

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Ricardo Lugon Arantes

**A CONSTITUIÇÃO DA DEMANDA PARA A
NEUROLOGIA NAS VOZES DAS ENSINANTES**

Porto Alegre

2017

Ricardo Lugon Arantes

**A CONSTITUIÇÃO DA DEMANDA PARA A
NEUROLOGIA NAS VOZES DAS ENSINANTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação

Orientadora: Prof^a Dr^a Cláudia Rodrigues de Freitas

Linha de Pesquisa: Educação Especial e Processos Inclusivos

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Arantes, Ricardo Lugon

A CONSTITUIÇÃO DA DEMANDA PARA A NEUROLOGIA NAS
VOZES DAS ENSINANTES / Ricardo Lugon Arantes. --
2017.

109 f.

Orientadora: Claudia Rodrigues de Freitas.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de
Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Medicalização. 2. Encaminhamentos à Neurologia.
3. Inclusão Escolar. 4. Neurocolonização. 5.
Escolares descabentes. I. Freitas, Claudia Rodrigues
de, orient. II. Título.

**Isso de querer ser
exatamente aquilo que a
gente é ainda vai nos
levar além**

Paulo Leminski

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANPED – Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação

Capsi – Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ESF – Estratégia Saúde da Família

GAM – Gestão Autônoma da Medicação

JPG – Joint Photographic Experts Group

NAP – Núcleo de Apoio Pedagógico

PET – Tomografia por emissão de pósitrons

TDA/H – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade

SMED – Secretaria Municipal de Educação

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

Esta pesquisa buscou investigar como se constitui a demanda para a Neurologia a partir dos professores no contexto da Educação Básica. Os referenciais teóricos foram construídos a partir de dois eixos: um olhar crítico para o campo da neuroeducação e seu crescimento a partir dos anos 1990; propõe-se o termo *neurocolonização*, onde os saberes das neurociências seriam imprescindíveis para a Educação. O outro eixo envolveu o debate sobre os processos de medicalização, formulados a partir de uma leitura panorâmica e de uma revisão de duas genealogias – a de Michel Foucault (2010) e a de Jurandir Freire Costa (1979). A discussão teórica também incluiu um olhar para a interface Psiquiatria-Educação e para a fronteira-território que se constitui entre Psiquiatria e Neurologia. Realizou-se um levantamento dos encaminhamentos feitos à Neurologia na cidade de Novo Hamburgo/RS no segundo semestre de 2015. Junto às cartas de referência analisadas neste levantamento foram encontrados seis documentos assinados por professores. Cinco das seis professoras signatárias destes documentos foram entrevistadas, tematizando a construção de si e os percursos profissionais; os encontros com os trabalhadores de saúde; as hipóteses e expectativas em torno do caso da criança que decidiram solicitar encaminhamento, e como percebem a influência das neurociências sobre o seu trabalho. A análise dos encaminhamentos aponta para uma frequência de situações relacionadas ao campo da Educação superior aos casos de cefaleia e epilepsia/convulsões. As entrevistas oferecem indícios da constituição da demanda para a Neurologia apoiada em diferentes elementos: a) o recurso ao saber especialista, demarcado especificamente no dispositivo ‘consulta’; b) o deslizamento dos discursos das neurociências-pesquisa – que se remetem a uma criança qualquer - em direção ao que se constrói na prática clínica e também na prática pedagógica, uma relação entre sujeitos reais; c) a não-aderência a um sistema diagnóstico ou a um campo de problemas, podendo-se falar de crianças e adolescentes *descabentes*, que povoam as margens das classificações diagnósticas e alimentam um circuito tautológico entre Saúde e Educação; d) hipóteses formuladas pelos professores centradas no modo da família criar sua prole e na expectativa de que o neurologista interfira nestas relações, numa tentativa de normatizar ou padronizar as condutas entre família e escola; e) pouca ênfase à importância dos saberes das neurociências ou dos exames complementares para a tomada de decisão nestes encaminhamentos. Por outro lado, práticas desmedicalizantes também foram reconhecidas a partir da sensibilidade do olhar das ensinantes, ressignificando as diferenças e desarmando os automatismos patologizantes.

Palavras Chave: Medicalização, encaminhamentos à Neurologia; Inclusão Escolar; patologização; neurocolonização; escolares descabentes

ABSTRACT

Understanding the constitution of the demand for Neurology referrals from within Education is the main purpose of this research. It was based upon two theoretical axes: critical reading on the field of neuroeducation, and its growth mainly in the 1990s; the expression *neurocolonization* would apply whenever neurosciences are supposed to play a central role for Education. Other theoretical axis involves readings on medicalization processes, including a panoramic analysis and a review about two of its genealogies, by Foucault (2010) and Costa (1979). Also, this research addresses the interface Psychiatry-Education and the boundary-borderzone between Psychiatry and Neurology. The present research mapped Neurology referral letters in Novo Hamburgo/RS during the second semester of year 2015. Attached to those referral letters, six documents signed by teachers were found. Five out those six teachers were interviewed, who talked about their lives and careers; meetings with health workers; hypotheses and expectations concerning the child referred for a neurology specialist; and recognition of the influence of neurosciences on their own works. Neurology referrals related to educational issues outnumber complaints as headaches and epilepsy/convulsions. Interview analysis shows that demands for neurology referrals are based upon a) recourse to the specialized expertise, mainly on a 'appointment' basis; b) shift from the neurosciences-research '*any child*' discourse towards the clinical and pedagogical '*one to one*' relationship; c) detachment from a diagnostic system and lists of frequent complaints; the expression *unfitters* is proposed to children and adolescents who lie on the borders of classificatory diagnostics and people a tautological circuitry between health and educational fields; d) hypotheses concerning the way families raise their children and expectations that the neurologist will intervene in this relationship in order to normalize or standardize conducts between family and school; e) little emphasis on neuroscience matters and on neurological tests expectations when teachers decided about asking for a referral to neurologists. On the other hand, demedicalizing has also been possible from a careful look by *ensinantes* so that differences could be resignified and pathologizing automatisms dismantled.

Keywords: Medicalization; Neurology referrals; School Inclusion; Pathologization; neurocolonization; school unfitters

AGRADECIMENTOS

À Lu, ao Rafa e ao Benjoca, pela presença generosamente ofertada.

À Cláudia, pela transmissão, pela provocação, pela insistência, pelo convite.

Às Secretarias de Saúde e Educação de Novo Hamburgo, pela autorização para a realização da pesquisa.

Às ensinantes aqui entrevistadas, pela acolhida.

À equipe do Capsi “Saca Aí”, pelo aprendizado, pela compreensão e por ter sido a equipe que tenho tido o grande prazer de compor.

Ao café, ao computador, aos dedos, aos olhos.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 QUEM FALA?	11
1.2 SUJEITANDO OS OBJETIVOS	14
2. BALIZADORES TEÓRICOS	17
2.1 MEDICALIZAÇÃO: DO PANORÂMICO PARA O EDUCACIONAL	17
2.2 GENEALOGIAS DA MEDICALIZAÇÃO: ONANISMO E BRASILIDADES	20
2.2.1 Uma genealogia ancestral	20
2.2.2 Uma genealogia tropical	22
2.3 NEUROCOLONIZAÇÕES E A PERMEABILIDADE DAS NEUROCIÊNCIAS NA EDUCAÇÃO	24
3. METODOLOGIA	30
3.1 EU-MÉTODO: percursos, tropeços, surpresas.	30
3.2 O CONTEXTO-CENÁRIO: uma <i>nova</i> Hamburgo	32
3.3 RABISCANDO, SOMANDO, AGRUPANDO. MAPAS DOS ENCAMINHAMENTOS	34
3.4 MOMENTO-SEGUNDO: palavras-conversas com as ensinantes	36
3.5 A FERRAMENTA E SEUS CAMPOS	39
4. PRIMEIRAS PISTAS	43
4.1 “AO”. QUANTOS?	44
4.2 CARTAS-LETRAS-PALAVRAS DAS ENSINANTES: Fragmentos e pistas iniciais para a constituição da demanda	47
5. PRIMEIRAS VOZES	51
5.1 QUEM FALA?	51
5.2 OS “NEUROS” DAS MÍDIAS: o que se ouve e o que se fala?	55
6. ENCONTROS. PARCERIAS?	59
6.1 UMA ESCOLA SANITARISTA?	60
6.2 “BOA TARDE, DOUTOR”. O recurso ao saber especializado	62
6.3 “BOA TARDE, DOUTOR NEUROLOGISTA. TROUXE O ALUNO E A FAMÍLIA” ..	65
7 PORQUÊS, EXPECTATIVAS, HIPÓTESES	69
7.1 RECONTANDO AS SITUAÇÕES DISPARADORAS DOS ENCAMINHAMENTOS ..	69
7.2 NEURO PARA...?	73
7.3 PSIQUIATRIA E NEUROLOGIA: uma fronteira-território	74

