



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO - PPG
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO - DEDC - CAMPUS I
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E
CONTEMPORANEIDADE - PPGEduc

MEDICALIZAÇÃO E PSICOLOGIZAÇÃO NA ESCOLA CONTEMPORÂNEA:
A ARTE DE DOCILIZAR CORPOS

DANILO CARVALHO QUINTO

SALVADOR

2014

DANILO CARVALHO QUINTO

**MEDICALIZAÇÃO E PSICOLOGIZAÇÃO NA ESCOLA CONTEMPORÂNEA:
A ARTE DE DOCILIZAR CORPOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Luciano Lopes Messeder

Salvador

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaboração: Sistema de Biblioteca da UNEB

Bibliotecária: Maria das Mercês Valverde – CRB 5/1109

Quinto, Danilo Carvalho

Medicalização e psicologização na escola contemporânea: a arte de docilizar corpos / Danilo Carvalho Quinto. - Salvador, 2014.

130 f.

Orientador: Marcos Luciano Lopes Messeder

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Educação - Campus I – Programa de Pós-Graduação em Educação e contemporaneidade, 2014.

Contém referências e anexos

1. Distúrbios do déficit de atenção com hiperatividade - Avaliação. 2. Crianças hiperativas - Educação. 3. Fracasso escolar. 4. Psicologia educacional. I. Messeder, Marco Luciano Lopes. II. Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Educação.

CDD: 370.1523

TERMO DE APROVAÇÃO

DANILO CARVALHO QUINTO

**MEDICALIZAÇÃO E PSICOLOGIZAÇÃO NA ESCOLA CONTEMPORÂNEA:
A ARTE DE DOCILIZAR CORPOS**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação, Universidade do Estado da Bahia, pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Marcos Luciano Lopes Messeder (orientador) - UNEB

Profa. Dra. Maria Aparecida Affonso Moysés - UNICAMP

Prof. Dr. Luciano Costa Santos – UNEB

Salvador, setembro de 2014

Dedicatória

Dedico este trabalho a todas as crianças que travam uma batalha invisível e silenciosa contra o sistema escolar para se afirmar como naturalmente são, fazendo questão de manifestar sua subjetividade de maneira autêntica. Também, mas principalmente, àquelas que têm sua identidade e suas potencialidades sequestradas pelo disciplinamento desregrado e pelas normas médico-psiquiátricas impostas por esse mundo coercitivo e socialmente perverso.

Mas é preciso ter força, é preciso ter raça

É preciso ter gana sempre

Quem traz no corpo a marca

Maria, Maria, mistura a dor e a alegria

Mas é preciso ter manha, é preciso ter graça

É preciso ter sonho sempre

Quem traz na pele essa marca

Possui a estranha mania de ter fé na vida

Milton Nascimento - "Maria, Maria"

AGRADECIMENTOS

À minha família, pai, mãe e irmão por me acompanharem, próximos ou distantes, nesse projeto que se iniciou ainda em 2007 em Porto Alegre com o desejo de ingressar na vida acadêmica. Aos meus pais pelo instinto inquietante e contestador que herdei através das histórias que contavam da época em que foram presos políticos durante a ditadura militar.

Ao meu orientador Marcos Luciano, que possibilitou diálogos construtivos, abraçou a ideia do projeto ainda na fase de seleção acreditando na atualidade do tema, me deu autonomia epistemológica para pensar e total confiança para escrever. Contribuiu bastante com sua abordagem antropológica para o processo de construção do objeto da dissertação e também para questões minhas referentes à de visão de mundo.

Maria Aparecida Affonso Moysés por ter gentilmente aceitado o convite de participar da banca, além de encabeçar a militância e ser uma das pioneiras no combate à medicalização no Brasil.

Luciano Costa Santos, exemplo de sensibilidade e coerência epistemológica, também contribuiu com seus questionamentos durante o curso e nos fóruns de pesquisa para uma problematização filosófica da temática. Agradeço a cordialidade dos diálogos que o conduziram a participar da banca.

À Claudio Embirussú, grande amigo-irmão, agradeço a base de pesquisa que me foi dada na época da faculdade, discernimento e clarividência. Os diálogos das nossas questões existenciais indiretamente me ajudaram muito a não divagar sobre o tema e encarar os obstáculos, mesmo que poucos, de frente.

Meu compadre Sílvio e minha comadre Jaciete, grandes educadores, modelos de pessoas íntegras e comprometidas, sempre me acolhem com palavras carinhosas e motivadoras. Obrigado pelo apoio e indicação da UNEB quando ainda nem sequer esboçava fazer o mestrado.

Francisco e Maria Clara, meus afilhados queridos que sempre abastecem meu universo lúdico e mantém minha criatividade acesa, alimentando a esperança de um mundo com

pessoas inovadoras, mais solidárias e humanas umas com as outras, porém sem perder o senso crítico e o engajamento na vida coletiva.

Fernanda Veiga pela disponibilidade e contribuição na tradução dos textos em francês.

Francisco Ortega e Denise Barros, pesquisadores do Instituto de Medicina Social da UERJ, por terem cordialmente respondido os *e-mails* fornecendo fontes dos dados atuais de consumo da Ritalina. Muito obrigado pela gentileza e atenção.

A toda a equipe do CRAS, meu local de trabalho, pelo apoio, compreensão e flexibilidade nos horários possibilitando a conclusão do curso do mestrado e facilitando minha ida a campo.

A minha turma do mestrado pelos momentos passados juntos, de alegria, troca de conhecimento, compartilhamento de angústias e boas diversões.

A Universidade do Estado da Bahia e todos os seus funcionários que direta ou indiretamente me proporcionaram crescimento acadêmico, aos professores do fórum de pesquisa pelas sugestões. Muito Obrigado.

Lafaiete, Samuel, Clenilson, Gustavo e Leonardo. Amigos psicólogos que durante a graduação contribuíram para meu crescimento profissional e torceram para que alcançasse e finalizasse essa importante etapa.

Tia Pingo e primo Felipe mesmo distantes, mas sempre presentes também na torcida.

Ao meu tio politizado, Emídio José. Apesar dos poucos encontros, agradeço a companhia e estímulo pelas ideias acadêmicas, sugestões de livros e pelos bate-papos na cozinha, nunca esqueço, quando sempre trazia a conotação política implícita nos fatos do cotidiano interpretando-os criticamente. Salve “Zé-protesto”!

Rumo ao sumo

“Disfarça, tem gente olhando,
Uns, olham pro alto,
cometas, luas, galáxias.
Outros, olham de banda,
lunetas, luares, sintaxes.
De frente ou de lado,
sempre tem gente olhando,
olhando ou sendo olhado.
Outros olham para baixo,
procurando algum vestígio
do tempo que a gente acha,
em busca do espaço perdido.
Raros olham para dentro,
já que dentro não tem nada.
Apenas um peso imenso,
a alma, esse conto de fada.

Paulo Leminsk

“A humanidade sempre sonhou com um milagre religioso: que os cegos enxergassem e que os surdos ouvissem. É provável que a humanidade triunfe um dia sobre a cegueira, a surdez e a deficiência mental. Porém as vencerá no plano social e pedagógico muito antes que no plano biológico e medicinal. É possível que não esteja longe o dia em que a pedagogia se envergonhe do próprio conceito de ‘criança com defeito’. O surdo falante e o trabalhador cego, participantes da vida geral em toda a sua plenitude, não sentirão sua deficiência e não darão motivos para que outros a sintam. Está em nossas mãos o desaparecimento das condições sociais de existência desses defeitos, ainda que o cego continue cego e o surdo continue surdo. Provavelmente não serão compreendidos aqueles que disserem que um cego é deficiente. Assim, as pessoas dirão que um cego é um cego, que um surdo é um surdo, e nada mais.”

Lev S. Vygotsky

Resumo

Nos últimos trinta e cinco anos, reforçou-se uma tendência das sociedades pós-modernas a pensarem todos os seus dilemas, conflitos, dificuldades e questões existenciais em termos médicos-farmacológicos, sobretudo a partir da influência da psiquiatria biológica e de uma noção de saúde baseada na performance. No campo educacional, as escolas também reproduzem essa prática através de seus agentes educacionais quando diagnosticam e estigmatizam alunos inquietos ou com dificuldades de aprendizagem como desviantes ou portadores de algum distúrbio, geralmente caindo no lugar comum de diagnosticar o aluno como portador de transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH). Tomamos como eixo de análise a teoria da psicologia sócio-histórica para estabelecer o fio condutor da relação entre o modelo higienista do século XX com as formas de subjetivação do sujeito contemporâneo na composição do cenário educacional que tende a patologizar as condutas desviantes a partir do discurso institucionalizante de seus agentes educacionais. Usando o modelo da observação participante como metodologia de campo, este trabalho pretendeu investigar como se estabelece e a quem serve a medicalização no discurso pedagógico contemporâneo de uma escola pública a ponto de atravessar as práticas educativas e legitimar uma categoria de acusação como elemento explicativo e exorcizador.

Palavras-chave: Higienismo; medicalização; TDAH; ritalina; fracasso escolar

Abstract

Over the last thirty five years, a trend reinforced postmodern societies to think all their conflicts, difficulties and existential issues, specifically psychiatric medical terms. In education, schools also reproduce this practice through its educational agents when they diagnose and stigmatize restless or learning difficulties as deviant or having any disorder students, generally falling in the common place of disorder attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). We take as a point of analysis the theory of socio-historical psychology to establish the guiding thread of the relationship between the hygienist model of the twentieth century with the forms of subjectivity of the contemporary subject in the composition of the educational setting that tends to pathologize the deviant behavior from speech its educational agents. Using the model as a method of participant observation , this paper intends to investigate how to derive the medicalization and who serves in the contemporary pedagogical discourse in a public school about to intercede in educational practices and legitimize a category of complaint as an explanatory and exorcised element,

Keywords: hygienism; medicalization; ADHD; Ritalin; school failure

Abstracto

Durante los últimos treinta años, una tendencia ha instigado a las sociedades postmodernas a pensar sobre todos sus conflictos, las dificultades y los problemas existenciales, específicamente psiquiátricos, en términos médicos-farmacológicos sobretodo a partir de la influencia de la psiquiatría biológica y de una noción de salud basada en la performance. En el campo de la educación, las escuelas también se reproducen de esta práctica a través de sus agentes educativos cuando diagnostican y estigmatizan a alumnos inquietos o con dificultades de aprendizaje como desviados o portadores de algún trastorno, incurriendo, generalmente, en el diagnóstico común de alumno como portador del trastorno de hiperactividad con déficit de atención (TDAH). Tomamos como punto de referencia de análisis la teoría de la psicología socio-histórica para establecer el hilo conductor de la relación entre el modelo higienista del siglo XX y las formas de subjetivación del sujeto contemporáneo en la composición del entorno educativo que tiende a patologizar el comportamiento desviado a partir del discurso institutivo de sus agentes educativos. Usando el modelo de la observación participativa y la metodología de campo, este estudio tiene como objetivo investigar cómo se establece y a quién sirve la medicalización en el discurso pedagógico actual en una escuela pública a punto de cruzar las prácticas educativas y legitimar una categoría de acusación como un elemento explicativo y exorcizador.

Palabras clave: higienismo; medicalización; TDAH; Ritalin; el fracaso escolar

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS

ABDA – Associação Brasileira de Déficit de Atenção

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

ABRAPEE – Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional

ANVISA – Agencia Nacional de Vigilância Sanitária

APA – Associação Americana de Psiquiatria

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CID – Classificação Internacional de Doenças

CRAS – Centro de Referência e Assistência Social

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

INMH – Instituto Nacional de Saúde Mental (E.U.A.)

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade

TOD – Transtorno Opositivo Desafiador

SUMÁRIO

Introdução	14
1-Projeto de nação e a doutrina do higienismo	21
1.1 As práticas higiênicas.....	23
1.2 As práticas frenológicas.....	28
2- Cenário social contemporâneo	32
2.1 O dismantelo do sujeito e a sociedade da performance.....	35
2.2 Medicalização da existência: a indústria e a era dos diagnósticos.....	41
3 - Medicalização do fracasso escolar	54
3.1 A psicologia como cúmplice?.....	60
3.2 O desviante e sua (imputada) condição patológica.....	65
4 - Estratégias teórico-metodológicas	77
5 – A vida no cotidiano escolar	83
5.1 Território e contexto.....	85
5.2 “ <i>Se não serve Piaget, vai de Pinochet</i> ”: a escola como espaço normativo.....	86
5.3 Confrontar para anular o outro: a escola como espaço de duelo.....	91
5.4 Resgatando a infância perdida: a escola como espaço de refúgio.....	94
5.5 Práticas de psicologização e medicalização.....	97
5.5.1 A história de Diego.....	105
6 - Considerações finais	109
Referências	113
Anexos	121

INTRODUÇÃO

Há quatro anos atuando como psicólogo em uma equipe do CRAS¹ da região metropolitana de Salvador, trabalhamos fundamentalmente com os princípios de diagnóstico de territorialidade, de acolhimento e também de planejamento de intervenções visando o cuidado da comunidade local em sua esfera psicossocial. Com o passar dos anos percebemos, durante o atendimento de algumas mães, que nos seus relatos a maioria queixava-se em relação ao comportamento “problemático” do filho na escola. Essa demanda começou a acontecer com mais frequência, gerando encaminhamentos ao serviço de psicologia do CRAS. Em sua narrativa, as mães diziam estar precisando de um psicólogo para seu filho, que a escola não estaria “dando conta” e que por isso teria sugerido que procurasse um profissional da região.

Atualmente recebemos no nosso ambiente de trabalho encaminhamentos semanais de alunos que trazem consigo características desviantes, sofrendo as respectivas categorias de acusação por parte dos agentes educacionais que esperam que a psicologia vá promover a “cura” a partir de um “tratamento” individual ou acompanhamento psicoterapêutico. Tratamento para sua indisciplina, tratamento para seus problemas de aprendizagem, tratamento para sua falta de adaptação ao contexto escolar tal como ele se apresenta. As mães esboçam preocupação quando convidadas a escola para estar cientes da situação escolar do filho e geralmente manifestam a necessidade e o desejo desse “tratamento” recomendado. Elas também reproduzem o discurso escolar por internalizar a crença de que seu filho tem algum transtorno neuro-psicológico ou desvio de conduta que interferem no seu rendimento. A escola, por sua vez, reproduz um discurso normativo oriundo da psiquiatria contemporânea afim de docilizar corpos, diagnosticando-os, acomodando-se na ideia de aprimorar comportamentos inadequados, apaziguando qualquer forma de manifestação de subjetividade que seja distinta da que ela julgue adequada.

¹ O CRAS - Centro de Referência de Assistência Social - é uma unidade pública estatal criada em 2004 pelo governo federal gerenciada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. É responsável pela oferta de serviços continuados de proteção social básica e de assistência social às famílias, grupos ou indivíduos em situação de vulnerabilidade social e/ou que tiveram seus vínculos afetivo-familiares rompidos. Trabalha-se com a noção de territorialidade, focando o resgate dos vínculos sociais para potencializar a subjetividade política, visando o empoderamento, a aprendizagem coletiva e a emancipação desses sujeitos. (Referências Técnicas para atuação do Psicólogo no CRAS/SUAS, 2007).

Ciente de que, ao acolhermos a demanda da escola de atender os alunos traria, inevitavelmente, como consequência o entendimento para a escola de que os alunos estariam sendo “tratados” e os adequando à norma da instituição, nos vimos numa “bifurcação política”. Estaríamos contribuindo para aumentar a produção da prática patologizante através dessa compactuação silenciosa. Ao mesmo tempo não poderíamos permitir que os alunos fossem injustamente rotulados e diagnosticados sem que tivessem um espaço para que pudessem se empoderar, ganhando voz, sendo escutados e ressignificando sua história. Fato é que esses encaminhamentos, na medida em que foram ganhando grandes proporções quantitativas, começaram a nos causar estranhamento, inquietação, questionamentos ético-políticos e certo grau de sensibilização. A medicalização e a patologização estavam ali, escancaradas, na nossa frente. Precisávamos viabilizar ferramentas teórico-práticas necessárias, via meio acadêmico também, para seu enfrentamento.

Ainda em 2007 já havíamos participado do simpósio “*A produção de novos olhares sobre a queixa escolar*”, organizada pelo conselho regional de psicologia ocorrida em Salvador. Cinco anos mais tarde aconteceu o “*I simpósio internacional e I simpósio baiano de medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?*” ocorrido também em Salvador em maio de 2012 (que dois anos mais tarde se tornaria um livro) e também no mesmo ano o evento “*A resiliência e os impactos na medicalização*” ocorrido em Niterói na UFF em abril de 2012. Começava ali a ter alguns parâmetros de como estava o processo de medicalização no Brasil, seus desdobramentos e suas estratégias de enfrentamento. Recentemente, em julho de 2014 ocorreu em Salvador a segunda edição do “*simpósio baiano de medicalização da educação e da sociedade*”.

Esta pesquisa, que sem dúvida tem uma forte conotação política, surgiu de uma inquietação com a realidade, articulada a uma problematização teórica do tema, pelo que oferece em termos de entendimento sobre a construção da subjetividade contemporânea e das relações de poder que a forjam. É importante colocar que a nossa capacidade crítica de análise, que vai de encontro ao modelo tradicional, assim como a militância no combate a medicalização em favor da diversidade da vida, também serviram de parâmetros para a fase embrionária da dissertação.

A publicação da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), uma espécie de “bíblia” da psiquiatria lançada em maio de 2013 nos

Estados Unidos, deixou a comunidade científica em estado de alerta. Trata-se de um manual que faz uso explícito de um caráter normativo de classificações pautadas num movimento suspeito e arbitrário de psicopatologização do mal-estar subjetivo. Na verdade o DSM-V lançado pela associação americana de psiquiatria é, também, uma síntese do processo de psiquiatrização da vida cotidiana pela qual passa nossa sociedade. Ele é produto e produtor. Prova disso são as inúmeras publicações de reportagens em jornais e revistas² denunciando e problematizando para a sociedade a questão medicalizante que atravessa nossas vidas, sobretudo de forma mais intensa a partir dos anos 2000.

A comunidade acadêmica também passou a dar mais enfoque ao problema da medicalização da vida contemporânea publicando artigos e dissertações em diversos estados do Brasil, principalmente em São Paulo, encabeçados pelo pioneirismo da problematização do tema pelo Conselho Regional de Psicologia local. Concomitante a isso surgiu um movimento de militância e grupos de estudos institucionais que se organizaram para compreender, questionar e combater esse fenômeno da medicalização no Brasil.

A desenfreada onda de diagnósticos criando pseudo-doenças e a produção farmacológica de si são influenciadas pela dinâmica performática do modelo de vida contemporâneo e corroborado pelo viés clínico de atuação de boa parte dos profissionais de saúde mental. Um terceiro agente, a indústria farmacêutica, a espreita mas talvez a grande protagonista, atua visando apenas seus próprios interesses lucrativos, aliciando médicos: enviando amostras grátis de remédio, convocando-os para palestras em eventos da indústria farmacêutica, financiando os custos de congressos e cursos além de oferecerem pagamentos para que os médicos atuem como consultores. Essa mesma indústria farmacêutica teve alguns de seus membros (médicos psiquiatras) incluídos no grupo de força tarefa que se constituiu para a elaboração do DSM-V, o que denuncia um

² “Psiquiatria S.A”. (*Revista Veja*, 2001); “Ritalina: usos e abusos”. (*Revista Veja*, 2004); “Cresce o consumo de ritalina”. (*Jornal Gazeta do povo*, 2008); “Manual de diagnósticos de doença mental rotula até birra infantil como distúrbio”. (*Jornal Folha de São Paulo*, 2010); “Ao invés de reverem a educação, usam ritalina”. (*Jornal do Brasil*, 2010); “A epidemia de doença mental”. (*Revista Piauí*, 2011); “Geração Ritalina”. (*Revista Trip*, 2011); “Uso de drogas contra déficit de atenção explode e ameaça saúde de milhões de crianças”. (*Jornal Estado de Minas*, 2012); “Pais usam droga da obediência para “domar” os filhos”. (*Jornal O Dia*, 2012); “O Poder da Psiquiatria - o que está por trás da psiquiatrização da vida cotidiana”. (*Revista Cult*, 2013); “Psiquiatra diz que a medicina transformou comportamentos normais em doença”. (*Jornal Folha de São Paulo*, 2013). Para consultar relação completa das reportagens, ver anexo 5, páginas 127 e 128.

conflito de interesses. Este tem papel decisivo na constituição dos elementos que funcionam a serviço de uma “indústria da doença”. Uma vez que, assessorados pelas grandes agências de publicidade, os laboratórios manejam através da mídia o modelo de saúde e doença que querem difundir, associado ao padrão de corpo saudável baseado na aparência e na produtividade, fomentando assim um protótipo hegemônico de corpo e mente na nossa sociedade.

No que tange o campo educacional, as escolas vêm acusando o golpe dessa influência do discurso psicoligizante/medicalizante. Em especial para alunos oriundos de escolas públicas, cresceu de forma significativa o número de diagnóstico de alunos portadores de TDAH – Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade – bem como da prescrição e do consumo da ritalina³, medicamento tarja preta, também conhecido como “droga da obediência”. Como um medicamento pode encarnar toda a esperança de por fim a um mal estar?

A medicalização da vida escolar camufla os determinantes políticos, pedagógicos e ideológicos do fracasso escolar, isentando de responsabilidades o sistema social vigente, a instituição escolar e a política educacional. Como decorrência dessa concepção, o indivíduo é o maior responsável pela sua condição de vida e destino. As circunstâncias sociais e políticas têm influência mínima.

A medicalização é reveladora das transformações em nossa forma de individualidade no século XXI, ela é parte de um debate mais amplo que tem como pano de fundo os modos de subjetivação do homem contemporâneo, a partir de um modelo de sujeito que idolatra a cultura da performance, a busca e a fuga de si simultaneamente e traz a noção de corpo como acessório produzindo, apesar do aumento do controle, maior incerteza sobre ele. Essas mudanças no tecido social contemporâneo repercutem diretamente nos modos de subjetivação, implicando transformações nos modelos de identidades tornando-as um jogo de livre escolha, uma apresentação teatral de si. (EHREBERG, 2000; ORTEGA, 2008; LUENGO, 2009; ESPERANZA, 2011; LE BRETON, 2011).

³ Medicamento composto a base de metilfenitado, da família das anfetaminas (substância que é proibida no Brasil desde 2011), e que atua aumentando a receptação da dopamina. Provocam no sistema nervoso central reações adversas como insônia, cefaleia, alucinações e psicose. A ritalina é quimicamente similar a cocaína, teriam o mesmo efeito neurobiológico. Em 2000, um estudo divulgado pela *Drug Enforcement Administration* (DEA) revelou os resultados em animais e em humanos que consumiram cocaína e Ritalina e o teste não conseguiu mostrar uma diferença significativa. A DEA concluiu que “as substâncias produzem efeitos que são quase idênticos”.

É do baile dessas questões, a partir de um recorte sócio-histórico, que surge a ideia central referente a este trabalho. De que maneira a escola, instituição destinada a formar indivíduos e manejar subjetividades, está lidando com seus alunos nesse cenário denso incerto e controverso de interrogações identitárias e aflições emergentes que englobam: a diferença de opção sexual, um modo distinto de afirmar sua estética corporal, uso de drogas psicoativas (lícitas e ilícitas)? Modos distintos dos padrões de pensar e agir deixam a escola em crise a ponto de recorrer a outros profissionais especialistas de instituições de saúde, dentre eles psicólogos, psicopedagogos, neurologistas e psiquiatras. As instituições socio-assistenciais tais como CRAS e CREAS também são regularmente acionadas para dar suporte. A escola parte do pressuposto que esse auxílio traria um aprimoramento do processo educativo dos jovens em conflito com a lei simbólica ou que se mostrem distintos e indisciplinados. Porém, a ideia inicial logo é convertida: demonstra uma forma disfarçada de instituir o poder escolar predominante de disciplinamento e padronização.

Esse quadro só demonstra como a educação tem se confundido com a saúde, como a ideologia da saúde e do bem-estar está impregnada no campo educacional. Essa concepção de ideologia traz consigo o mito do aluno saudável: para aprender o aluno precisa estar saudável, se ele não aprende, logo, está doente. Visto que o processo de escolarização na contemporaneidade vem sendo fortemente atrelado a um discurso medicalizante influenciados pelo arsenal político-cultural que a indústria farmacêutica dispõe a seu favor, cabe questionarmos: porque o fracasso escolar está sendo camuflado com uma roupagem médica-homogeneizante de transtornos e distúrbios psicológicos, atribuindo assim a esses alunos rótulos via categorias de acusação? Seria ingênuo achar que a escola, inserida na sociedade tal como ela é, contraditória, normativa, disciplinadora e excludente, não reproduziria essa dinâmica em sua prática pedagógica. Como esse processo se constitui no âmago da trama escolar? Este conjunto de questões norteiam a presente pesquisa e procuramos organizar a dissertação para responde-las a partir da estrutura que descrevemos a seguir.

No primeiro capítulo é discutido como se estabeleceu historicamente a doutrina médico-higiênica no século XIX para legislar e ditar os costumes da vida social surgida e motivada durante formação do Brasil como estado-nação. Através da concepção sócio-histórica das ideias de José Gonçalves Gondra (2003; 2004) e de Jurandir Freire Costa (2004; 2006) analisamos o discurso político-higiênico que legislava em nome do

progresso e da civilização e que procurou estabelecer uma relação entre sanidade e patriotismo levando ao extremo a prática de disciplinamento e normatização: aquele que não amasse a pátria e não demonstrasse devoção à família durante o período em que a república ainda estava se estabelecendo, era tido como doente. Um dos objetivos do capítulo, tomando o ideal eugênico como narrativa subjacente, é mostrar como esse cenário foi fecundo para o surgimento do fenômeno que hoje entendemos por medicalização.

No capítulo seguinte, a partir das contribuições de Alain Ehrenberg(1995; 2000) Stuart Hall (2005), Francisco Ortega (2008), Zygmunt Bauman (2011) e David Le Breton (2011), que envolvem identidade, corpo e noção de sujeito na pós-modernidade, traçamos um panorama da vida social contemporânea identificando os modelos de hábitos efêmeros e as identidades transitórias, a partir da globalização, que denunciam a fragmentação do sujeito na atualidade trazendo um modelo de corpo baseado na noção de desempenho e exposição exacerbada. Pretendemos descrever a medicalização da vida, especificamente as que ocorrem na instituição escolar, como um sintoma do tecido social contemporâneo inserido na espetacularização que a sociedade da performance oferece. Para isso, também se discutiu a implicação da indústria farmacêutica nesse enredo através de dois eixos articulados: (1) os mecanismos políticos e econômicos que a mesma dispõe na divulgação, produção e consumo de novos psicotrópicos e (2) a envergadura política que o DSM adquiriu ao se tornar unanimidade para critério diagnóstico e regulador de conduta do meio médico-científico. Através de novas edições, influenciadas pela indústria farmacêutica, o DSM se reinventa criando novos transtornos forjados, alinhado com as consequências que o modelo de vida contemporâneo estabelece.

Dando sequência ao trabalho no capítulo três, tomando o conceito de subjetividade de Felix Guattari e Suely Rolnik (2008) como eixo, analisa-se a interconexão entre medicalização e psicologia na implicação do comportamento desviante na escola. Investigamos o papel da escola inserida em uma sociedade contraditória e excludente, que teve na transição das correntes pedagógicas, da “escola tradicional” para a “escola nova”, a necessidade de usar os conhecimentos da psicologia como prótese para legitimar sua visão de mundo. O capítulo visa alertar para a implicação que, no passado, a ciência psicológica teve no processo de produção do fracasso escolar através do viés acrítico que a psicologia clínica, prática que historicamente vem predominando no

campo de atuação dos psicólogos, adotou para a compreensão da queixa escolar. Analisando a discussão de Gilberto Velho (1979; 1997a), François Laplantine (2010) e Georges Canguilhem (2012) sobre a concepção de desvio, anormalidade e doença buscamos destacar, a partir do interacionismo simbólico e de uma visão não tradicional no ocidente, a ideia da “doença” como modelo benéfico-adaptativo, bem como o entendimento da questão divergente na escola como uma “patologia social” do contexto ao qual está inserida.

Faz-se pertinente aqui uma observação sobre o capitalismo como forma de organização política do mercado mundial: os elementos do capital, entendidos como conjunto de instrumentos e dispositivos de regulação e comando sobre o processo inegável e irreversível de globalização das trocas econômicas na sociedade mundializada, não serão abordados de forma detida neste trabalho, embora reconheçamos que eles atravessem toda a temática da pesquisa estando embutido nos mecanismos que motivam a medicalização. Os elementos do capital se constituem como “motor” que faz funcionar toda a “engrenagem” das práticas medicalizantes. E isso inclui tanto as práticas atuais, que ocorrem em nome da exposição performática do corpo e do controle disciplinador de subjetividades, quanto àquelas do passado, historicamente estabelecidas através da doutrina higiênica do século XIX em nome da modernização do país e do progresso. Pretendemos com isso, reforçar a ideia de que buscamos respostas nas relações humanas, e não no dinheiro - enquanto matéria viva e onipotente - para a problematização e para as conseqüentes medidas alternativas que criem a possibilidade de novos horizontes no combate à medicalização visando sua superação.

1. PROJETO DE NAÇÃO E A CRIAÇÃO DO HIGIENISMO

Para compreender a trajetória de como a ideologia medicalizante se estabeleceu no campo educacional na atualidade, interferindo sobre as práticas pedagógicas, é necessário fazer um recorte histórico que remete ao modelo médico-higiênico surgido no Brasil no início do século XIX, mais precisamente instalado durante o período de transição do modelo político de governo que o país passava, da colônia para o império.

Optar por fazer um recorte histórico para compreender as práticas medicalizantes contemporâneas é investigar nas raízes culturais e civilizatórias as dinâmicas sociais que fecundaram a higienização nos grandes centros para servir ao desenvolvimento urbano da época. Trata-se de escolher um método de análise que investigue a prática higiênica forjada também por interesses econômicos implícitos, por mecanismos políticos e principalmente por um discurso que tinha no respaldo científico a legitimação de sua ideologia. Logo, viabilizaram-se práticas normativas-higiênicas em nome da modernização do país, do progresso, da construção da pátria, enfim, da formação de um estado-nação. A higienização surgiu concomitantemente ao ideário de um “projeto nacional”, ou como parte dele, firmando um compromisso explícito, entre estado e ciência médica, a serviço do plano ideológico racionalista: o estado aceitando medicalizar suas ações políticas, reconhecendo e validando o valor político das ações médicas:

“A origem de um discurso científico brasileiro mais independente dos setores hegemônicos e umbilicalmente ligados aos grupos agrários está no século XIX. Com a transferência da Corte portuguesa para o Brasil em 1808, foram criadas instituições culturais como as Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, as Faculdades de Direito em Pernambuco e em São Paulo, os Institutos Históricos e Geográficos e os Museus Etnográficos. Essas instituições possibilitaram a reunião dos primeiros cientistas brasileiros, leitores da produção científica europeia, principalmente. Dentre esses cientistas, destacaram-se os médicos e o papel que a medicina desempenhou na sociedade brasileira na segunda metade do século XIX e no período da primeira república”. (Zucoloto, 2007, p. 138).

Explica-se assim a origem de como a medicina se afirmou politicamente no cenário nacional a ponto de ocupar determinado lugar de poder e status social cientificamente autorizado pela república. Posteriormente encarregou-se de aplicar medidas higiênicas,

disciplinadoras e outros mecanismos biopolíticos⁴ para se legitimar enquanto ciência e também para ajudar a conduzir o Brasil a uma prática que visava à formação da civilização, impulsionada pelo crescimento econômico a reboque da revolução industrial da época. (FOUCAULT, 2013b).

