*. 21º ed. Petrópolis: Vozes.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. In: *Educação e Pesquisa*. São Paulo. v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr, 2007.

HELSINGER, Natasha Mello. A concepção normativa do funcionamento psíquico e os processos de subjetivação: o cérebro na era da pós-psicanálise. In: *Revista Epos* [online]. 2015, vol.6, n.1, pp. 4-34. ISSN 2178-700X.

JATOBÁ, Carla. *Às sombras das escalas: um estudo sobre a concepção de anormalidade em Alfred Binet*. BH: Fino Traço, 2016.

KAMERS, Michele. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. In: *Estilos Da Clinica*, 18(1), 153-165. 2013.

KEHL, Maria. Rita. Em defesa da família tentacular. In: GROENINGA, G. C.; PEREIRA, R. C. (Org.). *Direito de família e psicanálise: rumo a uma nova epistemologia*. Rio de Janeiro: Imago, 2003. p. 163-173.

KLEIN, Lígia Regina. *Cadê a criança do Ariès? A fábrica comeu...*In: IX Seminário Nacional de Estudos e Pesquisas “História, Sociedade e Educação no Brasil”. Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa. 31/07 a 03/08 de 2012. Anais Eletrônicos – ISBN 978-85-7745-551-5. Disponível em: http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/seminario/seminario9/PDFs/4.26.pdf

KULESZA, Wojciech A. Genealogia da Escola Nova no Brasil. Natal: II Congresso Brasileiro de História da Educação, 2002.

KUPFER, Maria Cristina M. A contribuição da psicanálise aos estudos sobre família e educação. In: *Psicologia USP*, vol. 3 n. (1-2), 77-82, 1992 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-51771992000100008>

KUPFER, Maria Cristina. Tratar e educar essas crianças pouco normais. In: Anais 4 Col. LEPSI IP/FE-USP Outubro, 2002, p.108-115

LACAN, Jaques. (1967). *Pequeno discurso aos psiquiatras* (C. M. Simões, trad.). Recuperado em outubro, 2019, de <https://pt.scribd.com/document/270116905/Discurso-Aos-Psiquiatras>

_____. *O lugar da psicanálise na medicina*. In: Opção Lacaniana. n.32, p. 8-14, 2001[1966]. Disponível em: <http://www.pospsi.ufba.br/Lacan-O-Lugar-da-Psicanalise-na-Medicina.pdf>

_____. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003a, p.248-264.

_____. (1970). Radiofonia. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003b, p.400-44.

_____. *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. *Seminário 17 - O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. Duas notas sobre a criança. In: *Opção Lacaniana*, 21, 1998[1969] p 5-6.

_____. A ciência e a verdade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998 p.869-892.

LAJONQUÈRE, Leandro de. A psicanálise e o debate sobre o desaparecimento da infância. In: *Educação & Realidade*. Vol 31, n.1, 2006, p.89-106.

_____. (PSICO) pedagogia, psicanálise e educação: uma aula introdutória. In: *Revista Estilos da Clínica*. São Paulo, v. 3, n. 5, p. 120-134, 1998. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281998000200014&lng=pt&nrm=iso>.

LAURENT, Éric. Os efeitos da psicanálise no tecido da civilização. In: *Opção Lacaniana online*. ano 8, n. 22, março 2017.

_____. *A sociedade do sintoma; a psicanálise, hoje*. Rio de Janeiro: Editora Contracapa, 2007.

LEAVY, Pía. “Transtorno ou mal educación?” Reflexiones desde la antropología de la niñez sobre un caso de TDAH en el ámbito escolar. In: *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (2), pp. 675-688, 2013.

LEMONS, Flávia Cristina S. A medicalização da educação e da resistência no presente: disciplina, biopolítica e segurança. *Psicologia Escolar e Educacional*, Campinas, v. 18, n. 3, p. 485- 492, dez. 2014.

MACHADO, Adriana M. Exercícios de superação da lógica da medicalização: a escrita de relatórios. In: *Medicalização da Educação e da Sociedade: ciência ou mito?* Org: Viegas, Lygia de Souza; Ribeiro, Maria Izabel Souza; Oliveira, Elaine Cristina; Teles, Liliane Alves. Salvador: EDUFBA, 2014, p. 93-104.