7.4 O ENCONTRO DAS HIPÓTESES COM AS EXPECTATIVAS	84
8. CONSIDERANDO OS ENFINS	92
9. CONSIDERANDO OS ENFINS PARTE 2: O POUSO NA LEVEZA DE CENAS DESMEDICALIZANTES	95
9.1 MAIS UM POUCO DE HISTÓRIA... Itard, Victor e suas invenções	95
9.2 ITARD, HOJE	98
REFERÊNCIAS.....	101
ANEXO A – Termo de Consentimento.....	106
ANEXO B – Solicitação de autorização à Secretaria Municipal de Saúde para acesso às cartas de referência e contra referência	107
ANEXO C - solicitação de autorização à Secretaria Municipal de Educação para entrevista com as professoras	108
ANEXO D – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde.....	109
ANEXO E – Autorização da Secretaria Municipal de Educação.....	110

1. INTRODUÇÃO

“- Provável Síndrome de Tourette
 - Tiques
 - Obsessivo-compulsivo
 - T.D.A.H
 - Impulsividade
 - Dist. Oposicional Desafiante”
 (Médico neurologista, fevereiro de 2017)

Esta lista repleta de classificações diagnósticas e sintomas psíquicos, manuscrita por um neurologista infantil em Novo Hamburgo, foi tema de uma discussão de caso entre trabalhadores de uma unidade básica de saúde e do Centro de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (Capsi), em Novo Hamburgo, no início de 2017. Vejamos a seguir o fragmento de outro documento que tem relação direta com o documento acima.

“Solicitamos o encaminhamento ao pediatra para solicitação de avaliação neurológica do George¹ (...) sendo que observamos questões relativas à aprendizagem e linguagem”. (Documento da escola, dezembro de 2014)

As datas dos dois documentos merecem atenção. A distância de mais de dois anos entre a “solicitação de avaliação neurológica” e a lista de exuberante nosologia preocupa. Situações como a de George são muito frequentes e vão desenhando estes descompassos nos quais os encaminhamentos para a Neurologia advindos da Educação submergem estas crianças. Proponho estes dois fragmentos enquanto disparadores desta dissertação.

Apresentarei, inicialmente, o percurso anterior a esta *escrita-fazer-se-pesquisador*, seus vieses, escolhas e posicionamentos.

1.1 QUEM FALA?

Era um menino pensador, o mais novo de seis irmãos em uma família de classe média alta, baixinho, branquelo, apaixonado por música e tecnologias. De

¹ Nome não próprio. Para fins de não identificação dos sujeitos, ao longo do texto, todos os nomes próprios não coincidirão com os nomes verdadeiros das pessoas envolvidas, exceto o do autor.

repente, quis virar psiquiatra de crianças e adolescentes. Insistia na lembrança um documentário sobre uma menina que passou anos trancada num quarto escuro e mal conseguia caminhar ou falar. Lembro-me da crítica que se fez ao sem-número de pesquisadores que apareciam para ajudá-la. “Veio uma vontade de desvendar os mistérios do cérebro e ultrapassar a obra de Freud”, assim pensava aquele adolescente de 16 anos.

Era o ano de 1999, já estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e *interneteiro* compulsivo e finalmente o campo e o tema da infância e adolescência abrem-se para mim, por meio de um projeto de extensão com o nome muito peculiar: “Cada Doido com Sua Mania”. Passo a ter contato com experiências e aprendizados primordiais na minha formação profissional como a complexidade da constituição subjetiva, o contexto das políticas públicas da Reforma Psiquiátrica e a importância da construção de um trabalho interdisciplinar e intersetorial. Esta imersão foi muito rápida e intensa, em poucos meses já trabalhávamos na estruturação do primeiro Capsi capixaba, desde a escrita da proposta, a leitura das portarias ministeriais e a articulação política. Dessa experiência nasce o que costumo chamar de meu terceiro idioma: o “lacanês”². É um idioma, e enquanto tal foi constituinte para mim e continua sendo produtor e reorganizador de sentidos. Não é o meu primeiro idioma nem tem sido o corrente, mas por ter sido bem transmitido, imprimiu marcas importantes na minha visão de mundo.

Aprendi em casa, sobretudo com minha mãe e meu irmão Paulo, hoje advogado trabalhando com Direitos Humanos na esfera internacional, a olhar o mundo a partir do enfrentamento das iniquidades. Meu percurso toma rumo semelhante, agora junto ao movimento estudantil no Diretório Acadêmico de Medicina da UFES e na Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina, onde compreendi a Saúde por meio de seus determinantes sociais, o que me trouxe para o movimento em defesa de um sistema de saúde público, gratuito, democrático e de qualidade.

Passo a morar no Rio de Janeiro, em 2002, para cursar a residência em Psiquiatria, quando amadureci minhas questões e princípios, num período marcado

² Para os psicanalistas que estiverem me lendo, peço a gentileza de não se ofenderem.

por intensidades, cuidando de pessoas em regime de internação, desbravando novos contextos de produção de uma clínica ampliada.

No terceiro ano em Psiquiatria da Infância e Adolescência, o “lacanês” precisou conversar com a Psicofarmacologia. Fui conhecendo mais e mais crianças e adolescentes chegando para atendimento em uso de psicofármacos por vários anos sem que nenhuma outra intervenção tivesse sido feita. Brota daí a escrita do meu Projeto de Conclusão: “Meu Filho Toma Remédio Controlado”, onde fiz uma leitura crítica sobre os processos de medicamentação de problemas externalizantes com características tropicais, pode-se entender como uma “medicamentação à brasileira”.

Saio psiquiatra da infância e adolescência para me lançar na prática intensa de alguns Capsis: uma passagem breve pelo Capsi Eliza Santa Roza, reconhecido por sua potência clínica e política; e repetindo a experiência de estruturar um Capsi, desta vez na cidade de Itaboraí. Deixo o Rio de Janeiro em busca do frio e de qualidade de vida e encontro no Capsi de Novo Hamburgo um trabalho com princípios e práticas muito semelhantes ao percurso que havia trilhado até então. Fui muito bem acolhido por uma equipe bastante implicada na construção de uma rede de cuidados, com espaços potentes e apostas em diferentes frentes de trabalho. A parceria do Capsi com o setor de Educação Inclusiva e Diversidade do município de Novo Hamburgo revelou para mim um mundo de práticas ousadas e inventivas para dar sustentação à radicalidade da ideia da inclusão para todos. A construção artesanal e coletiva de estratégias entre trabalhadores, gestores e familiares, microrredes para discussões aprofundadas de casos, tecendo pactos e laços na construção de um cuidado intersetorial, produzem experiências extremamente enriquecedoras e inspiradoras.

Entre 2010 e 2011, vivi a imensa satisfação de atuar como pesquisador na adaptação multicêntrica do Guia para a Gestão Autônoma da Medicação – GAM³. Desta vivência desdobram-se efeitos radicais na forma como passei a prescrever e

³ Este trabalho envolveu a tradução e adaptação do Guia GAM desenvolvido no Quebec com a participação de pesquisadores, trabalhadores e usuários e teve como desafio compor práticas cogestivas, fazendo compatibilizar exercício da autonomia, direito e protagonismo dos usuários com o funcionamento e cultura organizacional das instituições de saúde mental. (CAMPOS *et al.*, 2012).

negociar com os sujeitos, colocando-me atento às suas narrativas e experiências e transcendendo a psicopatologia descritiva. Como pesquisador, pude testemunhar a ousadia do grupo de pesquisa ao incluir trabalhadores e usuários dos serviços na condição de pesquisadores.