As práticas médico-higiênicas começaram a se estabelecer de maneira mais contundente no Brasil a partir de 1830, com a formação social de um estado-nação ainda em processo embrionário. A identidade nacional brasileira não estava consolidada e o processo de sua afirmação se deu paralelamente à afirmação política do estado imperial unitário, que corria sérios riscos de fragmentação. O sentimento de nacionalidade brasileira ou de “brasileirismo” só foi receber ênfase no fim do século XIX. A ausência do nacionalismo, fenômeno quase desconhecido entre as elites, era reflexo do sistema colonial. Até então brasileiro era aquele que tinha como profissão o recolhimento e exploração do pau-brasil. A identificação sociocultural não fazia apelo a uma nacionalidade brasileira autêntica, as pessoas não se identificavam por suas origens nacionais, mas por suas origens regionais, geográficas, étnicas ou religiosas. A ideia que representava o sentimento de pertença ao território da época fazia referência apenas aos territórios das províncias: “pátria mineira”, pátria pernambucana”, “pátria baiana”, etc. Costa (2004) assim descreve como a ausência de uma representação coletiva de nacionalismo foi culturalmente construída:

“Em função dessa pulverização econômica, política e territorial as populações foram construindo modelos de identidade política sem o traço comum de nacionalidade. Até o século XVIII, época em que as ideias emancipatórias ganham força, os habitantes do país não haviam incorporado à consciência cívica o sentimento de pátria ou nação. (p.58-59) [...] A dependência política e econômica de Portugal, as relações de trabalho e convívio social não permitiram o desenvolvimento do espírito nacional. A relação com o ambiente próximo delimitava o universo de dificuldades, problemas e aspirações e dispensava a ideologia nacionalista como imperativo de ordenação política” (p.60).

⁴ Conceito criado originalmente por Michel Foucault (2013b) em *“O nascimento da medicina social”*, entendido aqui como mecanismos de controle da população compostos por novos objetos de saber que o novo poder criou para dar conta de uma noção coletiva e instaurar a norma. Seu objetivo era a otimização da qualidade biológica das populações. A biopolítica se ocupou com os processos biológicos relacionados ao homem-espécie, estabelecendo sobre ele uma via de regulamentação. E para compreender e conhecer melhor esse corpo foi necessário descrevê-lo e quantificá-lo, em termos de nascimento e de mortes, de fecundidade, de morbidade, de raça, de degenerescência, de sexualidade, de longevidade, de migração, de criminalidade etc.

Como o território nacional não tinha ainda uma unificação política, o estado imperial criou um “princípio de nacionalidade”, discurso fortemente influenciado pela economia política liberal. Porém, até então, esse conceito de nação era baseado apenas na unificação do território. Não incluía a língua, a religião, os costumes, a miscigenação e as raças, que formariam cinquenta anos mais tarde a “ideia de nacionalismo”, aí sim dando mais ênfase ao patriotismo e consolidando uma consciência nacional definida por um conjunto de lealdades políticas. (Chauí, 2000).

O conceito de nação é recente e está atrelado a uma noção de unidade e independência política e ao seu surgimento na revolução industrial. Segundo Hobsbawm (2011) “Nação” é o corpo de cidadãos cuja soberania coletiva os constituía como um estado concebido como sua expressão política. Bobbio (1993, p.797) coloca que a “função da ideia de Nação é a de criar e manter um comportamento de fidelidade dos cidadãos em relação ao estado”. Portanto, a nação representa a ideologia de um determinado tipo de estado que semeia a ideia de laços naturais profundos, fazendo com que esse sentimento se insira na esfera mais íntima da personalidade dos indivíduos. Temos aí a ideia de nação como um caráter psicológico-identitário formado através da partilha de hábitos, costumes e comportamentos que nutrem o afeto de pertença ao país.

1.1 AS PRÁTICAS HIGIÊNICAS

A maneira como o Brasil se constituiu enquanto estado-nação é crucial para compreender o surgimento das práticas higiênicas. Nosso país não teve a formação de um estado-nação constituído pela sua população. Não houve um levante popular que já tivesse como projeto uma representação coletiva de direitos e deveres, pautado em uma ideia de cidadania que englobasse comportamentos, costumes, integrando raças, etnias e tradições. Também não houve um desejo coletivo de mera pertença territorial que despertasse o sentimento nacional. Estabeleceu-se entre estado imperial e ciência médica uma espécie de “relação simbiótica”. O estado maquiava o discurso político-higiênico destinado à população como forma de persuadi-la, associando o patriotismo a uma condição de sanidade e a falta dele uma conduta patológica. Legislando sobre condutas sociais adequadas, o discurso político-higiênico usava uma retórica perspicaz e irreparável que inseria o sentimento de devoção ao governo estatal no plano político, moral e higiênico:

“O proselitismo político-higiênico era claro. Porém, o mais importante era a sutileza tática que se dissimulava sob a superficial grosseria teórica. Sem maiores justificativas afirmava-se que o amor a pátria não era uma enfermidade, como se essa fosse uma representação corrente do fenômeno. A ausência de patriotismo, fato social, era desde modo abruptamente inscrita na ordem médica. Por meio dessa acrobacia verbal a higiene antecipava a definição positiva que seria dada, em breve, à sujeição dos indivíduos ao estado. Afirmando que o amor à pátria não era uma doença, os higienistas não tardaram em proclamá-lo sinal de sanidade. E, num movimento de retorno político-teórico, a ausência de patriotismo foi redefinida como deficiência físico-moral. As idas e vindas da teoria tinham um propósito explícito: demonstrar que a incapacidade de amar o Estado era uma doença. E, por extensão, postular que a submissão do indivíduo ao governo estatal não era sintoma de anulação política, mas prova de boa saúde” (Costa, 2004, p. 67).

É interessante perceber como as práticas médico-higiênicas tinham como alavanca do seu discurso a justificativa de um projeto pautado no progresso, na igualdade e no desenvolvimento da nação como parte de um processo civilizatório e moderno que o país estava traçando. Mas, contraditoriamente, se o projeto nacional baseava-se na emancipação em médio/longo prazo, a espreita do seu intertexto evocava a submissão política do sujeito ao estado, o disciplinamento comportamental e a obediência higiênica.

A partir das primeiras décadas do século XIX ocorreram as primeiras ações higiênicas por parte do estado em relação à população. Devido à fragilidade política do governo colonial e das dificuldades em efetivar o controle da cidade e sua população, a instância jurídico-policia até então responsável por manter a ordem, coerção e manipulação do meio social através da repressão e da punição, sucumbiu, sendo substituída pela norma médica-higiênica. O governo entendia que a prática da repressão que a instância jurídico-policia aplicava estava se tornando corriqueira, ineficaz e não-educativa. Os transgressores frequentemente infracionavam a lei vigente e a reincidiam sistematicamente (COSTA, 2004). Em vez de continuar agindo de forma truculenta, punindo e castigando com enforcamentos, exílios e açoites, o governo se propôs a trabalhar atuando na prevenção, pensando no cidadão do futuro, criando assim seu modelo de homem moderno: o homem civilizado, cordial, disciplinado, obediente e politicamente submisso:

“Desenvolvendo uma nova moral da vida e do corpo, a medicina contornou as vicissitudes da lei, classificando as condutas lesa-Estado como antinaturais e

anormais. Todo trabalho de persuasão higiênica desenvolvido no século XIX vai ser montado sobre a ideia de que a saúde e a prosperidade da família dependem de sua sujeição ao Estado”. (Costa, 2004, p.63)

O pensamento higienista seria, então, uma das formas disciplinares que surgiram com o objetivo de reestruturar o núcleo familiar, mas isso só ocorre através do poder médico, que se insere na política de transformação do coletivo para compensar as deficiências da lei e entrar no espaço da norma. (Luengo, 2009, p. 29)

Coube a medicina higiênica o governo político-civil dos indivíduos, legislando sobre a moral, a saúde, a felicidade do corpo e os bons costumes da vida pública e privada, visando civilizar a população e os membros da família.

Naquela época especulava-se que doenças oriundas de microrganismos e bactérias eram causadas por fatores ambientais derivados de péssimas condições sanitárias. Cientistas e governantes entendiam que depurando as raças de sangue inferior, regenerando e higienizando a população, a tornaria racialmente mais homogênea, eliminaria as epidemias e facilitaria o trabalho de alcance da civilização, escancarando a perspectiva ideológica muito presente na comunidade científico-médica da segunda metade do século XIX: a eugenia. Um artefato conceitual que designava o estudo dos fatores socialmente controláveis que poderiam elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física quanto mentalmente, o que permitiu aos psiquiatras brasileiros da época expandir as fronteiras da psiquiatria e ganhar terreno social justificando a expressão de seus anseios culturais para além de uma ciência médica. (Costa, 2006).

Segundo Gondra (2003), o higienismo no Brasil funcionou como uma espécie de doutrina, que tinha como princípio fundamental a racionalidade científica oriunda dos ideais iluministas, cuja ideia consistia numa persuasão higiênica dos governantes visando à saúde e o bem-estar físico e moral dos habitantes das cidades, naquela época em pleno processo de crescimento demográfico e desenvolvimento urbano. Considerava-se a doença como um fenômeno social, que abarcava todos os aspectos da vida humana e que portanto atrasava o progresso de uma nação ainda em formação:

“Tratar-se-ia, portanto, nesta lógica, de lapidar uns e completar os demais de modo que se atingisse o modelo de homem civilizado que se pretendia impor. Para tanto, hospitais, presídios, hospícios, igrejas, cemitérios, quartéis, a casa e a própria escola foram sendo convertidos em pontos estratégicos por intermédio dos quais o

programa civilizatório seria posto em funcionamento, conquistando lugares de enunciação, difusão e de realização de práticas a ele associadas”. (Gondra, 2003, p.27)

Entendia-se que as raças menos abastadas deveriam ser afastadas das outras para que pudesse ocorrer o crescimento sócio-intelectual da nação. Enfim, a eugenia, sob a tutela do higienismo, infiltrou-se como um dispositivo que contribuía tanto com o disciplinamento da máquina quanto com a depuração da raça. Em 1829 houve um progresso significativo para sua expansão. Foi fundada a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, entidade que dava ao grupo médico a condição de “se impor junto ao poder central como elemento essencial à proteção da saúde pública e, por extensão, à ordenação da cidade” (Costa, 2004, p.57). Vinte e dois anos depois, em 1851, o estado cria a Junta Central de Higiene Pública, que confirma e estende a participação da higiene nos cuidados da população, legitimando o poder político dado à medicina higiênica de intervir na sociedade civil. Estas intervenções iam desde maneiras higiênicas de organizar a habitação (limpeza domiciliar, formas de construção, decoração, eliminação de insetos), passando pelos vestidos e a roupa da casa (como lavar, engomar, marcar roupas, arrumá-las no armário) até a alimentação, a higiene geral e a educação das crianças (polidez no comportamento, recepção de visitas, frases admitidas diante estranhos). “A higiene ministrava a seu público um grau de ensinamento que ia desde a alçada de um engenheiro ou arquiteto até aquele de competência de um mentor de etiqueta social” (Costa, 2004, p.114-115).

“Assim, incidindo na esfera pública e na esfera privada, a higiene buscava, com essa expansão e grau de detalhamento, justificar seu apelo em se fixar e ser reconhecida como o “mais belo florão” da medicina, apresentando-se como racionalidade que ao recortar o homem em si, nas várias relações com os demais e com o mundo do trabalho, tornava claro que pouco ou nada deveria ser deixado fora de seu alcance. Dessa ciência (ou arte) dilatada, para efeito deste trabalho, procuro observar a preocupação com a idade e com o sexo, aspectos integrantes e caros à doutrina higienista e intimamente entrecruzados com a questão educacional, realizada no espaço da casa e/ou no espaço dos colégios” (Gondra, 2003, p.29).

Constituídas e continuamente reafirmadas nestes termos, entre o fim do século XIX e início do século XX, a racionalidade médica reuniu argumentos, calculou procedimentos, investiu em técnicas, constituiu instituições e fabricou tecnologias suficientes para produzir a ordem médica. Olhar e decifrar; analisar e prescrever;

controlar e prever; diagnosticar e prever. Inicialmente apresentada como arte de conservar a saúde, a higiene é definida como a ciência que trata da saúde com o duplo objetivo de sua conservação e aperfeiçoamento. (Costa, 2004).

Com efeito, essas ações político-médicas incidindo na esfera civil fizeram com que surgisse em 1923, no Rio de Janeiro, a liga brasileira de higiene mental fazendo com que os psiquiatras da época se definissem cada vez mais como higienistas a partir dos objetivos do programa da liga: prevenção, eugenia e educação dos indivíduos.

“Em 1928, a Liga Brasileira de Higiene Mental reformula os primeiros estatutos de 1923 e dá um lugar importante à intervenção preventiva dos psiquiatras nos meios escolar, profissional e social. Os psiquiatras, seguindo a nova concepção de prevenção, deslocam-se, pouco a pouco, da prática tradicional e penetram no domínio cultural, até então situado fora dos domínios da Psiquiatria”. (Costa, 2006, p.41).

Vale ressaltar que a eugenia não foi uma criação dos programas de higiene mental. Essa ideia teria que anteceder a própria fundação da liga brasileira de higiene mental para poder figurar no seu estatuto em 1923 (Rocha, 2011). A eugenia era um tema cultural da época, debatido pelos psiquiatras, mas a preocupação eugênica com o povo brasileiro e o aprimoramento de sua raça não pertenceu à psiquiatria e sim aos intelectuais brasileiros a partir da influência sofrida pelo modelo eugênico original europeu de Francis Galton⁵, com a colaboração das teorias racistas de antropologia criminal e de desvio de Cesare Lombroso⁶: historiadores, sociólogos, antropólogos e literatos foram os primeiros a difundir na cultura brasileira os ideais eugênicos, sobretudo nas três primeiras décadas do século XX, para só depois a medicina se apropriar e difundir o ideal eugênico através da psiquiatria (COSTA, 2006). Dentre os intelectuais, escritores e médicos brasileiros que desenvolveram o ideal eugênico-racista em suas obras a partir de um modelo organicista destacaram-se: Monteiro Lobato, Renato Kehl, Belisário Penna, Estácio de Lima e principalmente Nina Rodrigues com as obras “*As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil*” e “*Mestiçagem, degenerescência e crime*”.

⁵ Francis Galton (1822-1911), antropólogo, meteorologista, matemático e estatístico inglês foi o criador do termo “eugenia” na Europa para designar o melhoramento biológico da raça humana através da reprodução seletiva.

⁶ Cesare Lombroso (1835-1909), psiquiatra, higienista, criminologista e antropólogo italiano estudava a relação entre sociopatas e criminosos dentro da psicopatologia criminal. Suas teorias descendiam da frenologia, que pesquisava as propriedades mentais a partir da fisionomia do indivíduo.

1.2 PRÁTICAS FRENOLÓGICAS

Desde meados do século XIX os postulados organicistas de Lombroso repousavam sobre a teoria da degenerescência, impregnando o discurso psiquiátrico dos desviantes com ampla adesão de criminologistas e escritores. Os estudos sobre o cérebro se desenvolviam e o formato do crânio trazia uma concepção biotipológica do desajustado, do delinquente, do alienado. As ideias de Lombroso sobre o livre-arbítrio, responsabilizando o indivíduo pelos seus atos, tiveram forte influência no Brasil. A partir de sua nova disciplina, a antropologia criminal, Lombroso criou uma taxionomia dos traços do rosto e do corpo que permitiria detectar os sinais visíveis de degeneração e de propensão ao crime e à loucura: sua repressão deveria visar à organização da defesa da sociedade contra os indivíduos biologicamente predispostos ao desvio (Grunspan-Jasmin, 2006). Para Nina Rodrigues, o discípulo de Lombroso no Brasil, a questão do desvio e da criminalidade tinham um enfoque racial. Segundo ele, era a mestiçagem que favorecia a degenerescência, principal causa do desvio e da criminalidade.

A frenologia oriunda das teorias antropológicas criminais constituía-se como abordagem predominante na ciência para avaliar condutas desviantes. Baseava-se em uma proposta de buscar identificar elementos do caráter, traços da personalidade e grau de criminalidade de uma pessoa através da análise de relevos da sua cabeça e formato do crânio. A fisiognomia, isto é, a busca de elementos da personalidade das pessoas através dos seus traços fisionômicos, também foi um instrumento de análise na relação de mestiços e negros com a criminalidade e outros desvios sociais.

Lages Filho e Estácio de Lima, médicos-legais ambos discípulos de Nina Rodrigues, contribuíram para institucionalizar a disciplina da antropologia criminal nas faculdades de medicina e direito no Brasil em 1920. Isso permitiu o desenvolvimento, especialmente em Salvador e no Rio de Janeiro, de uma nova escola nascida das teorias lombrosianas: a tipologia criminal.

Um movimento da época que rendeu bastante atenção dos estudos frenológicos e fisionômicos foi o cangaço⁷. Um tema frequentemente pesquisado pela ciência da época, não como um fenômeno de vertente sócio-histórica, atribuído às características geográficas, econômicas e políticas, leia-se aqui oligarquias e práticas de coronelismo que imperavam no sertão nordestino da época, mas sim pelos estudos do formato dos crânios dos cangaceiros e sua relação com atos criminosos. Na década de 30, quando a liga brasileira de higiene mental havia sido recém-estabelecida, predominava para estudo de causas criminais uma abordagem proposta pela ciência, pendendo entre medicina forense, medicina legal e antropologia física. Era a "antropologia patológica", totalmente alinhada aos ideais do modelo eugênico: se propunha a localizar e provar que as características perversas de uma pessoa estavam impressas e expressas no formato do crânio, suas feições, associadas, entendidas e justificadas por outros elementos. Esses “elementos” tinham como alvo também a questão racial:

O discurso civilizador e integrador nacional, que pôde finalmente se expressar no momento da morte de Lampião, nunca deixou de exprimir, de ser feito em termos de diferenças raciais, a exemplo dos discursos de Euclides da Cunha e Nina Rodrigues no momento da insurreição de Canudos. Lampião era percebido como sertanejo forada-lei e bárbaro e era preciso, portanto, que houvesse algo de negro nele, uma vez que a sociedade do sertão comportava e comporta apenas uma minoria de negros. (Grunspan-Jasmin, 2006, p. 326)

Os cangaceiros, após a emboscada na gruta de Angicos-SE, em julho de 1938, foram mortos e decapitados pelas forças volantes do governo alagoano. A decapitação permitiu que a ciência médica da época lançasse um estudo antropométrico, frenológico, da cabeça de Lampião. Através de um sistema de classificação lombrosiano e racial buscou-se evidenciar o histórico de sua perversidade e de seus atos ilícitos pelos traços corporais, pela raça, pelo formato do crânio, justificando assim condições favoráveis e causais para que os cangaceiros tenham entrado na criminalidade, aterrorizados famílias, praticado saques, disseminado o pânico e confrontando a ordem estabelecida do sertão da época.

⁷ Mesmo diante dos riscos e limitações que se corre ao trazer um tema tão rico e controverso, é pertinente mencionar e contextualizar o cangaço como fenômeno sócio-histórico para compreender a amplitude da jurisdição da ciência na vida social e política do país. Através da medicina-legal e da antropologia criminal do início do século XX cientistas elaboraram pesquisas das cabeças decapitadas e dos corpos dos cangaceiros a serviço de um discurso civilizatório e unificador de integração nacional, mas que tinha como pano de fundo a eugenia e a higienização. O cangaço como fenômeno cultural fez parte de uma “epidemia” regional de banditismo ocorrida no sertão do nordeste brasileiro entre 1900 e 1938 e que teve na figura de Virgulino Ferreira da Silva, o Lampião, o seu líder e maior símbolo.

O estudo da cabeça de Lampião como objeto científico a partir de análises e relações patológicas-criminais, nada mais era do que um indicativo da presença de uma ideologia eugênica e organicista acoplado à um projeto político do poder estatal de formar uma civilização homogênea, em nome do progresso, mesmo que para isso tivesse de pôr fim a qualquer forma de alteridade:

“Embora a decapitação e, em seguida, a exposição pública e o estudo da cabeça de Lampião possam ter sido objeto de controvérsias, importa constatar que o discurso unificador ficou acima de qualquer outra forma de discurso: a fragmentação do corpo de Lampião permitia a reunificação do corpo social brasileiro” (Grunspan-Jasmin, 2006. p. 323).

Ainda que o comportamento de Lampião, figura simbólica típica desviante da época, tenha gerado discussões sobre quais foram seus elementos determinantes, o esforço da ciência e da antropologia criminal foi tanto para enquadrá-lo numa categoria de monstrosidade e perversidade, que o fizeram a partir de análises antropométricas de crânio, da raça e fisionômicas. Pesaram questões em torno do debate dos fatores inatos ou aprendidos (que ainda hoje estão presentes no campo científico), além do teor de barbaridade de suas intervenções e seu bando. Essa postura das autoridades da época impediu e limitou o entendimento do cangaço como fenômeno histórico-cultural de um sertão onde a produção agrícola e as circunstâncias econômicas adversas não conseguiram melhorar o padrão de vida da população. Imperava a fragilidade das instituições responsáveis pela lei e ordem, então a desordem crescia e a esperança por justiça e proteção diminuía. A república evitou centralizar a justiça e a ordem à região delegando ao estado plenos poderes, o que gerou o desenvolvimento de máquinas políticas e o caos que se desencadeou com a fragmentação da autoridade dos potentados. Assim como hoje, naquela época os fatores políticos, econômicos, culturais e sociais também não foram levados em conta para análise científica, tomando apenas o indivíduo como único responsável pelos seus atos. (CHANDLER, 2003).

A herança histórica-social deixada pelo modelo eugênico e seu ideal racista e excludente que se estendeu até meados do século XX, somado a uma sociedade brasileira que tardou em se emancipar politicamente sendo possível decretar sua democracia recente somente o período pós-regime ditatorial (1964-1985), deixa um legado: práticas legitimadas pela ciência que visam homogeneizar a população em nome de um padrão civilizatório. Porém, as novas formas de sociabilidade que o fenômeno da

globalização provocou na vida cotidiana⁸ no final do século XX e início do século XXI trazendo afirmações de grupos minoritários, reconhecimento da diversidade cultural, as noções de desempenho e da ideologia da saúde como “doutrinas corporais”, produziram novos arranjos de ser e estar no mundo que Ortega (2008), contundentemente denominou de “biossociabilidade”:

“a noção de biossociabilidade visa descrever e analisar as novas formas de sociabilidade surgidas da interação do capital com as biotecnologias e a medicina. A biossociabilidade é uma forma de sociabilidade apolítica constituída por grupos de interesses privados, não mais reunidos seguindo critérios de agrupamento tradicionais como raça, classe, estamento, orientação política, como acontecia na biopolítica clássica, mas segundo critérios de saúde, performances corporais, doenças específicas, longevidade, entre outros” (p. 30).

O “alvo” da ciência não seria mais aprimorar as raças, higienizando sua população, pois hoje o Brasil já reconhece, e minimamente aceita, sua diversidade étnica e social provocada pela miscigenação e reconhecida pela pluralidade cultural⁹. O alvo desloca-se para os traços comportamentais, sutis, subjetivos, considerados socialmente inapropriados/inconvenientes e também para as características cognitivas e funções neurológicas interpretadas como disfuncionais, anormais, e, portanto diagnosticadas como um distúrbio que interferiria diretamente na vida do sujeito. Mudam-se as formas e os discursos de aprimoramento do sujeito, mas o princípio normativo/disciplinador permanece inalterado. Hoje, o saber da ciência médica-psiquiátrica, a indústria farmacêutica e um manual de psiquiatria modelam comportamentos ditando o que é ou o que não é saudável. Como bem diz Safatle (2013a), o debate em torno do poder psiquiátrico “é uma questão social da mais alta importância, pois define valores sociais travestidos de normalidade médica”.

⁸ As novas modalidades de subjetivação serão tratadas de forma mais minuciosa no capítulo que aborda o desmantelo do sujeito contemporâneo e a “ditadura da felicidade” na sociedade da performance.

⁹ Não evoluímos ainda a ponto de introjetar o papel do negro, do índio, do deficiente, do homossexual (e outras minorias) como pertencentes da nossa cultura e da nossa rede de relacionamentos. Muitos que os respeitam o fazem pela imposição da lei, da ameaça de sofrer uma punição. Se aceita o diferente pelo receio de cometer um crime em um possível ato discriminatório e pelo respeito à lei que lhes dão direitos constitucionais. O fato de aceitarem, não significa que concordem com sua inclusão ou que serão acolhidos pela sociedade. É demasiadamente romântico esperar que haja uma conscientização política-social do coletivo que entenda que esses sujeitos deveriam fazer parte da vida social em toda sua plenitude. É apenas, e por enquanto, uma “conscientização” imputada pelo estado de direito.

2. O CENÁRIO SOCIAL CONTEMPORÂNEO

O desarraigamento social e a ausência de vínculos simbólicos e rituais coletivos conduzem o indivíduo a se retrair sobre si e fazer de seu corpo um universo em miniatura, uma verdade sobre si e um sentimento de realidade que a sociedade não consegue mais lhe fornecer.

Francisco Ortega.

Atualmente, o homem contemporâneo parece viver um cenário de contrastes intensos em diversas esferas da vida: de avanços progressivos da tecnociência e dos meios de comunicação à disseminação da violência social e econômica (paradoxo social). Do refinamento das formas de produção e manutenção da riqueza ao aprofundamento e alargamento em grande escala da miséria (paradoxo econômico). Do desenvolvimento da ciência genética e das pesquisas em biomedicina através da clonagem e do mapeamento de DNA, à proliferação de doenças como malária, dengue, ebola, rubéola e cólera, formando núcleos de epidemias ou até pandemias (paradoxo médico-científico). Da intensificação de um discurso coletivo que ensaia o desenvolvimento sustentável e a urgente preservação do meio ambiente, à uma ocorrência cada vez mais frequente de catástrofes ambientais causadas indiretamente pelo homem (paradoxo ecológico-ambiental); e por fim, do intenso deslocamento de sujeitos entre os territórios e nações promovendo um intercâmbio cultural entre os povos, ao fechamento radical de estados totalitários em si mesmos por um receio da ameaça à sua identidade e cultura local (paradoxo geopolítico).

Essa realidade ambígua e efêmera que sempre traz avanços e retrocessos, inclusões e exclusões, é própria de um tempo histórico que se constitui como um “hiato”, como um período de transições para mudanças na humanidade.

No que tange o contexto social brasileiro, vem surgindo mobilizações e políticas públicas para combater as desigualdades e exigir um país mais justo, mais democrático. Exemplo disso são as políticas públicas de transferência de renda e auxílio moradia visando reduzir as desigualdades econômicas; as minorias étnicas e sexuais historicamente excluídas exigindo e conquistando seus direitos de igualdade no campo

judicial¹⁰ e no campo educacional com leis e orientações para inclusão da diversidade étnica, cultural e sexual nos currículos. Há de se destacar também as recentes manifestações sociais em junho de 2013 com indignações generalizadas, sinalizando um basta ao excesso de impunidade, almejando melhorias qualitativas nas condições de vida nos centros urbanos e denunciando as condições permanentemente precárias as quais experimentam as escolas públicas reivindicando a educação como prioridade para desenvolvimento do país. Essas recentes reivindicações coletivas indicam que vivemos hoje um momento parcial de conscientização democrática, e de certa forma, com pequenos avanços, porém significativos, no que se refere ao estabelecimento de uma cidadania plena. O país vem sinalizando o desejo de uma busca por modelos, hábitos e atitudes de vida que sejam mais próximos da origem histórica do povo brasileiro e de sua identidade, em oposição a uma visão de mundo eurocêntrica e estadunidense¹¹.

Há uma tendência já em curso, de uma universalização do comportamento “politicamente autônomo” ou da vida social do indivíduo brasileiro, mas que também reflete um paradoxo. Como todo processo de mudança, a construção da cidadania traz avanços e retrocessos. Simultaneamente buscam-se emancipações em prol de melhorias para um bem coletivo ao mesmo tempo em que se abre mão dos próprios valores éticos para transgredir regras sociais quando se torna conveniente. Esse indivíduo consegue assim, por meio da negociação, da barganha ou de sua mera vontade, os privilégios que atendem seu interesse na determinada circunstância: a conduta do “livre-legislador” percorre a linha tênue entre os eixos dos “direitos/deveres”, referente as regras de convivência coletiva e os de “privilégios/concessões”, que indica condutas implícitas e explícitas para atingir objetivos individuais, beneficiando exclusivamente a si próprio, tendendo para a prática individualista. Ou seja, há uma dissimulação do que seriam os

¹⁰ Por exemplo, a união estável entre pessoas do mesmo sexo era legal no Brasil desde 2011, mas o casamento entre elas só foi legalizado em maio de 2013 pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). O Brasil se juntou ao Uruguai e a Argentina como os únicos países latino-americanos onde é permitido o casamento entre pessoas do mesmo sexo.

¹¹ O termo estadunidense é utilizado para se referir ao que é próprio dos Estados Unidos. Usar o termo “americano” para se referir ao povo desse país, seria uma generalização de algo que é particular sob forma implícita de soberania. “Americano”, semanticamente refere-se ao continente da América, o que abrange geograficamente muitos países que não compactuam com o modelo político, social, militar e econômico estadunidense e por isso não reproduzem esses costumes. É, pois, um sequestro da palavra que acaba por ignorar e desconsiderar todas as culturas, raças, etnias e tradições dos países da América central e da América do sul. Sendo assim, toda vez que o senso comum “confunde” o termo “americano” para se referir a nação estadunidense, se constata uma forma ideológica/dissimulada de expressar a hegemonia política, econômica e militar dos Estados Unidos sobre o continente, além de estabelecer uma prática de assujeitamento, desconsiderando parte de sua própria identidade via negação de territorialidade. Afinal, somos também, americanos.

direitos e ignora-se por completo a necessidade dos deveres, condição crucial para o curso da cidadania, “abrasileirando” os hábitos e assentando os privilégios e as concessões como uma falsa ideia de direitos. Cada um criando sua própria regra e forma de agir no meio social de acordo com sua conveniência. Essa independência de um indivíduo “onipotente-emancipado” surge concomitantemente à falência do papel social do estado no cenário contemporâneo e a falta de representatividade política nas entidades partidárias, sindicalistas, governamentais.

É nesse panorama que a instituição escolar e os centros produtores de conhecimento vêm sendo intensamente discutidos, criticados e exigidos a cumprir um papel sócio-pedagógico cada vez mais voltado para uma aprendizagem de qualidade social, para que comunidades e pessoas possam se inserir de forma ativa, consciente e competente nesse universo paradoxal. A demanda contemporânea sugere uma nova ordem: a ordem da responsabilidade social; do reconhecimento do outro, diferente, como parte constitutiva do seu eu; do entendimento da diversidade humana como elemento chave para uma convivência mais harmoniosa em comunidades urbanas e para aprendizagens enriquecedoras; e ordem de comportamentos que favoreçam, propaguem e estimulem uma inclinação à cidadania. Ou seja, devemos buscar novas práticas que sejam mais próximas da contingência histórica da condição humana.

Caso contrário continuaremos a testemunhar cenas bizarras no nosso cotidiano que são preocupantes, pois além de estarem se tornando corriqueiras, nos conduz a uma naturalização da violência e, conseqüentemente, a reagirmos com indiferença, internalizando a descrença na justiça e a se habituar com a impunidade: linchamentos coletivos de pessoas que acreditam que seja possível fazer justiça com as próprias mãos baseado em conclusões precipitadas de retrato falado, bandidos amarrados em poste, brigas em sequência nos estádios de futebol causada por facções travestidas de torcida organizada. Há também mortes das mais variadas e bizarras formas: um torcedor em Recife quando lhe foi arremessado um vaso sanitário na cabeça; morte no trânsito em Salvador uma médica atira seu carro contra um rapaz na moto após uma banal discussão de sinaleira; viatura da polícia militar no Rio de Janeiro arrasta corpo da mulher que estava no camburão, mas acidentalmente se soltou e ficou presa ao carro com ele em movimento; assassinato de criança no interior do Rio Grande do Sul cometido meticulosamente pelo seu próprio pai e madrasta. Diante de todos esses acontecimentos recentes ocorridos em diversas regiões do Brasil, não podemos achar que vivemos em

uma sociedade normal. Testemunhamos um tempo histórico que revela um modelo de organização social desajustado e doente. Fica a pergunta: o que é ser normal em uma sociedade que não é normal?

2.1 O DESMANTELO DO SUJEITO E A SOCIEDADE DA PERFORMANCE

As velhas identidades, que por tanto tempo estabilizaram o mundo social, estão em declínio fazendo surgir novas identidades e fragmentando o indivíduo.

Stuart Hall.

Nesse período de intensidade político-social em que há estímulo à emancipação e efervescência pela obtenção/difusão da cidadania, sobretudo através das redes sociais, o sujeito da contemporaneidade vive dilemas identitários que causam mal-estar das mais diversas ordens. O descentramento do sujeito que passa a viver dilemas identitários que causam mal-estar sugere o desmantelo de um modelo de vida cujo formato se constituiu como base por muito tempo. O processo de constituição da subjetividade tornou-se transitório, a identificação através do qual nos projetamos em nossa identidade cultural, tornou-se mais provisório, variável e problemático:

“A crise de identidade é vista como parte de um processo mais amplo de mudança, que está deslocando as estruturas e processos centrais das sociedades modernas e abalando os quadros de referência que davam aos indivíduos uma ancoragem estável no mundo social”. (Hall, 2005 p.7).