MANDIL, Ram. A biopolítica do déficit de atenção. In: *A psicanálise do hiperativo e do destanto...com Lacan*. Orgs: Santiago, Ana Lydia; Mezênic, Márcia. BH: Editora Scriptum, 2013, pp. 55-65.

MARFINATI, Anahi C.; ABRÃO, Jorge Luís F. Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo. In: *Estilos da Clínica*. São Paulo, v. 19, n. 2, ago. 2014, p. 244-262.

MARTINHAGO, Fernanda; CAPONI, Sandra. *Breve história das classificações em psiquiatria*. In: *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*. Florianópolis, v.16, n.1, p.74-91 Jan-Abr 2019

MBEMBE, Achille. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte.

Tradução de Renata Santini. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

MEIRA, Marisa Eugênia M. Para uma crítica da medicalização na educação. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, SP, v.16, n.1, jan/jun de 2012, pp. 135-142.

MEIRIEU, Philippe; MILLER, Jacques-Allain. Jacques-Alain Miller pergunta a Philippe Meirieu sobre a hegemonia do cognitivismo. *Revista Cien Digital*, No 3, março de 2008, p. 8- 12.

MILLER, Jacques-Alain. Uma fantasia. In: *Revista Opção Lacaniana*, 2005 n. 42, p. 7-18, MINAS GERAIS. Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais. *Atenção em Saúde Mental*. 2º edição. Belo Horizonte, 2007.

MONTEIRO, Helena R. O dispositivo fórum e o processo de desmedicalização. In: *Medicalização da Educação e da Sociedade: ciência ou mito?* Org: Viegas, Lygia de Souza; Ribeiro, Maria Izabel Souza; Oliveira, Elaine Cristina; Teles, Liliane Alves. Salvador: EDUFBA, 2014, p. 315-322.

MOREIRA, Daiane de J.; CASTRO Mardem G. de. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como porta de entrada oficial do psicólogo na Atenção Básica. In: *TransFormações em Psicologia*, 2009, volume 2, nº 2, p. 51-64.

MOURA, Tiago Bastos de; VIANA, Flávio Torrecilas; LOYOLA, Viviane Dias. *Uma análise de concepções sobre a criança e a inserção da infância no consumismo*. In: *Psicologia Ciência e Profissão*. Brasília, v. 33, n. 2, p. 474-489, 2013.

MOYSÉS, Maria Aparecida A.; COLLARES, Cecília A. L. Inteligência abstraída, crianças silenciadas: as avaliações de inteligência. In: *Psicologia USP*, São Paulo, v.8, n.1, p. 63-89, 1997.

MOYSÉS, Maria Aparecida A.; COLLARES, Cecília A. L. Mais de um século de patologização da educação. In *Fórum: diálogos em psicologia*, Ourinhos, SP, 2014, 1(1), p.50-64.

MUCHAIL, Salma T. *Foucault, simplesmente*. SP: Edições Loyola, 2004.

NABUCO, Maria Eugênia. Práticas Institucionais e Inclusão Escolar. In: *Cadernos de Pesquisa*. v.40, n.139, p.63-74, jan./abr., 2010.

NALLI, Marcos. A abordagem imunitária de Roberto Esposito: biopolítica e medicalização. In: *A medicalização da vida como estratégia biopolítica*. Caponi, Sandra; Valencia, Maria Fernanda Vásquez; Verdi, Marta; Assmann, Sevino. São Paulo: Libers Ars, 2013, p. 45-54.

NASCIMENTO, Cláudia T.; BRANCHER, Vantoir Roberto; OLIVEIRA, Valeska F. A construção social do conceito de infância: uma tentativa de reconstrução historiográfica. In: *LINHAS*, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 04 .18, janeiro / junho 2008.

NASSIF, Lilina E.; CAMPOS, Regina Helena de F. Édouard Claparède (1873-1940). In: *Memorandum: Memória E História Em Psicologia*, 9, 2005, p. 91-104.