Nasce um pai de dois. Em agosto de 2013, chega o Rafael, menino alegre com suas gargalhadas, transformou a nossa casa em um estacionamento com tantos carrinhos de tamanhos, cores e materiais diferentes. Benjamim, o gorducho, resolve aparecer em março de 2017, reconfigurando meu sono e transformando em duplicidade minha relação com a produção de vidas e sujeitos.

Um metaprocesso de formação se inicia aí: pouco a pouco ser convidado ao lugar de formador (começa nos seminários internos do serviço, daqui a pouco uma “palestrinha” sobre TDA/H, um seminário sobre medicamentos...) me recoloca no lugar de permanente revisita aos meus referenciais. As demandas por formação vão crescendo e passo a aceitar convites muito desafiadores como a preceptoria de residentes na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), curso à distância em nível nacional, seminário de articulação de neurociências com Psicanálise, módulo em curso de pós-graduação, supervisão clínico-institucional, dentre outras experiências metaformadoras. Em 2015, coincidindo com o ingresso no Mestrado, chega uma proposta para ser professor na Faculdade de Psicologia da Instituição Evangélica de Novo Hamburgo. Vou me reconhecendo como um formador em formação. O que busco neste *pro-jecto* em direção ao Mestrado? O que me inquieta?

1.2 SUJEITANDO OS OBJETIVOS

Meu trabalho como psiquiatra de um Capsi demanda lidar com pedidos tais como “precisamos do laudo para colocar no censo”, “ele coloca em risco os demais colegas e precisa de um remédio pra se acalmar”, “ele não precisa de mais remédio para parar de surtar?” “qual o diagnóstico pra gente saber o que fazer com ele”? Nestes dez anos no Capsi⁴ meu aprendizado tem sido ininterrupto: uma escola de política, de exercer uma habilidade de negociar, de construir cooperações, de frustrar expectativas sobre respostas mágicas do campo da Medicina, de convocar

⁴ Iniciei meus trabalhos no Capsi em março de 2008.

professores para compor apostas em casos complexos e, sobretudo, para que eu reaprendesse minhas ferramentas primárias de trabalho. Deixo então de pensar o cuidado que ofereço para as pessoas a partir de suas classificações nosológicas (que passam a se tornar praticamente uma burocracia), as classes dos psicofármacos (“antidepressivos”, “antipsicóticos”) vão ganhando outras configurações, os processos de transmissão deixam de ser tão verticais, o cérebro das neurociências vai perdendo o seu encanto e os imprevisíveis ganham cada vez mais lugares privilegiados.

Reconheci neste percurso importantes avanços no enfrentamento de questões sensíveis nesta interface saúde-educação: o fim da exigência de um “laudo com CID para incluir no Censo”⁵ resolveu parte do processo da patologização dos alunos público-alvo das políticas de Educação Especial; a expectativa a respeito do efeito contendor dos psicofármacos também vem recebendo respostas criativas e dialogadas, e o discurso da periculosidade encontra na parceria com as equipes da Secretaria Municipal de Educação - SMED – uma boa retaguarda para o enfrentamento.

Entretanto, algo ainda muito difícil persiste e os fragmentos do início do texto sobre George denunciam. Ele e tantos outros chegam semanalmente ao Capsi já em uso de medicação, prescrita por neurologistas, após percorrerem uma sequência de exames: eletroencefalogramas, tomografias, ressonâncias, exames genéticos e/ou de prescrições de psicofármacos. Esta trajetória consome um tempo estratégico: o tempo dos primeiros passos de uma criança – os de sua constituição subjetiva, os das marcas da cultura e da linguagem constituindo um corpo, os da inscrição de um lugar enquanto sujeito aprendente (FERNÁNDEZ, 1991). Quando estão aprendendo a conduzir-se mundo afora, acabam sendo desviados para dentro de um circuito onde ganha destaque a inscrição do universo assujeitado da nosografia ou do laudo do eletroencefalograma.

O que produzia o início destes circuitos? Ao longo destes anos de diálogo com professores, orientadores educacionais e diretores, constatee, em inúmeras ocasiões, que, quando uma criança apresenta atrasos no desenvolvimento ou

⁵ A Nota Técnica 04/2014 MEC/SECADI/DPEE recomenda que o laudo médico não deve ser exigido para a matrícula de pessoas com deficiência.

“comportamentos inesperados” criava-se uma expectativa de uma avaliação neurológica como imprescindível.

Vão se desenhando as perguntas de pesquisa: o que habitava essa “vontade de neuro” por parte da Educação? Expectativas cerebralizantes? Desempoderamento do lugar de ensinantes⁶?

Delineio, finalmente, o objetivo desta dissertação: **investigar como se constitui a demanda para a Neurologia nas vozes dos ensinantes no contexto da Educação Básica em Novo Hamburgo**. Proponho conhecer melhor este vetor na direção da Neurologia a partir de algumas perguntas:

- 1- Há expectativa por parte de professores de que exames neurológicos possam apontar respostas para os impasses (de aprendizado e de relacionamento) que crianças e adolescentes venham a apresentar?
- 2- Que hipóteses explicativas ocorrem aos ensinantes diante desses impasses?
- 3- Os encontros com profissionais de saúde exercem influência sobre essa decisão de demandar um encaminhamento para a Neurologia?
- 4- O percurso de formação destes ensinantes é atravessado por temáticas ligadas às neurociências?
- 5- O tema das neurociências nos veículos de comunicação permeia o modo destes ensinantes pensarem o seu fazer?

Como esta “vontade de neuro” pode ser pensada a partir dos autores que me afetam neste fazer-me-pesquisador?

⁶ Optei ao longo da dissertação pelo uso da expressão ensinantes para me referir às entrevistadas, inspirado nos escritos de Fernández (1991) reconhecendo, a partir das entrevistas, os movimentos de encontros e desencontros entre ensinantes e aprendentes, que fala de lugares diferentes entre os de professores e alunos

2. BALIZADORES TEÓRICOS

Apresento aqui alguns dos balizadores teóricos que guiam este trabalho. Uma insistente intuição me dizia, ao início desta escrita, que eu não deveria dissertar sobre medicalização. Esta intuição acertou e errou ao mesmo tempo. Acertou, como que adivinhasse o que Nikolas Rose anunciou sobre o desgaste do termo, que vem se tornando quase um clichê da crítica social (ROSE, 2007). E Rose acrescenta: deve-se tomar a medicalização como um disparador, um ponto de partida de uma análise, nunca como uma conclusão, uma descrição, uma explicação nem uma crítica *per se*.

Mas a intuição também errou, pois não era dessa medicalização, desgastada e reduzida aos processos de medicamentação⁷ que eu acabaria falando. O percurso pelas disciplinas no mestrado me faz conhecer uma *outra* medicalização. As suas genealogias se apresentam através de novas lentes que foram imprescindíveis no escutar das vozes das ensinantes. Estas genealogias, compartilho-as aqui enquanto balizas que vão nos ajudar sobretudo dos capítulos finais. Apresento também a ideia de neurocolonizações como efeito da influência das neurociências-pesquisa sobre o campo da Educação.

2.1 MEDICALIZAÇÃO: DO PANORÂMICO PARA O EDUCACIONAL

As leituras contemporâneas e suas revisões sinalizam que os processos de medicalização envolvem uma miríade de estratégias e tecnologias que transcendem a prescrição de medicamentos. Zorzanelli *et al* (2014) elaboram uma revisão panorâmica sobre as diferentes variações que o conceito ganhou nos últimos 50 anos, de modo a refinar as lentes para investigar efeitos constituintes e as iatrogenias das formas de vida permeadas pela lógica biomédica na contemporaneidade. Os autores apontam, dentre as várias leituras possíveis para o termo, para uma preocupação com os riscos da sua excessiva abrangência e consequente perda de sua acurácia teórica. Falam ainda que tais processos são

⁷ Entendo medicamentação aqui como a prática de prescrever medicamentos a problemas medicalizados, constituindo-se como uma parte do amplo processo de medicalização que apresentaremos a seguir

irregulares, podemos dizer, marcados por anomalias, variabilidades e desigualdades, incluindo a possibilidade de desmedicalização, ou seja, de que os comportamentos, práticas ou intervenções medicalizados saiam do alcance da jurisdição médica. Exemplificam esta possibilidade a partir do icônico processo retirada do “homossexualismo” da terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM III) a partir da mobilização do ativismo *gay* norte-americano.