Um modelo que vivenciava formas de representações políticas e regulações de condutas diferentes das de hoje. O mundo subjetivo do homem que se organizava por um eixo vertical, padrões ideais que orientavam as formas de satisfação, de amor, de trabalho, de modelo de família, de aproximação e separação, de fazer política, ruiu. A globalização levou essas formas ao extremo, à multiplicidade de modelos sem uma hierarquia predeterminada. Hoje as referências são plurais, sofrem influências globais, se contrapõem, invalidam-se, surgem, desaparecem. As fronteiras desabaram e junto com elas os ideais que organizavam as identidades e sua noção de referência. (HALL, 2005; BAUMAN, 2011).

Depois de completada a primeira década do século XXI, a pós-modernidade se torna ainda mais evidente e visceral na medida em que organiza o enredo cotidiano-social e configura-se uma espécie de “política da vida”, ditando costumes, hábitos e modas permanentemente transitórios e efêmeros (BAUMAN, 2007). Sensação de ambiguidade, de mutação constante, de ceticismo e “esvaziamento” com a ideia decretada do fim das utopias, de individualismo exacerbado, de perda da noção de coletividade, são sintomas próprios da vida contemporânea.

Os laços sociais estão esfarrapados, esvaziou-se a noção de intimidade, o comportamento baseado na liberdade de expressão tem gerado impulsividade e radicalismos. A incerteza tem gerado medo do futuro e paralisação do modo de vida presente, o pânico da nebulosidade pós-moderna tem causado um grande paradoxo que o sujeito não consegue dar conta nem nos consultórios psicanalíticos: a angústia de estar só em um mundo cheio de gente (EIDIT & TULESKI, 2007).

A pós-modernidade alcança uma fase obscura, mas também embrionária, na história ao não permitir que as doutrinas, as religiões, a ciência em si e as instituições elaborem perspectivas, como aconteceu na modernidade, ditando quais serão os caminhos da humanidade daqui pra frente. O legado parece estar nas pessoas, nas relações, nos grupos, nas inter-relações subjetivas e, sobretudo na emoção, que os seres humanos podem provocar no outro, reconhecer em si e sentir através de outra perspectiva. Emoção em um sentido humanitário, solidário, que rejeite a indiferença, estimule o altruísmo, resgate a noção coletiva de pertencimento e ao mesmo tempo reconheça a diversidade. Por mais utópico e paradoxal que pareça o desafio está justamente em recuperar nossa capacidade de sonhar, divagar e ser criativos ainda que isso custe o risco no futuro de ser diagnosticado com alguma dessas psicopatologias contemporâneas:

Quanto mais se torna dominante a ideia de que nenhuma vontade deva ser reprimida, mais cresce a incapacidade de lidar com a insatisfação e, querer obter a satisfação de todos os desejos, cria a possibilidade de sofrimento devido à baixa tolerância a frustração. E as reações a esses sofrimentos, próprios da condição humana, confundem-se na maioria das vezes com patologias mentais. Assim, fecundou-se um cenário social propício para embarçar as frustrações oriundas da vida ordinária com doenças psíquicas. Trazendo à tona a medicalização da vida cotidiana, silenciando conflitos

através da redução de questões sociais a doenças de indivíduos. A medicalização, portanto, não está descolada dos desdobramentos que advém dos contornos do indivíduo contemporâneo. Tivemos no início dos anos 90 o “boom” da depressão como a grande patologia mental a ser combatida pela OMS¹² e o consequente sucesso terapêutico através do seu tratamento farmacológico. Como coloca Ehrenberg (2000), o Prozac®¹³ passou a ser a felicidade adquirida através de receita médica, felicidade comprada, transformando o humor dos indivíduos, criando a ilusão de torná-los seres melhores que si mesmos. Sobre a relação “medicamento X identidade”, o sociólogo francês questiona: “numa sociedade onde as substâncias psicoativas são consumidas permanentemente não é mais possível identificar a diferença entre se cuidar e se drogar. Advém desse consumo a pergunta: quem se é de fato?”.

Sociologicamente, a medicalização configura-se uma “continuação” bem elaborada da eugenia, ou até o próprio modelo eugênico repaginado mas mantendo seu princípio de exclusão e aprimoramento. Ortega (2008) traz uma passagem que demonstra a como a medicalização pós-eugenia adquire novos contornos sob a tutela da sociedade consumista e performática, que estabelece um perfil comportamental de indivíduo disposto, produtivo, atento e regulador de seu humor:

Na biossociabilidade criam-se novos critérios de mérito de reconhecimento, novos valores com base em regras higiênicas, regimes de ocupação de tempo, criação de modelos ideais de sujeito baseados no desempenho físico. As ações individuais passam a ser dirigidas com o objetivo de obter melhor forma física, mais longevidade, prolongamento da juventude, etc. Todo um vocabulário médico-fisicalista baseado em constantes biológicas, taxas de colesterol, tono muscular, desempenho físico, capacidade aeróbica populariza-se e adquire uma conotação “quase moral”, fornecendo os critérios de avaliação individual. Ao mesmo tempo todas as atividades sociais, lúdicas, religiosas, esportivas, sexuais são resignificadas como práticas de saúde. (p. 31).

No modelo idealizado de homem pós-moderno cria-se um padrão hegemônico de corpo saudável para toda sociedade a reboque de uma “ditadura da felicidade”. Surgem assim novas formas rearranjadas de práticas científicas e tecnológicas adaptadas pelo (e para) o perfil de subjetivação do homem contemporâneo:

¹² Organização Mundial de Saúde.

¹³ Antidepressivo que tem como base de sua composição a fluoxetina. Substância que atua para aumentar o nível de serotonina, neurônio do cérebro que regula o estado de ânimo das pessoas.

A biossociabilidade leva consigo uma perda ou “ressignificação” de laços sociais e valores que organizavam as formas de sociabilidade mais antiga. Os critérios de agrupamento tradicional foram deslocados para o corpo: saúde, performances corporais, tipos específicos de doença tornam-se, doravante, organizadores da vida social e subjetiva. O investimento no corpo é uma resposta à desagregação dos laços sociais, ao afastamento do outro e à perda de valores e significados coletivos que estruturavam o mundo simbólico do indivíduo (Ortega, 2008, p.60).

Por exemplo, as ideologias da saúde e do corpo perfeito nos leva a contemplar as doenças que retorcem a figura humana como sinônimo de fracasso pessoal. O valor de uma pessoa é medido por suas capacidades que incluem a performance de determinadas tarefas físicas e mentais. A dieta, o *fitness* e as recentes e bizarras práticas de halterofilismo infantil representam o culto ao corpo pela busca incessante da aparência perfeita: o corpo malhado, sarado, bronzeado, siliconado, lipoaspirado. Como consequência frequentemente surgem anorexias, bulimias, distimias, depressões e outras sociopatologias do capitalismo tardio que substituem condições espirituais e psicológicas deflagrando essa cultura performática:

O corpo na sua materialidade sofre um desinvestimento simbólico: já não é o corpo a base do cuidado de si; agora o eu existe só para cuidar do corpo, estando ao seu serviço. Predicados mentais, como vontade, são definidos segundo critérios materiais e corporais: vontade ou fraqueza de vontade referem-se exclusivamente à tenacidade e à constância, ou à debilidade (desânimo) e à inconstância na observação de uma dieta, na superação dos limites biológicos e corporais. A introspecção é substituída pelas sensações prazerosas (Ortega, 2008, p. 43).

O indivíduo torna-se livre, proprietário do seu corpo. “Ser um corpo” é menos importante do que “ter um corpo”. Deixa-se de lado a noção de que o corpo é ao mesmo tempo o corpo que se tem e o corpo que se é. Ou seja, corpo vivo e corpo vivido integram a mesma condição de sujeito, encarnado na pós-modernidade:

O self superficial, paranóico e melindroso tem uma única maneira de escapar da tirania da aparência: se igualando, se conformando à norma. Somente sendo idênticos à norma é que podemos nos esconder. A adaptação, a obediência e a identificação com a norma é o refúgio do eu que fez de sua aparência a essência. Queremos ser iguais para nos protegermos, nos escondermos. Ou somos idênticos, ou nos denunciemos (Ortega, 2008, p. 45).

O hibridismo que aterrissou no século XXI trazendo a esperança e o colapso para as formações identitárias, trouxe também um paradoxo: a vida cotidiana nos mostrou a

exaltação do humor e os comportamentos exacerbados junto com o medo do incerto sob forma de aflições e angústias. Com isso criou-se um mecanismo de defesa subjetivo: a sensação que o medo provoca, o medo do novo e da liberdade nos remete as nossas fantasias mais primitivas, causou uma reação nas pessoas, nas instituições que veio a reboque dessa fluidez desconhecida. Sobretudo no meio científico e especificamente no campo da saúde mental houve uma intensificação na regulação da conduta: na autoexigência pelo controle, pelo desenvolvimento da tríade vigilante que envolve disciplinamento/padronização/homogeneização. A vivência de autonomia, liberdade e poder também gera a necessidade de nomeação urgente, via normatização, daquilo que não se sabe, da incerteza. Segundo Ortega (2008) na mesma proporção em que se vive e acredita nesse modelo em que se perdem as âncoras tradicionais e criam um sentimento de insegurança, surgem também formas de busca de segurança a procura da realidade na marca corporal:

Temos a necessidade de recorrer a alguma coisa que se apresente como real, como permanente em um mundo de impermanência, um suporte para o *self*, uma superfície protetora contra a incerteza do mundo, uma proteção simbólica contra a adversidade (p.60).

A técnica de controle e aprimoramento pela ciência vem criando dispositivos médicos-farmacêuticos que dão conta de reformular, aos seus moldes, práticas excludentes de modelos de identidades divergentes ou de hábitos corporais considerados não saudáveis, conservando em ultima instância, a essência do princípio eugênico: aprimorar e eliminar. Trazer no corpo, hoje, sinais da idade e uma aparência que não corresponda com o que nossa cultura entende por corpo saudável-atlético e padrão de beleza, já se tornam socialmente marcas de aversão e patologia (ORTEGA, 2008). A mesma cultura que produziu obsessão com comportamento e práticas livres de risco, resulta na proliferação de hábitos e estilos de vida arriscados. A dieta, o *fitness*, a medicalização da velhice retratam os que fazem uso corriqueiramente de medicamentos inibidores de apetite, de estímulo à longevidade, da melhoria do desempenho sexual visando retardar nosso envelhecimento e aprimorar nosso desempenho, denunciando a aversão que a sociedade tem à dependência, moldada pela ideologia do indivíduo autônomo e auto-suficiente:

O *fitness* nos é apresentado como o “remédio universal”, que nos garante: a independência da medicina (a qual se revela como sendo aparente); a proteção de

todos os males da sociedade moderna – adições de todo o tipo (drogas, sexo, consumo), depressões e distúrbios alimentares-; a receita da felicidade e da fidelidade (nestes tempos de altos índices de divórcio e infelicidade conjugal, os casais que malham juntos ficam juntos); e a possibilidade de construção de uma biografia íntegra em tempos de desordem moral e desintegração social. (Ortega, 2008, p. 40).

Segundo Le Breton (2011), o indivíduo senhor de si recusa seu humor natural, tenta dominá-lo para escapar da confusão e da ansiedade que nasce da aflição de não estar mais a altura, pois seus recursos pessoais são solicitados a todo o momento. Há uma vasta extensão de psicotrópicos para técnicas de gestão do humor, do estado de vigília, da ansiedade. Na sociedade contemporânea, o controle da emoção e da afetividade está à disposição do indivíduo, como observa o autor:

“Muitas técnicas da vida cotidiana concorrem para o uso de si, visam a uma transformação deliberada do foro íntimo tendo em vista uma finalidade precisa: melhorar seu poderio sobre o mundo, aguçar suas capacidades de percepção sensorial, modificar seu estado de vigília, superar o cansaço, proporcionar meios para um esforço prolongado, escapar do sono, ou, ao contrario, conseguir finalmente adormecer etc.” (p. 56).

Estariamos, segundo Ehrenberg (1995;2000), vivendo numa condição de bem-estar artificial que toma o lugar da cura e outras inúmeras questões ou conflitos não resolvidos. O indivíduo proprietário de si, tão almejado pelo ideal político de homem moderno alcançou o seu status pleno de indivíduo soberano na pós-modernidade e tornou-se hoje uma forma comum de vida. A questão é que o sujeito não está tão apto assim para conviver com essa autonomia de carregar a responsabilidade de uma liberdade “plenamente individualizada”. Com isso surgiu a nostalgia e as drogas como forma de escape da realidade. A fragilidade dos laços sociais, a espetacularização da existência, a encenação de si pela busca iminente do status social e de uma identidade própria formatam um indivíduo cansado de ter que ser si mesmo (EHRENBURG, 2000). O autor acredita que o uso frequente dessas substâncias psicoativas de qualquer natureza é um indicativo da impossibilidade e da angústia em ser si mesmo na contemporaneidade. Para Ehrenberg (1995), o indivíduo incerto sofre, se sente incapaz, é constantemente solicitado a governar suas responsabilidades, deseja reconhecimento, mas busca restaurar a sensação de si via o uso de drogas e psicotrópicos.

Aquino (1998), conclui que essa condição de subjetivação generalizada dos problemas e conflitos apenas retrata nossa sensação cotidiana de incompletude: a constatação de que somos imperfeitos, de que frequentemente buscamos expandir a aventura da existência, reapropriando ou resignificando a realidade, desejando incessantemente vivenciar a transcendência. Condição esta, resumida de forma precisa por Le Breton (2011, p. 57): “Melhor traçar um caminho bioquímico em si do que enfrentar sem defesa a provação do mundo”.

Na medida em que buscamos uma resposta precisa e científica para uma sensação desagradável ou “anormal” (diagnóstico) e um modelo de tratamento biológico definido (fármacos), conseqüentemente ajudamos a reduzir o incômodo fisiológico-corporal. Por outro lado, camuflamos a inquietação subjetiva-espiritual, a crise moral e os dilemas éticos. Todas, questões reais e atuais somadas ao alto grau de ansiedade generalizada, caracterizam os principais sintomas contemporâneos que a medicalização tenta disfarçar ao abafar o questionamento e a reflexão através de um comprimido. Não se trata aqui de apologia às inquietações, crises, dilemas, desestruturações, ao caos. Embora dialeticamente, sejam eles os maiores motivadores das mudanças subjetivas e que trazem a possibilidade do novo, da condição criativa, do “resignificar”. Entretanto, temos de admitir que não será com uma pílula que o ser humano vai enfrentar, questionar, compreender e buscar soluções para essas questões que são próprias da natureza do homem pós-moderno. A tristeza é inerente à alma humana.

2.2 A MEDICALIZAÇÃO DA EXISTÊNCIA: A INDÚSTRIA E A ERA DOS DIAGNÓSTICOS

Tenho medo de não me encaixar na portaria da Anvisa que defina a normalidade e ser obrigado a tomar um Abetalhol por dia.

João Ubaldo Ribeiro

Problemas com o chefe no ambiente de trabalho, preocupação e ansiedade com queda de rendimento, medo de perder o emprego, receio de rejeição nos relacionamentos interpessoais, aborrecimentos na educação dos filhos, inquietação na hora de dormir. A insônia, a fadiga, o estresse, o medo, a rejeição, a angústia e a ansiedade se tornaram os

principais sintomas contemporâneos da “guerra” pela sobrevivência na vida urbana caótica. Transtorno de ansiedade generalizada, disfunção erétil, transtorno da disforia pré-menstrual. Está cada vez mais difícil para as pessoas enfrentarem as consequências que as adversidades das contingências sociais provocam na subjetividade, trazendo a reboque efeitos psicossomáticos, sem recorrer a um psicofármaco. É comum hoje, pessoas saudáveis passarem a acreditar que sofrem de algum tipo de enfermidade (duvidosa ou exagerada) e para cada uma dessas doenças há um medicamento promovido pela indústria farmacêutica. (ANGELL, 2010)

Em 2010 o Brasil atingiu o patamar de maior consumidor de rivotril do mundo. Foram vendidas 2,1 toneladas de clonazepan, o princípio ativo do remédio (VERSOLATO, 2010). Foi o segundo remédio mais vendido no país, à frente até de Hipoglós e Buscopan. Este ansiolítico tarja preta¹⁴ é popularmente conhecido como um calmante ou “xarope da paz” e é usado por aqueles que buscam **alívio imediato** para qualquer desconforto psicossomático ou emocional.

Mas, se em algumas situações o medicamento pode trazer libertação, em outras podemos considerar que ele aprisiona. Um psicofármaco, tarja-preta, cria condições para que o sujeito possa desenvolver habilidades para solucionar tarefas do dia-a-dia ou o impede de exercer, por conta própria, reflexão e ação em torno do problema, do contexto e das pessoas envolvidas naquilo que provocou o seu desconforto? O comentário de Dunker apud Dunker & Neto (2011) vai nesse sentido para além de uma dicotomia trazendo a função paradoxal da medicação. Ele entende que:

Todo medicamento só é eficaz porque realiza “por outras vias” um trabalho ou função que o organismo ou o sujeito pode fazer em condições normais. Ao introduzir o medicamento sem fornecer meios para que o sujeito recupere a possibilidade de realizar esse trabalho, produzimos uma espécie de “efeito colateral”, uma “atrofia” das já debilitadas funções psicológicas. (p. 623).

A Ritalina usada comumente no tratamento do TDAH é outro medicamento tarja preta que vem tendo seu consumo banalizado, crescendo assustadoramente a cada ano. Sua

¹⁴ Medicamentos tarja preta se referem aos que contém substâncias que exercem ação sedativa ou que ativam o sistema nervoso central, portanto também fazem parte dos chamados psicotrópicos. Só podem ser vendidos com receituário especial de cor azul ou amarela. Na tarja vem impresso “venda sob prescrição médica, o abuso deste medicamento pode causar dependência”.

substância, o metilfenidato, é o psicoestimulante mais consumido no mundo, mais que todos os outros estimulantes somados. De acordo com o relatório da ONU apud Itaborahy (2009) sobre produção e consumo de psicotrópicos, a produção mundial de metilfenidato passou de 2,8 toneladas em 1990 para 19,1 toneladas em 1999, representando um aumento de mais de 580%. Em 2004 esse número atingiu 33,4 toneladas, e em 2006 quase 38 toneladas produzidas. Destas 38 toneladas, 34,6 foram produzidas pelos EUA, que são os maiores fabricantes e também os maiores consumidores. Esse crescimento da produção mundial entre 1990 e 2006 representa um aumento de mais de 1200%. Itaborahy (2009) entende que este aumento gradativo no consumo do metilfenidato ocorre não somente pela sua vinculação ao tratamento do TDAH, mas principalmente devido à intensa publicidade do medicamento voltada diretamente aos consumidores norte-americanos. Além do fato do intenso uso para fins não terapêuticos, ou seja, uso recreativo da droga ou com finalidade de aprimoramento cognitivo. A autora alerta que no Brasil também se seguiu essa tendência de aumento na produção e consumo da substância:

O consumo nos EUA vem crescendo a cada ano, e hoje representa 82,2% de todo metilfenidato consumido no mundo. No Brasil, seguindo a tendência mundial, o consumo também vem crescendo ao longo dos anos. No ano 2000, o consumo nacional de Ritalina foi de 23 kg. Em 2006, o Brasil fabricou 226 kg de metilfenidato e importou outros 91 kg (ONU apud Itaborahy, 2009, p. 8).

O Brasil é o segundo maior consumidor de ritalina no mundo. Os dados ANVISA (2013) mostram que somente em 2011 foram consumidos aqui no país 413 kg de metilfenidato. Um aumento de 82% em cinco anos. A ritalina, também conhecida como “droga da obediência”, vem desde a última década demonstrando alto índice de consumo, se tornado um “sucesso de vendas” de forma curiosa e estarrecedora, como revela a Gazeta do povo (2010): “entre 2000 e 2008, o número de caixas vendidas passou de 71 mil para 1,1 milhão - aumento de 1.616%” (2010, p. 16). Em entrevista concedida a Bueno (2013) no jornal Gazeta do Povo, a pediatra e professora da Unicamp, Maria Aparecida Affonso Moysés relata que a quantidade de caixas vendidas, já em 2010, havia atingido a marca dos 2 milhões¹⁵. A ANVISA (2013) ainda alerta

¹⁵ Vale ressaltar nosso esforço, via comunicação eletrônica com a ANVISA ocorrida em março de 2014, na tentativa de buscar os dados referentes ao ano de 2013 sobre o consumo e venda de ritalina. Porém esbarramos nas burocratizações institucionais que inviabilizaram a divulgação por parte da mesma. Fica nosso registro, em tom de

para o período em que ocorre maior prevalência de consumo do metilfenidato¹⁶, que apresenta um comportamento aparentemente variável ao longo do ano: “chama atenção a redução do consumo nos meses de férias e o aumento no segundo semestre do ano”. Mas o que estaria causando esse crescimento significativo no consumo da ritalina em um curto intervalo de tempo? O consumo do medicamento metilfenidato, utilizado no tratamento do TDAH, aumentou 75% em crianças com idade de 6 a 16 anos, entre 2009 e 2011, no Brasil (ANVISA, 2013).

Em levantamento realizado recentemente pelo Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo apud Conselho Regional de Farmácia (2013), foram avaliadas 553 notificações de suspeitas de reações adversas associadas ao uso do metilfenidato, recebidas no período de dezembro de 2004 a junho de 2013. Dentre esses relatos listados pelo periódico do conselho regional de farmácia do estado de São Paulo, estão:

O uso indevido de metilfenidato em crianças menores de 6 anos (faixa etária para a qual o uso está expressamente contraindicado em bula) e associação entre o uso do medicamento e o aparecimento de reações adversas graves, com destaque para os eventos cardiovasculares (37,8%) como taquicardia e hipertensão, transtornos psiquiátricos (36%) como depressão, psicose e dependência, além de distúrbios do sistema neurológico como discinesia, espasmos e contrações musculares involuntárias, entre outros. (CONSELHO...2013)

Embora amplamente usado para hiperativos, visando reduzir sua inquietação, e para uso recreativo visando o aprimoramento das cognições, não se sabe bem de fato quais efeitos colaterais o metilfenidato pode causar no organismo quando usado por um longo período. Na medida em que a medicalização da vida cotidiana vai tomando grandes contornos, algumas ações no âmbito político surgem tentando “restringir” o uso de medicamentos. Recentemente, em junho de 2014, a prefeitura de São Paulo, através da SMS-SP (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo), lançou a Portaria nº 986/2014, que regulamenta as condições de prescrição e distribuição de metilfenidato na rede pública, formalizando um tratamento integral (COLLUCCI, 2014a). Com as medidas da portaria, agora a avaliação clínica será feita por equipe multidisciplinar:

estranhamento, do quanto é dificultoso conseguir esses dados tendo em vista que desde 2010 não se tem uma atualização sobre a quantidade de caixas vendidas desse medicamento.

¹⁶ Substância vendida com o nome comercial de Ritalina.

Antes bastava o médico avaliar o jovem e prescrever a medicação em receituário especial amarelo (para substância psicotrópica). Agora, uma equipe multidisciplinar (formada por médico, psicólogo, entre outros) da secretaria deverá avaliar a criança, pedir exames e preencher formulário com dados sobre sua saúde física e psicossocial, situação escolar e familiar, entre outros. No caso de paciente de instituições vinculadas ao SUS, o formulário ainda terá que passar pelo crivo da Coordenadoria Regional de Saúde. (COLLUCCI, 2014a).

Como alegamos, não se trata de restrição do medicamento, mas sim de uma reorganização na política da dinâmica clínica que o prescreve criando um mecanismo mais ético e democrático na elaboração do do quadro clínico tornando a prescrição mais coerente com o diagnóstico. Os dados de consumo do metilfenidato indicam que houve uma severa banalização, sobretudo nos últimos dez/quinze anos, em torno das dificuldades de aprendizagem, em especial do diagnóstico de TDAH e do seu tratamento farmacológico via ritalina. Trata-se de um medicamento que deve ser receitado somente com o diagnóstico feito de maneira adequada por profissionais de saúde e equipe multidisciplinar, embora as escalas diagnósticas¹⁷ sejam bastante questionáveis por serem inconclusivas, genéricas e de caráter tendencioso (ORTEGA et. al, 2010). Assim sendo, não é difícil constatar que estão surgindo diagnósticos equivocados nas escolas¹⁸, bem como o uso do medicamento para outros fins¹⁹, geralmente melhoramento de desempenho, prolongamento de estado de vigília nas atividades que exigem maior atenção ou esforço físico e mental, atividades recreativas etc.

A produção acadêmica e as reportagens noticiadas pela mídia a partir dos anos 2000²⁰ se intensificaram bastante, denunciando o cerco médico-psiquiátrico que ronda nossas vidas na era dos diagnósticos. Excesso de transtornos e a dissimulação dos problemas, dilemas e conflitos, indicam que frustrações banais passaram a ser interpretadas como doenças a serem medicadas. A indústria farmacêutica atua de forma subliminar para

¹⁷ SNAP- IV e ASRS-18 são as escalas diagnósticas mais utilizadas para identificação do portador de TDAH. Para consulta ver anexos 3 e 4 nas páginas 123-124 e 125-126, respectivamente.

¹⁸ Os fatores escolares que historicamente vêm produzindo esse diagnóstico atrelando-o ao fracasso escolar, bem como a análise sócio-histórica da instituição escolar serão abordados no capítulo seguinte, “Medicalização do fracasso escolar”.

¹⁹ Para um entendimento mais detalhado das finalidades não-terapêuticas no uso de psicofármacos, mas sim aquelas que visam na verdade apenas o aprimoramento cognitivo, consultar estudo de Barros & Ortega (2011).

²⁰ Para consultar a produção acadêmica relacionada a medicalização ver anexo 6, página 129.

aliciar os médicos psiquiatras nas entidades e associações²¹ com as quais possuem algum tipo de vínculo e também patrocinando essas entidades que fazem apologia ou defendem a bandeira de uma causa biológica para as psicopatologias atestando que o tratamento farmacológico seria necessariamente o mais viável para promover sua cura. Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos em 2004, com três mil e cem médicos de seis especialidades que foi publicada pelo *The New England Journal of Medicine* apud Segatto (2004), revelou que 94% mantinham algum tipo de relação com a indústria farmacêutica. Desse total, 83% aceitavam comida e bebida no local de trabalho; 73% recebiam amostras grátis de remédios; 35% tinham custos com educação ou reuniões médicas pagas pelos laboratórios; 18% eram pagos para atuarem como consultores e 16% eram contratados para dar palestras em eventos da indústria.

Nesse meio onde a ética do relacionamento profissional é pautada pela cooptação é difícil imaginar uma imparcialidade médica quando se receita qualquer medicamento. Fica a dúvida: o paciente de fato necessita do tratamento farmacológico e daquela determinada substância específica ou a receita carrega consigo um dispositivo de poder impulsionado pela envergadura política da indústria farmacêutica que, através de benefícios e privilégios, afagam o ego do médico a serviço da manutenção de seu *glamour* social-científico? Considerando-se que o lucro dos laboratórios farmacêuticos advém do adoecimento de pessoas na nossa sociedade, é interessante que, cada vez mais, se divulgue, propague e evidencie dentro desse sistema a “existência” de novos transtornos em diversos âmbitos. Cabe reforçar a pergunta: o que é ser normal?

Vale salientar que não se trata aqui de abolir completamente o uso de quaisquer medicamentos ou desqualificar a evolução da ciência médica na história e sua importância para sociedade no que tange o tratamento de pessoas com doenças reais que podem levar até a deficiência. Não se trata disso, mas sim de compreender que a prática da patologização e da medicalização²² do cotidiano consiste em um reducionismo biológico, que significa explicar a situação e o destino de indivíduos e grupos saudáveis através de suas características individuais. (Porém, não estamos com isso desconsiderando a possibilidade de haver indivíduos com patologias e deficiências reais na escola).

²¹ A ABDA (Associação Brasileira de Déficit de Atenção) e a ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) são as entidades de maior representatividade no meio psiquiátrico que mantêm vínculo com laboratórios farmacêuticos.

²² Esse conceito, definição e desdobramentos serão trabalhados de forma mais detida no capítulo seguinte, que trata a “medicalização do fracasso escolar”.

A indústria farmacêutica é hoje um dos negócios mais lucrativos do planeta, perdendo apenas para o mercado do petróleo. Segundo Angell (2010) e Tubino (2014), ao contrário do que muitos pensam, os grandes laboratórios farmacêuticos gastam muito menos em pesquisa e desenvolvimento do que em *marketing*. A maioria dos medicamentos que a indústria coloca no mercado são “*me-too*” – moléculas equivalentes àquelas que já existem no mercado ou então produtos reciclados que são comercializados com a ajuda do *marketing* e da propaganda. Constatação também afirmada pela pesquisa da revista francesa *Prescrire* apud Tubino (2014), referente a década de 1990. O estudo avaliou que, dos 577 medicamentos novos apresentados apenas 8,7% representavam um avanço terapêutico. Dados recentes apontam que ao todo a indústria gasta cerca de 19 bilhões de dólares por ano apenas para estabelecer e manter as relações com os médicos:

Desde os anos 2000, 314 mil eventos para médicos nos Estados Unidos foram patrocinados pelos laboratórios. Eles pagaram entre US\$200 e 400 mil dólares para cada evento, e além disso, investiram outros US\$60 mil dólares na Associação de Psiquiatria Americana, na realização de 50 simpósios da entidade, o que dá um total de US\$3 milhões. (Jean Claude St-Onge apud Tubino, 2014).

De acordo com os dados da *IMS Health* apud Tubino (2014) os índices de lucro da indústria farmacêutica vêm crescendo vertiginosamente. Só para se ter uma ideia do quanto se ganha com a venda de remédios pelo mundo, em 2001 a indústria faturou US\$ 393 bilhões de dólares e em 2008 chegou a US\$ 773 bilhões, quase o dobro em apenas sete anos. Segundo esses dados estima-se que em 2013 o faturamento tenha atingido quase US\$1 trilhão a nível mundial. Angell (2010), alega que em 2002 os lucros somados dos dez maiores laboratórios farmacêuticos (US\$ 35,9 bilhões) foram superiores aos lucros de todas as outras 490 empresas do ramo (US\$ 33,7 bilhões). Todos os anos os laboratórios tem lucros muito mais elevados do que os de qualquer outro setor industrial.

Em 2012 o mercado brasileiro de antidepressivos faturou R\$1,85 bilhão. As vendas, de acordo com os dados da ANVISA (2012), subiram 48% em cinco anos. Neste mesmo ano foram vendidas 42,33 milhões de caixas de antidepressivos, o que significa que um em cada cinco brasileiros consumiu uma caixa por ano. A indústria farmacêutica, principalmente a responsável pela produção de medicamentos psiquiátricos, está faturando em cima da farsa do aumento de doenças mentais, com a conivência dos médicos. O surgimento do DSM como manual que normatiza condutas, em nome de um diagnóstico cientificamente preciso,

surge como fator protagonista juntamente com a indústria em um cenário forjado para aumentar, a cada nova edição lançada do DSM, a quantidade de transtornos mentais existentes no mundo ocidental²³.

A criação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I) pela *American Psychiatric Association* (APA), em 1952, é derivado de uma tentativa de levantamento de doenças mentais existentes nos Estados Unidos em 1840. De acordo com Dunker & Neto (2011), para uma maior desenvolvimento de classificação desses transtornos mentais houve uma necessidade de se recolher informações estatísticas, sistematizando inicialmente em dois subtipos: idiotia e insanidade. Através de um censo mais criterioso feito nas instituições psiquiátricas estadunidenses quarenta anos mais tarde, foram descritas sete formas de insanidade: melancolia, mania, monomania, demência, dipsomania, paresia e epilepsia. Em 1917 a Associação Americana de Psiquiatria reuniu-se com a Comissão Nacional de Higiene Mental para estabelecer um sistema classificatório de doenças mentais que tivesse mais consistência, mas que acabou por funcionar mais como uma classificação estatística do que como um manual diagnóstico. Esse “guia estatístico” para uso de instituições de insanos continha na época 22 diagnósticos (DUNKER & NETO, 2011). A CID-6 (Classificação Internacional de Doenças, 6ª edição) publicada em 1948 foi a primeira edição da CID a apresentar uma seção específica para os transtornos mentais, porém Aguiar (2004, p. 27) salienta que essa classificação “ainda não incluía síndromes cerebrais crônicas, bem como vários transtornos de personalidade e situações reativas de interesse dos clínicos americanos”. Por conta dessas omissões a APA (na época chamada de Associação Médico-Psicológica Americana) decidiu elaborar um sistema de classificação próprio, alternativo à CID-6 para uso nos Estados Unidos. Essas foram as contingências históricas que fomentaram o surgimento do DSM-I, em 1952, pela APA, contendo inicialmente 106 categorias de desordens/transtornos mentais.