ORTEGA, Francisco. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.8, n.14, pp. 9-20, set 2003- fev 2004 .

ORTEGA, Francisco; BARROS, Denise; CALIMAN, Luciana; ITABORAHY, Claudia; JUNQUEIRA, Livia; FERREIRA, Claudia P. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. In: *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 14, n. 34, p. 499-510, jul.-set. 2010.

PATTO, Maria Helena de S. A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: Editora Intermeios, 2015.

PEREIRA, Edna M. A escola e as políticas educacionais: algumas considerações históricas. In: XXVI Simpósio Brasileiro de Política e Administração da Educação. Recife (2013). Disponível em <http://www.anpae.org.br/simposio26/1comunicacoes/EdnaMarzzitelliPereira-ComunicacaoOral-int.pdf>

PEREIRA, Marcelo Ricardo. O mestre nos quatro discursos. In: A impostura do mestre. BH: Argvmentvm Editora. 2008 Pereira, Marcelo Ricardo. Pode autorizar-se de si mesmo um professor?. In: *O nome atual do mal-estar docente*. BH: Fino Traço, 2016, pp.179-198.

_____. De que hoje padecem os professores da Educação Básica? In: *Educar em Revista*. 2017, n.64, pp.71-87.

PROENÇA, Marilene. Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In: *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. Conselho Regional de Psicologia – SP. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p. 57-68.

QUINET, Antônio. A Ciência Psiquiátrica nos Discursos da Contemporaneidade. In: *Psicanálise, Capitalismo e Cotidiano*. GO: Edições Germinal, 2002, p. 31-38.

_____. O campo do gozo e seus discursos. In: *Laço social e psicose: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. 2 ed. RJ: Jorge Zahar, 2010.

RAHME, Mônica Maria F. *Laço social e Educação: um estudo sobre os efeitos do encontro com o outro no contexto escolar*. BH: Editora Fino Traço, 2014.

RESENDE, Marina Silveira de; PONTES, Samira; CALAZANS, Roberto. *O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência*. In: *Psicologia em Revista*. Belo Horizonte , v. 21, n. 3, p. 534-546, set. 2015 .

REVEL, Judith. Michel Foucault: conceitos essenciais. São Carlos: Claraluz, 2005.

REZENDE, Tânia Maria A. de C. Da criança problema na educação infantil à criança como enigma: uma direção marcada pela psicanálise. Dissertação Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Educação. Área de Concentração: Psicologia e Educação – Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. Orientação Leny Magalhães Mrech. São Paulo: s.n., 2013.

ROHDE, Luis Augusto; BARBOSA, Genário; TRAMONTINA, Silzá; POLANCZYK, Guilherme. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. In: Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo , v. 22, supl. 2, p. 07-11, Dec. 2000 .

SALVADOR, César Coll & Cols. A psicologia da educação e a psicologia do ensino. In: *Psicologia do Ensino*. Porto Alegre: Artmed, 2000, p 21-77.

SANTIAGO, Ana Lydia. *A inibição intelectual na Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

SANTOS, Alessandro de O. dos; SCHUCMAN, Lia V.; MARTINS, Hildeberto V. Breve histórico do pensamento psicológico brasileiro sobre relações étnico-raciais. In: *Psicologia Ciência e Profissão*. Brasília , v. 32, n. especial, 2012, p. 166-175.

SANTOS, Irene da S. F. dos; PRESTES, Reulcinéia Isabel; VALE, Antônio Marques do. B. 1930-1961: Escola Nova, LDB e disputa entre escola pública e escola privada. In: *Revista HISTEDBR On-line*, Campinas, n.22, jun. 2006, p.131-149.

SAURET, Marie-Jean. A pesquisa clínica em psicanálise. In: *Psicologia USP*, vol.14, n. 3, 2003, p.89-104.

SAWAYA Sandra Maria. Desnutrição e baixo rendimento escolar: contribuições críticas. In: *Estudos Avançados*. 2006. Vol.20, n.58, p.133-46.