Conrad, em dois momentos distintos – 1975 e 2007 - tenta oferecer definições para medicalização, afirmando, no momento inicial, que medicalização implica “definir um comportamento como um problema médico e licenciar à profissão médica a oferta de algum tipo de tratamento para tal comportamento”(CONRAD, 1975). Na revisão de sua definição, descreve “um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos” (CONRAD, 2007, p. 209).

Rose (2007) convida para uma rediscussão da acurácia do termo, apontando que a medicina fez de nós o tipo de humanos que somos, e o fez agindo sobre diferentes dimensões de nossas vidas. Seus tentáculos vêm há décadas produzindo modificações na forma como conduzimos nossas vidas, fazendo-se permear nos hábitos mais automatizados (como escovar os dentes ou usar talheres), viabilizando o crescimento populacional e a vida nas grandes cidades, reduzindo a mortalidade por meio das vacinações e do enfrentamento de epidemias. O autor destaca que o saber médico também está tão imbricado na nossa forma de experimentar e dar sentido ao mundo, que atravessa até mesmo as relações entre *significante* e *significado*.

No recorte que concerne a esta dissertação, a crítica aos processos de medicalização na Educação no cenário brasileiro recebeu importante contribuição de Moysés (2008; 2001), ardilosa denunciante da transformação de um mundo social e historicamente construído em objeto biológico, nos movimentos de reduzir a essência da historicidade do objeto – a diferença e o questionamento – a características inatas, a uma patologia.

Ao estender seu campo de atuação ao ambiente escolar, a medicina passa a atuar sobre esse ambiente segundo sua própria concepção. Ao normatizar preceitos para a aprendizagem adequada, estende-se para o não-aprender.

Medicaliza a educação, transformando os problemas pedagógicos e políticos em questões biológicas, médicas. Cria as entidades nosológicas das doenças do não-aprender-na-escola e para elas propõe solução. Antecipando-se, prevê que os problemas irão ocorrer e se coloca como portadora das soluções. (MOYSES, 2001, p. 190).

Para a autora, os processos de medicalização na Educação estão diretamente relacionados com a redução das questões pertinentes à coletividade – a vida na escola, a vida do professor e das famílias, os circuitos de produção de vida ou de adoecimento em cada escola - para uma dimensão individual. O único olhar possível para explicar o não aprendido é o de uma falha do/no corpo do sujeito não-aprendente, turvando os olhares que contextualizem este *não-aprender-na-escola*. Estes processos de medicalização na Educação fazem crescer as demandas por diagnósticos de modo a supor que o educador encontre uma metodologia de ensino “correta” para, enfim, fazer sair da ignorância e da inadequação as crianças e jovens que têm diante de si (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009).

As reflexões acerca deste tema poderiam avançar sobre certo lugar comum de denunciamento contra o desempoderamento dos professores diante do saber médico, ou da expectativa por prescrição de psicofármacos para alunos desatentos. Advertido desta “tentação”, procuro trazer outras perspectivas para as diferentes incidências do discurso e da prática médica sobre a vida e sobre a vida na escola.

Novas texturas e nuances se incorporam ao debate e problematizam, dentre outros, esta insistência atual em classificar a diversidade humana como desvio, distúrbio, como patologia (DANTAS, 2015; GUARIDO, 2007; SANTOS, 2012; SANTOS; FREITAS, 2016). Os processos de medicalização frequentemente transcendem o exercício de um poder verticalizado de autoridades médicas sobre vidas supostamente indefesas; ao contrário, é possível tomá-los enquanto

práticas [que] conduzem, movimentam, se espalham, funcionam como uma maquinaria social que não está situada em um lugar e se dissemina por toda a estrutura social. Os saberes médicos foram historicamente produzindo discursos, resistências, formas de saber e de poder (...) Esse movimento da medicalização na vida social torna visível a ação do dispositivo na vida de cada um e de todos. Um dispositivo constituído de linhas que transitam, se conectam, se relacionam inventando modos de viver. (CHRISTOFARI; FREITAS; BAPTISTA, 2015)

2.2 GENEALOGIAS DA MEDICALIZAÇÃO: ONANISMO E BRASILIDADES

A obra de Michel Foucault exerce importante influência nas escolhas teóricas que marcam esta dissertação. O uso que fez dos métodos genealógicos, como forma de problematizar as práticas em diversos campos da atividade humana, será de grande relevância na composição das nossas lentes que olharão para o fenômeno da medicalização na Educação.

Como ponto de partida, proponho o conceito de biopoder. A partir do final do século XVIII, quando da expansão da economia capitalista e das relações de mercado, opera-se uma transição na medicina, agora apresentando-se como uma prática social instauradora de controle sobre os corpos em suas coletividades. O investimento inicial era feito sobre o indivíduo por intermédio da ação sobre o biológico: nasce aí a ideia de um poder sobre a vida, um biopoder. (FOUCAULT, 2001, 2002, 2004; GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

O biopoder pode ser pensado como um *continuum* entre dois polos. Em um extremo, localiza-se a *anatomopolítica do corpo humano*, ou seja, uma série de procedimentos de poder, sobretudo poder disciplinar, tomando o corpo como uma mera máquina biológica que deve ser adestrada, útil, dócil e integrada aos sistemas de controle eficazes e econômicos. No outro polo, encontramos a biopolítica das populações, caracterizada por uma série de intervenções e controles reguladores como observações econômicas dos problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração. Ela ocupa-se do corpo-espécie e dos eventos ligados à mecânica da vida: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-lo variar. “A ordem é investir sobre a vida, de cima a baixo.” (FOUCAULT, 2001, p. 131). Assim, medicalização pode ser considerada como uma de suas ferramentas, alocada entre os seus dois polos constituintes.

2.2.1 Uma genealogia ancestral

Foucault demonstra, recorrendo à genealogia, a peculiaridade do recorte espaço-tempo onde podem ser reconhecidos os primeiros movimentos de

medicalização das famílias. Ele propõe compreendermos as origens da medicalização à luz dos processos da interferência do Estado sobre a vida privada das famílias, e para tal usa um exemplo aparentemente muito divergente do tema aqui debatido: a masturbação.

O autor, atento a um “barulho de fanfarra” que começa a soar na Europa do século XVII sobre as práticas onanistas entre crianças e adolescentes, faz menção a uma grandiosa cruzada antimasturbatória que diverge ao mesmo tempo do secular discurso cristão da carne e das então recentes análises marcadas pelo discurso científico. O enfrentamento desta prática rompe com o discurso moralizador e lança mão de uma estratégia de patologização sem precedentes, onde o onanismo configura-se ao mesmo tempo como uma “doença total”, polimorfa, sem remissão e que acumularia sintomas de uma infinidade de doenças; e como causa de várias outras doenças possíveis, meningite, encefalite, doença óssea, dos olhos, do coração, tuberculose e, claro, a loucura. O remédio para mal tão devastador encontra-se justamente em reorganizar a família, operar sobre sua configuração repelindo os adultos intermediários (serviçais, amas de leite, preceptores) e primando por uma vigilância estreita num espaço familiar asséptico. A nova família passa a se configurar como núcleo restrito, duro, substancial, maciço, corporal, afetivo: a família célula no lugar da família relacional, uma célula com seu espaço corporal, afetivo, sexual, saturado pelas relações diretas pais-filhos.