Em 1968 foi lançada a segunda versão do manual, o DSM-II, que elencava 182 desordens. Tanto a primeira quanto a segunda versão do DSM traziam em seu modelo epistemológico a influência das abordagens psicodinâmica e psicossocial da psiquiatria. A influência da psicanálise também estava presente no manual, e termos como

²³ O DSM-I foi lançado em 1952 contendo 106 categorias de transtornos mentais. O DSM-III, vinte e oito anos depois, já surgiu com 265 transtornos. E o DSM-V, lançado em maio de 2013, está estimado em 450 transtornos diagnosticáveis.

“neurose”, “mecanismos de defesa” e “conflito neurótico” eram nomenclaturas expressas com frequência: “Quadros de etiologia biológica e condições responsivas a contextos sociais específicos encontravam-se representados. O conjunto não refletia clara separação entre normal e patológico” (DUNKER & NETO, 2011, p. 613).

Nas duas primeiras versões do DSM foi mantida a ideia básica de que os transtornos mentais eram a expressão simbólica de realidades psicológicas ou psicossociais. Isso fez com que os psiquiatras mais tradicionais criticassem a ausência de categorias nosológicas e agrupamento de sintomas, que aproximariam a psiquiatria de uma vertente biológica trazendo critérios diagnósticos mais técnicos.

Em 1974 através de uma força-tarefa chefiada por Robert Spitzer²⁴, que convidou diversos especialistas comprometidos com um manual que tivesse critérios mais objetivos, iniciou-se um processo de elaboração de um novo sistema de classificação diagnóstica para a psiquiatria, o DSM-III, que estava mais voltado a pesquisa em diagnósticos do que a prática clínica:

Comprometido com a rigorosa aplicação dos princípios de verificabilidade e experimentação científica, o comitê para elaboração do DSM-III visava principalmente elaborar um manual com embasamento empírico, que viesse a aumentar o nível de confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico, pelo uso de critérios objetivos claramente definidos (Aguiar, 2004, p. 29).

Adotando um modelo de manual descritivo, a-teórico, com dados científicos, diagnósticos explícitos e objetivos para cada categoria e hipóteses testáveis, o DSM-III foi publicado em 1980 contendo 265 desordens, originalmente no inglês e depois traduzido para o francês, chinês e escandinavo. Dois anos depois foi traduzido para mais de vinte idiomas deflagrando assim o que Gasser & Stigler apud Aguiar (2004) chamou de “a autoridade” da psiquiatria estadunidense:

Inicialmente elaborado com a intenção confessa de simplificar a comunicação entre pesquisadores e clínicos, o DSM passa a pretender guiar a clínica psiquiátrica. O

²⁴ Psiquiatra estadunidense que, a partir de sua liderança para elaboração do DSM-III, foi considerado o grande responsável pela modernização da psiquiatria nos anos 80, resgatando a psiquiatria biológica.

domínio da Associação Psiquiátrica Americana sobre a psiquiatria mundial é, assim, alcançado. (p. 44).

Conforme Aguiar (2004, p. 14), “embora os medicamentos psicotrópicos já fizessem parte dos dispositivos terapêuticos desde a década de 1950”, assim como os paradigmas da genética e neurociências, é a partir da publicação do DSM-III, em 1980, que a psiquiatria biológica se torna discurso hegemônico nos Estados Unidos e dá um impulso globalizante no modelo estadunidense²⁵. Mas não se tratava de disputas teóricas internas ou progresso da ciência, mais do que isso, o DSM-III surgiu como efeito da presença cada vez maior das grandes corporações privadas na psiquiatria e das grandes seguradoras. Segundo Aguiar (2004), na década de 1990, o “Instituto Nacional de Saúde Mental” dos Estados Unidos (*National Institute of Mental Health* - INMH) que investiu US\$ 600 milhões destinados à pesquisa, conseguiu reunir potência política e poder de persuasão, almejados para influenciar o congresso estadunidense no que era seu principal objetivo. E obteve êxito: o então presidente dos Estados Unidos, George Bush, através de proclamação presidencial declara que aquela seria a “década do cérebro”. Investimentos biotecnológicos e avanços nas neurociências tais como as técnicas de produção de imagens cerebrais (tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética) e o mapeamento da atividade elétrica cerebral trouxeram novas perspectivas para o estudo das desordens mentais.

Em 1994, agora contendo 297 desordens mentais, trinta e duas a mais em relação a versão anterior, foi lançado o DSM-IV que dava continuidade a filosofia do DSM-III. O manual mantinha a perspectiva a-teórica e descritiva da edição anterior e consolidava-se como um modelo derivado de uma de psiquiatria biológica, pois sustentou o rompimento com as descrições de natureza psicanalítica, predominante nas versões I e II. (AGUIAR, 2004).

Em maio de 2013 foi lançado nos Estados Unidos, mediante muita polêmica no meio científico, a mais recente versão do manual, ainda não traduzido para o português, o DSM-V. De acordo com Safatle (2013b), o manual elenca 450 transtornos mentais, distribuídos em várias categorias. Durante seu período de elaboração, o manual foi alvo

²⁵ O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) é uma referência internacional aceita na maior parte dos países do ocidente, utilizado massivamente pelos sistemas de saúde pública, convênios médicos e centros de pesquisa em psiquiatria e farmacologia.

constante de muitas polêmicas que envolviam tanto a noção epidemiológica dos transtornos quanto a forte influência que sofria da indústria. Garcia (2012), relata que durante período de elaboração do DSM-V em 2011, 75% dos grupos de trabalho da força tarefa tinham seus membros ligados a indústria, sendo que os painéis onde houveram mais conflito foram aqueles sobre problemas mentais para os quais o tratamento farmacológico era a intervenção de praxe.

Houve mudanças significativas nos critérios para diagnósticos de alguns transtornos. De acordo com Garcia (2012), o TDAH deixa de requerer sintomas precoces, não mais atendendo a versão anterior quando apenas crianças até sete anos poderiam manifestar o transtorno. Para a quinta edição do manual, crianças com até doze anos ainda podem apresentar sintomas. Estendendo os anos em que é possível surgir o transtorno, possivelmente aumentará o número de adultos diagnosticados e consequentemente a prescrição e o consumo do metilfenidato. Seguindo os novos critérios, uma pessoa que esteja de luto por mais de duas semanas já pode ser diagnosticada como depressiva. O luto simbólico, que cada sujeito elabora a sua maneira, caso se mantenha por mais de quinze dias passa a ser categorizado como característica depressiva. O transtorno de personalidade histriônica, por exemplo, elenca uma série de categorias curiosas²⁶ que podem englobar qualquer pessoa de tão amplo que é a falta de especificidade de seu quadro clínico. Critérios como “desconforto nas situações em que não se é o centro das atenções (1)”, “comportamento inadequado ou sexualmente sedutor (2)” e “constante utilização da aparência física para chamar a atenção sobre si próprio (3)” são no mínimo tendenciosos, sobretudo por vivermos um tempo em que se estimula a exposição exacerbada e evidencia o culto ao corpo e a si próprio como forma de aceitação/interação para com o outro. As redes sociais estão aí para comprovar. Além disso, não temos sequer dimensão de quanto e como às mudanças ocasionadas por ela ao tecido social podem ser condicionantes para a normatização de novas patologias.

O psiquiatra francês Édouard Zarifian apud Aguiar (2004) faz uma autocrítica sobre a prática adotada pela sua categoria profissional fortemente influenciada pelos critérios do DSM e também, mas não menos importante, pelo aliciamento da indústria farmacêutica:

²⁶ Para consulta na íntegra dos critérios diagnósticos do transtorno de personalidade histriônica, ver anexo 7, página 129.

Atualmente nós saímos da psiquiatria, para fabricar uma clínica dos sofrimentos humanos inelutavelmente ligados às turbulências da vida, propondo a prescrição de um medicamento como resposta obrigatória e exclusiva. Existe, no entanto, nesses casos, que não constituem uma patologia, alternativas não-farmacológicas. Nós, psiquiatras, nos tornamos instrumentos de regulação social? Nossa função é convencer o infeliz de que ele é na verdade um doente? Todo o arsenal está pronto pra isso. Cabe a nós escolher, se ainda há tempo (p. 139).

A nova edição do DSM classifica os mais diversos distúrbios mentais, oferece parâmetros para o diagnóstico de cada um deles e a cada atualização oferece novas categorias de doenças alterando diretrizes consolidadas por suas versões anteriores. O DSM ainda é hoje, e parece que seguirá sendo por algum tempo, o principal balizador das práticas clínicas e terapêuticas que envolvem a psiquiatria contemporânea. Sua envergadura política dotada de força própria impera como um dispositivo de saber no meio médico-científico que, se legitimando a cada nova versão, encarna um discurso normativo-psiquiátrico cada vez mais consistente.

O Alienista, escrito por Machado de Assis, traz um enredo que aborda como a ciência da época encarava a questão da loucura e da normalidade no século XIX. Esta obra literária cumpre seu papel artístico em ser o que toda arte deve ser: a imagem daquilo que a sociedade ainda não é capaz de pensar. Publicado em 1882, se não soa como profecia, parece ao menos bastante atual aos contextos sociais de hoje. No seu conto, Simão Bacamarte (o alienista), conceituado médico formado em Portugal, passa a fazer experimentos sobre a loucura na cidade de Itaguaí internando todo o tipo de pessoa que julgue “estranha”. Em diálogo com o boticário Crispim Soares, comunicou sua mais nova descoberta oriunda de seus estudos:

“trata-se de coisa mais alta, trata-se de uma experiência científica. Digo experiência porque não me atrevo a assegurar desde já a minha ideia; nem a ciência é outra coisa, Sr. Soares, senão uma investigação constante. Trata-se, pois, de uma experiência, mas uma experiência que vai mudar a face da Terra. A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente. (ASSIS, 2008, p. 23).

Assim como nos dias atuais, o alienista tratou de ignorar as idiossincrasias e vicissitudes do humano e as pessoas aparentemente ajuizadas passaram a ser levadas para a Casa Verde, hospício da cidade. 80% da população da cidade já estava instalada na Casa

Verde quando o alienista concluía que os loucos na verdade seriam os que estavam do lado de fora, e os normais os que estavam dentro. Ou seja, os loucos passaram a ser considerados aqueles que gozavam de perfeito e ininterrupto estado de equilíbrio mental.

Usamos esse conto de Machado de Assis para fazer uma analogia e trazer uma reflexão com os dias de hoje. Pessoas preocupadas com seu estado emocional para se manterem normais e saudáveis, diversas categorias de transtornos mentais criadas associadas à um excessivo número de diagnósticos e medicações indicam que a medicalização está se alastrando e conseqüentemente o número de pessoas que pensam ter algum transtorno. Mas será que os “loucos” não seriam aqueles que mantêm a sanidade, o controle e a sensatez em busca do ajustamento ao modelo de sociedade em que vivemos?

3. MEDICALIZAÇÃO DO FRACASSO ESCOLAR

Que o campo educativo esteja invadido pelos discursos técnicos, não é novidade. A cientificização dos discursos sobre a criança desde o início do século XX contribuiu não somente para a construção de um discurso pedagógico normalizador, mas também para a validação de um saber sobre a criança no campo das especialidades: psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia, psiquiatria etc.

Renata Guarido

Em movimento de resposta, na contramão da medicalização que tomaram as escolas tornando-as um centro de mercado para diversas especialidades, surgiram concomitantemente movimentos sociais tais como fóruns, simpósios e núcleos de estudos visando alertar, conscientizar e problematizar a dimensão que a medicalização da educação vem tomando na nossa sociedade. Como exemplo, podemos citar os estudos acadêmicos de Moysés (2001); Patto (2002; 2005); Zucoloto (2007); Eidt & Tuleski (2007); Guarido (2007); Itaborahy (2009); Luengo (2009), Machado (2011); Esperanza (2011); Moysés & Collares (2011; 2014) e Ribeiro (2014).

Hoje, o fracasso escolar se tornou um dos meios, via escola pública, de se excluir os desiguais. A produção dessa dinâmica se refere às dificuldades de escolarização que podem gerar obstáculos de aprendizagem, levando muitas vezes a diagnósticos equivocados que conduzem o aluno à repetência, ao estereótipo do fracassado e, por fim, à evasão. De acordo com Freitag (1986), esse drama das crianças das classes populares tem origem numa multiplicidade de fatores, tais como, baixa qualidade de ensino da escola pública brasileira; descompromisso do estado com a educação do povo; políticas públicas educacionais concebidas de maneira autoritária, desrespeitando professores e alunos; discriminação do aluno pobre e sua família e, por último, reprodução das contradições da sociedade contemporânea no dia-a-dia da escola. Nesse sentido, a “engrenagem” social da exclusão se instala com a roupagem do fracasso escolar:

[...] o aparente fracasso é, na verdade, o êxito da escola; aquilo que se julga ser uma disfunção é, antes, a função da própria escola. Daí seu caráter segregador e marginalizador. Daí sua natureza seletiva. A impressão que nos fica é que se passou de um poder ilusório para a impotência. (Saviani, 2006, p. 30).

Como expressa Manacorda (2006), a educação na antiguidade, quando não havia apropriação privada da terra na vida social, acontecia simultaneamente ao processo de trabalho. Os homens se educavam trabalhando, durante a produção comunal dos bens necessários à sobrevivência. A institucionalização da educação surge quando há a apropriação privada da terra. Essa cisão histórica estabelece a divisão da vida social em classes de proprietários e não-proprietários. Os filhos dos não proprietários continuavam se educando a partir do trabalho; já os filhos dos proprietários de terra, como não trabalhavam, careciam de um espaço específico destinado exclusivamente à sua educação. Surge aí a escola enquanto instituição. Segundo Aranha (2006), a etimologia da palavra “escola” deriva do grego “*skholé*”, que significa “lugar do ócio”, espaço daqueles que dispõem de tempo livre. Mas não o tempo livre, vago, inativo, desocupado. Esse tempo livre se refere em negação ao tempo ocupado com o trabalho, na produção dos bens. Portanto, na “*skholé*”, local destinado aos proprietários e seus filhos, se desenvolvia o exercício das atividades intelectuais focadas na arte da palavra e nos exercícios físicos de caráter lúdico ou militar voltados, sobretudo, para o desenvolvimento da retórica como função política de comando e governo. A escola emerge quando a sociedade se divide em classes e, mais do que isso, aparece para acolher uma determinada classe em detrimento de outra, com a função política de reprodução do sistema social vigente. Assim, a escola enquanto instituição carrega o fardo de que seu nascimento histórico-cultural se dá a partir de uma divisão para privilegiar e excluir.

Pressupondo-se que a escola é uma instituição que reproduz o conflito dos extratos sociais, sua compreensão envolve também a relação dialética sociedade-escola. Para Saviani (2005), a escola como produto de uma sociedade dividida em classes, essencialmente contraditória, também reproduz, em seu cotidiano, as contradições existentes nas relações capitalistas de produção. Existem, na dinâmica escolar, situações que explicitam esse processo em seu funcionamento, quando: se efetiva a aceitação do instituído como natural; quando se desenvolve uma matriz acrítica - todo questionamento significa transgressão; quando se dicotomizam as relações humanas entre dominante e dominado; quando se impede o pensamento dialético - tudo é bom ou mau; quando se ensina a naturalizar o poder, a arbitrariedade, a passividade e a dependência; e por fim, também quando se dissocia mente de corpo, pensamento de realidade, competição de cooperação, teoria de prática, tarefa de prazer e vida individual de vida coletiva.

Esse cenário é considerado o fundamento que permite interpretar uma vertente muitas vezes não levada em conta na escola pública de ensino fundamental - sua dimensão política e ideológica. Sendo ideologia aqui entendida como o triunfo de uma visão de mundo:

“A ideologia consiste precisamente na transformação das ideias da classe dominante em ideias dominantes para a sociedade como um todo, de modo que a classe que domina no plano material (econômico, social e político) também domina no plano espiritual (das ideias) [...] a dominação de uma classe sobre as outras faz com que só sejam consideradas válidas, verdadeiras e racionais as ideias da classe dominante”.

(Chauí, 2001, p. 85).

A história das justificativas do fracasso escolar tem demonstrado a relação entre o discurso científico que explica o fenômeno e a ideologia dominante. Soares (2005) e Patto (2002) argumentam que a ideologia do dom e da deficiência cultural foi legitimada pela psicologia²⁷ desde a sua constituição como ciência autônoma na metade do século XIX. As autoras ainda pontuam que, segundo essa ideologia, as causas do sucesso ou fracasso na escola devem ser buscadas nas características dos indivíduos. Esse argumento é uma demonstração de que nessa ideologia só obtêm sucesso os mais aptos, os mais talentosos ou aqueles que tiveram maior estímulo cultural, social e cognitivo, responsabilizando os alunos pobres e suas famílias pelo seu iminente fracasso. Dessa forma, se justifica a desigualdade social, naturalizando-a e ignorando-se os determinantes escolares, políticos e sociais das dificuldades de escolarização. Naturaliza-se também a submissão moral e política das camadas populares:

O poder da ideologia predominante é indubitavelmente imenso, mas isso não ocorre simplesmente em razão da força esmagadora e do correspondente arsenal político-cultural à disposição das classes dominantes. Tal poder ideológico só pode prevalecer graças à vantagem da *mistificação*, por meio da qual as pessoas que sofrem as consequências da ordem estabelecida podem ser induzidas a endossar, “consensualmente”, valores e políticas práticas que são de fato absolutamente contrários a seus interesses vitais. (Meszáros, 2004, p. 472).

²⁷ A cumplicidade ideológica da psicologia enquanto ciência, no processo medicalizante, poderá ser entendida de maneira mais detalhada no próximo tópico deste capítulo.

Guattari & Rolnik (2008) preferem distinguir “ideologia” de “subjetivação”, alegando que o conceito de ideologia não permite uma compreensão produtiva da subjetividade em sua esfera micropolítica:

A problemática micropolítica não se situa no nível da representação, mas no nível da produção de subjetividade. Ela se refere aos modos de expressão que passam não só pela linguagem, mas também por níveis semióticos heterogêneos. Então, não se trata de elaborar uma espécie de referente geral interestrutural, uma estrutura geral de significantes do inconsciente à qual reduziriam todos os níveis estruturais específicos. Trata-se, sim, de fazer exatamente a operação inversa, que, apesar dos sistemas de equivalência e de tradutibilidade estruturais, vai incidir nos pontos de singularidade, em processos de singularização que são as próprias raízes produtoras da subjetividade em sua pluralidade. (p. 36)

A explicação ideológica para o fracasso escolar do aluno foi hegemônica até meados da década de 80. O predomínio do determinismo sociológico de classes (“não aprende porque é pobre”) foi substituído pelo predomínio do determinismo psico-neurológico (“não aprende porque tem distúrbio no cérebro ou déficit cognitivo”). A esfera micropolítica das relações enquanto produtoras de subjetividades se fazem presente no modelo de escola normativa. Como já foi dito essa tendência das sociedades pós-modernas a pensarem todos os seus conflitos e dificuldades em termos médicos, mais precisamente psiquiátricos se deve diretamente a forte influência da psiquiatria biológica no mundo ocidental, especificamente a partir da publicação do DSM-III. E o campo educacional não estaria alheio a esse movimento “neuro-pop” que passou a capturar os alunos “divergentes”.

A realidade escolar tem apresentado um aumento no número de diagnósticos referentes aos problemas de escolarização. Entre as explicações para o fracasso escolar que individualizam o desempenho insatisfatório, chamam atenção visões medicalizantes que atribuem patologias às crianças que não aprendem ou não se comportam conforme a expectativa da escola e que por conta disso, quando não são medicadas, são estigmatizadas. Moysés & Collares (2011) alertam para a amplitude que a medicalização vem tomando nossas vidas:

Nas sociedades ocidentais, é crescente o deslocamento de problemas inerentes à vida para o campo médico, com a transformação de questões coletivas, de ordem social e política, em questões individuais, biológicas. Tratar questões sociais como se biológicas iguala o mundo da vida ao mundo da natureza. Isentam-se de

responsabilidades todas as instâncias de poder, em cujas entranhas são gerados e perpetuados tais problemas. (p. 72).

Parece-nos pertinente uma definição mais precisa do que entendemos por medicalização, conceito central deste trabalho. Em comentário de Irving Zola apud Aguiar (2004) ele diz que a medicalização se refere à:

“expansão da jurisdição da profissão médica para novos domínios, em particular aqueles que dizem respeito a problemas considerados a ordem espiritual/moral ou legal/criminal”. (p. 133).

Agora, de uma definição mais genérica passaremos a outra, um pouco mais específica, que contém alguns avanços relacionados ao que tange o biopoder e a regulação de corpos, que traduz a forma como Aguiar (2004) entende a medicalização:

Os indivíduos e seus corpos são constituídos a partir das práticas e discursos da medicina. O poder da medicina opera não tanto pela violência ou coerção, mas sim como uma força que produz realidades, criando determinadas práticas e discursos que engendram novas maneiras de os indivíduos entenderem, regularem e experimentarem seus corpos e sentimentos. O discurso médico induz os indivíduos a adotarem determinadas formas de viver, pensar e se comportar. É um poder que produz realidades e subjetividades. (p. 135).

A ideia de medicalização concebida por Aguiar nos remete ao conceito de poder em Michel Foucault, para além de sua função repressora. Ele entende a noção de repressão como inadequada para dar conta do que existe de produtor no poder por ter uma concepção puramente jurídica. A esfera simbólica do poder se configura um campo de saber que produz dispositivos (estruturas de conhecimento e mecanismos institucionais) no interior de seu discurso fabricando uma norma sustentada. Foucault (2013a) analisou historicamente como se produzem efeitos de verdade no interior de discursos que não são em si nem verdadeiros nem falsos:

O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir. (p. 45).

Não há relação de poder sem a constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua, ao mesmo tempo, relações de poder. É uma estratégia que se exerce na relação; são disposições, manobras, táticas, funcionamentos. O poder não tem essência; ele é operatório, não é atributo, mas relação.

A influência psiquiátrica através do poder das práticas medicalizantes se alastrou para o campo educacional e foi bastante difundida entre os educadores, isso já se sabe. O que, por outro lado, gerou uma grande comoção de profissionais formando entidades na contramão do discurso hegemônico no intuito de combatê-la²⁸. O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade fundado em 2010, constituído de secretaria e plenária, além de profissionais das mais diversas áreas se firmou como a maior entidade representativa do combate à medicalização. Frequentemente vêm acontecendo simpósios, seminários, apresentações em congressos e debates na esfera política que abordem projetos de lei, o que indica uma afirmação da entidade na sociedade civil.

O Fórum através de suas experiências práticas no combate a medicalização decidiu elaborar um manifesto genuíno, próprio, autenticamente brasileiro. Nesse manifesto a medicalização foi assim definida:

“Entende-se por medicalização o processo que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos. Nesse processo, que gera sofrimento psíquico, a pessoa e sua família são responsabilizadas pelos problemas, enquanto governos, autoridades e profissionais são eximidos de suas responsabilidades”.

“Uma vez classificadas como “doentes”, as pessoas tornam-se “pacientes” e conseqüentemente “consumidoras” de tratamentos, terapias e medicamentos, que transformam o seu próprio corpo no alvo dos problemas que, na lógica medicalizante, deverão ser sanados individualmente. Muitas vezes, famílias, profissionais, autoridades, governantes e formuladores de políticas eximem-se de sua responsabilidade quanto às questões sociais: as pessoas é que têm “problemas”,

²⁸ O Conselho Federal de Psicologia com seus grupos de trabalho e pesquisa subdivididos por regiões, o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, fundado em 2010, através de seus respectivos núcleos regionais e a ABRAPEE (Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional) constituem as principais entidades brasileiras que representam a militância que visa a superação dos processos medicalizantes da sociedade.

são “disfuncionais”, “não se adaptam”, são “doentes” e são, até mesmo, judicializadas”. (MANIFESTO..., 2010).

Com efeito, o ato de produzir patologias se tornou uma forma da escola, através de sua visão de mundo, julgar e interpretar as diferenças culturais das camadas populares, transformando as diferenças em deficiências, as dificuldades em diagnósticos, causando assim uma dinâmica geradora de doenças e/ou estereótipos. Medicalizar o fracasso escolar é interpretar o desempenho escolar do aluno que contraria aquilo que a instituição espera dele em termos de comportamento ou de rendimento, como sintoma de um transtorno localizado no indivíduo, cujas causas devem ser diagnosticadas e tratadas. (SOARES, 2005; ZUCOLOTO, 2007).

Para tratar as “doenças” que foram produzidas institucionalmente, a escola encaminha os alunos a neurologistas, psiquiatras, psicopedagogos e psicólogos, com o objetivo manifesto de cuidar da criança, aprimorar seu desempenho e envolvê-la na dinâmica pedagógica bem como nas normas escolares. Porém, seu objetivo latente é sanar os sintomas “desagradáveis” e apaziguar comportamentos fora do “padrão” na sala de aula, que por sua vez desorganizam o espaço de pedagógico, desorientam professores e contagiam a turma. Na maioria dos casos os profissionais legitimam a demanda e receitam algum remédio²⁹, geralmente a Ritalina e o Concerta, de nome sugestível e até curioso. (EIDT & TULESKI, 2007; MOYSÉS & COLLARES, 2011).

3.1 A PSICOLOGIA COMO CÚMPLICE?

As correntes tradicionais da psicologia ainda explicam o fracasso escolar pela via da patologização, à exceção da psicologia social e da psicologia sócio-histórica, correntes que buscam contextualizar suas práticas para entender, de maneira mais abrangente, suas demandas. Patto (2002) afirma que o discurso científico predominante ainda é o da deficiência ou da doença; os professores explicam que os alunos não aprendem porque são incapazes, deficientes ou tem algum tipo de déficit cognitivo. Essas crenças dos professores geram demandas e encaminhamentos aos profissionais de saúde e tornam possíveis as condições para que a prática de boa parte dos psicólogos nas escolas continue no âmbito do atendimento clínico. Constatando-se que a medicalização do

²⁹ Ao psicólogo e ao psicopedagogo é vetada a prescrição de medicamentos aos seus pacientes. Apenas profissionais graduados em medicina têm tal legitimidade.

fracasso escolar está em pleno curso e ascensão, urge a necessidade de se problematizar a implicação da psicologia nesse processo.

Segundo Bock (2003), essa necessidade de uma psicologia científica no campo educacional teve raízes históricas e culturais a partir da constituição das pedagogias liberais do século XX. É necessário entender e contextualizar como se deu a transição do modelo da Escola Tradicional para o conseqüente surgimento do movimento da Escola Nova, para situar no tempo e no espaço a entrada da ciência psicológica no âmbito escolar.

No início do século XX, durante o período histórico em que predominava o modelo da Escola Tradicional, nascida em um mundo de certa forma estável no qual a educação se fazia com base em modelos ideais, o professor tinha grande importância no processo educativo. Disciplina, vigilância, hierarquia e regras caracterizavam esse período conservador durante o qual princípios, doutrinas e códigos morais eram formados, divulgados e repetidos a exaustão. Esse modelo tinha como princípio a prática magistrocêntrica, centrando a transmissão e avaliação de conhecimento no professor. (SAVIANI, 2006). Aranha (2006) corrobora com essa ideia, colocando que nesse modelo a autoridade, o saber, a direção do processo de aprendizagem e a referência a ser seguida estavam permanentemente concentradas na figura do professor. No modelo tradicional os alunos eram submetidos a currículos e horários rígidos, sendo considerados pela escola como bloco único e homogêneo, sem qualquer tipo de atenção para diferenças individuais. Em nenhum momento, durante o período em que a metodologia da escola tradicional estava em vigor, a subjetividade foi colocada em questão como fator que pudesse auxiliar ou interferir no aprendizado. O conteúdo ensinado visava transmitir o saber historicamente acumulado, sistematizado logicamente e também a aquisição de noções que enfatizam o esforço intelectual de assimilação do conhecimento derivados do caráter abstrato do saber:

“O mestre-escola será o artífice dessa grande obra. A escola organiza-se como uma agência centrada no professor, o qual transmite, segundo uma gradação lógica, o acervo cultural aos alunos. A estes cabe assimilar os conhecimentos que lhes são transmitidos”. (Saviani, 2006, p. 6).

Esse modelo da escola tradicional baseado na figura do professor como centro do processo educativo não se sustentaria por muito tempo. Devido às transformações

sociais, políticas, e econômicas causadas pela industrialização que a sociedade passava no fim do século XIX, tornando a vida urbana mais complexa e atingindo uma rapidez nos processos de produção até então nunca antes experimentada, a educação necessitava apresentar novas teorias, envolvendo reformas radicais na relação professor-aluno e na metodologia da transmissão e avaliação do conteúdo pedagógico que acompanhassem as mudanças trazidas pelo progresso do liberalismo. A escola nova viria para suprir a defasagem entre a educação e as necessidades que o progresso e o desenvolvimento urbano impunham ao modelo de ser humano que a sociedade emergente exigia. (ARANHA, 2006).

Conforme a concepção da pedagogia histórico-crítica dos estudos desenvolvidos por Saviani (2006), o movimento escolanovista surgiu na história da educação brasileira da necessidade de preparar o homem para uma sociedade dinâmica em constante mutação e da crença em seu poder de equalização social. Havia “esperanças de que se pudesse corrigir a distorção expressa no fenômeno da marginalidade através da escola” (Saviani, 2006, p. 7). A partir desse pressuposto o marginalizado não seria mais o ignorante, mas aquele que era rejeitado. Essa mudança na interpretação dos problemas educacionais cria um deslocamento no eixo pedagógico-metodológico: o professor como centro do processo, o conteúdo, o esforço, a disciplina e a quantidade, que davam base de sustentação para a escola tradicional, saem de cena e outros elementos passam a ganhar mais ênfase, tais como dar lugar ao aluno como centro, priorizar o sentimento em detrimento do conteúdo, o interesse, a motivação e a espontaneidade.

A Escola Nova pautou seus pressupostos pedagógicos em modelos qualitativos. O aluno agora precisaria “aprender a aprender”, havendo mais destaque para o processo de conhecimento que o produto, representando o esforço de superação da pedagogia da essência pela pedagogia da existência, ou seja, a pedagogia da existência volta-se para a perspectiva de sujeito único, diferenciado, tendo que satisfazer suas necessidades, reconhecendo-o como sujeito de afetos, sensações e vontades.

Aranha (2006) comenta que a criança deixa de ser vista como uma miniatura de adulto, um ser humano inacabado e por isso precisa ser entendida e atendida a partir de suas especificidades de sua natureza infantil. O movimento escolanovista foi típico representante da pedagogia liberal e reforçava em seus princípios o desenvolvimento da livre concorrência, da competição, da aceitação do desafio do novo, da afirmação da

individualidade e da liberdade de pensamento. Com o afrouxamento das normas rígidas buscou-se atingir a disciplina voluntária a partir de discussões que permitiam ao aluno a compreensão das necessidades e significados das normas coletivas:

“A partir das experiências levadas a efeito com crianças anormais é que se pretendeu generalizar procedimentos pedagógicos para o conjunto do sistema escolar. Nota-se, então, uma espécie de biopsicologização da sociedade, da educação e da escola. Ao conceito de anormalidade biológica construído a partir da constatação de deficiências neurofisiológicas se acrescenta o conceito de anormalidade psíquica detectada por testes de inteligência, de personalidade etc... que começam a se multiplicar. Forja-se então uma pedagogia que começa a advogar um tratamento diferencial a partir da descoberta das diferenças individuais”. (Saviani, 2006, p. 8).

Para o modelo da Escola Nova, surgido no final do século XIX, mas que só ganhou força no Brasil nas primeiras décadas do século seguinte “a escola passou a ser espaço de liberdade e de comunicação onde a criança poderia manifestar sua afetividade, expressa como construção ou destruição; sua liberdade expressa como obediência ou rebeldia” (Bock, 2003, 81). A escola precisou da psicologia porque precisava conhecer a criança e seu desenvolvimento “natural”, seus mecanismos de pensamento, suas formas de manifestação de afeto, níveis de inteligência e toda complexidade que abrange a natureza psíquica em sua individualidade:

“Instrumentos da Psicologia, como testes, tem uma aplicação na escola para formar classes mais homogêneas e para avaliar o desenvolvimento psicológico da criança; a Psicologia Clínica começa a atender crianças com dificuldade para o aprendizado”. (Bock, 2003, p. 83).