SHICOTTI, Rosana Vera de O. *TDAH e infância contemporânea: um olhar a partir da psicanálise*. Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP, para a obtenção do título de doutora em Psicologia, 2013.

SILVA, Maria Cecília de V. M. *A compreensão da medida e a medida da compreensão: origens e transformações dos testes psicológicos*. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2010.

SILVEIRA, Tacito Carderelli da. *Da infância inventada à infância medicalizada: considerações psicanalíticas*. Tese apresentada à Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo para obtenção do título de doutor em Educação, 2015.

SIMONETTI, Ana. *O desejo medicalizado*. Palestra proferida no VI Encontro Americano de Psicanálise de Orientação Lacaniana e XVIII Encontro Internacional do Campo Freudiano: Falar com o corpo. A crise das normas e a agitação do Real. Buenos Aires, novembro de 2013. Disponível em: <http://www.enapol.com/pt/template.php?file=Las-Conversaciones-del-ENAPOL/El-deseo-medicalizado/Ana-Simonetti.html>.

SIMONI-CASTRO, Naeli; GOMES, Cláudia Ap. Valderramas. Medicalização Escolar em Periódicos de Psicologia e Educação no Triênio 2010-2012. In: *Psico-USF*. vol.22, n.3, pp.425-436, 2017.

SODRÉ, Marina. ; BARROS, Rita Maria Manso de . *Escola para todos, não sem o ineducável de cada um: saúde e pathos na educação brasileira hoje*. In: VI Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 2014,

Belo Horizonte. Ania do VI Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 2014. p. 1-9.

SODRÉ, Marina . *Incidências do discurso da ciência e do capitalista na educação*: notas de uma pesquisa. In: X Simpósio do Programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ: Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito, 2013, Rio de Janeiro. Anais do X Simpósio do Programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ: Psicanálise e saúde: entre o Estado e o sujeito, 2013. p. 144-151.

SOJA, Edward. Especializações; a geografia marxista e a teoria social crítica. In: SOJA, E. *Geografias pós-modernas: reafirmação do espaço na teoria social*. RJ: Jorge Zahar, 1993, p57-96.

SOLER, Colette. *Apalabrados por el capitalismo*. Conferência proferida na V Jornada de Clínica de Adultos I intitulada "El Psicoanálisis en la Crisis del Lazo Social", no ano de 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fBz0WBiDkMw>

SORBARA, Giuliana. TDAH: um sintoma social? In: *Temas em Educação e Saúde*. Araraquara, SP. V.10, mar. 2017

SOUZA, Beatriz de Paula. Orientação à queixa escolar: na contramão da medicalização da Educação e da vida. In: *Medicalização da Educação e da Sociedade: ciência ou mito?* Org: Viegas, Lygia de Souza; Ribeiro, Maria Izabel Souza; Oliveira, Elaine Cristina; Teles, Liliane Alves. Salvador: EDUFBA, 2014, p.69-92

SOUZA, Luis Antonio F. Dilemas e Hesitações da modernidade tardia e a emergência da sociedade de controle. *Revista Mediações*, Londrina, v.15, n.2, p. 78-89, jul/dez. 2010.

SOUZA, Marcelo José L. de. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, Iná Elias; GOMES, Paulo César da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato. *Geografia: conceitos e temas*. 2ªed. RJ: Bertrand Brasil, 2000, p.77-116.

TENDLARS, Silvia Elena. A atenção que falta e a atividade que sobra: reflexões sobre o TOD-TDAH. In: *A psicanálise do hiperativo e do desatento...com Lacan*. Orgs: Santiago, Ana Lydia; Mezênico, Márcia. BH: Editora Scriptum, 2013, pp. 45-54.

TESHAINER, Marcus. *Psicanálise e Biopolítica: contribuição para a ética e a política em Michel Foucault*. Porto Alegre: Zouk, 2006.

TÜRCKE, Christoph. *Hiperativos: abaixo a cultura do déficit de atenção*. São Paulo: Paz e Terra, 2016.