“Restringindo-se assim a família, dando-lhe uma aparência tão compacta e estreita, faz-se que ela fique efetivamente penetrável por certo tipo de poder, de que a medicina e os médicos são os transmissores junto à família.” (FOUCAULT, 2010, p. 324)

Dentro desta grande cruzada, a masturbação deixaria de pertencer a um desvio moral e passaria a ser enquadrada no campo do adoecimento, ligando-se esse controle parental interno a um controle médico externo e pedindo-se ao primeiro que modele suas formas, seus critérios, suas intervenções com base no saber médico. Era fundamental a vigilância estrita sobre os onanistas não porque se tornariam imorais, mas porque se tornariam doentes. A relação pais-filhos, que ali se solidificava numa espécie de unidade sexual-corporal, deveria ser semelhante à relação médico-doente.

Uma engrenagem médico familiar organiza ao mesmo tempo um campo ético e patológico, em que as condutas sexuais são dadas como objeto de controle, de coerção, de exame, de julgamento, de intervenção. (...) A

instância da família medicalizada funciona como princípio da normalização. (FOUCAULT, 2010, p. 323)

O início desta cruzada compartilha o recorte temporal com o período da primeira grande reivindicação por uma educação estatal, ou controlada pelo Estado, na França e na Alemanha (1760-80). Nessa época, desenvolvem-se por toda Europa os grandes estabelecimentos educacionais, as grandes escolas, que exortavam os pais a lhes confiar as crianças para que fossem formadas de modo saudável e correto. No mesmo momento em que se exige dos pais que assumam o controle sobre os corpos dos filhos, no momento em que se pede que garantam a vida e a sobrevivência dos filhos, também se pede que as famílias abram mão desses mesmos filhos e de sua presença para que o Estado os devolva “educados” e “normalizados”.

“pede-se aos pais não apenas para educarem as crianças para que elas possam ser úteis ao Estado, mas pede-se a essas mesmas famílias que cedam efetivamente seus filhos ao Estado, que confiem a este se não a educação de base, pelo menos a instrução, pelo menos a formação técnica, a um ensino que será direta ou indiretamente controlado pelo Estado.” (FOUCAULT, 2010, p. 326)

Desta forma, podemos tomar essa aliança entre Estado, escola e medicina como estratégica na manutenção de um estado que precisa ordenar e normalizar a vida privada das famílias, e o faz por meio do discurso patologizante. Curiosamente, nos dias de hoje, masturbação é um tema que foi desmedicalizado, ou seja, não é mais considerado como causa ou efeito de patologia de qualquer natureza.

2.2.2 Uma genealogia tropical

A pesquisa de Costa (1979) permite traçar uma versão brasileira deste mecanismo de medicalização das famílias e constrói uma genealogia do fenômeno considerando a estreita correspondência entre o desenvolvimento urbano, a criação do Estado nacional e a normalização médica da família.

Para o autor, a chegada da corte portuguesa ao Brasil introduziu, na até então pacata colônia, um mal-estar organizador, instituído entre a demanda por modernização de toda uma cadeia de serviços urbanos, para escoar os produtos

oriundos da indústria e comércio internacionais, e o apego à tradição e a manutenção da inércia que banhava o mundo colonial. O trabalho de Costa demonstra toda a incapacidade do governo português em conquistar o apoio dos proprietários das terras, de modo que o aburguesamento citadino veio paradoxalmente a equipá-los com instrumentos de combate aos próprios portugueses. A intervenção vertical e violenta da maneira como se fazia cumprir a Lei (por exemplo quando do banimento dos elementos arquitetônicos que caracterizavam sinais da cultura árabe nas habitações) esbarrava nas fronteiras da vida privada.

“As relações afetivas, os comportamentos íntimos, as representações do corpo, a percepção das necessidades emocionais possuíam uma estabilidade inamovível por decretos legais (COSTA, 1979, p. 56).”

Foi preciso, então, estatizar os indivíduos. Reavivaram-se, desta forma, as técnicas disciplinares centradas no sucesso das práticas higienistas enquanto reordenadoras da constituição familiar. O movimento higienista representou um importante marco na história das práticas em saúde no Brasil que investiu na prevenção de doenças apoiado, por exemplo, na defesa de uma pureza de raças, inspirada largamente pelos princípios eugênicos. (REIS, 2000) A higiene e seus respectivos processos normalizadores eram convocados justamente a compensar as deficiências dos instrumentos e dispositivos legais, que não conseguiam fazer-se introduzir no convívio íntimo da família, nem manter mecanismos de vigilância, nem instituir mecanismos de prazer que seduzissem as famílias a dobrar-se ao Estado. A emergente medicina oferecia uma nova moral da vida e do corpo, transformando as condutas outrora chamadas lesa-Estado em ‘antinaturais’ e ‘anormais’. Desta forma, a saúde e a prosperidade da família, nesta nova lógica, dependeriam essencialmente de sua sujeição ao Estado.

Ainda segundo Costa, uma série de temas abordados pelos intelectuais representantes do movimento higienista destoavam marcadamente do tecnicismo marcante do discurso médico: não se falava de doenças ou de agentes etiológicos, nem de hipóteses biologicistas. A medicina precisou incorporar para dentro de sua jurisdição conceitos como ‘alma’, ou ‘amor à Pátria’ de modo a se infiltrar na moral da família sem fraturar suas antigas crenças e valores. O discurso higienista operava sobre as sutilezas de falar de uma ‘outra’ alma, não a alma religiosa ameaçada

pelos pecados da carne, mas de uma alma ligada ao corpo ameaçada pelas 'paixões' e que alcançaria sua perfeição por exercícios higiênicos, não espirituais. Esse delicado lugar que o discurso higienista foi ocupando, não como algoz da família mas como um intérprete e aliado tanto das famílias quanto do Estado, possibilitou justamente a fundação de novas técnicas de intervenção nessa vida privada.

Subvertia-se, assim, toda a hierarquia do poder familiar, deslocando cronificados lugares de poder, valorizando, por exemplo, a mulher como devota nutridora dos futuros adultos e responsável por transmitir as virtudes para dar à sociedade os homens fortes necessários à construção de uma pátria próspera.

Operam, então, dois tipos de intervenção normativa como motrizes da política do Estado em nome dos direitos do homem: A defesa da saúde física e moral das famílias se deu, por um lado, a partir de uma medicina doméstica que buscava reorganizar as famílias – burguesas, essencialmente - em torno da conservação e educação das crianças. A segunda delas, uma medicina higienista, dirigiu-se às famílias pobres sob a égide de campanhas de moralização e higiene da coletividade.

Podemos, assim, considerar que a aliança medicina-Estado é fundante de um modo de normatizar a vida privada das famílias e a maneira como estas educam e transmitem valores e atitudes aos seus descendentes. Os processos ancestrais de medicalização das famílias, constituintes inseparáveis da constituição de um Brasil-nação, serão tematizados adiante no contexto da pesquisa que realizei.

2.3 NEUROCOLONIZAÇÕES E A PERMEABILIDADE DAS NEUROCIÊNCIAS NA EDUCAÇÃO

A revisão bibliográfica inicial sobre Neurociências e Educação, que forneceu elementos teóricos para a construção deste texto, aponta para duas lentes utilizadas para se posicionar na relação entre Neurociências e Educação: positivadoras e problematizadoras. Não encontrei publicações que fizessem menção ao papel da avaliação neurológica ou da importância dos exames de imagem para a Educação ou Educação Especial.

As lentes positivadoras relevam as contribuições das neurociências à compreensão dos processos *neurocerebrais*⁸ envolvidos no ensino-aprendizagem, apontando que o conhecimento de “como se aprende” e sobre “o que acontece quando aprendemos” pode ser fornecido pelas neurociências. Leio neles:

“Não é exagerado dizer que parte do baixo desempenho apresentado por nossos alunos está relacionada a processos neurocognitivos que os profissionais da educação desconhecem ou acreditam ser pouco relevantes.” (MEDEIROS; BEZERRA, 2015, p. 28).