Souza (2004b) diz que a pesquisa em Psicologia, da maneira como se estabeleceu até então, tendo a prática clínica³⁰ como predominante em seu *modus operandi*, possibilitou a legitimação de um discurso que medicalizou e/ou psicologizou os problemas de aprendizagem e, geralmente depositando sobre a criança e seus pais a causa dos problemas escolares:

“A participação do psicólogo frente à queixa escolar se dá, geralmente, por meio da realização de laudos psicológicos, baseados em psicodiagnósticos cujos

³⁰ A Psicologia foi reconhecida no Brasil enquanto ciência em 1962 e os cinquenta e dois anos de profissão ainda não foram suficientes para se afirmar enquanto uma prática multidisciplinar, abraçando suas múltiplas facetas teóricas e diversos campos de atuação. Ainda mantém sua atuação muito próxima da influência histórica do modelo médico e estritamente clínico, afirmando-se como um campo de atuação elitista e predominante na profissão, apesar de ter herdado o importante método terapêutico de escuta da clínica psicanalítica.

pressupostos traduzem o predomínio da visão psicanalítica e/ou psicométrica dos problemas de aprendizagem” (Souza, 2004b. p. 148)

Patto (2005) entende que o objetivo da avaliação do psicólogo não é o aluno, mas sim as diferentes relações e práticas que produziram a queixa em relação ao aluno e que geraram a necessidade de encaminhamento para o atendimento psicológico, procurando evitar cair num reducionismo biológico-clínico, que significa explicar a situação e o destino de indivíduos e grupos através de suas características individuais. Ao se perpetuar esse modelo, continua-se a camuflar os determinantes políticos, pedagógicos e ideológicos do fracasso escolar, isentando de responsabilidades o sistema social vigente, a instituição escolar e a política educacional. A ideia contida nessa concepção é a de que o indivíduo é o maior responsável pela sua condição de vida e destino.

A relação entre psychologização e medicalização não é tão simples, pois na prática podem parecer semelhantes quanto ao seu uso e função. Quando ocorrem encaminhamentos ao serviço de psicologia do CRAS, por exemplo, o mesmo é feito a partir de uma ideia do modelo clínico que se tem internalizado a respeito da prática dos psicólogos. Subjaz a essa discussão o que sempre se questionou ao longo do tempo desde que a psicologia se tornou ciência autônoma, que é a questão da matriz identitária da profissão, a qual área pertence: saúde ou ciências humanas, mais uma vez polarizando uma questão complexa que dissimula o debate em torno da possibilidade de uma psicologia política. Nesse sentido Patto (2005) alerta que:

“Os psicólogos fazem história o tempo todo, mas em geral não sabem disso. Contribuem, sem o perceberem, para a reprodução do estado de coisas vigente, viabilizadores que são de um dos mais poderosos mecanismos de justificação científica da injustiça e do disciplinamento: a disseminação pelo corpo social de uma imagem negativa dos pobres. Põem lenha na caldeira do tecnicismo educacional, mas crêem que estão contribuindo para a melhoria do ensino. Justificam a reclusão deletéria de doentes mentais e de indivíduos em conflito com a lei, mas pensam que estão fazendo justiça. Por isso discordo da discussão sobre a possibilidade/impossibilidade de uma Psicologia política. A Psicologia é sempre política, é parte do círculo de relações de poder e ainda se encontra predominantemente do lado dos que dominam”. (p. 94)

Há também um paradoxo: o psicólogo goza de certo glamour pelo status que a relação saber-poder oferecida pela herança do modelo médico-clínico, mas simultaneamente deseja sua emancipação referente a esse modelo a fim de estabelecer uma identidade

profissional original. Apesar dos avanços alcançados nos últimos dez anos pelo seu conselho federal visando ampliar espaços de atuação através de projetos de lei que garantam o psicólogo nas instituições que envolvam políticas públicas³¹, a psicologia ainda não conseguiu romper com esse modelo clínico “acoplado” historicamente a sua prática.

3.2 O DESVIANTE E SUA (IMPUTADA) CONDIÇÃO PATOLÓGICA

O problema não é a ciência decretar que, de uma forma ou de outra, somos todos malucos. Isso todo mundo pensa às vezes. O problema é quando decidem qual é a nossa maluquice e nos forçam a uma “normalidade” que não queremos e não temos por que aceitar.

João Ubaldino Ribeiro

Ao escutar a queixa da escola endereçada à psicologia, ou, mais especificamente, analisando a demanda que os agentes educacionais encaminham para nosso serviço de psicologia do CRAS, percebe-se claramente de antemão a estereotipia em torno do desviante no que se refere aos alunos com “problemas” a quem são dirigidas categorias de acusação. A categoria de “desvio” é assim atrelada quase que instantaneamente a uma perspectiva médica ou patológica. O mal estaria concentrado exclusivamente no sujeito como uma variação acidental das características de sua personalidade, devendo ser assim diagnosticado e tratado. Daí a crença dos educadores de que esses alunos precisam ser acompanhados por um profissional da área de saúde. Haveria algo a ser corrigido. Collares & Moysés (2011), através de suas experiências práticas relatam como ocorre o encaminhamento feito pelas escolas de crianças com problema de aprendizagem:

Com grande frequência, chegam às unidades de saúde crianças, encaminhadas pela escola, por mau rendimento escolar. Geralmente no encaminhamento já consta ‘diagnóstico’, sendo os mais comuns os de desnutrição e os de distúrbios neurológicos. É comum, ainda, que contenham a solicitação de exames específicos,

³¹ CRAS, CREAS, CAPS, CAPS-AD são alguns exemplos de centros de referência social e de unidades de saúde pública em que é regulamentada por lei a presença do psicólogo. Em relação à educação há o projeto de lei 3688/2000, ainda em tramitação, que prevê a inserção de profissionais de psicologia e serviço social na rede pública de educação básica.

com destaque para o eletroencefalograma, e o motivo real do encaminhamento: a destinação oficial para as classes especiais. Na grande maioria, constata-se a normalidade da criança; nesta situação, quando as causas do não aprender não estão centradas na criança, é frequente que a escola reaja mal ao diagnóstico, não o aceitando e encaminhando a outro serviço, até que se confirme sua opinião, previamente estabelecida. (p. 195).

O processo de biologização referente à questão ensino-aprendizagem, geralmente se manifesta na escola atribuindo qualquer doença como causa do fracasso escolar. Segundo as autoras, essa dinâmica faz com que se desloque “o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções pretensamente médicas, portanto inacessíveis à educação” (p. 197).

Segundo Souza (2004a), os problemas da escola referentes aos alunos são sempre de duas naturezas: os de conduta atrelados à indisciplina; e os cognitivos que causariam as dificuldades de aprendizagem. Veremos mais adiante que para cada problema a psiquiatria, em parceria com a indústria farmacêutica, não tardaram em criar os respectivos diagnósticos. No que se refere à indisciplina, ou comumente chamada na escola de “problemas comportamentais”, criam-se estereótipos referentes aos alunos tais como: bagunceiro, agitado, rebelde, “respondão”, agressivo, desorganizando o espaço da sala de aula, sendo assim, um desviante. Seu código cultural/universo simbólico difere das normas homogeneizantes do cotidiano escolar que visam padronizar o pensar, o sentir e o agir.

Esse contexto favorece para que surjam classificações e criações de transtornos voltados para a criança em condição escolar. Apesar do TDAH ser o mais conhecido, diagnosticado, debatido e polemizado, suas comorbidades também transitam, embora em menor grau, na “esfera periférica” das categorizações escolares. Alunos enquadrados no TOD – Transtorno Opositivo Desafiador, também chamado de Transtorno Desafiador Opositor. Segundo classificação do DSM-IV se caracteriza por um comportamento frequente de confronto, negação ou desafio a figuras de autoridade ou normas estabelecidas. Segundo critérios do DSM-IV A característica essencial do transtorno é um padrão recorrente de comportamento negativista, desafiador, desobediente e hostil para com figuras de autoridade, que persiste por pelo menos 6 meses (Critério A) e se caracteriza pela ocorrência frequente de pelo menos quatro dos seguintes comportamentos: perder a paciência (Critério A1), discutir com adultos

(Critério A2), desafiar ativamente ou recusar-se a obedecer a solicitações ou regras dos adultos (Critério A3), deliberadamente fazer coisas que aborrecem outras pessoas (Critério A4), responsabilizar outras pessoas por seus próprios erros ou mau comportamento (Critério A5), ser suscetível ou facilmente aborrecido pelos outros (Critério A6), mostrar-se enraivecido e ressentido (Critério A7), ou ser rancoroso ou vingativo (Critério A8).

Parece-nos de bom senso analisar a ideia central embutida na grande maioria desses critérios de classificação que trazem uma conotação coercitiva. Impedir crianças que discutam com adultos, que desafiem ou questionem ordens e regras, e condená-las por sentirem-se com raiva ou rancor é tão normativo, por constituir uma “palmatória moral”, quanto o fato de querer que elas deixem de ser crianças. Pois ser criança é naturalmente transgredir. É provocar, fazer birra, testar, desafiar o outro ou quem lhe exige obediência, e é assim que ela vai se constituindo enquanto sujeito, desenvolvendo-se, socializando-se, formando seu juízo moral, internalizando o que é certo e errado a partir das regras sociais. Não se pode expropriar a capacidade de indignação de uma criança, nem de qualquer sujeito, sobretudo na sociedade em que vivemos hoje que clama por melhoria na qualidade de vida. Interpretar os desafios da criança frente o adulto, as desobediências, os questionamentos e os seus sentimentos e reações quando surgem imposições como algo patológico é “semear” um “terreno fértil” para se produzir uma sociedade apática, sem indignação, e incapaz de cultivar a prática de protestos de quaisquer natureza em longo prazo. Estamos testemunhando algo muito sério e grave que o TOD suscita nas crianças e terá implicação nos futuros adultos que merece o devido alerta: corremos o risco de ter em breve, com a consciência aqui de não estar cometendo nenhum exagero, **uma geração despolitizada**. Desprovidas de senso crítico para parecerem saudáveis, teríamos apenas pessoas ordeiras, obedientes e pacíficas a longo prazo para não serem cogitadas como doentes.

Moysés (2001) coloca que outro problema do aluno na escola que geraria a dificuldade de aprendizagem, o cognitivo, é tomado como um transtorno (ou distúrbio), uma desordem neurológica/psíquica, inerente as condições socioambientais, que afetaria diretamente o desempenho escolar desse aluno, uma vez que seu esquema cognitivo, em tese diferente e portanto tomado como anormal, defeituoso pela escola, estaria comprometendo sua aprendizagem. De acordo com Moysés & Collares (2011, p. 74) o

termo distúrbios de aprendizagem indica uma “alteração violenta na ordem natural da aprendizagem por anormalidade patológica”.

Aqui já se percebe a apropriação do discurso médico feito pela escola. Abandonando concepções educacionais, sociais, plurais, políticas e existenciais para postergar (ou ignorar por completo) o reconhecimento de sua implicação naquilo que deveria ser de sua responsabilidade pedagógica: a compreensão da diversidade humana como algo natural, tendo isso como pilar para transmissão do conhecimento acumulado, considerando e reconhecendo afetos transversais que reverberam na relação docente-discente, objetivando uma assimilação-apropriação humanamente mais digna no processo de ensino-aprendizagem. Para o imaginário dos agentes educacionais o aluno não aprende porque tem um déficit cognitivo, não se envolve nem se interessa pelas atividades em sala de aula e por conta disso se distrai com outras situações, desarrumando, dispersando a atenção da sala de aula, atrapalhando o trabalho do professor com ideias, comportamentos deslocados e disruptivos, desorganizando a noção funcional-pedagógica de espaço-tempo em sala de aula. (Patto, 2002). Muitas vezes os problemas de conduta e cognitivos são imputados de forma simultânea pela escola aos alunos. Eis o exemplo do já banalizado TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade que associa a desatenção com o comportamento hiperativo.

O DSM-IV-TR propõe uma classificação do TDAH em quatro subcategorias, de acordo com os sintomas prevalentes e as dificuldades funcionais: o predominantemente desatento; o predominantemente hiperativo/impulsivo; o tipo combinado (hiperativo desatento); e a remissão parcial, que envolve adolescente e adultos que não apresentam os sintomas mas que apresentariam comprometimento funcional significativo.

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (2003), a característica essencial do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais frequente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento (Critério A). Alguns sintomas hiperativo-impulsivos que causam prejuízo devem ter estado presentes antes dos sete anos (Critério B).

Algum prejuízo devido aos sintomas deve estar presente em pelo menos dois contextos (por ex., em casa e na escola ou trabalho) (Critério C). Deve haver claras evidências de

interferência no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional apropriado em termos evolutivos (Critério D). A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não é mais bem explicada por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno da Personalidade) (Critério E). (ASSOCIAÇÃO...,2003)

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é cercado por polêmicas devido à uma banalização em torno do seu diagnóstico que ocorreu de forma mais intensa nos últimos vinte anos. Em 1998 um estudo feito pelo “Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos” (*National Institutes of Health - NIH*) apud Ortega et. al. (2010) gerou a divulgação de um documento, intitulado *Consensus Development Statement on Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity*, (Declaração de Consenso do Estado sobre Diagnóstico e Tratamento do TDAH) no qual abordou o teor inconclusivo do diagnóstico do TDAH e questionou sua evidência orgânica:

As teorias sobre as causas do TDAH permanecem especulativas e não há nada que prove a hipótese de uma causalidade orgânica, e mais especificamente cerebral. No que diz respeito ao processo diagnóstico do transtorno, o documento deixa claro que não há teste válido para o diagnóstico e que não é possível estabelecer limites objetivos entre o TDAH, outras desordens do comportamento e o comportamento normal. No caso do diagnóstico em adultos, ainda é destacada a ausência de critérios bem validados e, novamente, de um teste diagnóstico específico. Critica-se o amplo número de “*symptom-screener*” (escalas de avaliação) e “*self-assessment screener*” (escalas de autoavaliação) usados por pacientes (NIH, 1998). E, por fim, conclui-se que o diagnóstico é ainda coberto por dúvidas devido às divergências em suas prevalências. (p 502).

De acordo com Moyses & Collares (2011), na década de 40, quando ainda não havia o termo TDAH, surgiu a designação "lesão cerebral mínima", que foi modificada em 1962 para "disfunção cerebral mínima", reconhecendo-se que as alterações características da síndrome relacionavam-se mais a disfunções em vias nervosas do que propriamente a lesões nas mesmas, na verdade porque não encontraram nenhuma lesão cerebral. De lesão para disfunção, de disfunção para transtorno. Os termos para designar o que hoje entendemos por TDAH foram brandamente modificados ao longo do tempo na medida

em que não ia havendo comprovação científica. Em 1984 Academia Americana de Psiquiatria considerou que os critérios diagnósticos da disfunção cerebral mínima eram vagos e subjetivos e que o defeito estava localizado na atenção e na hiperatividade. Surge então o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e com ele critérios diagnósticos ainda mais vagos, confusos, subjetivos e imprecisos. Enfim, “mudam-se as aparências, mas a carcaça continua a mesma...” (MOYSÉS & COLLARES, 2011, p. 78).

Em artigo publicado na sua coluna do jornal Folha de São Paulo (2010), o psicanalista Contardo Calligaris comenta sobre as pesquisas que revalorizam a divagação e o devaneio: "descobrimos o que já sabíamos: há uma desatenção sem a qual não se consegue pensar nada que valha a pena". Incluindo nesse processo da desatenção a qual o psicanalista se refere, ele menciona também o método de criação da ciência quando diz que “a própria invenção científica (não só a criação artística) pede um uso simultâneo de controle executivo e divagação” (CALLIGARIS, 2010). Ele diz inclusive que uma das pesquisas documenta “por ressonância magnética funcional a cooperação possível de pensamento focado e devaneio (que ainda são, por muitos, considerados como atividades exclusivas uma da outra)”.

Como indica Calligaris (2014), sugerir mudanças nos comportamentos das crianças e dos adultos ao seu redor, bem como procurar entender os estratos sociais através de uma escuta clínica apurada para investigar como os conflitos e as frustrações internas se expressam na desatenção ou na hiperatividade, demandaria muito esforço e tempo, para uma sociedade que vive em busca do alívio imediato. Enquanto que a prescrição de uma pílula é coisa de um minuto. A medicação seria a alternativa mais eficiente, pois além de mais barata, traria respostas em curto prazo. Visão corroborada pelo psiquiatra Mario Eduardo Costa Pereira, quando diz, em entrevista a Colluci (2014b) que falta aos médicos serem mais clínicos, associando o diagnóstico a contextos escolares, familiares e sociais:

Não sou contra diagnosticar e medicar. É claro que, se uma criança fica muito desadaptada, pode medicar. Mas, fazer disso um problema de saúde pública, dizer que uma em cada 20 crianças precisa de ritalina, é outra história. Não posso só fazer o diagnóstico, prescrever metilfenidato (medicamento) e um abraço. Tem que ver o

que está acontecendo com a família, com a escola com a sociedade. Está faltando clínica psiquiátrica.

O psiquiatra alega que o DSM não pode se transformar “no centro da prática clínica, ser o objeto de controle da prática médica”. Os médicos de saúde mental estariam condicionados ao uso do instrumento. Tornar-se refém do manual conduz a uma prática que não reflete as “reais questões epidemiológicas” do TDAH contidos no DSM. Nesse sentido Calligaris (2014) faz uma reflexão (que nem é tão difícil de ser feita quando estamos desapegados do DSM) comentando que a falta de atenção não tem causas neurológicas:

Para muitas crianças diagnosticadas com TDA/H, a falta de atenção depende da atividade na qual elas se engajam. Quase nunca falta concentração exigida por um videogame, como não faltam a atenção esperada do goleiro ao longo de uma partida ou a paciência do surfista que aguarda um onda, no fundo. Ou seja, o déficit de atenção *não é uma inaptidão cerebral* (grifo nosso).

Não consideramos o TDAH de fato uma entidade patológica, pois não há uma comprovação científica válida, mas sim como um comportamento divergente transformado em doença pela tendência que se tem em nossa sociedade de colocar o diferente como alguém não saudável, sobretudo quando estão envolvidas questões econômicas e políticas. É pertinente uma reflexão que envolva uma abordagem mais ampla, relativizada, não-polarizada, trazida nesse caso pela concepção antropológica da doença, analisando-a de uma forma que extrapole sua conotação meramente maléfica como algo a ser tratado, expurgado:

“A dor é um elemento fundamental nas modificações corporais, uma via de acesso ao corpo vivido numa cultura como a nossa, na qual a dor é um anacronismo que deve ser suprimido, um escândalo intolerável numa sociedade que não reconhece mais nem o sofrimento nem a morte como constitutivos da condição humana, sociedade auxiliada por uma medicina que não trata a dor como um fato existencial, que possui uma dimensão sócia, cultural e histórica, mas como um dado fisiológico, ou antes, patológico, passível de ser medicalizado” (Ortega, 2008, p. 64).

Ratificando: mesmo que considerássemos o TDAH uma doença orgânica como propõe seus defensores, embora não a seja, reforçada por uma sociedade que valoriza o modelo da biomedicina em que tende a polarizar a questão saúde-doença, ainda assim teríamos

alternativas, como indica a perspectiva antropológica da doença, formadas por um sistema explicativo pautado em modelos operatórios que, não chegam a substituir a realidade empírica da ciência médica, mas ao menos nos ajuda a pensar e a colocar em evidência o que ela não diz, atribuindo ao dito “patológico” uma significação ambivalente:

A constituição do saber médico no ocidente – que se fundamenta na separação do sofrimento biológico e do sofrimento social – se inscreve na perseguição de uma lógica que é a do mal absoluto. [...] o patológico é integralmente *negativizado* por um processo de redução semiológica que nós analisamos pessoalmente muitas vezes. (Laplantine, 2010, p. 102).

Na concepção de Velho (1979) esta anomia, condição patológica do sujeito, seria provocada por uma espécie de *anomie*, que atribui as condições patológicas de um sistema social como determinantes no aparecimento de comportamentos individuais desviantes ou anômicos. O autor indica também que o desvio deve ser entendido como conflito político, visto que a acusação de desvio tem sempre uma dimensão moral que denuncia a crise de certos padrões ou convenções que davam sentido a um estilo de vida de uma sociedade, grupo ou segmento social:

“a existência de uma ordem moral identificadora de determinada sociedade faz com que o desviante funcione como marco delimitador de fronteiras, símbolo diferenciador de identidade, permitindo que a sociedade se descubra pelo que não é ou pelo que não quer ser.” (Velho, 1987, p. 59)

Comportamentos desviantes tem caráter inovador e sempre podem trazer um modelo de harmonia e equilíbrio para um determinado sistema social. Causando incômodo nas pessoas, desconforto para a sociedade e quebrando alguns paradigmas, o desviante propicia uma “transgressão-conservadora” na ideologia do sistema social, na medida em que não se pode cogitar a possibilidade do novo sem antes “consultar” padrões antigos e modelos estabelecidos. A desestruturação interna, percebida como afeto ameaçador ou sensação hostil se constitui como o primeiro sintoma da autorização de uma mudança iminente que se faz necessária. E, sem o desviante, socialmente não seríamos capazes de almejar tal avanço.

Segundo Bauman (2013), normalidade é uma questão quantitativa, um nome ideologicamente forjado para se referir a uma maioria que se ajusta a norma, pois se

todas as pessoas tivessem as mesmas características dificilmente surgiria a ideia de norma. No geral a discriminação contra o anormal é na verdade um comportamento direcionado contra a condição de minoria, pois ela ameaça os hábitos e as expectativas dos “normais” (da maioria). A discriminação surge como uma atividade motivada pela defesa e preservação da ordem, uma criação sociocultural.

“A passagem de maioria estatística (declaração de fato) para normalidade (uma decisão de fato) e de minoria estatística para anormalidade atribui uma diferença de qualidade a diferença numérica: estar na minoria implica inferioridade. Quando uma diferença de qualidade se sobrepõe à diferença numérica e aplicada as relações inter-humanas, as diferenças de força numérica são recicladas ao fenômeno (tanto presumido quanto praticado) da *desigualdade social*”. (Bauman, 2013, p. 71).

Velho (1987, p. 60) coloca que a vida social deve ser percebida “como um processo contraditório e complexo em que a realidade tem de ser permanentemente negociada por seus diferentes atores” e que assim “a possibilidade de conflito e da disrupção perde o seu caráter catastrófico e anormal”. Embora com uma visão biológica, mas preservando a mesma linha de pensamento, Canguilhem, (2012, p. 10) diz que a doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez, sobretudo, “o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio”. A doença seria então uma reação generalizada com intenção de cura. O organismo desenvolveria uma doença para se curar: o sintoma não é mais visto como algo que deve ser eliminado, mas sim como uma reação conveniente do organismo a algo que não lhe é conveniente. (LAPLANTINE, 2010; CANGUILHEM, 2012).

Em seus estudos relacionados aos discursos e práticas que atribuem ao patológico uma significação ambivalente, e até positiva, Laplantine (2010) não considera o sintoma como uma aberração ou morbidez a ser contida, mas sim como uma mensagem a ser ouvida e decifrada. A doença passar a ser, nessa concepção, uma reação com um sentido, pois além de restaurar o equilíbrio ainda pode ser capaz de engendrar um episódio que exalta e enriquece. No entendimento do autor a “doença-gratificação” que oferece alguns ganhos secundários ao sujeito, o faz escapar das opressões da vida em sociedade e atrair atenção sobre si. Por outro lado pode contribuir também para a manutenção do quadro patológico. Já a “doença-proeza” é aquela enfermidade em que o indivíduo demonstra uma vontade excepcional e como afirma Laplantine (2010, p. 116), “amplia ao máximo suas virtualidades que ele provavelmente não desenvolveria sem

essa revelação constituída pela doença”. Geralmente constituem estórias de supercompensação a uma situação de anormalidade ou até mesmo de demonstração de uma condição de resiliência e superação³². Sacks (2006), neurologista britânico, escreve nesta mesma perspectiva:

Para mim, como médico, a riqueza da natureza deve ser estudada no fenômeno da saúde e das doenças, nas infinitas formas de adaptação individual com que organismos humanos, as pessoas, se reconstroem diante dos desafios e vicissitudes da vida. Nessa perspectiva, deficiências, distúrbios e doenças podem ter um papel paradoxal, revelando poderes latentes, desenvolvimentos, evoluções, formas de vida que talvez nunca fossem vistas, ou mesmo imaginadas, na ausência desses males. (p. 13).

A partir do conceito de biopolítica, Caponi (2012) contribui para avançarmos um pouco mais na compreensão que um modelo divergente tem na construção da subjetividade, a partir do seu entendimento da exceção como um fator que auxilia na formação identitária dos sujeitos:

Uma característica da biopolítica é a importância crescente da norma sobre a lei, a ideia de que é preciso definir e redefinir o normal em relação àquilo que lhe é oposto, a figura dos anormais, considerados como exceção a norma. A exceção tem uma função estratégica que é a de auxiliar na conformação da identidade de um grupo, permitindo demarcar as fronteiras entre normalidade e desvio. (p. 24).

Qualquer identidade só pode se formar, inicialmente, a partir do reconhecimento daquilo que não se é, ou seja, só existe reconhecimento do eu quando há reconhecimento do outro. O outro determina o eu, ambos mediados socialmente. O sujeito sócio-histórico estabelece relações com a experiência de outros sujeitos diferentes, divergentes, pela intersubjetividade constituindo sua identidade, que nada mais é, do que a síntese de suas relações. (MOLON, 2003).

A concepção trazida por Ortega (2009) também sai do modelo tradicional acerca da perspectiva em torno da doença. Esta, fundada pelos ativistas do movimento autista, traz a noção de neurodiversidade referente à sua condição autista. É um movimento que enfoca basicamente a “patologia” da condição autista como uma questão de ordem identitária: não é algo que se tem, mas algo que se é. A partir desse modelo, as conexões

³² Os estudos de casos clínicos do neurologista Oliver Sacks reunidos em seu livro “Um Antropólogo em Marte” reúnem exclusivamente casos de “doença-proeza” em que os pacientes atribuem novo significado ao seu quadro patológico.

neurológicas divergentes devem ser vistas e tratadas da mesma forma como as demais diferenças que envolvem a diversidade da condição humana, ou seja, diferenças raciais, sexuais, étnicas etc. Estes indivíduos se consideram “neurodivergentes” ou “neuroatípicos”. O autor coloca que embora os pais de autistas falem em “ter” autismo e acolher as tentativas de cura e terapia, os movimentos de militância a favor da neurodiversidade apostam no “ser” autista e se opõem as tentativas de cura e as terapias cognitivas por considerarem que seria uma afronta a sua própria essência. O autismo seria parte constitutiva do que eles são³³. Porém, o autor alerta: “as ideologias da saúde e do corpo perfeito contemplam as doenças que retorcem a figura humana como sendo sinônimo de fracasso pessoal” (ORTEGA, 2008, p. 35).

Confusos e impotentes diante das imprecisões da pluralidade do universo contemporâneo acerca do desviante e do diferente, os membros da escola pública ainda adotam uma concepção de mundo sobre a qual a vida biopsicosocial do aluno e as suas manifestações de subjetividade são percebidas e entendidas de maneira mais linear, pragmática, como algo não transitório, pautado em um modelo tradicional de identidade fixa. Isso os leva a adotar uma postura pedagógica burocrática e previsível diante do conceito de “diferença” ou “divergência”. Desse modo usam a relação institucionalmente legitimada pelo saber-poder para encobrir as dificuldades reais e aparentes incertezas sobre como lidar com os desafios que este outro, divergente, lhe oferece. Nesse papel de autoridade oferecido pela escola a partir da função que esse agente educacional exerce, encarnam discursos e práticas que asseguram que o seu desconforto (ou despreparo) se mantenha numa zona oculta. É melhor fazer uso do aparato institucional “controle-disciplinamento-homogeneização” do que enfrentar sem defesa e devida qualificação as adversidades e as diversidades que o cenário pedagógico contemporâneo oferece.

Além dos mecanismos institucionais subjetivos que dificultam o processo de escolarização há diversos motivos de ordem mais prática que levam o aluno a deixar de estudar: a

³³ Entretanto no seu texto, Francisco Ortega demonstra uma visão crítica fazendo um contraponto referente ao modelo da neurodiversidade. Ele questiona se a aposta no pólo cerebral para defender a diversidade de formas de vida, não estaria fazendo com que o movimento da neurodiversidade se afastasse da riqueza do mundo mental, levando em conta que a aproximação e distanciamento dos indivíduos se dão pelas visões de mundo, pelos ideais e pelas esperanças compartilhadas ou não. Nesse sentido ele coloca: “*Não estariam apostando em uma diversidade que no fundo é uma forma de homogeneidade, situando a própria diferença em uma identidade naturalizada, marcada no cérebro e, como consequência, de uma política da identidade? No fundo, o movimento posiciona na área do “neuro” o que se costumava posicionar na área do mental e do social. Esse deslocamento deve ser compreendido no contexto da ideologia do sujeito cerebral, no qual o cérebro responde por tudo o que outrora costumávamos atribuir à pessoa, ao indivíduo, ao sujeito*”. (ORTEGA, 2009, p. 496).

necessidade de entrar no mercado de trabalho, a falta de interesse pela escola, dificuldades de deslocamento e falta de transporte escolar, falta de incentivo dos pais, mudanças de endereço e outros. Dessa maneira os alunos hoje vêm evadindo ou repetindo séries, fazendo crescer significativamente a incidência de fracasso escolar nas escolas públicas. Em 2012 a taxa de abandono escolar referente ao público que frequenta o ensino fundamental da escola pública no Brasil atingiu 3%, contra 10,4% do ensino médio. O índice de aprovação dos que permanecem nessa escola durante o período do ensino fundamental foi de 86,9% e o de reprovação de 10,1%.

Somente na Bahia, em 2010 os índices de repetência chegaram a 12,4 % e de abandono a 15,7%. (BRASIL, 2013). Segundo o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP), de 100 alunos que ingressam na escola pública no segundo ano (antiga primeira série), apenas cinco chegam ao terceiro ano do segundo grau concluindo o ensino médio.

A compreensão desse fracasso não pode ser vista como um problema exclusivo do aluno, mas sim como um processo produzido nas condições sociais; nas histórias escolares; nas práticas pedagógicas; nos mecanismos institucionais; nas relações que se constroem cotidianamente; e isso deveria fazer com que os agentes educacionais necessariamente, se inclinasse para uma redefinição do objeto de conhecimento, do processo de ensino-aprendizagem, do projeto político pedagógico e, conseqüentemente, dos formatos de avaliação.

4. ESTRATÉGIAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Para uma resposta à questão das nuances dos componentes cotidianos na escola causadores de práticas medicalizantes foi delineada uma pesquisa explicativa (GIL, 2007), que teve como ideia central identificar os fatores que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. No caso em questão buscamos entender a instituição escolar na sua esfera sócio-histórica, tomando como eixo principal de análise as categorias da linguagem e as relações de interação que vão indicar como as relações de poder e o discurso medicalizante transitam na escola para a manutenção/acomodação de um determinado sistema. As normas disciplinares, a estrutura hierarquizada e os vínculos já estabelecidos constituem o espaço simbólico através do qual acessamos as representações sociais que mediam as tramas e o ideário contido na cultura escolar que movem seus membros a se comportarem de determinada forma naquele contexto, com aquelas funções. Entendemos que para alcançar o objeto de nossa pesquisa deveríamos “escavar” e “tatear” as redes de relações, com o olhar voltado para a cultura escolar, assumindo que todos os sintomas lá apresentados são, também, produtos dessa cultura.

A cultura escolar envolve uma série de práticas sociais distintas, mas que articuladas configuram a identidade da escola: a rotina e os costumes escolares frente às tarefas pedagógicas e sociais; os papéis atribuídos, assumidos e exercidos pelos profissionais de cada função; a comunicação (ou falta dela) entre os setores administrativos e pedagógicos que organizam o tempo, espaço e normas na escola; as relações interpessoais entre os profissionais, entre os alunos e entre profissionais e alunos; a relação da escola com os integrantes de sua territorialidade e como ela interage com a comunidade local; a forma como a escola compreende e interpreta, via educadores, a questão da violência e do uso de drogas, ou seja, o significado da transgressão dentro da instituição; a maneira como a hierarquia institucional, através figura de autoridade da direção, transita e é recebida pelos demais profissionais; e, por fim, a reação que os alunos têm frente a norma disciplinar imposta institucionalmente. Todas essas questões que flutuam no cotidiano da escola, ditando seu ritmo e sua dinâmica, estão contidas em sua cultura e atravessam a subjetividade de seus integrantes, sendo também por eles produzida através de uma relação dialética. A soma desses mecanismos e de suas

interações, a subjetividade dos integrantes e os elementos da cultura escolar, constituem o que entendemos por “identidade da escola”.