VOLTOLINI, Rinaldo. Psicanálise e inclusão escolar: direito ou sintoma? In: *Estilos Da Clínica*. Vol. 9, n. 16, p.92-101, 2004.

_____. *Educação e psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

_____. *Psicanálise e Formação de professores: antiformação docente*. São Paulo: Zagodoni Editora, 2018, p. 19-108.

ZORZANELLI, Rafaela T.; CRUZ, Murilo G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 70. *Interface (Comunicação, Saúde, Educação)*, v. 22. n. 66, p. 721-31, 2018.

ZUCOLOTO, Patricia Carla S. do V. O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar. In: *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*. 2007, vol.17, n.1, pp. 136-145.

ANEXO I

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Eu, Silmar Francisco dos Santos, ocupante do cargo SME, na Secretaria Municipal de Educação, após ter tido conhecimento do projeto de pesquisa intitulado “**Investigando a medicalização da queixa escolar a partir dos discursos dos profissionais da saúde e da educação em um município mineiro**”, que necessita coletar informações de Planos de Desenvolvimento Individual (PDIs) e relatórios, com o objetivo de compreender como os profissionais de educação procedem frente às queixas escolares, autorizo os pesquisadores a acessarem os dados para o referido projeto.

São dados a serem coletados somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP-UFGM), concernentes a encaminhamentos, prontuários e relatórios produzidos no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2019

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Para dúvidas de aspecto ético, pode ser contactado o Comitê de Ética em Pesquisa da UFGM (CEP/UFGM): Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901 Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005 Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Mediante esta autorização, os pesquisadores devem comprometer-se a preservar as informações dos Planos de Desenvolvimento Individual (PDIs) e relatórios, e a garantir a plena confidencialidade dos mesmos e a identidade dos participantes da pesquisa, garantindo que o uso das informações não provoque prejuízo para os mesmos. Da mesma forma, devem assegurar que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito, com restrito interesse científico. Faz-se notar que os dados serão armazenados em banco de dados da pesquisadora responsável. Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares.

Antes de iniciar a coleta de dados, o (a) pesquisador (a) deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Bom Sucesso, 23 de junho de 2019

Silmar Francisco dos Santos

Concordância do Responsável

Silmar Francisco dos Santos
Secretário Municipal de Educação
e Cultura

Nós, pesquisadores abaixo assinados, comprometemo-nos, em caráter irrevogável, manter o sigilo e a confidencialidade em relação à identificação do sujeito e demais dados dos Planos de Desenvolvimento Individual (PDIs) e relatórios. Garantimos que as informações a serem coletadas serão utilizadas exclusivamente para realização do presente projeto de pesquisa.

Declaramos entender que a integridade das informações e a garantia da confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas estão sob nossa responsabilidade. Também declaramos que não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

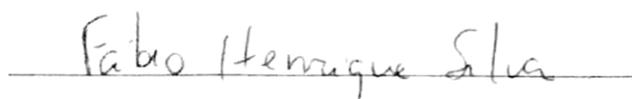
Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para este projeto. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP UFMG.

Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda dos direitos dos participantes.

Belo Horizonte, 23 de Janeiro de 2019



Assinatura da pesquisadora responsável
Prof. Dra. Mônica Maria Farid Rahme
Telefone: (31) 3409-6225 e (31) 99136-2310 e-mail: monicarahme@hotmail.com
Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Educação
Belo Horizonte - MG



Assinatura do pesquisador co-responsável
Fábio Henrique Silva
Telefone: (35) 998139727
e-mail: fabiohsilva.86@gmail.com
Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Educação /
Belo Horizonte - MG

ANEXO II

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Eu, Rui MAURICIO SOARES, ocupante do cargo SECRETÁRIO MUNICIPAL SAÚDE, na PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO, após ter tido conhecimento do projeto de pesquisa intitulado “**Investigando a medicalização da queixa escolar a partir dos discursos dos profissionais da saúde e da educação em um município mineiro**”, que necessita coletar informações dos prontuários e encaminhamentos, com o objetivo de compreender como os profissionais de saúde lidam com as demandas escolares autorizo os pesquisadores a acessarem os dados para o referido projeto.