Encontro ainda inferências à “possibilidade de inserção dos significativos avanços da neurociência, como constituintes de saberes disciplinares, nos cursos de formação de professores (...)” e que “esses saberes [das neurociências], que fundamentam um saber pedagógico, proporcionam subsídios teóricos para a ação docente” (DE OLIVEIRA, 2013, p. 15). Há menções ao seu efeito de fascínio (RIBEIRO, 2013), e ao surgimento de “um novo entendimento acerca de diferentes processos cognitivos [capazes de] desvendar as propriedades neurais que dão suporte à linguagem, ao entendimento aritmético, à realização de cálculos etc.” (BROCKINGTON, 2011, p. 22)

Estas leituras positivadoras, estas expectativas grandiosas sobre a relação entre neurociências e aprendizado, opto aqui por nomeá-las *neurocolonização*, um mecanismo operante em um campo predominantemente teórico de recurso aos saberes das neurociências-pesquisa, por intermédio do qual conhecer o funcionamento do cérebro é fundamental e imprescindível para que o professor possa otimizar suas ferramentas de ensino. A neurocolonização da Educação é observada, sobretudo, a partir da década de 1990, quando ocorre uma crescente capitalização das pesquisas em torno da materialidade cerebral (financiadas pela corporação médica, academia e indústria tecnológica) e do surgimento de uma série de iniciativas e organizações as quais prometiam revolucionar o universo do ensino e aprendizagem, geralmente de uma maneira hiperbólica (PYKETT; DISNEY, 2015). Este movimento produz uma sensação de não haver mais fonte adequada de explicação dentro do campo da Educação para além das neurociências, a quem caberia a última palavra enquanto evidência fundante para o ensino e aprendizagem.

⁸ sic

Penso também ser importante evitar a ideia de colonização pressupondo um lugar passivo da Educação, em sintonia com a crítica que De Vos (2015) faz a um suposto binômio educação fraca/neurociência forte. Parece sensato supor um papel protagonista da Educação neste processo de ressignificação dos saberes escolares. Santos enfatiza:

estamos passando por um momento em que os saberes escolares estão sendo ressignificados a partir das verdades das neurociências contemporâneas e que isso tem efeitos concretos nos sujeitos escolares – mas não apenas neles, pois se trata de um processo social mais amplo, no qual todos nós, de um modo ou de outro, como pais, professores/as e pessoas deste mundo, estamos envolvidos nestas formas “cerebrais/farmacológicas” de ligar com aquilo que pensamos ser. (SANTOS, 2012, p. 198)

As lentes problematizadoras, por sua vez, podem ser reconhecidas, por exemplo, no trabalho de Richter (2012). A autora, em uma revisão de uma década sobre a revista Nova Escola, levanta evidências da considerável permeabilidade com que o discurso das neurociências tem sido presente nas matérias abordando processos de ensino-aprendizagem deste periódico em particular. Nas publicações entre 2000 e 2010 há uma ascensão das concepções cerebralistas na direção de explicar as várias manifestações comportamentais dos alunos, sobretudo as “indesejadas”. O cérebro passa a ser o protagonista de inúmeras ações e comportamentos, e de processos de memória, de aprendizado e de concentração.

Tomamos de empréstimo de Rose e Abi-Rached (2013) o conceito de “imaginários”, como estratégia para pensar as diferentes vertentes epistemológicas envolvidas nas operações de redução do aprendizado à atividade cerebral. Estes imaginários constituiriam as pontes entre a produção das pesquisas neurocientíficas no laboratório e o mundo cotidiano, como que trilhando os caminhos que se percorrem a partir da mente para se chegar ao cérebro. Destaco, dentre estes “imaginários”, o imaginário visualizável, com o poder de persuasão das suas imagens e sua aparente habilidade de rastrear processos mentais de uma maneira objetiva. Ele trabalha sob a premissa de que seria possível observar a mente em funcionamento utilizando aparatos tecnológicos como veículos para percorrer este caminho da mente ao cérebro. Estas tecnologias tornaram-se ferramentas frequentes nas pesquisas, alcançando milhares de artigos publicados (em 2011 eram cerca de 600 publicações por mês) que alegavam “ter identificado os

correlatos neuronais de diversos estados mentais humanos, do amor ao ódio, das afetações pela literatura à fidelidade político-partidária” (ROSE; ABI-RACHED, 2013, p. 26). Apesar de vários de seus problemas técnicos, limitações e premissas já serem conhecidos, este “imaginário” continua exercendo grande poder de persuasão, influenciando áreas que vão do neuromarketing às políticas de desenvolvimento infantil.

A crença em podermos “ver” a mente no cérebro vivo e mesmo observar as paixões e seus desejos que aparentemente estão por trás das crenças, emoções e comportamentos - tanto normais quanto patológicos – tem sido um elemento-chave para a afirmação de que as neurociências podem fornecer informações úteis para o governante dos humanos e para “conduzir-lhes a conduta” no mundo cotidiano. (ROSE; ABI-RACHED, 2013, p. 25 tradução do autor)

No campo da Educação, considerando o recorte temático no qual este trabalho se insere, as pontes de ligação com as neurociências frequentemente recorrem a operações de redução da aprendizagem a fenômenos cerebrais em diferentes mat(r)izes e nuances. Uma das principais estratégias para essa sustentação implica na adesão ao programa cognitivista do aprendizado enquanto disciplina mediadora (PYKETT; DISNEY, 2015). Neste paradigma, o aprendizado é tomado como uma sequência linear de aquisições, sem considerar o contexto e o protagonismo dos sujeitos envolvidos. Eis o risco desta redução: a aprendizagem que se supõe poder ser “fotografada”, “revelada”, “visualizada” e testada com o auxílio de técnicas dinâmicas de imagem acaba reduzida ao seu componente cognitivo e não leva em consideração a produção viva de saberes que emergem nos encontros.

Como pensar a escola neste contexto de imaginários e metáforas tecnológicas a respeito do cérebro? Trago inicialmente uma imagem muito interessante dentro de um conjunto de algumas, digamos, profecias imagéticas que Jean-Marc Côte arrisca no começo do século passado. Nela, uma máquina introduz os conteúdos “digeridos” dos livros direto na cabeça dos estudantes. (“A 19th-Century Vision of the Year 2000 | The Public Domain Review”, [s.d.]

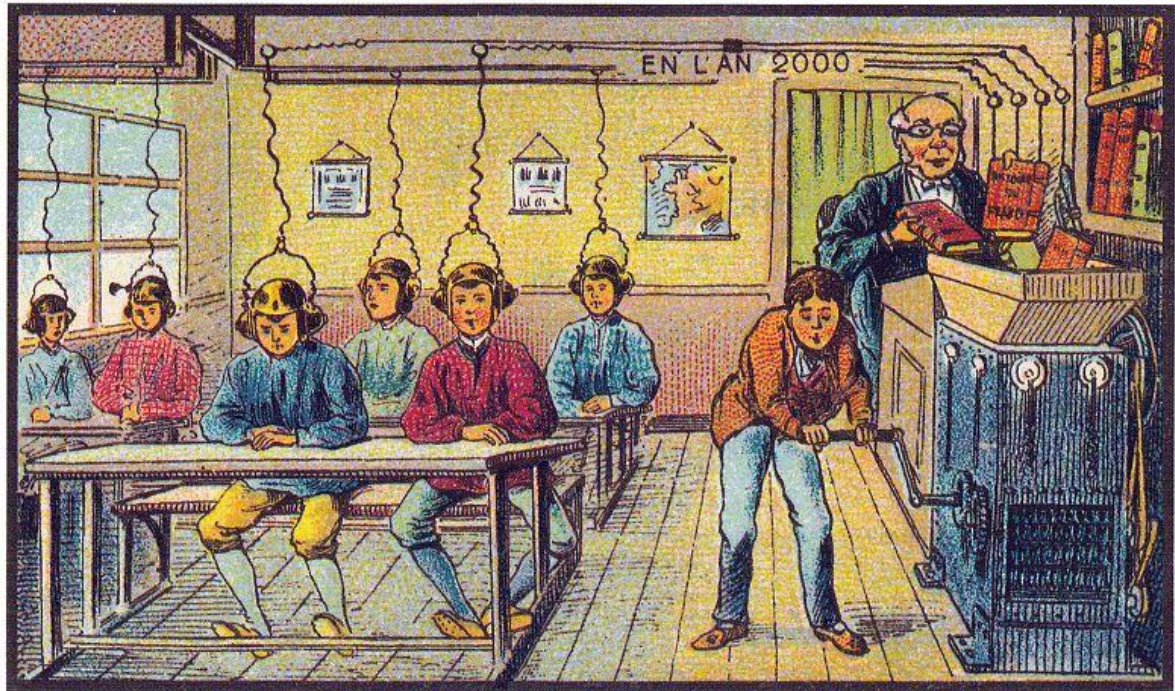


Figura 1 - No ano 2000. Jean-Marc Côté, ca 1890⁹

Esta imagem, deveras curiosa, não se afasta do que Berrios e Marková (2002) conceituam como *álibi tecnológico*, pois, afirmam:

Desde o século dezenove, e toda vez que ela falhava, a psiquiatria biológica usava a desculpa de que as tecnologias atuais não são sensíveis o bastante para identificar as causas orgânicas de todos os transtornos mentais e reafirmava para o público expectador que as técnicas futuras poderão fazê-lo. (BERRIOS; MARKOVÁ, 2002, p. 3)

Conforme Caliman (2009), no tema da hiperatividade, algo muito semelhante pode ser observado. Na década de 1980 começam a surgir promessas de identificar as causas orgânicas e elucidar os mecanismos cerebrais, centradas basicamente em pesquisas que envolviam neuroimagens, investigação genética e investigação laboratorial animal. Na mesma direção, Freitas (2011) aponta

⁹ Ilustração colorida do ilustrador Jean Marc Coté, que apresenta uma sala de aula com estudantes sentados em carteiras escolares olhando para frente e conectado em suas cabeças capacetes eletrônicos que se ligam a uma máquina central que se encontra do lado direito da sala. Esta máquina está sendo usada pelo professor que está de pé de frente para ela, colocando os livros dentro dela para que o conteúdo dentro deles seja transmitido aos alunos passando por fios que vão direito para os capacetes eletrônicos.

os vários discursos que foram se engendrando (...) funcionaram como promessas que se cumprem e imediatamente, rastreando sua trajetória, observamos que se descumprem. A medicina promete a cada tempo a “descoberta última” sobre Os Corpos que Não Param e quando se renova em movimento iluminista de “reformular para não mudar”, uma nova verdade de estrutura se faz necessária. (FREITAS, 2011, p. 174)

Desta forma, proponho o tema da medicalização e suas genealogias, além do que denomino neurocolonização, como balizas importantes para a análise dos achados e surpresas do percurso de pesquisa que apresentarei adiante.

3. METODOLOGIA

A busca por compreender como se constitui a demanda para a Neurologia a partir das vozes das ensinantes implicou passos e estratégias metodológicas. Revisitarei inicialmente meu percurso de psiquiatra-pesquisador e suas afetações em processo: tropeços, achados, encontros.

Apresentarei em seguida o contexto-cenário onde se desdobra a pesquisa e os entremeios das práticas e encontros entre Saúde e Educação. Oferecerei uma visão sobre a configuração político-institucional das interfaces entre as quais transitei e se configura aqui como imperativo metodológico.

No passo seguinte, falarei das estratégias metodológicas utilizadas no levantamento inicial dos encaminhamentos e do processo de constituição dos campos organizadores que deram sustentação aos diálogos com as ensinantes. Por fim, compartilharei os princípios condutores da análise da emergência das vozes nestes encontros.

3.1 EU-MÉTODO: percursos, tropeços, surpresas.

O pesquisador iniciante chega atrapalhado. Há muito desconhecia bancos de escola desde a posição de aprendiz. Muitas ideias na cabeça, encantamentos e estranhamentos. Já trazia comigo as primeiras relíquias que colhi. Falo delas ali adiante. Pulsava dentro de mim uma vontade justiceira de acabar com os encaminhamentos desimplicados para a Neurologia advindos da Educação. Eis que o primeiro rascunho do projeto de dissertação nasceu na sala de espera do aeroporto. Minha irmã chegaria em 45 minutos, tempo de sobra para chover palavras.

As novas versões da escrita foram surgindo ao longo dos meses. Primeiro movimento: “NEUROCIÊNCIAS E EDUCAÇÃO”. Surgiram leituras ácidas sobre aquela suposta inocência da incorporação poética das neurociências para dentro da Educação. Escatologia da Educação tradicional, prefixação cosmética, perguntas inespecíficas. Meu furor crítico acabou corroendo aquela arcaica versão do rascunho. Não era por ali o caminho.

Parafrazeando o título de um seminário¹⁰, os cérebros-sujeitos ganharam corpos e suas articulações. Ressalto este seminário, pois (trans)disciplinou minhas leituras sobre o corpo. Corpo máquina, corpo obsoleto, corpo escrita da história, corpos sarados, corpos talhados, corpos plastificados, corpos medicalizados. Medicalizações, muitas. “A medicalização fez de nós o tipo de humano que nos tornamos” (ROSE, 2007). Biomedicalização, pharmaceuticalização, desmedicalização. Corpo transparente, genealogia de olhar para dentro do corpo. A hipertransparência do cérebro, os cenários onde são produzidas as imagens PET e a semântica das suas leituras.

Foucault emerge na escrita. Começa com biopolítica e biopoder. Tomar a vida de cima em baixo. Minha orientadora insiste: “Você tem que ir aos grandes autores, eles não podem ficar fora do texto.”

Um psiquiatra para quem se abre o mundo das políticas da Educação. As reuniões com as escolas, prática diária no Capsi de Novo Hamburgo, vão mudando e me mudando. A incorporação dos termos da Educação Especial marcou para (e em) mim outros lugares. As possibilidades de negociação com as escolas ficaram mais interessantes e os convites/provocações para apostas coletivas foram se enriquecendo.

Por esta época comecei a colecionar relíquias. São amontoados de pixels, formato JPG. Isso: imagens, fotos tiradas com o celular. Fotos de folhas ou até pedaços de papel. Elas quase brotam do chão. Chegam por demanda espontânea na porta de entrada do Capsi, ou junto com um encaminhamento que vem trazido por uma avó à procura de um laudo, são enviadas por *whatsapp* por uma colega. Nestes papéis falam-se de hiperatividades, impossibilidades escolares, “déficits de aprendizado”, angústias. Professores muito preocupados com aqueles sujeitos que não aprendem. “Deve haver algo de errado com seu cérebro”, quem sabe pensavam. “Vontade de neuro” constante em todos eles.

Um seminário com o professor Emerson Merhy incita amplitudes. A “alma” dos serviços de saúde, caixa de ferramentas, tecnologias leves. Aprendendo-ensinando sobre trabalho vivo e trabalho morto. Pontes entre Clarice Lispector (não aquela do lugar comum nas redes sociais), Suely Rolnik e Lygia Clark. Produção de vida nos encontros.

¹⁰ Seminário “O Corpo e Suas Articulações” oferecido pelo prof Luis Henrique Sacchi dos Santos no segundo semestre de 2015.

Entre o pesquisador iniciante e o professor em metaformação, ponte aérea para os Percursos Formativos/Engrenagens.¹¹ Belo Horizonte todo mês. Embarque às seis, volta meia-noite. Na mochila, leituras sempre intensas. Foucault, estatística, medicalização, cérebro, escola, Pinel, Itard, nascimento da clínica. Novos empuxos de escrita. Resgate dos rabiscos da história da Psiquiatria, a aula sobre idiotia de Foucault. O inevitável sublime de descobrir Victor-Itard.

Momento de escuta. Das ensinantes. Mulheres. Cada encontro, cada voz. Grava, transcreve, lê, relê, satura, dessatura, revisita. Eixos, entortamentos, cadê o cérebro? Muita família nas vozes!

Os debates sobre medicalização vão amadurecendo. Não mais panfletário ou bradando contra a perversa indústria farmacêutica “que maltrata as criancinhas”. Passo a olhar a medicalização das permeabilidades discursivas, daquilo entremeado nos nossos fazeres cotidianos. Pousos também nos processos artesanais de desmedicalização, pequenos e insistentes furos nos processos hegemônicos. O tom da escrita sendo revisitado. A genealogia da medicalização foi encontrando suas pistas.