Como afirmam Nogueira & Nogueira (2009), o espaço simbólico e o *habitus* na concepção de Bourdieu são sistemas de disposições duráveis e transponíveis. O *habitus* configura um mecanismo de classificações e possibilidades que o agente que o internalizou assume como apriorismos mentais e práticos. Bourdieu (2011, p. 61) diz que “o *habitus*, como indica a palavra, é um conhecimento adquirido e também um haver, um capital [...] que indica a disposição incorporada, quase postural”. O conceito de espaço simbólico recortado por tensões e dominações, é definido pela exclusão mútua ou distinção das posições que o constituem formatando uma trama que desponta das construções históricas e das reproduções sociais que se intercambiam numa relação de tempo-espaço. A compreensão do espaço simbólico permite ultrapassar as concepções naturalizantes do mundo social, que tendem a “coisificar” entidades ou oposições conceituais. No entendimento de Bourdieu (2011), essa “coisificação” favorece a ignorância da verdadeira lógica da dinâmica social, no caso em específico, da cultura escolar. Portanto, a aplicação ou o sentido destes conceitos emerge como ferramenta para analisar como esse aluno multifacetado, performático e socialmente vulnerável mas primordialmente livre para exercer sua identidade, está, contraditoriamente, passivo de aprisionamentos tomados pelo discurso medicalizante que a cultura escolar imputa ao comportamento do desviante. Com efeito, os conflitos que são silenciados na escola quando questões de natureza social são reduzidas a doenças de indivíduos (prática medicalizante) indica como o espaço simbólico da escola atua forjando um *habitus* dos alunos que favorece a manutenção do comportamento desviante.

Compreender no *habitus* e no espaço simbólico a forma como a escola projeta suas representações é tentar se aproximar do movimento de inculcação da legitimidade dominante e medicalizante que o saber e a disciplina escolar impõem aos alunos. Portanto, para analisar e entender seus comportamentos, seus rituais, suas relações de poder e sua linguagem como condicionantes da maneira de ser de seu grupo social, esse elementos devem ser pesquisados em sua dimensão contextualizada, como aponta Souza (2004b):

“os problemas de aprendizagem e indisciplina são apenas fragmentos de uma complexa rede de relações locais constituídas no dia-a-dia da escola; os discursos e práticas escolares são heterogêneos, frutos de diferentes apropriações dos diversos protagonistas envolvidos no processo de escolarização”. (p. 154).

Com efeito, o fundamento metodológico da pesquisa foi pautado no modelo etnográfico, entendido como o mais adequado para perceber as nuances do cotidiano escolar que fazem emergir práticas de classificações medicalizantes/patologizantes. O modelo etnográfico alivia as possíveis tensões iniciais, facilita a inserção no grupo social pela via da comunicação/interação e contribui para estabelecer um vínculo de confiança entre pesquisador-informantes na medida em que o pesquisador está inserido no grupo pesquisado. Busca-se compreender como ocorre a apreensão por parte dos agentes educacionais e alunos em relação aos comportamentos desviantes e também permitir que as vozes dos alunos e desses agentes possam emergir como sujeitos de sua própria história eliminando o distanciamento que um observador tradicional oferece:

Para conhecer certas áreas ou dimensões de uma sociedade é necessário um contato, uma vivência durante um período de tempo razoavelmente longo, pois existem aspectos de uma cultura e de uma sociedade que não são explicitados, que não aparecem à superfície e que exigem um esforço maior, mais detalhado e aprofundado de observação e empatia. (Velho, 1997b, p. 123).

Como método para coleta de dados, foi adotado o modelo da observação participante descrito por Martins (2002) segundo o qual se deve tomar o cotidiano escolar como espaço privilegiado de análise, onde emergem as contradições implícitas nas relações sociais e no trabalho educativo. Essa concepção metodológica é elaborada no contexto de pesquisa antropológica: “trata-se de estabelecer a adequada participação dos pesquisadores em grupos observados, de modo a reduzir a estranheza recíproca” (MARTINS, 2002, p. 27). A ideia que caracteriza o método é que apenas por meio da imersão no cotidiano de outra cultura o pesquisador poderia compreendê-la. A convivência do investigador com o grupo estudado cria condições privilegiadas de vínculo, confiança e afetividade, podendo essas ações, atitudes ou episódios permanecerem obscuras ou até mesmo opacas, caso ocorressem numa situação exterior e distanciada. (LUDKE, 1986).

Ao recebermos os encaminhamentos dos alunos divergentes da escola direcionados ao serviço de psicologia do CRAS e efetivarmos o atendimento, e devido acompanhamento, cria-se um vínculo direto com a instituição escolar, e automaticamente torna-se sujeito em potencial a ser pesquisado devido à categoria de acusação que sofre pela norma escolar. Esse vínculo, também construído com o aluno, facilita o acesso à escola e colabora para uma interação com todos os seus setores (direção, coordenadoras pedagógicas, professores, demais alunos etc) a partir de um lugar de suposto-saber, de quem possui, no imaginário dos educadores, informação privilegiada por estar “tratando” aquele que dava problemas à escola, por “mergulhar” e conhecer a subjetividade alheia, de quem teria a solução imediata (ou não) para o problema daquele aluno e da escola como um todo. A sensação de alívio que os agentes educacionais têm provocada pela ideia de “cura” que ocorre com o surgimento do psicólogo no seu imaginário ou propriamente no real ambiente escolar cria um “portal” de comunicação, uma disponibilidade para relacionar-se que, reiteramos, facilita o acesso a escola e colabora com a vinculação afetiva com os seus integrantes. A partir do CRAS, essa ponte é construída e a escola pode recorrer a um suporte que julga necessário.

O CRAS, advindo de uma política assegurada por lei,³⁴ é uma unidade pública da política de assistência social, de base municipal, integrante do SUAS³⁵. Localizado em áreas de maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destina-se a prestação de serviços e programas socioassistenciais de proteção social básica a famílias e indivíduos, de articulação destes serviços no seu território de abrangência, e uma atuação intersetorial na perspectiva de potencializar a proteção social básica.

O atendimento do CRAS é voltando para população em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação e/ou fragilização de vínculos afetivos relacionais e de pertencimento social. Apoiar famílias que possuem, dentre seus membros, indivíduos que necessitam de cuidados, por meio da promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivências familiares. O Centro de Referência e Assistência Social tem por objetivo prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidades e riscos sociais nos territórios, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e da ampliação do acesso aos

³⁴ Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993.

³⁵ Sistema Único de Assistência Social

direitos de cidadania, ou seja, fortalecer a função protetiva da família, contribuindo na melhoria da sua qualidade de vida; prevenir a ruptura dos vínculos familiares e comunitários, possibilitando a superação de situações de fragilidade social vivenciadas; promover atividades em grupo de cunho informativo-educacional, social ou político às famílias, potencializando o protagonismo e a autonomia dos sujeitos; promover acessos a benefícios, programas de transferência de renda e serviços socioassistenciais, contribuindo para a inserção das famílias na rede de proteção social de assistência social; promover acesso aos demais serviços setoriais, contribuindo para o usufruto de direitos; apoiar famílias que possuem, dentre seus membros, indivíduos que necessitam de cuidados, por meio da promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivências familiares.

A pesquisa foi realizada em uma escola pública da cidade de Camaçari, região metropolitana da cidade de Salvador. A escola de ensino fundamental atende estudantes do primeiro ao nono ano e funciona nos três turnos, mas as observações e entrevistas foram feitas exclusivamente no turno matutino.

Representou a base da coleta de dados os materiais de descrição, como relatórios, relatos, entrevistas e questionários semi-abertos, assim como observações e análise dos segmentos que compõem a estrutura social e administrativa da escola. As visitas à escola englobaram tanto as relações formais que se organizam no seu contexto, como reuniões de professores, cotidiano de sala de aula e setor administrativo-pedagógico, quanto os espaços informais; a exemplo de “bate-papo” com alunos no pátio, com funcionários nos corredores, merendeiras, porteiro e serventes.

- **Objeto** - Processos de classificação patológica atribuído aos estudantes pelos agentes educacionais em função de comportamentos desviantes ou dificuldades de aprendizagem.
- **Objetivo geral** - Compreender práticas, processos e concepções de patologização de estudantes de escola pública.

- **Objetivos específicos:**

- Verificar as implicações desse “pré-diagnóstico/estigmatização” para o desempenho do aluno.
- Analisar a representação que os agentes educacionais têm de alunos das escolas públicas.
- Descrever e entender a percepção que o aluno rotulado tem de seu comportamento na escola e do “pré-diagnóstico/estigmatização” que lhe foi atribuído.
- Descrever e analisar a expectativa dos agentes educacionais quando encaminham alunos “pré-diagnosticados/estigmatizados” ao serviço de psicologia do CRAS.

5. A VIDA NO COTIDIANO ESCOLAR

*A árvore que não dá fruto
É xingada de estéril.
Quem examinou o solo?*

*O galho que quebra
É xingado de podre, mas
Não haveria neve sobre ele?*

*Do rio que tudo arrasta
Se diz que é violento
Ninguém diz violentas
Às margens que o cerceiam.*

Bertold Brecht

Nos capítulos anteriores, a partir da literatura consultada, fundamentamos teoricamente as questões sócio-históricas que embasaram as problematizações do presente estudo. Entendemos que apresentar ao leitor as raízes políticas e sociais contribui para uma análise mais ampliada dos processos que conduzem a medicalização às entranhas do campo educacional.

Neste capítulo apresentaremos uma análise descritiva e interpretativa dos dados de nossa ida a escola ao longo dos seis meses em que frequentamos seu espaço a fim de esboçar algumas variáveis que possa explicar como se constituíram as práticas medicalizantes no discurso pedagógico contemporâneo que serviram para estabelecer explicitamente o controle e a manutenção da estrutura hierárquica que normatiza o aluno desviante, bem como implicitamente, isentar os agentes educacionais de se implicar nas suas responsabilidades pedagógicas induzindo o desviante ao fracasso escolar.

Entre relatos e observações, sistematizamos a coleta de dados por temáticas, que na maioria das vezes surgiam em tom de queixa, durante os encontros vivenciados no

cotidiano escolar³⁶: (1) queixas dos agentes educacionais relacionadas ao comportamento alunos; (2) queixas dos alunos em relação aos professores; (3) queixas em geral em relação aos recursos de trabalho e estrutura física da escola; (4) queixa dos alunos em relação às regras da escola.

A partir destas categorias que foram surgindo naturalmente, nossas observações apontaram para três vertentes marcantes do espaço escolar que se afirmam e se concretizam pela via das relações interpessoais, que serão apresentadas no decorrer do texto São elas: (1) a escola como espaço normativo; (2) a escola como espaço de duelo; e (3) a escola como espaço de refúgio.

Antes de apresentar os dados é importante mencionar que fomos muito bem recebidos na escola, inicialmente pela diretora, coordenação e funcionários de apoio (serventes, merendeiras e porteiros) e mais tarde, na medida em que foram se formando os vínculos, pelos professores. No início houve certa curiosidade dos alunos que não nos conhecia pelo trabalho do CRAS e por se tratar de um “corpo estranho” dentro do ambiente escolar. Sempre que passeávamos pelo pátio, frequentemente éramos abordados e questionados por alguns alunos sobre o “que estávamos fazendo ali”. O que demonstra uma forma natural e espontânea de acolhimento a alguém que vem de fora, não pertencente ao cotidiano escolar, e também uma tentativa de aproximação a algo que lhes é desconhecido.

“Temos uma escola atrasada para alunos adiantados”. Foi assim que um professor de geografia iniciou a bate-papo dando a entender que a escola, ainda pautada em formatos do século XX, está desajustada para envolver pedagogicamente os alunos do século XXI. Parecia também intuir a cobrança pela qual passa a escola na sociedade, tendo que dar conta da escolarização e da educação na medida em que as famílias se ausentam desse processo delegando (e sobrecarregando) toda tarefa à escola.

A fala emblemática desse professor, que mais parece a de um porta-voz de um grupo que se demonstra apático, resume bem a aflição pela qual passa os educadores de escola pública hoje em dia. Sem muitos recursos para a prática pedagógica, desmotivados pela falta de reconhecimento da importância de sua função, somados a comportamentos dos alunos que julgam extravagantes, destemperados e por vezes agressivos e violentos, os

³⁶ As numerações entre parênteses condizem com a colocação das queixas que ocorreram com maior frequência. As numerações entre parênteses condizem com a colocação das queixas que ocorreram com maior frequência.

professores parecem intuir que há um “hiato”, entre as suas práticas pedagógicas e os alunos. Entre a instituição escolar e as demandas do mundo contemporâneo. O que transparece através de nossas observações no contexto escolar é que a consciência da impotência dos professores os coloca numa espécie de bolha que os deixa paralisados enquanto educadores, fazendo de sua prática uma burocracia a ser cumprida. Tornando-se meros transmissores do conhecimento, fazendo do processo de ensino-aprendizagem um instrumento mecanizado.

5.1 TERRITÓRIO E CONTEXTO

É necessária uma análise mais detida sobre a escola, seu bairro, público, território no qual está inserida e sua composição interna para compreender como esses comportamentos surgem na escola.

A escola do ensino fundamental atende alunos que frequentam do primeiro ao nono ano e sua faixa etária varia dos seis aos dezesseis anos. A maioria dos professores reside em Salvador ou Camaçari e também lecionam em outras escolas do estado ou da região, mas os demais funcionários são da própria comunidade, assim como a diretora. A escola ainda conta com dois coordenadores pedagógicos, um do primário e outro do ginásio, e dois vice-diretores, uma pra cada turno.

Logo quando chegam na escola, antes de entrarem em sala de aula, os alunos passam boa parte do tempo no pátio ou na quadra correndo, inventando brincadeiras, enquanto o sino não indica que as aulas estão para começar. Apenas no turno da manhã passam pela escola cerca de 350 alunos. As atividades desenvolvidas em sala de aula ocorrem das 8h às 11h30, havendo trinta minutos destinados à merenda, sendo que uma vez na semana ocorre uma aula de recreação com o educador físico em horário específico. Esse horário da merenda é próprio de cada turma para que se evite a permanência e a aglomeração de várias turmas ao mesmo tempo ocupando o espaço do refeitório ou do balcão da cantina onde se recolhe o lanche.

A escola é uma das 95 unidades educacionais que possuem o município de Camaçari e uma das três maiores do distrito. Ela fica localizada no distrito de Monte Gordo, bem próximo ao litoral da cidade, porém do lado oposto da pista, no km 40 da estrada do coco. A orla da região é bastante conhecida por seus lugarejos de veraneio, casarões

onde boa parte da elite de Salvador passa férias ou descansa, sobretudo em Guarajuba. É conhecido também por suas belas paisagens naturais integrando natureza, mar e rios, o que lhe dá a condição de um dos principais pólos turísticos da linha verde, litoral norte de Salvador. Monte Gordo, que não tem acesso geográfico a praia, e Guarajuba, à beira do mar, são localidades que ficam separadas pela pista, a BA-099. A maioria dos familiares dos alunos que moram em Monte Gordo trabalham em Guarajuba, nos mercadinhos, restaurantes, barracas de praia ou atuando como diaristas ou caseiros nas casas de veraneio. Monte Gordo é um lugar de zona rural, pouco urbanizado, bucólico, o que parece fazer o tempo passar mais lentamente, oferecendo tranquilidade e paz para seus habitantes. Essa composição da cultura local aliada a muita oferta de natureza (rios e árvores) oferece muita liberdade no âmbito extra-escolar para os alunos que queiram consumir álcool, fazer uso de drogas, praticar atividades sexuais em lugares inusitados, ou seja, com certa frequência ocorrem essas “transgressões sociais” em Monte Gordo que são típicas da juventude.

5.2 “SE NÃO SERVE PIAGET, VAI DE PINOCHET”: A ESCOLA COMO ESPAÇO NORMATIVO

Estar num lugar afastado do centro de Camaçari e à margem de Guarajuba, na verdade na periferia, dá aos jovens a sensação de fragilidade da ordem social, o que favorece a transgressão que parece contrapor com a composição escolar no quesito de disciplina e ordem. Daí talvez resida todo o problema que a diretora relata ter com os alunos: da discrepância da imposição da lei entre o ambiente escolar e da sensação de falta dela no ambiente do território, o que poderia estar fazendo com que ela quisesse compensar essa sensação de falta de lei do território impondo de maneira rígida as regras dentro da escola. Por outro lado a imposição feita de forma radical contribuiria para formar alunos arredios, rebeldes e agressivos quando estão dentro na escola, tendo em vista que a instituição escolar seja um dos poucos espaços em que os jovens possam ter uma noção de limite e disciplina.

Na medida em que íamos conversando com os personagens da escola³⁷, foram surgindo alguns relatos informais de professores e funcionários que indicavam uma postura autoritária e centralizadora da diretora. “*Ela fica na frente do portão fiscalizando cada detalhe dos alunos*” (Funcionária de serviços gerais). “*Se não fosse ela essa escola, aqui já estaria muito pior*” (professor de português). “*Ainda bem que mora aqui e conhece os meninos...ela leva isso aqui nas costas, como se fosse a casa dela*” (uma das merendeiras). A diretora por sua vez argumenta em tom de preocupação que os alunos são violentos, agressivos e muitas vezes levam bebida escondido para a escola. Ela acredita que na maioria desses casos o problema está diretamente ligado à família: “*Você vê que ele não tem uma família bem estruturada, os pais não participam da educação do filho e deixam a responsabilidade toda conosco*”. Ela relata que muitas mães xingam na frente da criança além de “estimular a vulgaridade”. O uso de drogas também é citado pela diretora como problema crônico não só da escola como também do seu entorno, na comunidade. “*Olha Danilo, a gente tem aqui muito problema com droga e com a sexualidade dos rapazes e das garotas*”. (diretora). Uma das hipóteses criadas e que devemos nos questionar, é se esse “comportamento desafiante” dos alunos em relação às regras não seria, também, uma resposta de indignação ou até mesmo de confronto em relação à postura de patrulhamento e repressão adotada por esta diretora.

Já para os alunos é a escola, via diretora e professores, que adota uma postura excessivamente repressora, vigilante que regula vestimentas, estética corporal (tatuagens, *piercings* etc), padrões comportamentais adequados em sala de aula, modos de falar e se relacionar: “*A gente não pode nem querer colocar um boné e usar chinelo que já vem ordem pra barrar na portaria a nossa entrada*”, (J. 10 anos). “*Se eu pedir pra ir no banheiro mais de uma vez o professor não deixa...acha que é pra sair da sala e não voltar mais*”(L. 8 anos). “*Só porque tenho tatuagem e piercing e faço um grupo de hip-hop alguns professores e meus colegas me tratam de forma diferente*” (C. 14 anos). Perguntamos a essa garota o que seria esse “tratar de forma diferente” e ela diz: “*como se eu fosse alguém que fizesse uma coisa errada, alguém estranha pra eles...acho que fico marcada*”. Nas falas de “J.” e “L.” são inquietações que surgem através das restrições impostas pelo estabelecimento de regras necessárias ao bem comum de qualquer espaço social, a uma noção de convívio coletivo, que é de fato tarefa da escola.

³⁷ As perguntas que norteavam o bate-papo durante os encontros com os agentes educacionais podem ser consultadas no anexo 1, página 121. Entendemos por agentes educacionais aqueles funcionários que participam do cotidiano escolar: diretora, coordenadora, professores, agentes de classe, serventes, merendeiras, porteiros etc.

No discurso de “C.” parece haver claramente uma questão preconceituosa em que se associa sua aparência, seu estilo e seu gosto musical a condutas transgressoras e marginalizadas. Ela de fato, como diz se sentir, fica “marcada”, literalmente, como o fez com seu corpo com as tatuagens.

Nessa relação bi-lateral entre alunos e diretora, quem de fato colabora para cada um ser como é? A diretora muitas vezes adota uma postura repressiva, obtendo fama de “general”, “chata”, o que gera um status de respeito, mas também uma antipatia, para ela na escola e na comunidade. Por outro lado, observando puramente o comportamento dos alunos: de gritaria no pátio; corre-corre; empurra-empurra; algumas brincadeiras de briga; algumas brigas de fato com contato físico e a algazarra generalizada que se faz dentro no ônibus³⁸ municipal que o transportam para casa, pode-se dizer que estes comportamentos ditos pela diretora como “extravagantes” e “frenéticos” produzem nela uma exigência de comando firme para que se mantenha o mínimo de ordem e sensação normativa no espaço escolar. Como se a manutenção do “equilíbrio”, a homeostase do sistema escolar precisasse desses papéis bem estabelecidos³⁹. Já os alunos, aqueles citados como “bagunceiros” gozam do lugar de “baderneiros”, “briguentos”, “destemidos”, “problemáticos” que “nenhum professor consegue dar jeito”. Ganhando esses rótulos que lhes são atribuídos, eles assumem, resignificam como um status através da condição de serem temidos e respeitados: “o miseravão” da escola. Associado ao desejo de respeito e poder pelo medo, soma-se a isso a postura repressiva da diretora que aumenta a ânsia pela condição de se afirmar, mas agora a partir do conflito, do duelo. Torna-se um confronto explicitamente manifesto entre “afirmação X repressão”.

Interessante perceber que durante minha ida a escola, logo nos primeiros dias da minha chegada, a diretora sempre me convocava para sua sala e relatava, em tom de queixa e, portanto criando uma demanda, os acontecimentos que chamaram sua atenção na escola. O discurso era relacionado ao comportamento dos alunos. É possível que seja uma forma de cooptação, tendo ela a fantasia de que nós poderíamos ser um aliado, para que se evitasse a nossa circulação nos demais segmentos da escola e não se aprofundasse as investigações no seu cotidiano, impedindo uma análise mais cuidadosa

³⁸ O comportamento dos alunos nesse espaço será contextualizado mais adiante.

³⁹ Seria interessante se observássemos, embora isso não tenha acontecido, o comportamento dos alunos em algum dia que a diretora estivesse ausente durante todo o período de aula.

das relações escolares. É interessante supor que, uma vez dentro do espaço escolar, nós não estaríamos alheios ou blindados às variantes que formatam seu contexto e influenciam em sua rede de relações. Uma cooptação “sutil” por parte da diretora indica, simultaneamente, uma maneira de normatizar a prática de atuação do psicólogo, bem como seu método de observação e coleta de dados enquanto pesquisador, cabendo a ela o direcionamento do que deveria ou não ser pesquisado, observado e aprofundado. De certo modo também fomos vítima (ou alvo) da normatização.

Caso fisgássemos essa isca impediria que fossem desvendadas as implicações que cabem aos agentes educacionais na produção de sua queixa, trazendo a tona questões não resolvidas de si com a vida e que reverberam no processo educacional, mas que ninguém reconhece, ou faz questão de que sejam trabalhadas na esfera psicossocial. É possível também que seja apenas uma característica dela, diretora, de centralizar as questões referentes à escola, tomando para si qualquer responsabilidade em resolvê-la a partir do papel que ocupa através de sua função, pois todo papel como construção social é atribuído e assumido. Não devemos descartar a possibilidade de que as duas hipóteses sejam convergentes.

Há papéis estabelecidos de forma muito clara na escola em que os agentes educacionais, especificamente a diretora e os professores, são os depositantes (aqueles que depositam) e os alunos são os depositários (aqueles que recebem a deposição). Lemos (2001), ao abordar a teoria dos processos grupais⁴⁰, indica que a deposição é o processo através do qual se atribui ou assume papéis na interação e tem como objetivo a construção de vínculos entre os membros de um determinado grupo.

O tipo de deposição mais comum na escola é aquele em que “rejeito porque aquilo me incomoda” ou, no caso do professor, “porque desconheço essa conduta/conteúdo em mim, não quero assumir em mim comportamentos que reprovó e por isso projeto no outro sob forma de deposição”. É mais fácil reconhecer no outro características que eu condeno e critico do que assumi-las como parte constitutiva do meu eu. Trata-se de uma derivação do conceito psicanalítico do mecanismo de projeção vindo do inconsciente. O que normalmente gera um conflito competitivo, um enganche com o outro. Por exemplo, um aluno problema, questionador e inquieto que o professor está tendo

⁴⁰ Pouco estudada no Brasil nos cursos de Psicologia, a teoria dos processos grupais foi fundada e difundida pelo psiquiatra e psicanalista argentino Enrique Pichon-Riviere (1907-1977) a partir da fusão de elementos da psicanálise com a psicologia social.

dificuldades e compromete a organização na sala de aula, remete ao não-saber desse professor, a sua incompletude enquanto educador. Como ele lida com seu “fracasso” tendo este sido provocado por alguém que lhe deve obediência, ou seja, numa condição “inferior hierarquicamente”? Ou, como ele internaliza esse “fracasso” sendo este provocado por um (também) “fracassado”, nesse caso o aluno? É interessante perceber que estamos tratando de conteúdos inconscientes, mas esses afetos despertados na relação professor-aluno, a partir da atuação de cada um, fazem com que se depositem no aluno, rótulos e categorias que obstaculizam o processo de ensino-aprendizagem a partir da relação transferencial, colocando a dificuldade num plano relacional e afetivo e não só exclusivamente na esfera epistemológica, de compreensão por parte do aluno.

É interessante o diálogo com os agentes educacionais em relação as suas expectativas quando encaminham alunos “pré-diagnosticados/estigmatizados” ao serviço de psicologia do CRAS. “*Esse menino não presta atenção*”, “*ele não pára quieto*”, “*atrapalha a sala de aula*” A partir dos relatos que se seguem, fomos nos aproximando do que incomodava os educadores e do que pretendiam ou imaginavam quando esses alunos “problemáticos” eram encaminhados ao serviço de psicologia do CRAS. Quais eram suas expectativas? Alguns educadores entendiam que uma conversa com o psicólogo “acalmaria” esse aluno, na medida em que ele fosse compreendendo a “causa” de seu comportamento. Como se o psicólogo fosse tratar sua “rebeldia”, apaziguando comportamentos disfuncionais para a escola. Uma fala de um professor, bem interessante: “*Sempre que surgem esses alunos meio rebeldes e agressivos digo que um bom psicólogo resolveria*” Perguntamos como achava que seria resolvido, e ele retrucou: “*Isso é falta de educação de casa, basta chamar os pais e orientar...comigo é assim: se não vai de Piaget, vai de Pinochet...(risos)*”. Esta fala, curiosa e rica de significados, que faz referência a um biólogo e educador que criou teorias do desenvolvimento infantil em oposição a um general chileno conhecido por liderar a ditadura no seu país, pode explicar como este professor enxerga o ato educativo. O que nos parece analisando sua fala é: se a partir do entendimento que ele, professor, tem de sujeito através de sua concepção de mundo, não fizer surgir uma conversa, um diálogo e métodos de ensino e avaliação que provoquem mudanças no comportamento da criança, conseqüentemente ele irá adotar uma postura mais rígida, de repressão, com “torturas” psicológicas, manipulando situações e talvez até atos de punição usando os artifícios pedagógicos que tem a sua disposição.

Uma fala da diretora expressa sua representação referente ao trabalho do psicólogo com alunos divergente: “*vê se você consegue dar um jeito nele, Danilo! Quem sabe com uma boa conversa não resolve isso?*”. Esse relato apresenta duas vertentes ligadas ao mesmo problema: (1) o mito de que o psicólogo tem respostas e soluções para tudo e todos e que pode apresentar melhorias a curto prazo e (2) o envio de um problema da qual também faz parte (a escola), delegando para terceiros, o que seria também, junto com a família, de sua responsabilidade. Não sabemos também se ela estava demandando uma orientação educacional que envolvesse uma análise dos componentes familiares e escolares que conduziram o aluno a ter aquela resposta como comportamento ou se era apenas uma demanda de consulta psicológica que tivesse como expectativa atestar que o aluno tivesse algum tipo de transtorno, individualizando o problema. Esta última hipótese nos pareceu ser a mais provável.

Outros alegaram ser importante também a presença dos pais durante o atendimento para que pudessem também se implicar na educação do filho, visto que, um vez lá presentes testemunhariam os problemas presentes na vida escolar do filho e, a partir da conscientização, pudessem “corrigi-los”: “*Vê se consegue levar os pais também. Alguns precisam de orientação, não tem noção de como educar os filhos, dos perigos que se corre ao deixar soltos, quando agridem, xingam, fazem baixaria na frente deles*”. Esta fala da diretora mostra o mito de que a conduta do aluno desviante poderia ser “corrigida” desde que os pais, a partir de uma orientação, os educassem tendo como “protocolo” um modelo moral e idealizado de educação familiar.

5.3 CONFRONTAR PARA ANULAR O OUTRO: A ESCOLA COMO ESPAÇO DE DUELO

Há uma espécie de confronto velado influenciado pelas instâncias normativas do espaço escolar, um tipo de enfrentamento que se dá na esfera do simbólico entre indivíduos, mais especificamente entre professor e aluno. Meksenas (2009), através da alegoria do duelo, demonstra como determinado conflito escolar decorre da interação social na qual o "eu" se faz pela busca da "aniquilação" física ou simbólica de um "outro", definido sempre como um inimigo, um adversário a ser superado. Uma sociabilidade compreendida por meio da alegoria do duelo indica os riscos do esfacelamento do tecido social que estamos presenciando no Brasil. O autor entende que o duelo assume a

feição da subjetividade através de um confronto lento, surdo, duradouro e que pode conduzir a morte simbólica dos envolvidos em contextos escolares:

O professor que, por exemplo, aplica provas com o intuito de punir o discente por um mal feito passado e este se utiliza da "cola" para defender-se; depois, desestabiliza o humor presente em aula, como vingança ao docente que lhe atribuiu a nota zero na prova. Professores com atitudes que levam os discentes a desacreditarem em suas próprias capacidades de aprendizado. Os discentes, por sua vez, "sabotam" a aula para atingir o professor. É um duelo sem fim. Um jogo com estratégias e premeditação; calculado, enfim, racional, com suas relações de causa e efeito, leviana e dogmaticamente inferidas. Um duelo que não ocorre apenas nos pólos docente e discente, mas se afirma em múltiplos outros pólos: professor e professor; discente e discente; funcionário e funcionário; funcionário e professor; funcionário e discente; ainda destes com os pais; parentes e a "comunidade", que envolve o espaço preenchido pela instituição. (MEKSENAS, 2009, p. 126).

Na concepção do autor os problemas vivenciados na escola indicam que os conflitos surgem a partir da perspectiva do duelo e decorrem através de uma herança histórica colonial quando o tecido social se baseava em normas políticas e econômicas que se davam por meio da dominação, da ocupação, da matança, da exploração. Na sociabilidade da época era comum ter como objetivo a busca do confronto, do duelo, para aniquilar o outro, elimina-lo. O duelo não foi inventado pela escola, muito menos é uma característica própria do âmbito escolar. Assim a sociabilidade do duelo faz parte de contexto mais amplo, cabendo uma generalização, como um importante aspecto da interatividade e da identidade nacional, que se afirmou através da nossa história. (MEKSENAS, 2009). Há duelo nas universidades, nas empresas, nos sindicatos pelas lideranças, nos partidos políticos, entidades religiosas e culturais, enfim, o duelo está na sociedade. Portanto, essa sociabilidade não se restringe às instituições escolares. Os conflitos escolares são oriundos de uma sociabilidade escolar, mas indica uma sociabilidade que reproduz uma outra, de caráter mais geral. Todos os espaços sociais organizados aparecem como palco do duelo, em que o *eu* interage com o *outro* para superá-lo e que ambos podem ser aniquilados:

O que almejamos destacar com estas questões é a existência de um modo de interação social que põe em risco a existência de outros padrões de sociabilidade, ou seja, é como se a sociabilidade pelo duelo pusesse em xeque a própria existência da sociabilidade. Corremos o sério risco de estarmos presenciando o desmanchar das relações sociais; o esfacelamento da sociedade. Algo deve ser feito, e prestar mais

atenção no *outro* do que no *eu* talvez seja um passo importante para questionar a sociabilidade pautada pelo duelo. (MEKSENAS, 2009, p. 128).

Na escola isso também se reproduz quando professor e aluno entram em embate por suas diferenças que acabam por aniquilar as potencialidades de cada um. Esse duelo engloba comportamentos das mais variadas formas: desatenção, desmotivação e inquietação, quando deixa de responder a uma questão na prova, finge que a pergunta do professor em sala de aula não foi direcionada a ele, faz provocações com os colegas com o intuito de pirraçar o professor. Ao assumir essa postura esse aluno está renunciando ao seu próprio desenvolvimento sócio-pedagógico: sua capacidade de aprendizagem, seu poder de colaboração e participação.