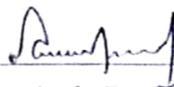
São dados a serem coletados somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP-UFMG) concernentes a encaminhamentos, prontuários e relatórios produzidos no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2019

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Para dúvidas de aspecto ético, pode ser contactado o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CEP/UFMG): Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901 Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005 Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

Mediante esta autorização, os pesquisadores devem comprometer-se a preservar as informações dos prontuários, encaminhamentos e relatórios, e a garantir a plena confidencialidade dos mesmos e a identidade dos participantes da pesquisa, garantindo que o uso das informações não provoque prejuízo para os mesmos. Da mesma forma, devem assegurar que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito, com restrito interesse científico. Faz-se notar que os dados serão armazenados em banco de dados da pesquisadora responsável. Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Bom Sucesso, 25 de JANEIRO de 2019



Rui Mauricio Soares
Secretário Municipal de Saúde
Gestor do SUS

Concordância do Responsável

Nós, pesquisadores abaixo assinados, comprometemo-nos, em caráter irrevogável, manter o sigilo e a confidencialidade em relação à identificação do sujeito e demais dados dos prontuários, encaminhamentos e relatórios. Garantimos que as informações a serem coletadas, serão utilizadas exclusivamente para realização do presente projeto de pesquisa.

Declaramos entender que a integridade das informações e a garantia da confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas estão sob nossa responsabilidade. Também declaramos que não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para este projeto. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP UFMG.

Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda dos direitos dos participantes.

Belo Horizonte, 25 de janeiro de 2019

Mônica Maria Farid Rahme

Assinatura da orientadora da pesquisa
Prof. Dra. Mônica Maria Farid Rahme
Telefone: (31) 3409-6225 e (31) 99136-2310 e-mail: monicarahme@hotmail.com
Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Educação
Belo Horizonte - MG

Fábio Henrique Silva

Assinatura do pesquisador co-responsável
Fábio Henrique Silva
Telefone: (35) 998139727
e-mail: fabiohsilva.86@gmail.com
Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Educação
Belo Horizonte - MG

ANEXO III

Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **“Investigando a medicalização da queixa escolar a partir dos discursos dos profissionais da saúde e da educação em um município mineiro”**. Esclarecemos que sua participação não é obrigatória e que a desistência do consentimento poderá ocorrer a qualquer momento.

O objetivo dessa pesquisa é compreender como a queixa escolar é tratada na interseção dos campos Educação-Saúde. Nosso escopo é verificar, nesse sentido, os impactos dessa articulação em termos de uma prática pedagógica que se dê baseada nos princípios de uma educação inclusiva. Sua participação nessa pesquisa consiste na realização de uma entrevista que pretende conhecer melhor seu trabalho em relação às crianças que apresentam queixa escolar, quer sejam dificuldades de aprendizagem, quer sejam questões comportamentais. Essa pesquisa busca ampliar os conhecimentos sobre o tema e contribuir para que se possa pensar na atuação de profissionais dos campos da Educação e da Saúde.

No decorrer da pesquisa, o(a) participante não correrá riscos graves, seja de natureza física, psicológica, social ou econômica. Observamos, no entanto, que poderá haver riscos mínimos, comparáveis ao risco existente em atividades rotineiras como uma conversa, que pode acarretar cansaço ou gerar emoções diversas. Nesse caso, o pesquisador estará atento a qualquer sinal de desconforto por parte do (a) participante e buscará minimizá-los, esclarecendo dúvidas e ou adaptando as estratégias de ação.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Para tanto, serão utilizados nomes fictícios para se referir aos participantes nas publicações originadas por este estudo, e não serão divulgados quaisquer dados que possam identificá-los.

As entrevistas serão registradas em áudio, através de gravador e com a anuência prévia do informante. Posteriormente, serão transcritas. Os dados provenientes do procedimento de coleta, serão armazenados pelos próprios pesquisadores, por pelo menos cinco anos, em banco de dados da pesquisadora responsável, localizado na Faculdade de Educação - Departamento de Ciências aplicadas à educação Avenida Antônio Carlos, 6627 sala 1610.