O professor que, em tese, teria mais ferramentas pedagógicas e emocionais para manejar o duelo, não o faz. Reage a partir do seu lugar de poder estabelecido institucionalmente. Ouvimos com frequência relatos de que o aluno “pintão”, “problemático”, sempre sai perdendo por sofrer as consequências de seu comportamento “irreverente”. Em conversa com um professor de matemática, ele diz: *“aqui é assim... aluno que quer peitar professor se dá mal”*. Outro professor, de história diz: *“Não posso permitir que o aluno me desautorize na frente dos outros, tenho que me impor se não perco o comando da sala de aula”*. Indagamos o motivo pelo qual isso aconteceria e ele responde: *“eles fazem pra nos testar! Gostam de uma “queda-de-braço...aí ou eu enquadro, mando pra fora da sala ou fico desmoralizado”*. A forma de o professor fazer uma intervenção pedagógica é pela via da autoridade, mas uma autoridade que de fato é motivada por um sentimento de retaliação. Nesse momento o afeto surge como fator transversal e mobilizador nas relações escolares servindo tanto para aproximar quanto para distanciar:

“A emoção não seria apenas um construto histórico-cultural; a emoção seria algo que existiria somente em contexto, emergindo da relação entre os interlocutores e a ela sempre referida. É nesse sentido que se pode falar de uma micropolítica das emoções, ou seja, de sua capacidade para dramatizar, reforçar ou alterar as macrorrelações sociais que emolduram as relações interpessoais nas quais emerge a experiência emocional individual. É dessa forma que as emoções surgem perpassadas por relações de poder, estruturas hierárquicas ou igualitárias, concepções de moralidade e demarcações de fronteiras entre grupos sociais”. (Rezende & Coelho, 2010, p.78).

Parece-nos que a medicalização e a psicologização serve: (1) para a manutenção dessas estruturas hierárquicas escolares, entendidas aqui como se a ordem ou os lugares de poder pudessem ser ameaçados quando surge um aluno com comportamento desviante; (2) para compartilhar (ou se eximir) das responsabilidades escolares atribuídas a esses agentes, que, desorientados, não sabem como lidar com esses alunos; (3) para ocultar a dificuldade que cada educador tem em lidar com sua incapacidade (ou limitação), o que mexe com questões psíquicas-afetivas profundamente ligadas com sua representação sobre o não-saber. E nesse ponto esses profissionais também precisariam de um espaço de escuta para significar suas próprias histórias, com o objetivo de trocar experiências, e socializar suas dificuldades e buscar medidas alternativas que propusessem intervenções pedagógicas inovadoras⁴¹.

5.4 RESGATANDO A INFÂNCIA PERDIDA: A ESCOLA COMO ESPAÇO DE REFÚGIO

De acordo com Brandão (2004) é impossível alguém escapar da educação. Ela está presente nos contextos mais variados tais como na igreja, em casa, na escola, na rua. De um modo ou de outro, todos participam e são envolvidos pela educação em suas vidas. O autor inclusive faz menção ao termo “educações” para indicar a existência de múltiplas formas de se ensinar e se aprender:

Não há uma forma única nem um único modelo de educação; a escola não é o único lugar onde ela acontece e talvez nem seja o melhor; o ensino escolar não é a sua prática e o professor profissional não é o seu único praticante. (Brandão, 2004, p. 9).

Embora todo nosso trabalho de campo indique a postura de patrulhamento da escola como um lugar de incômodo para a maioria dos alunos, no que tange as normas disciplinadoras e a disposição arquitetônica dos espaços, alguns deles ainda a vêem como um lugar diferenciado para relacionar-se, onde se sente minimamente acolhido. Ainda que a (des)organização da escola pública comprometa seus objetivos fundamentais de desenvolvimento e formação humana e, por conta disso, não consiga

⁴¹ Entretanto, essa catarse que emanaria desse encontro de subjetividades entre os professores demandaria um projeto de intervenção específico com eles, no modelo de grupo operativo, o que foge aos objetivos deste trabalho. Mas, para efeito de reflexão, fica o questionamento: o que impediu que os professores também fossem encaminhados ao CRAS para que falassem de suas dificuldades, limitações e sentimento de impotência ao trabalhar numa escola pública, levando em consideração que somente os alunos eram encaminhados apesar do processo de ensino-aprendizagem ser relacional?

seduzir pedagogicamente esse aluno com um currículo que o interesse, apesar disso, houve relatos positivos em relação a convivência na escola: “*Eu gosto de vim pra cá, mesmo sem gostar muito da aula*” (B. 11 anos); “*Aqui eu tenho amigos, e é melhor do que ficar em casa só assistindo televisão*” (F. 10 anos). Mesmo com todas as suas dificuldades e limitações, a escola contribui para um desenvolvimento saudável do jovem pobre se comparada a outros ambientes frequentados pela população de baixa renda. A educação aqui ocorre pela via da interação mútua entre os atores sociais e o meio sócio-cultural. Porém, em citação de Marcílio et. al (2002 . p. 58) ela diz:

O fato de a escola ser percebida como mais saudável ou menos nociva, no entanto, não ameniza o fato de esta ser inadequada para a função a que se propõe: formar sujeitos capazes de se relacionar com os espaços pelos quais transitam de forma resiliente, propiciar desenvolvimento sadio e adquirir instrumentos que lhes permitam analisar criticamente a realidade sócio-política-econômica da qual fazem parte, inserindo-se e atuando na mesma como sujeitos de direito, exercendo plenamente sua cidadania [...] essa visão da escola como espaço protetivo, apesar de suas inúmeras deficiências, permite-nos inferir que seus aspectos positivos são realçados em função de como os dois outros espaços, a casa e a rua, são subjetivados.

Além de se tornar um espaço protetivo por representar aquilo que os outros espaços não significam de ruim, a escola também se caracteriza para algumas crianças como uma possibilidade concreta de fuga das adversidades vividas em seu dia-a-dia:

Fugir da violência doméstica, do trabalho infantil, das drogas, da rua. Fugir do presente, ou melhor, re-significá-lo, pois também se apresenta neste espaço uma perspectiva de futuro/mudança. A educação é vista como investimento de ascensão com resultados não tão palpáveis no presente. (MARCILIO et. al, 2002, p. 54)

A escola é territorializada como possibilidade de resgate da infância, como um espaço de socialização que permite a criança ser criança. O lazer na quadra esportiva, a “bagunça” no recreio e as brincadeiras na sala de aula reforçam essa condição que muitas vezes não é comum de acontecer na rua e no contexto familiar, tornando prazeroso o convívio no espaço escolar: “eu fico contente quando encontro minhas amigas no recreio” (L. 8 anos); “*o bába⁴² na quadra é massa, pena que o tempo passa rápido*” (D. 12 anos).

⁴² Expressão usada na Bahia para se referir a uma partida de futebol.

Há de se destacar duas situações, no recreio e na hora da saída em que esperam o ônibus escolar, em que ocorre o momento de maior frenesi e extravagância por parte dos alunos o evidencia uma emoção genuína e natural da infância: o sentimento de euforia, de alegria compartilhada com os outros colegas, de estar se sentindo bem em um espaço coletivo. É como se o espaço da sala de aula tivesse o poder de conter toda essa emoção, de patrulhar essa vontade de celebrar uma “bagunça saudável” com o amigo, aprisionando esse sentimento de transcender, de liberdade e busca ativa de interação. Ao que nos parece, ao invés do professor usar esse sentimento do aluno de querer “ser” e “estar” no mundo, pedagogicamente a seu favor na aprendizagem, despertando a curiosidade do aluno, encantando-o, ele o encara como um mero ato indisciplinar.

Inclusive ao pegar uma carona no ônibus escolar em direção ao CRAS num determinado dia, participamos com os demais alunos da “gandaia” propiciada pelas brincadeiras de jogar bolinhas de papel e principalmente dos batuques percussivos que fazíamos nas poltronas do ônibus enquanto inventávamos músicas e cânticos com rimas usando os nomes do motorista e de alguns alunos. Foi um momento muito lúdico e especial em que eles demonstraram possuir uma criatividade que é geralmente desperdiçada pela escola.

Enquanto isso no pátio, bate o sino e o aluno sai gritando: “*vou sair quebrando tudo...é pra fazer zuada nessa ‘disgraça’, ‘mermão’... ta pensando o quê?*”. Logo foi interpelado por um agente de classe que estava no local: “*você vai quebrar o quê?!*” (falando firme e de maneira enfática) *Se aquete menino! Deixe de coisa, vá pegar sua merenda e brincar com seus amigos.* O aluno faz um gingado, debocha, dando a entender que não ia ceder a ordem, mas em seguida se “desarma” e denuncia sua vinculação com a funcionária: “*colé...não pode nem brincar mais? Você é minha coligada...aqui ó, quer um pedaço?*”(oferecendo o lanche para a funcionária numa ação reconciliadora). Durante o intervalo a escola parece se tornar um grande parque de diversões, um espaço privilegiado para os alunos, que veem ali uma condição para brincar e se divertir com tantas crianças juntas ao mesmo tempo, como não há em nenhum outro espaço de Monte Gordo.

Durante as observações destacou-se a forma como os alunos se comportam em relação aos agentes educacionais, especificamente aqueles que não são vistos como uma figura de autoridade. No recreio, brincadeiras, descontração, informalidade, conversas

amigáveis surgiam entre eles e os serventes, o porteiro e as merendeiras. Aluno se dirige a merendeira que serve seu lanche todos os dias com total naturalidade: *“E aí dona Antônia, beleza? Bota esse rango aí pra gente...na moral, tô com uma fome da zorra!”*. Outro aluno, no horário da saída, enquanto o ônibus escolar não chega, “troca uma ideia” com o porteiro referente a um torneio de futebol local que acontece nos fins de semana: *“Chega aí pra gente trocar uma ideia... Como foi o seu bába la no domingo? Tô ligado que perdeu... seu time ta uma merda...meu tio que vai ser campeão daquilo lá!”*. É provável que haja essa proximidade não só devido a uma questão de vínculo comunitário, pelo provincianismo, pois todos se conhecem por morarem na mesma localidade, os parentes de um e de outro são conhecidos e se “esbarram” pelas ruas durante os fins de semana, dividindo espaços de lazer e confraternizando em festas locais, mas também, e principalmente, por uma questão de identificação sócio-cultural e de classe, na esfera do inconsciente. Pois, no contexto escolar atravessado por relações de poder e uma hierarquia definida, os alunos e estes agentes educacionais (porteiro, merendeiras, serventes) pertencem ao mesmo grupo: o grupo dos subordinados.

5.5 PRÁTICAS DE PSICOLOGIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO

Os encaminhamentos dos alunos ao CRAS são feitos da seguinte forma: O “aluno-problema” é levado à direção pelo professor⁴³, este relata o ocorrido e a justificativa de sua ida a sala da diretora para que ela tome as “devidas providências”. A diretora a partir de sua interpretação dos fatos e dos modelos que já tem internalizado sobre os alunos redige uma carta de encaminhamento, que já tem um modelo pré-estabelecido, tratando da causa deste encaminhamento e se referindo aos comportamentos desviantes desse aluno. Os pais são convocados à escola para receberem a carta de encaminhamento, mas em 95% dos casos apenas a mãe se apresenta. É a partir da orientação dada pela diretora que as mães acabam conduzindo seu o filho ao serviço de psicologia do CRAS.

⁴³ Descreveremos mais detalhadamente esse processo no tópico seguinte, que contamos o “caso de Diego”.

Para verificar as implicações que o pré-diagnóstico⁴⁴/estigmatização teve no desempenho escolar do aluno analisamos os casos que foram atendidos no CRAS encaminhados pela escola. Esta tinha o intuito de sanar os sintomas desagradáveis do aluno, encaminhando-o para o nosso serviço de psicologia o que em tese, na concepção dos agentes educacionais, deveria provocar uma “melhoria” no comportamento escolar desses alunos no seu retorno à escola, tanto no quesito disciplina, quanto no quesito aprendizagem. Porém, mesmo após acompanhamento, com os pais e individualizado, esses alunos não se mostraram adaptados às normas escolares no seu retorno. Ou seja, o pré-diagnóstico seguido do encaminhamento, cuja ideia central é o “tratamento” ou a “cura” não estava promovendo adaptações do aluno à escola. Ao contrário, o estigma de aluno problemático ou fracassado por não aprender, apenas contribuiu para cristalização de papéis na instituição escolar dificultando um rearranjo nas relações. O que só confirma a nossa hipótese de que a “solução” para essas questões provocadas pelo ambiente escolar não poderiam surgir fora dele e sim dentro. Haveria uma necessidade de trabalhar as dinâmicas grupais *in loco* que produzem os mecanismos disciplinares de categorização e, sobretudo, os afetos surgidos em sala de aula como entraves para o processo de ensino-aprendizagem.

Durante conversa informal com os agentes educacionais onde se buscou analisar as suas representações em torno dos alunos que frequentam escolas públicas percebemos o grupo dividido quanto aos resultados apresentados. Inicialmente tínhamos uma expectativa de que essas representações eram integralmente ligadas ao fracasso, a imagem do aluno pobre com problemas cognitivos, mal educado de pais ausentes. Uma parcela dos professores (matemática, português e geografia), que analisa o aluno em suas questões puramente individuais, realmente acredita que esses alunos de escolas públicas têm uma “defasagem” na qualidade do ensino em relação aos que frequentam a escola particular e percebem isso como falta de disciplina e educação doméstica Um deles (o de geografia) ainda usou o termo deficiência para se referir a esta categoria de alunos:

A gente percebe uma certa diferença. Como se eles tivessem algum tipo de deficiência no pensamento...(longa pausa)... acho que seja mais um deficiência

⁴⁴ Entendemos que se caracterize um “pré-diagnóstico” porque os agentes educacionais não têm competência e legitimidade, a partir de sua formação e experiência prática, para observar, concluir e elaborar clinicamente um laudo diagnóstico que indique qualquer quadro psicológico de um aluno. Nesse caso, o pré-diagnóstico surge como uma forma de encaminhamento para induzir o profissional da área a corroborar com a visão da escola.

cultural mesmo. A forma como foram criados, a família desestruturada, andam por aí soltos pela rua sem qualquer tipo de educação...as mães ficam bebendo nos bares sem qualquer tipo de preocupação com os filhos. Como é que essa criança vai crescer?As coisas estão aí...basta querer e você entra num caminho sem volta.

Esses mesmos professores acham que os alunos de escola pública são mais bagunceiros “não querem nada”, “dispersam o tempo todo”, têm dificuldade na interpretação bem como na assimilação do conteúdo que está sendo transmitido, estão mais propensos à droga e a violência, fatores que desviam um engajamento do aluno na vida escolar.

Um outro grupo de professores (história, educação física e ciências) e parte dos funcionários (merendeira e porteiro), conseguem enxergar as questões sociais e políticas que se entrelaçam na vida de um adolescente que testemunha dia-a-dia a vulnerabilidade social no seu entorno e também as limitações da própria escola no que se refere a uma educação pública de qualidade. Em conversa com o porteiro ele expressa sua preocupação com um aluno e se mostra bastante mobilizado:

“Tá vendo aquele ali? É meu vizinho...perdeu o irmão mais velho que mataram por causa de droga e o outro irmão já tá entrando nisso também. A mãe nem sabe mais o que fazer...tão vivendo de bolsa família e de vez em quando a gente dá uma ajuda. A escola precisa ajudar esse menino, doutor”.

O porteiro considera o espaço social e familiar como um obstáculo para a aprendizagem desse aluno, inclusive como ameaça para sua integridade física. Ele acredita também que a escola poderia “salvar” o aluno, equalizando as desigualdades educacionais entre casa, escola e sociedade.

Essa parcela de agentes educacionais que envolve professores, merendeira e porteiro, que dão relevância ao contexto social, falam, de uma maneira geral, que além das características próprias dos alunos, a falta de recursos pedagógicos, questões precárias de estrutura da escola, a desmotivação de alguns professores, a falta de engajamento de alguns deles (por conta da desvalorização de seu trabalho), e a falta de um projeto político-pedagógico mais consistente⁴⁵, contribuem também para formar a representação que os professores têm desses alunos. Há uma parcela desses agentes educacionais que conseguem fazer uma autocrítica e analisam o sistema escolar e a política educacional

⁴⁵ Não obtivemos resposta quando foi perguntando aos professores eles o que impediria essa “consistência” na elaboração do projeto.

como coparticipante de um processo sócio-pedagógico perverso que repercute em todos: adoece os docentes, mas desemboca com toda sua força, exclusivamente no aluno, sendo este o depositário de toda a angústia, insuficiência e incapacidade que o sistema educacional brasileiro tem de não (querer) acolhê-lo e/ou de organizar uma política pública que adote a educação como prioridade.

Durante os seis meses em que realizamos o atendimento no CRAS com as crianças pré-diagnosticadas encaminhadas pela escola, foi lhes perguntado⁴⁶ como elas percebem o rótulo que lhe foi atribuído, se de fato elas acham que há algum “problema” com seu comportamento na escola para estarem ali naquele espaço de atendimento psicossocial. As respostas foram divididas. De dez crianças que foram encaminhadas ao CRAS e acompanhadas no nosso serviço de psicologia, seis acharam que tem algum problema, pois o professor diz a elas e aos pais que elas “atrapalham o andamento da aula” e que ficam “dispersando a sala com sua indisciplina”. Quando perguntadas sobre o que pensam a respeito do próprio comportamento em sala de aula, “B”, 11 anos, estudante do quinto ano diz: “acho que atrapalho, por isso vim parar aqui”. “J”, 10 anos comenta: “o professor diz que eu converso demais e minha mãe diz que sou muito agitada, por isso ela me trouxe. Mas eu não sou maluca, moço”. L. de 8 anos diz: “eu gosto de bagunçar! vou ficar parado lá na sala sem fazer nada é? Deve ser por isso que não consigo aprender...meus amigos me chamam de burro, perdi um ano já”. Com isso percebe-se o peso significativo que se tem para as crianças no discurso das pessoas mais velhas, sejam professores ou pais. Elas acabam por internalizar a crença que de fato elas possuem algo, que é delas, pertencentes a sua personalidade, e que por conta disso elas não aprendem. A narrativa dos mais velhos assume condição de verdade incontestável, encarnando valores intrínsecos à subjetividade da criança.

Há outros, porém, que não acreditam que tragam maiores problemas para o funcionamento da turma e para sua aprendizagem. “R”, 8 anos, segundo ano, reivindica algo interessante pra fazer na sala: “a aula não é boa...eu não gosto do professor e nem do assunto, quero fazer algo que goste. “T”, 9 anos, o caçula de três filhos, expressa seu sentimento: “minha mãe quis me trazer, só vim por isso. Não acho que tenho nada pra fazer aqui, o que foi que eu fiz? Esses relatos demonstram a naturalidade com a qual as

⁴⁶ As perguntas destinadas as crianças podem ser consultadas no anexo 2, página 122.

crianças enxergam seu próprio comportamento, que para a escola é adotado como desviante ou patológico.

Parece-nos que há um recorte de geração muito claro na escola que difere as categorias de acusação do comportamento dos alunos do fundamental 1 para o fundamental 2. Predomina no setor do fundamental 1 (primário – do primeiro ao quinto ano, dos 6 aos 11/12 anos) a acusação em torno dos “distúrbios”, “desordens” e “transtornos” psicopatológicos. Enquanto que para os alunos do fundamental 2 (ginásio – do quinto ao nono ano, dos 11 aos 15/16 anos) predomina o estereótipo de problemáticos voltados a “práticas criminosas”: consumo de álcool, uso e tráfico de drogas, prostituição.

É possível que isso aconteça porque esses alunos de séries primárias não têm capacidade de argumento e questionamento da condição que lhe foi imputada, sendo assim facilmente capturados pelo discurso normatizador que os leva a um estereótipo reafirmado pela instância médica-psiquiátrica entranhada nas narrativas escolares. Nesse modelo pautado em uma ideologia do “sujeito cerebral”, coloca-se as manifestações comportamentais divergentes na escola “a par com os predicados biológicos de uma identidade marcada no cérebro” (ORTEGA, 2009, p. 497). “*um menino desse não pode ser normal...com certeza tem algum problema cognitivo*” (Professor de matemática). “*Aqui temos muitos alunos com distúrbio de comportamento*” (diretora).

Já os alunos dos 11 aos 15/16 anos, citados no discurso da diretora e de alguns professores já se enquadram numa perspectiva que ronda a marginalidade, estando permanentemente na periferia das tarefas escolares. Seus comportamentos geram especulações que rondam atividades associadas com o tráfico e prostituição. As narrativas surgiam em tom de alerta, com uma indução implícita, para uma demanda de atendimento psicológico baseada na perspectiva de cura: “*Veja depois como “P.” se comporta! É claro que ele vem pras aulas drogado...é alguém que você* (se referindo aos agentes educacionais da escola) *tem que estar sempre atento*”.(Diretora) “*Essa menina é um perigo! Soube que anda com os traficantes da comunidade e já não respeita mais os pais [...] se você* (se referindo a mim, o psicólogo) *não der um jeito nela agora, é capaz dessa menina cair na prostituição!*” Esta fala, além de apresentar a expectativa de cura, e até uma visão preconceituosa, indica que as personagens da escola também precisam de cuidados, de um espaço para que atribuam novos

significados, indagando e investigando o que de fato leva um adolescente a buscar respostas transgressoras para dar sentido a sua vida. Ou, o que há por de trás dessa conduta, qual o real elemento motivador? Tanto o uso que se faz do corpo na contemporaneidade, quanto a inclinação da juventude para o uso de drogas ainda são vistos pelos agentes educacionais sob a ótica da criminalidade. “*Veja M., Danilo. Todo tatuado, cheio de piercing, eu não tenho dúvidas que esse rapaz ta consumindo droga*”.

Um dado relevante que esperávamos encontrar, mas que se mostrou inexpressivo durante o andamento da pesquisa, diferentemente dos estudos apontados por Moyses (2001); Itaborahy (2009) e Luengo (2009), foi a ausência de prescrição médica-psiquiátrica indicando que os alunos deveriam tomar (ou já estivessem tomando) a Ritalina. Embora tenham surgido falas que atribuíssem os alunos como hiperativos, desatentos, portadores de TDAH.

Isso pode ter ocorrido por duas razões: (1) os encaminhamentos foram feitos ao CRAS e não a um posto de saúde, CAPS, PSF, UBS, o que muda completamente o enfoque do atendimento em relação à demanda, visto que o CRAS trabalha fundamentalmente sob a perspectiva psicossocial do sujeito. Associado a isso também, e não menos importante, a nossa presença na instituição (CRAS) pode ter contribuído para uma quebra de paradigma, evitando a reprodução do ciclo tradicional “diagnóstico-encaminhamento-medicação”. Logo, a menos que tivéssemos encaminhado esses alunos a neurologistas e/ou psiquiatras, o que não ocorreu em nenhum dos casos, é que teríamos, certamente, alunos medicados; (2) é possível que haja um recorte cultural/regional tendo também influenciado nessa questão uma vez que na Bahia o consumo do metilfenidato foi baixíssimo entre 2009 e 2011 (ANVISA, 2012). O enfoque do tratamento do sujeito portador de TDAH (quando diagnosticado), relacionado à área de saúde não é tão desenvolvido e praticado, em termos de rede pública, quanto no sul e sudeste, tanto no que se refere ao nível estrutural e material dos postos de saúde, da pesquisa acadêmica e da ciência, quanto no nível cultural de hábito da população. Nossa observação é embasada pelo boletim de farmacoepidemiologia da ANVISA (2012), demonstrando na tabela 1 da página seguinte, sobre o consumo de metilfenidato agrupado por regiões do país no período entre 2009 e 2011. Veremos como a Bahia foi um dos estados em que menos se consumiu o metilfenidato em comparação a outros da região sul e sudeste e até mesmo nordeste.

Tabela 1 – Consumo de metilfenidato industrializado nas Unidades da Federação agrupadas por regiões do país. Brasil, 2009-2011.

UF	UFD/1.000 crianças_2009	UFD/1.000 crianças_2010	UFD/1.000 crianças_2011
Região Norte			
Acre	2,51	2,28	2,29
Amazonas	0,96	0,96	2,67
Amapá	1,48	3,27	3,86
Pará	1,69	3,21	4,18
Rondônia	7,46	12,57	15,90
Roraima	2,46	5,52	7,36
Tocantins	2,97	5,35	9,64
Região Nordeste			
Alagoas	1,42	2,12	2,22
Bahia	0,40	4,56	8,31
Ceará	3,17	5,33	10,77
Maranhão	2,02	3,12	3,63
Paraíba	4,10	6,94	9,21
Pernambuco	3,73	8,06	11,69
Piauí	4,11	7,61	11,94
Rio Grande do Norte	3,68	6,22	9,01
Sergipe	3,21	4,75	6,21
Região Centro-Oeste			
Distrito Federal	59,42	105,72	114,59
Goiás	19,74	25,48	39,07
Mato Grosso do Sul	7,75	15,60	29,10
Mato Grosso	17,21	24,59	30,06
Região Sudeste			
Espírito Santo	25,32	36,44	45,82
Minas Gerais	23,96	35,07	53,14
Rio de Janeiro	24,76	37,26	45,56
São Paulo	11,16	19,49	36,43
Região Sul			
Paraná	34,49	60,90	75,20
Rio Grande do Sul	56,24	90,13	99,26

Santa Catarina	26,51	41,73	47,19
Mediana geral	4,10	7,61	11,69
(Min. – Máx.)	(0,40-59,42)	(0,96-105,72)	(2,22-114,59)

Δ% - variação percentual no período.

Fontes: SNGPC/CSGPC/NUVIG/Anvisa; DATASUS/Ministério da Saúde.

As regiões norte e nordeste surgem com índices baixíssimos em relação as regiões sul, sudeste e centro-oeste. A Bahia foi o estado que menos consumiu metilfenidato em 2009 em todo o país; no ano seguinte ocupou vigésima primeira posição dentre os 27 estados da união que mais consumiram a substância; e por fim em 2011, ficou em vigésimo. Nos três anos do estudo o Distrito Federal e o Rio Grande do Sul lideraram as estatísticas como os estados que mais consumiram metilfenidato em todo o país. O que espanta é a discrepância no consumo das regiões norte/nordeste para as regiões sul, sudeste e centro-oeste. O estado que menos consumiu em 2011 dessas três regiões (Mato Grosso do Sul) atingiu quase o dobro em relação ao que mais consumiu no norte/nordeste (Rondônia).

O que reforça nossa tese de que, para além das questões normativas e medicalizantes, há um fator econômico em que, claramente, o consumo (e sua divulgação) está atrelado às regiões do país com maior poder aquisitivo e onde tem uma rede de serviços públicos voltados à saúde mais bem desenvolvida. Onde o índice de desenvolvimento humano (IDH) é maior, como nas regiões sul e sudeste, há uma tendência das pessoas se cuidarem, de buscarem informações sobre a saúde do corpo e da mente e conseqüentemente se medicarem. Logo, a produção e a divulgação do medicamento, associadas a estratégias de marketing provavelmente são conscientemente, por uma questão de mercado, direcionadas pela indústria farmacêutica a essa parcela da população: bem instruída, dita esclarecida, bem remunerada e que, provavelmente, “terceiriza” a educação de seu filho através da escola, assim como obediência dele através de uma pílula.

Porém, se houvesse aqui na Bahia, uma rede estabelecida e bem montada para dar conta de todo mecanismo que engendra a medicalização não poderíamos afirmar que esses profissionais iriam hesitar em fazer uso dela.

5.5.1 A HISTÓRIA DE DIEGO

Essa é a história de Diego⁴⁷, 10 anos, repetente e cursando o terceiro ano, antiga segunda série. Aluno repetente, que já deveria estar no quinto ano. Foi levado ao nosso serviço de psicologia no CRAS, após encaminhamento da escola, pela sua tia (a qual chama de mãe) e que o cria desde os dois anos de idade.

Conforme relatos da tia, Diego não conheceu o seu pai e foi afastado, ainda bebê, do convívio com sua mãe desde que a mesma foi internada devido a um surto psicótico, constatando na época um caso de esquizofrenia. Desde então não teve mais contato com ela, recebendo notícias apenas pelo que a tia lhe conta. Diego e sua tia moram na zona rural de Monte Gordo, afastado consideravelmente do “centro” da localidade numa casa própria, bem simples, de dois cômodos. Sua tia recebe R\$ 102,00 do programa bolsa família do governo federal e também pede ajuda para alguns familiares com intuito de complementar a renda e ajudar nas despesas de casa e de Diego.

Devido à indisciplina de Diego, sua tia foi convocada para comparecer a escola por dois motivos: a entrada dele na escola estava condicionada a sua presença; e além das questões disciplinares intra-escolar que a diretora mencionava havia uma preocupação com sua aprendizagem e o seu futuro de vida. Após encontro com a diretora e o devido encaminhamento ao CRAS, a tia de 55 anos compareceu ao nosso serviço de psicologia, inicialmente sozinha, bastante mobilizada. No primeiro momento sempre ouvimos primeiro a demanda trazida pelo responsável da criança, na ausência da mesma, para só depois convidá-la e também ouvir seus relatos. Nesse primeiro encontro com a tia de Diego, ela relatou:

Eu já não sei mais o que fazer com esse menino, Danilo. Não me ouve em casa, tá numa agora de só querer ir pra rua brincar, andar solto por aí...vê se pode? E do

⁴⁷ Diego é um nome fictício atribuído à criança para preservar o sigilo de suas referências e trajetórias pessoais.

jeito que tão as coisas aqui em Monte Gordo a gente nunca sabe, né? E ó...todo dia...todo santo dia é bronca da escola e recebendo comunicado pra ir lá na coordenação. Se envolve em confusão no recreio, arruma briga na sala, discute com professor, falam que tá desinteressado, soube também que ele fica vagando pela escola sem querer entrar na sala. E olhe que tudo que ele pede eu tento dar, queria uma mochila, eu fui lá e comprei. Eu tô aqui que eu já não sei mais o que fazer...vou entregar esse menino ao conselho tutelar. Já perdeu dois anos...esse ultimo, passou não sei como pois não aprendeu nada.

Nossa primeira pergunta foi saber se esses comportamentos transgressores aconteciam fora da escola e se havia coisas pelas quais ele tinha interesse. Ela relatou que ele “*gosta de jogar bola na rua, andar de bicicleta e mexer com as meninas*”. Desconstruir a ideia do problema encarnado apenas no sujeito para contextualizá-lo com o ambiente onde ocorre é o início de uma problematização que conduz a ressignificação da adversidade. Mostrar que também há coisas positivas no comportamento de Diego, fora do ambiente escolar.

Quando Diego comparece ao CRAS, pouca coisa do que foi relatado sobre seu comportamento na escola, surge. A tia logo na chegada diz: “*Aqui ó! O abençoado que te falei!*”. Ele, desconcertado, solta um sorriso de canto de boca, meio sem graça. Nem ficamos na sala destinada para atendimento. Fomos ao fundo da casa onde tem uma vasta área aberta, um pomar com pés de manga, jambo e abacate e por lá ficamos conversando cerca de quase uma hora. Era fundamental tentar entender o universo de Diego, como ele enxerga as rejeições por quais passou, suas dificuldades na escola visto como o aluno repetente que causa problemas e sua relação de dia-a-dia com a tia. Para isso era preciso que ele se sentisse a vontade. O enquadre da sala, local institucionalizado, fechado, com cadeiras e mesas, o remetia às condições escolares. Estar com Diego num local aberto, cheio de árvores, com o cheiro de terra onde passou toda sua infância facilitaria sua vinculação conosco e conseqüentemente o deixaria mais a vontade para falar de suas questões pessoais. Perguntado sobre o motivo que o levou até o CRAS, ele diz:

Não sei bem né...acho que é isso tudo aí que minha disse que já te falou. Não sei... (pensativo, ele silencia enquanto nos aproximamos do pé de manga. Perguntamos se na casa dele tinha manga também). Lá tem! Cada manga doce retada! Aqui em Monte Gordo é cheio de mangueira, rapaz... (ele retoma o assunto da escola). Ah véi...a escola é muito chata também! Não pode fazer nada!Você quer que eu faça o

quê? Tem que ficar quieto na sala, não pode levantar, conversar com os amigos, fazer uma brincadeira...fico mexendo nas tomadas mesmo, gosto de descobrir como as coisa funciona...mas aí sempre vem bronca de professor, reclama de tudo...aí saio da sala e fico na quadra, jogando bola até a hora de ir embora...