Observamos que a participação na pesquisa não implica em ônus ao participante, assim como não haverá qualquer retribuição financeira.

Consideramos que a pesquisa poderá trazer contribuição à prática dos profissionais da área da educação e da saúde no trato de questões referentes às queixas escolares.

Você receberá uma via desse termo onde consta o endereço eletrônico e o telefone dos pesquisadores responsáveis, podendo tirar eventuais dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação a qualquer momento.

Informações ou dúvidas quanto à condução ética da pesquisa podem ser obtidas no Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais pelo telefone (31) 3409 4592 ou pelo endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II – 2º andar, sala 2005 – Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Cep: 31270 901.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura da pesquisadora responsável
Prof. Dra. Mônica Maria Farid Rahme
Telefone: (31) 3409-6225 e (31) 99136-2310 e-mail: monicarahme@hotmail.com
Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Educação
Belo Horizonte – MG

Assinatura do pesquisador co- responsável
Fábio Henrique Silva
Telefone: (35) 998139727
e-mail: fabiohsilva.86@gmail.com
Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Educação
Belo Horizonte - MG

Declaro que entendi o exposto acima e concordo em participar,

Participante da pesquisa

ANEXO IV

Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada :Profissionais de Educação

Concepções sobre a queixa escolar

- Como as (os) profissionais de educação avaliam as crianças que apresentam dificuldades no processo de aprendizagem?
- Quem faz a avaliação das dificuldades do processo de escolarização
- Quais fatores definem a dificuldade no processo de aprendizagem?

Estratégias da Escola para lidar com situações de queixa

- Como a escola lida com essas situações?

Processo de Encaminhamento

- Por que a escola encaminha alunos para os serviços de saúde?
- Quando se realiza um encaminhamento, quais as expectativas da escola?

Relação escola –família- desafios da escolarização

- Há comunicação com as famílias nessas situações?

Articulação profissionais de educação e profissionais de saúde. Relação entre setores (saberes)

- Há comunicação com os profissionais de saúde nessas situações?
- As observações realizadas na escola são levadas em consideração pelos profissionais de saúde?

Diagnóstico e Prática Pedagógica

- Qual a importância do diagnóstico?
- A seu ver, como o diagnóstico contribui para a prática pedagógica?
- Quais efeitos o diagnóstico pode trazer para a criança?
- Haveria outras formas de lidar com a queixa escolar para além do encaminhamento?
- Qual lugar a escola dá ao saber dos profissionais de saúde?

ANEXO V

Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada: Profissionais de Saúde

Processo de encaminhamento / Recebimento da demanda

- Como os encaminhamentos escolares chegam aos serviços de saúde?
- A solicitação de atendimento é acompanhada de relatório acerca da criança encaminhada?

Relação profissional de saúde-profissional de educação / Relação entre saberes

- Há contato com a escola a fim de obter informações acerca da vida escolar da criança?

Fatores considerados na compreensão da queixa escolar

- As famílias são ouvidas no processo do encaminhamento?
- Quais os aspectos a serem avaliados em relação à criança que apresenta queixa escolar?

Avaliação e Diagnóstico

- Quais procedimentos utilizados para realizar a avaliação?
- Quais fatores são considerados preponderantes para a realização do diagnóstico?
- A avaliação permite a definição de um diagnóstico?

Intervenção e Conduta

- Quais condutas são adotadas na avaliação do caso pela Saúde (encaminhamento para outros profissionais, exame, prescrição de medicamento)?

Visão do diagnóstico para a prática pedagógica

- A seu ver, como o diagnóstico pode interferir na prática pedagógica da escola em relação à criança encaminhada?
- Como o trabalho do profissional de saúde pode contribuir no contexto escolar?

Questão do setores. Relação entre os saberes

- No que tange as queixas escolares, qual avaliação você faz em relação à intersetorialidade (Educação-Saúde)?

Representação do profissional de saúde acerca da demanda escolar.

- Por que a escola encaminha crianças com dificuldade escolar para os serviços de saúde? Como você entende esse movimento?