Em momento algum Diego se mostrou violento, desrespeitoso, falando em um tom de voz agressivo. Construímos um vínculo muito sadio que perdurou durante os três meses que ele frequentou o CRAS semanalmente. Diego fez um relato sensato de uma criança de 10 anos que, como toda criança, gosta de brincar e descobrir coisas novas. Como a escola lida com o desejo dessas crianças que, embora distinto, não é necessariamente excludente em relação ao conteúdo pedagógico? O professor não usa a curiosidade de Diego (e talvez de outros tantos alunos) em descobrir como as coisas funcionam, a seu favor. Transformando-a em um artefato pedagógico que poderia envolvê-lo em sala de aula, despertando seu interesse no conteúdo pedagógico, desde que a temática da sala de aula esteja contextualizada com o universo circunstancial das crianças. O desejo de Diego pode não ser aquele que o professor espera e idealiza, mas certamente está voltado para alguma outra coisa (seja ela qual for) que pode ser relacionada com o conteúdo que está sendo transmitido. Encantar as crianças é o desafio central do professor na escola contemporânea, conectando o conteúdo ao seu dia-a-dia.

Certo dia, Diego chegou mais cedo que o habitual, no horário de almoço, com um pacote de pipoca que disse ser sua refeição: “*e aí? Cheguei mais cedo hoje, saí do colégio e vim direto pra cá. Ia ficar ruim e pra casa pra depois voltar...*” (já veio se explicando, porém se mostrou disponível para o atendimento). Perguntamos como era o relacionamento no dia-a-dia com sua tia:

Minha tia fala que isso, que aquilo, mas não faz nada não! Ela é de boa... só gosta de botar medo pra ver se eu mudo meu jeito. Eu pedi um tênis pra ela semana passa e ela me deu. Ela ouve a escola, mas não me ouve...sempre acha que o errado sou eu, que o primeiro a arrumar briga na escola sou eu, que eu que arrumo confusão na rua...mas eu gosto dela, ela cuida de mim e quando eu peço as coisas ela as vez consegue me dar. Vai uma pipoca? (Termina o relato oferecendo a pipoca).

Diego tem um traço em que usa de manipulação com a tia, quando ele percebe até onde pode ir com suas transgressões de modo que ela, a tia, as sustente. Assim não ultrapassa os limites da paciência dela, embora a mesma já relate que “não aguenta mais”. Mas

entre o falar e o fazer ainda há uma grande lacuna. Ele parece saber o exato momento de pedir as coisas de acordo com sua necessidade. Também reconhece que ela é bastante carinhosa e afetuosa com ele, cuida dele, cede aos seus mimos, entendendo que as idas a escola é também uma forma de preocupação para melhorar seu comportamento.

Diego não passa de um garoto órfão de pai e mãe, que vive em situação de vulnerabilidade social com sua tia que o cria desde pequeno, mas que mesmo assim demonstra interesse de se informar, de descobrir e se apropriar dos conhecimentos culturalmente produzidos pela humanidade. Refém de um sistema perverso de educação pública que faz com que esse perfil de aluno divergente não seja adaptado à escola provocando repetências sucessivas. Apesar disso, Diego jamais pensou em deixar a escola ou desistir dela, mesmo que pareça que ela já tenha desistido dele.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utopia não é a fuga para o irreal, é a escavação por trazer à luz possibilidades objetivas presentes na realidade e luta pela sua realização; é a crítica do que é e a representação do que deveria ser; teoria que se realiza, como algo destinado a realizar-se, ao contrário da ideologia que nunca conseguiria realizar-se; [...] o ausente que deve estar presente, visto que a maior parte da verdade reside no ausente.

Nicola Abbagnano

A tarefa de procurar algo encoberto não é das mais fáceis. É árdua a escavação daquilo que não quer ser desvelado, que traz consigo condicionantes de um peso histórico contundente e uma gama de variáveis subjetivas, atreladas as condições de vida contemporânea que muitas vezes escapam de estudos científicos-acadêmicos e estão além de nossas percepções mundanas. Desigualdades produzidas historicamente, processos de exclusão (no âmbito social), desejos, afetos e outras motivações subscientes (no âmbito subjetivo) que agem para separar e sutilmente oprimir não iriam constituir algo que pudesse ser facilmente detectado.

Iniciamos nossa pesquisa com o intuito de buscar respostas no ambiente escolar para compreender como a medicalização e a psicologização se constituem. De que maneiras tomam forma, atravessam o campo afetivo dos grupos, incorporam discursos e estabelecem suas práticas normativas.

Dito isto, pretendemos construir uma reflexão crítica acerca de alguns modelos estabelecidos do poder institucional escolar (e das práticas sociais e educativas que os cercam) levando em consideração de duas vertentes: (1) o resgate histórico da influência que o modelo médico teve na sociedade com a doutrina higiênica, e, (2) os

modos de subjetivação do sujeito na sociedade contemporânea. Entendemos que, hoje, a relação entre medicalização, fracasso escolar e excessivos diagnósticos de TDAH são atravessadas primordialmente por essas questões.

A organização do modelo político-econômico e sua dinâmica competitiva se impõem taxativamente de modo que os sujeitos a internalizam, reproduzindo na relação com o outro como se esse outro fosse um concorrente. O que nos causou maior inquietação no nosso trabalho foi que, justamente no espaço destinado em nossa sociedade (a escola) onde se deveria propor democraticamente a igualdade, essas práticas não acontecem de forma intencional.

Chegamos aqui com a sensação de tarefa parcialmente cumprida. Ao finalizarmos a pesquisa não fechamos portas, mas sim abrimos janelas. Mais do que encontrar respostas para o que pesquisávamos, finalizamos a pesquisa com o surgimento de outros questionamentos derivados daqueles surgiram no início do nosso trabalho.

Denunciar a medicalização da vida cotidiana, em especial a que se passa nas escolas, é compromisso ético-profissional com a saúde psíquica da vida dos sujeitos que estão submetidos a ela. Entendemos que não se pode elaborar a solução sem antes pensar em uma problemática. Creio que seja esta a contribuição deste trabalho. Problematizar. Deflagrar as variáveis que forjam essa dinâmica perversa e, sobretudo, amadurecer possibilidades alternativas que conduzam a novos modelos de intervenção, novas práticas pedagógicas e também (por que não?) a repensar o modelo escolar ainda hoje pautado em formatos institucionais do século XIX.

Por isso a sensação de tarefa parcialmente cumprida. A escola impotente ainda carece de buscar respostas fora do campo educacional que a auxiliem no processo de ensino-aprendizagem para esses alunos. Entretanto com suas problemáticas cotidianas não se dá conta de influências externas (políticas, históricas, econômicas e sociais) que condicionam modelos comportamentais dos alunos, padrões mentais cíclicos de professores, formas institucionais de disciplina, hierarquias estabelecidas e até a organização física e arquitetônica de seu espaço como condicionantes desses processos.

Outros estudos serão necessários em relação a prática docente que reproduz o discurso medicalizante. Nos mesmos modelos daqueles já realizados por Moysés (2001) e Patto (2002) com os alunos para compreender a história de seu fracasso escolar. Buscar

respostas no que tange as motivações das práticas medicalizantes em suas práticas pedagógicas a partir de sua trajetória em sala de aula, levando em conta as matrizes de aprendizagem desse professor e os efeitos provocados por ela em sua subjetividade durante o ensino. Ficamos com a sensação de que poderíamos ter contribuído para que os agentes educacionais se dessem conta dos processos medicalizantes e psicologizantes ao qual são submetidos os alunos, bem como criar mecanismos de intervenção pedagógica com os professores. Mas essas são questões naturais de qualquer trabalho que traz consigo algumas impossibilidades criadas pelas suas limitações metodológicas.

Quando se fala em fracasso escolar associa-se de prontidão às dificuldades de aprendizagem, ao fracasso escolar do aluno. Mas, e quando é o professor quem fracassa ou é também responsável por esse fracasso? Na literatura recente (PATTO, 2002; SOUZA, 2004a; GUARIDO, 2007; LUENGO, 2009) fala-se das questões estruturais da escola, dos recursos pedagógicos, do piso salarial, e da (in)disciplina dos alunos como os principais obstáculos enfrentados pelos professores na rede pública. Mas pouco tem se pesquisado na academia sobre dificuldades de “ensinagem” do professor a partir de um viés subjetivo que aborde desde suas crenças e valores morais chegando até suas matrizes de aprendizagem, considerando nesses casos, o aspecto psíquico e emocional como condicionantes de sua “ensinagem”. Entendemos o professor como figura central desse processo e por isso esse “mergulho” na subjetividade tornar-se-ia interessante para seu processo de autoconhecimento. Enquanto não chegam mudanças estruturais no sistema educacional brasileiro, o professor da escola pública também precisa de “blindagem”.

A escola da maneira como se mostrou, normativa e disciplinadora geradora de relacionamentos competitivo, também trouxe uma conotação positiva quanto ao espaço de refúgio que significam para alguns alunos, fazendo dela sua esperança de ascensão.

Chegamos ao fim de nosso estudo alertando que não se pode desconsiderar a esfera política e ideológica do meio acadêmico, da mídia e das instituições e associações que corroboram com o discurso medicalizante, porque é justamente nelas onde se dá o embate, onde há o choque de forças, onde o confronto se estabelece. Abrir mão dos recursos políticos, culturais e acadêmicos que favoreçam a militância visando o combate à medicalização seria como é renunciar ao debate onde se trava a exigência por condições de vida mais dignas e menos perversas. Vale ressaltar que hoje a

medicalização, enquanto temática da sociedade, já se tornou uma polêmica pelo grau de “epidemia” que os transtornos mentais alcançaram. Mesmo com o alerta da mídia divulgando muitas notícias sobre o tema (algumas tendenciosas, outras não), temos a consciência de que estamos mexendo com algo poderoso e delicado, que envolve dinheiro, lucro exacerbado e zona de conforto para muitas pessoas: conchavos políticos, aliciamentos de médicos, laboratórios farmacêuticos atuando em esquema de cartéis etc

Porém, mais que importante do que isso é deixar claro que o fato de militarmos política e ideologicamente a favor de uma causa que vá de encontro a esse sistema malicioso e invisível, entretanto não inatingível, não nos torna dissimuladores, muito menos dogmáticos. Temos a decência de que, para fazer valer nossa visão de mundo a favor da diversidade da vida, não precisamos abrir mão da ética e da dignidade humana para com o outro.

É uma luta que segue. É uma batalha contínua. Contra esse “inimigo” que não tem face e perambula nos corredores escolares: a medicalização.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. **Boletim de Farmacoepidemiologia**. Ano 2, n. 2, jul-dez. 2012. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf. Acesso em 2 jun. 2014.
- _____. **Estudo aponta crescimento no consumo de metilfenidato**. 2013. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu+-+noticias+anos/2013+noticias/estudo+aponta++tendencia+de+crescimento+no+consumo+de+metilfenidato>. Acesso em 5 jun. 2014.
- AGUIAR, A. A. **A Psiquiatria no Divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2010.
- AQUINO, J. G. “*A escola e as novas demandas sociais: as drogas como tema transversal*”. In: Aquino, J. G. (org.). **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1998. p. 83-103.
- ARANHA, M. L. A. **Filosofia da educação**. 3. ed. São Paulo: Moderna, 2006.
- ASSIS, M. **O Alienista**. 2. Ed. São Paulo: Elevação, 2008.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. DSM-IV – TR. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- BARROS, D. ; ORTEGA, F. Metilfenidato e aprimoramento cognitivo farmacológico: representações sociais de universitários. **Saúde e sociedade**. São Paulo , v. 20, n. 2, Jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01042902011000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 6 jun. 2014.
- BAUMAN, Z. “*Incapacidade, anormalidade e minoria como problema político*”. In: Bauman, Z. **Sobre educação e juventude: conversas com Ricardo Mazzeo**. Rio de Janeiro: Zahar, 2013. p. 69-74.
- _____. **Vida em Fragmentos: sobre a ética pós-moderna**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

BOCK, A. M. B. “*Psicologia da educação: cumplicidade ideológica*”. In: Meira, M. E. M. & Antunes, M. A. M. (orgs.). **Psicologia Escolar: teorias críticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 79-103.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. Vol. 2. 5. ed. Brasília: Edunb, 1993.

BOURDIEU, P. **O Poder simbólico**. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

BRANDÃO, C. R. **O que é educação**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira. **Indicadores educacionais da Educação Básica – taxas de rendimento**. 2013a. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/indicadores-educacionais>. Acesso em 17 de maio. 2014.

_____. **MEC cria grupo para examinar causa de evasão escolar**. 2013b. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/educacao/2013/11/mec-cria-grupo-para-examinar-causa-de-evasao-escolar>. Acesso em 17 de maio. 2014.

BUCHALLA, A. P. Ritalina, usos e abusos. **Veja**, São Paulo, ano 37, n. 1877, p. 57-59. out. 2004.

BUENO, P. Tratamento de TDAH na berlinda. **Gazeta do povo**. 2013. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/viverbem/saudebemstar/conteudo.phtml?id=1409381&tit=Tratamento-de-TDAH-na-berlinda>. Acesso em 22 de maio de 2014.

CALLIGARIS, C. **Leia com atenção – ou não**. 2010. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq0909201030.htm> . Acesso em 29 set. 2013.

_____. **Crianças transtornadas ou mimadas?** 2014. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/contardocalligaris/2014/01/1398291-criancas-transtornadas-ou-mimadas.shtml>. Acesso em 15 abr. 2014.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CAPONI, S. **Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CENTRO de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **Referências Técnicas para atuação do Psicólogo no CRAS/SUAS**. Brasília, CFP, 2007.

CHANDLER, B. J. **Lampião, o rei dos cangaceiros**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

CHAUI, M. **Brasil: mito fundador e sociedade autoritária**. Coleção História do Povo Brasileiro. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

_____. **O que é Ideologia**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 2001.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. “*Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem*”. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (org.). **Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 193-213.

COLLUCI, C. Prefeitura restringe acesso a remédios para crianças hiperativas. **Folha de São Paulo**. 2014a. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/07/1486061-prefeitura-restringe-acesso-a-remedio-para-criancas-hiperativas.shtml>. Acesso em 16 de jul. de 2014.

_____. Remédio não basta para hiperatividade, diz médico. **Folha de São Paulo**. 2014b. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/07/1488684-remedio-nao-basta-para-hiperatividade-diz-medico.shtml>. Acesso em 2 ago. de 2014.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Alerta para o metilfenidato. **Revista do Farmacêutico**. n. 113. set-out, 2013. Disponível em: <http://portal.crfsp.org.br/component/content/article.html?id=4758%3Arevista-do-farmaceutico-113-tecnica-e-pratica>. Acesso em: 18 de jul. de 2014.

CORREIO BRAZILIENSE. **Evasão e repetência custam R\$ 4,8 bilhões: dados do Inep mostram que a taxa de abandono escolar passa de 10%, enquanto o percentual de alunos que perdem o ano chega a 12,5%**. 2012. Disponível em: http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/euestudante/ensino_educacaobasica/2012/10/02/ensino_educacaobasica_interna,325407/evasao-e-repetencia-custam-r-4-8-bilhoes.shtml. Acesso em: 15 de maio. 2014.

COSTA, J. F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

_____. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5. ed. Garamond, 2006.

CRESCER o consumo de ritalina. **Gazeta do Povo**. Curitiba, 2010. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?id=1033429>. Acesso em: 28 jun. 2012.

DUNKER, C. I. L.; NETO, F. K. A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**. São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, 2011.

EHRENBERG, A. **La fatigue d'être soi**. Paris: Poches Odile Jacob, 2000.

_____. **L'individu incertain**. Paris: Calmann-Levy, 1995.

EIDT, N. M.; TULESKI, S. C. “*Discutindo a medicalização brutal em uma sociedade hiperativa*”. In: Meira, M. E. M.; Facci, M. G. D. **Psicologia Histórico-Cultural: contribuições para o encontro entre a subjetividade e a educação**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007. p. 221-248.

ESPERANZA, G. “*Medicalizar a vida*”. In: Jerusalinsky, A. & Fendrik, S. (orgs). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 53-59.

FOUCAULT, M. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. **O Nascimento da clínica**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

_____. “*Verdade e poder*”. In: **Microfísica do poder**. 26. ed. Graal: São Paulo, 2013a. p. 35-54.

_____. “*O nascimento da medicina social*”. In: **Microfísica do poder**. 26. ed. Graal: São Paulo, 2013b. p. 143-170.

FREITAG, B. **Escola, Estado e Sociedade**. 6. ed. São Paulo: Moraes, 1986.

GARCIA, R. **Cresce a influência da indústria sobre o manual de psiquiatria**. 2012. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/1069893-cresce-influencia-da-industria-sobre-manual-de-psiquiatria.shtml>. Acesso em 2 jun. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GONDRA, J. G. **Artes de civilizar: medicina, higiene, e educação escolar na Corte imperial**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2004.

_____. Homo Hygienicus: educação, higiene e a reinvenção do homem. **Caderno Cedex**, Campinas: v.23, n.54, p.25-38, abr. 2003.

GRUNSPAN-JASMIN, E. **Lampião, senhor do sertão: vidas e mortes de um cangaceiro**. São Paulo: Edusp, 2006.

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

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. “*Subjetividade e História*”. In: Guattari, F., Rolnik, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 33-148.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 10. Ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

HOBSBAWM, E. **Nações e Nacionalismo desde 1780: Programa, mito e realidade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

ITABORAHY, C. **A ritalina no Brasil**: uma década de produção, divulgação e consumo. 2009. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2009.

LAPLANTINE, F. “*Modelo maléfico e modelo benéfico*”. In: **Antropologia da doença**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010. p. 101-144.

LE BRETON, D. “*A produção farmacológica de si*”. In: Le Breton, D. **Adeus ao corpo**: Antropologia e sociedade. 6. Ed. Campinas: Papirus, 2011. p. 55-66.

LE MOS, D. V. S. **A teoria da deposição**. Salvador: Núcleo de Psicologia Social da Bahia, 2001.

LUDKE, M. “*Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental*”. In: LUDKE, M. & ANDRE, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. p. 25-44.

LUENGO, F. C. **A vigilância punitiva**: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. 2009, 120f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, SP. 2009.

MACHADO, A. M. “*Psicologia, trabalho institucional e medicalização: perigos e apostas*”. In: Azzi, R. G.; Gianfaldoni, M. H. T. A. (orgs). **Psicologia e Educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 223-238.

MANACORDA, M. A. **História da Educação**: da antiguidade aos nossos dias. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

MANIFESTO do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. In: **Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/manifesto-do-forum-sobre-medicalizacao-da-educacao-e-da-sociedade/>. Acesso em: 3 jun. 2014.

MARCÍLIO, A. et. al. “*É fraquinha mas é boa: uma análise do espaço escolar como refúgio*”. In: Martins, J. B. (org.). **Psicologia e Educação**: tecendo caminhos. São Carlos: RiMa, 2002. p. 47-60.

MARTINS, J. B. “*Observação participante: uma abordagem metodológica para a psicologia escolar*”. In: Martins, J. B. (org.). **Psicologia e Educação**: tecendo caminhos. São Carlos: RiMa, 2002. p. 19-35.

MEKSENAS, P. **Alegoria do duelo e os conflitos escolares**. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-73302009000100006&script=sci_arttext. Acesso em: 28 abr. 2014.

MÉSZÁROS, I. **O Poder da Ideologia**. São Paulo: Boitempo, 2004.

MOLON, S. I. **Subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOYSÉS, M. A. A. **A institucionalização invisível: crianças que não-aprendem-na-escola**. Campinas: Mercado de letras, 2001.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. “*Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica*”. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (org.). **Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 71-110.

_____. “*Medicalização do comportamento e da aprendizagem: a nova face do obscurantismo*”. In: Viégas, L. S. et. al. **Medicalização da Educação e da Sociedade: ciência ou mito?** Salvador: Edufba, 2014. p. 21-43.

NOGUEIRA, M. A.; NOGUEIRA, C. M. M. **Bourdieu e a Educação**. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

ORTEGA, F. et. al. A Ritalina no Brasil: produção discursos e práticas. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. V. 14, n. 34, p. 499-510, jul./set. 2010.

ORTEGA, F. **O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

_____. **O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade**. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-93132008000200008&script=sci_arttext. Acesso em: 14 ago. 2013.

PATTO, M. H. S. **A Produção do Fracasso Escolar: histórias de submissão e rebeldia**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

_____. **Exercícios de indignação: escritos de educação e psicologia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

REZENDE, C. B.; COELHO, M. C. **Antropologia das emoções**. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

RIBEIRO, M. I. S. “*Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade – Núcleo Bahia*”. In: Viégas, L. S. [et. al]. **Medicalização da Educação e da Sociedade: ciência ou mito?** Salvador: Edufba, 2014. p. 277-297.

ROCHA, S. **A educação como ideal eugênico: o movimento eugenista e o discurso educacional no boletim de eugenia 1929-1933**. 2011. Disponível em: http://www.utp.br/cadernos_de_pesquisa/pdfs/cad_pesq13/11%20a_educacao_cp13.pdf. Acesso em 22 mar. 2014.

SACKS, O. **Um antropólogo em marte: sete histórias paradoxais**. São Paulo: Companhia das letras, 2006.

SAFATLE, V. **A moral psiquiátrica.** 2013a. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/vladimirsafatle/2013/10/1349847-a-moral-psiquiatica.shtml>. Acesso em 25 abr. 2014.

_____. **A produção da doença.** 2013b. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/vladimirsafatle/2013/05/1278102-a-producao-da-doenca.shtml>. Acesso em 28 abr. 2014.

SAVIANI, D. **Pedagogia Histórico-Crítica: primeiras aproximações.** 9. ed. Campinas: Autores Associados, 2005.

_____. **Escola e Democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre a educação política.** 38. ed. Campinas: Autores Associados, 2006.

SEGATTO, C. **O brinde não é de graça: por que alguns médicos estão evitando os propagandistas de laboratório.** 2004. Disponível em: <http://www.revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDR80010-8055,00.html>. Acesso em 11 mar. 2014.

SOARES, M. **Linguagem e Escola: uma perspectiva social.** 17. ed. São Paulo: Ática, 2005.

SOUZA, B. P. “*Professora desesperada procura psicóloga para classe indisciplinada*”. In: Machado, A. M. & Souza, M. P. R. (orgs.). **Psicologia escolar: em busca de novos rumos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004a. p. 107-116.

SOUZA, M. P. R. “*As contribuições dos estudos etnográficos na compreensão do fracasso escolar no Brasil*”. In: Machado, A. M. & Souza, M. P. R. (orgs.). **Psicologia escolar: em busca de novos rumos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004b. p. 143-158.

_____. “*A queixa escolar e o predomínio de uma visão de mundo*”. In: Machado, A. M. & Souza, M. P. R. (orgs.). **Psicologia escolar: em busca de novos rumos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004c. p. 19-37.

TUBINO, N. **Quanto vale a loucura industrializada?** 2014. Disponível em: <http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Direitos-Humanos/Quanto-vale-a-loucura-industrializada-/5/30223>. Acesso em 24 mar. 2014;

VELHO, G. “*Duas categorias de acusação na cultura brasileira contemporânea*”. In: Velho, G. **Individualismo e Cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea.** 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1997a. p. 55-64.

_____. “*Observando o familiar*”. In: Velho, G. **Individualismo e Cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea.** 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1997b. p. 122-134.

_____. “*O Estudo do comportamento desviante: a contribuição da antropologia social*”. In: Velho, G. (org.). **Desvio e Divergência**: uma crítica da patologia social. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979. p. 11-28.

VERSOLATO, B. **Nação Rivotril**. 2010. Disponível em: http://super.abril.com.br/saude/nacaorivotril587755.shtml?utm_source=redesabril_jovem&utm_medium=facebook&utm_campaign=redesabril_super. Acesso em 15 abr. 2014.

ZUCOLOTO, P.C.S. O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, vol.17, nº.1, p.136-145, Abr. 2007.

ANEXO 1

Perguntas direcionadas aos agentes educacionais durante o bate-papo

- Quanto tempo tem de experiência em educação pública?
- Quais são as maiores dificuldades encontradas?
- Como enxerga o comprometimento dos professores?
- Quais as características do comportamento de um aluno de escola pública?

ANEXO 2

Perguntas direcionadas aos alunos durante o bate-papo

- Como analisa seu comportamento na escola? (desempenho escolar, relações com os colegas, funcionários e professores)
- O que acha que os agentes educacionais pensam de seu comportamento?
- Considera que tem algum tipo de diferença de comportamento que atrapalhe o funcionamento da escola ou da sala de aula?
- Você se considera adaptado as regras da escola e motivado para frequentá-la?

ANEXO 3

SNAP-IV (Escala diagnóstica para portadores de TDAH)

	Nem um pouco	So um	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				
Para cada item, escolha 2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não pára ou freqüentemente está a “mil por hora”.				
15. Fala em excesso.				

16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas / jogos).				
<i>Versão em Português validada por Mattos, P. et al,</i>				

ANEXO 4

ESCALA PARA DIAGNÓSTICO DE TDAH EM ADULTOS (entrevista com o paciente)						
(ASRS-18) ADULT SELF REPORT SCALE						
		Nunca	Raro	As vezes	Freq.	Muito freq.
1	Com que frequência comete erros por falta de atenção em projeto chato ou difícil?					
2	Com que frequência tem dificuldade para manter atenção nos trabalhos chatos ou repetitivos?					
3	Com que frequência tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando estão falando diretamente para você?					
4	Com que frequência deixa um projeto pela metade depois de já ter feito as partes mais difíceis?					
5	Com que frequência tem dificuldade para os trabalhos que exigem organização?					
6	Quando precisa fazer algo que exige muita concentração, com que frequência você evita ou adia o início?					
7	Com que frequência coloca as coisas fora do lugar ou tem dificuldade de encontrar as coisas?					
8	Com que frequência se distrai com atividades ou barulho?					
9	Com que frequência tem dificuldade para lembrar de compromissos?					
		Nunca	Raro	Algumas vezes	Freq.	Muito frequent.
1	Com que frequência fica se mexendo na cadeira, balançando mãos ou pés quando tem que ficar sentado algum tempo?					
2	Com que frequência se levanta em reuniões ou outras situações que deveria ficar sentado?					
3	Com que frequência se sente inquieto ou agitado?					
4	Com que frequência tem dificuldade para relaxar ou sossegar quando tem tempo livre?					
5	Com que frequência se sente ativo demais e tendo que fazer as coisas como se estivesse					

	“com o motor ligado”?					
6	Com que frequência se percebe falando demais em situações sociais?					
7	Com que frequência se percebe terminando as frases das pessoas antes delas?					
8	Com que frequência tem dificuldade para esperar em situações nas quais cada um tem sua vez?					
9	Com que frequência interrompe os outros quando eles estão ocupados?					

ANEXO 5

Levantamento das principais reportagens em jornais e revistas relacionadas à medicalização da vida nos últimos 10 anos

Ritalina: usos e abusos. (Revista Veja, 2004)

Mais perto do chão: novo remédio contra hiperatividade facilita o tratamento de quem vive no mundo da lua. (Revista Época, 2004)

Droga corporativa (Revista Época, 2005)

Na Selva dos remédios (Revista Época, 2006)

País vive febre da “droga da obediência”. (Jornal Folha de São Paulo, 2006)

Cresce o consumo de ritalina. (Jornal Gazeta do povo, 2008)

Como a ritalina funciona no cérebro (Revista Veja, 2008)

Crianças tomam cada vez mais remédios (Revista Veja, 2008)

Manual de diagnósticos de doença mental rotula até birra infantil como distúrbio. (Jornal Folha de São Paulo, 2010)

Nação Rivotril. (Revista Superinteressante, 2010)

Leia com atenção – ou não. (Coluna de Contardo Calligaris, Jornal Folha de São Paulo, 2010)

Ao invés de reverem a educação, usam ritalina. (Jornal do Brasil, 2010)

Radical e perigoso (Revista do Brasil, 2011)

A epidemia de doença mental. (Revista Piauí, 2011)

Geração Ritalina. (Revista Trip, 2011)

Consumo de calmantes cresce 40% entre 2006 e 2010. (Jornal O Globo, 2011)

Cresce a influência da indústria sobre o manual de psiquiatria. (Jornal Folha de São Paulo, 2012)

Uso de drogas contra déficit de atenção explode e ameaça saúde de milhões de crianças. (Jornal Estado de Minas, 2012)

Transtornos e Desordens (Coluna de João Ubaldo Ribeiro, Jornal Estado de São Paulo, 2012)

Droga contra déficit de atenção causa pensamento suicida (Jornal O Globo, 2012)

País usam droga da obediência para “domar” os filhos. (Jornal O Dia, 2012)

Campanha reacende debate sobre déficit de atenção. (Jornal Folha de São Paulo, 2012)

País sofrem pressão das escolas para medicar crianças. (Jornal A tribuna, 2012)

O ano da neurocascata (Coluna de Sérgio Augusto, Jornal Estado de São Paulo, 2012)

Você é normal? (Revista Mente & Cérebro, 2013)

O doping das crianças. (Revista Época, 2013)

O Poder da Psiquiatria - o que está por trás da psiquiatrização da vida cotidiana. (Revista Cult, 2013)

Psiquiatra diz que a medicina transformou comportamentos normais em doença. (Jornal Folha de São Paulo, 2013)

A droga da produtividade. (Jornal O Globo, 2013).

Estudo aponta crescimento no consumo de metilfenidato (Site da ANVISA, 2013).

Ritalina está em falta no país (Jornal Diário Gaúcho, 2013).

Longe do consenso (Revista Veja, 2013)

Nova “bíblia da psiquiatria” vem aí. E com ela mais doenças (Revista Veja, 2013)

A produção da doença. (Coluna de Vladimir Safatle, Jornal Folha de São Paulo, 2013)

A moral psiquiátrica. (Coluna de Vladimir Safatle, Jornal Folha de São Paulo, 2013)

Indústria influencia cada vez mais no tratamento psíquico (Revista Caros Amigos, 2013).

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade na berlinda (Jornal O Globo, 2013).

Quem resgatará a indústria farmacêutica? (Site Opera mundi, 2013)

A ritalina e os riscos de um genocídio do futuro. (Site Portal da Unicamp, 2013)

Crianças transtornadas ou mimadas? (Coluna de Contardo Calligaris, Jornal Folha de São Paulo, 2014).

Quanto vale a loucura industrializada? (Carta Maior, 2014)

Hospital de São Paulo testa implante de eletrodo contra depressão (Jornal Folha de São Paulo, 2014).

Prefeitura restringe acesso a remédio para crianças hiperativas (Jornal Folha de São Paulo, 2014).

Remédio não basta para hiperatividade, diz médico (Jornal Folha de São Paulo, 2014).

A era da palmatória química – responsabilidade social e medicalização da infância (Jornal Estado de São Paulo, 2014)

ANEXO 6

Levantamento de dissertações produzidas no Brasil nos últimos 10 anos relacionadas à medicalização, por ordem cronológica.

Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: diagnóstico ou rotulação? (PUC-Campinas, 2004)

A medicalização da vida escolar (UNIRIO, 2006).

A concepção dos professores diante do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em contexto escolar: um estudo de caso (UFBA, 2007).

O enfrentamento da medicalização pelo trabalho pedagógico (UNICAMP, 2008).

O que não tem remédio, remediado está: medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação. (FEUSP, 2008).

A Ritalina no Brasil: uma década de produção, divulgação e consumo. (UERJ, 2009).

Aprimoramento cognitivo-farmacológico: grupos focais com universitários (UERJ, 2009).

A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância (UNESP, 2009).

A implicação do educador diante do TDAH: repetição do discurso médico ou construção educacional? (UFMG, 2009).

Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: medicalização, classificação e controle dos desvios. (UFSC, 2009).

A crítica à medicalização da aprendizagem na produção acadêmica nacional (UNICAMP, 2011).

O controle da infância: caminhos da medicalização (UNICAMP, 2011).

Política social, saúde mental e infância e juventude: a medicalização dos transtornos de conduta em Carapicuíba (PUC-SP, 2011).

Hiperatividade ou indisciplina? – O TDAH e a patologização do comportamento desviante na escola (UFRGS, 2012).

O cérebro vai à escola: um estudo sobre a aproximação entre Neurociências e Educação no Brasil (UERJ, 2014).

ANEXO 7

Critérios diagnósticos do Transtorno de Personalidade Histriônica segundo classificação do DSM-V

- 1) Desconforto em situações nas quais não se é o centro das atenções
- 2) Comportamento inadequado, sexualmente provocante ou sedutor
- 3) Superficialidade na expressão das emoções
- 4) Constante utilização da aparência física para chamar atenção sobre si próprio
- 5) Discurso excessivamente impressionista
- 6) Teatralidade e expressão emocional exagerada
- 7) Ser facilmente sugestionável
- 8) Considerar os relacionamentos mais íntimos do que realmente são