Reescreve, revisa, reta final, trabalho aprovado na ANPED, deadlines, revisões insistentes. Chegando.

3.2 O CONTEXTO-CENÁRIO: uma *nova* Hamburgo

Carijós um dia deparam-se com os de além-mar. Ilhéus, dos Açores. Que acolhem os que vêm dos portos de Hamburgo. Semeia-se Hamburger Berg, casas, vilas. Couro, tintura, lixa, linha, costura, tesouras. Pioneiros. Pés calçados. “Prosperidade”. “Venha, tem trabalho pra todos”. “Capital Nacional do Calçado”. Dólares como moeda corrente nas ruas. Mansões, barões, muros. Vielas, puxadinhos, cadeia da indústria, consumo das vidas. “Anos Dourados”. China. Fechou uma, fechou duas, portões fechados, esteira no fim. Reinventa, migra, resiste?

Nesta *Nova* Hamburgo, aprendo e convivo com o legado das “reuniões de rede”, iniciadas há cerca de vinte anos pelas primeiras equipes de psicólogos dentro

¹¹ Fui convidado pelo Ministério da Saúde em 2016 a trabalhar como tutor do projeto Engrenagens do Cuidado, dentro dos Percursos Formativos das Redes de Atenção Psicossocial.

da Educação. Hoje ampliadas e consistentes, as reuniões de rede reúnem mensalmente trabalhadores dos serviços estatais e parceiros de outras vinculações institucionais como associações de moradores, organizações da sociedade civil etc. Alguns destes psicólogos pioneiros no trabalho com a Educação vieram a compor, em sintonia com o surgimento das redes, um serviço de Saúde Mental infantojuvenil (que antecede o Capsi, onde atuo), resultando num diálogo historicamente facilitado entre ambos os campos. Das reuniões de rede também emergem as microrredes, arranjos dinâmicos de profissionais de diferentes equipes em torno de alguma criança ou adolescente em situação mais ou menos grave. Estes encontros sistematicamente demandam de seus protagonistas mais do que conhecimento científico ou argumentos técnicos: exigem uma capacidade de articulação e negociação e convidam a um repensar constante das práticas cotidianas à luz das principais políticas públicas dirigidas às crianças e adolescentes.

Outros dispositivos de atenção à Saúde em Novo Hamburgo têm peculiaridades que interessam na compreensão do contexto desta pesquisa, por sua singular configuração político-institucional e suas contradições. Os principais dispositivos de oferta de cuidados até o início dos anos 2000 eram basicamente o Hospital Municipal, inaugurado na década de 1930; o *Posto de Higiene*, construído na segunda metade da década seguinte, hoje funcionando na modalidade de Unidade de Pronto Atendimento; e poucas unidades básicas de saúde localizadas nos bairros mais populosos. Houve implantação tardia das Unidades de Saúde da Família¹², a despeito de uma gestão municipal que outrora dispunha de recursos abundantes oriundos dos anos dourados da industrialização calçadista. Esta crônica falta de investimento na implantação e organização de uma rede de atenção primária desfalcou o trabalho das redes vivas nos territórios, sobretudo na interface entre escolas e unidades de saúde. Este trabalho poderia sim produzir mudanças efetivas nas práticas de produção de educação e saúde.

Processo diferente pode ser observado no campo da Saúde Mental. O pioneirismo e a ousadia constituem-se como marca inaugural das práticas da Casa

¹² As Unidades de Saúde da Família compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF), responsável pela atenção primária em saúde a partir de equipes multiprofissionais baseadas num olhar de prevenção, cuidados básicos e construção de vínculo e adscrição de território. Se as experiências pioneiras da ESF datam da década de 1990 no interior do Ceará, somente a partir de 2010 é que começam a ser implantadas em solo hamburguense.

de Saúde Mental, o segundo serviço inaugurado no Estado (1989) e a partir do qual outros tantos dispositivos foram criados dentro do município. Hoje há ampla rede de cobertura.

Entretanto, os atendimentos em Neurologia para crianças e adolescentes são oferecidos sob um modelo ainda anacrônico, centrado em dois tipos de lógicas: a primeira é a da terceirização¹³, ou seja, a contratação de uma empresa prestadora de serviço à qual são subordinados profissionais médicos. Esta terceirização é operada em consonância com uma segunda lógica, a ambulatorial, onde as intervenções sobre os processos saúde-doença (essencialmente consultas e exames) são sequenciais e desarticuladas dos outros pontos de atenção à saúde. Podemos falar basicamente em “vendas de consultas para a prefeitura”, tão somente consultas. Estas lógicas combinadas produzem distanciamento entre o trabalho vivo nas redes e as intervenções dos profissionais neurologistas, de quem se demandam classificações diagnósticas e intervenções frequentemente medicamentosas.

3.3 RABISCANDO, SOMANDO, AGRUPANDO. MAPAS DOS ENCAMINHAMENTOS

Seria artificial separar os tempos de construção deste texto e do meu percurso como trabalhador de uma rede intersetorial. Ainda em tempos de ideias preliminares sobre a direção dos trabalhos de pesquisa (considerando o meu ingresso no mestrado em agosto de 2015), já era frequente o fato de crianças chegarem primeiro à Neurologia e tardiamente às outras possibilidades de intervenção intersetorial. Em junho de 2015, quando o meu objetivo já vinha ganhando delineamento, busquei elementos para tentar compreender como surgia esse descaminho. Procurei um dos neurologistas terceirizados de Novo Hamburgo e pedi informalmente acesso a algumas das cartas de referência¹⁴ das crianças a

¹³ Por uma infeliz coincidência, a revisão da metodologia a partir do texto aprovado quando da qualificação do projeto inicia-se no período pós-aprovação pelo Congresso Nacional do Projeto de Lei que facilita a terceirização como atividade-fim para empresas e serviços estatais.

¹⁴ Cartas de referência e contrarreferência (popularmente conhecidos como encaminhamentos são os documentos escritos por um médico “não especialista” dirigidos a um especialista (referência) que – teoricamente - responderá indicando sua impressão e orientando a conduta. Para que possam ter

serem atendidas naquele dia. Realizei um levantamento quase experimental onde encontrei muitas vozes: a dos profissionais signatários dos encaminhamentos, a dos professores e a dos familiares. Fui encontrando em muitas destas cartas termos ligados ao campo da Educação, em curtas frases que buscavam justificar o convite a uma intervenção neurológica, sinalizando pistas sobre a constituição desta demanda.

Em janeiro de 2016, já na posição de pesquisador, solicitei formalmente à Secretaria de Saúde de Novo Hamburgo acesso às cartas de referência à Neurologia, tendo o pedido sido deferido (ANEXOS B e D). De posse desta autorização, busquei a empresa terceirizada onde são realizadas as consultas neurológicas e tive acesso às cartas de referência, que serão analisadas no capítulo 4.1, e partir delas construí um mapa dos encaminhamentos

Um total de 800 cartas de referências foram acessadas em uma única sessão de leitura em fevereiro de 2016, com registro escrito de elementos fundamentais (bairro, idade, motivo, unidade encaminhadora) de cada encaminhamento feito em sua respectiva data. Destas cartas, 203 se referiam a crianças e adolescentes (zero a 18 anos). Fiz registro fotográfico de 14 delas onde encontrei termos relacionados ao campo da Educação. Este levantamento foi depois sistematizado usando-se o aplicativo Microsoft Excel® e uso de análise matemática simplificada (totalizações e porcentagens) como forma de construção das macrocategorias analisadas. Operei também a seleção e transcrição de trechos contendo referência aos temas educacionais.

Produzi, a partir do conjunto destas cartas, dois recortes: um recorte quantitativo, um modo de olhar mais panorâmico, tentando oferecer um mapa numérico destes encaminhamentos para a Neurologia com o protagonismo da Educação dentro do universo de encaminhamentos. Este recorte quantitativo será apresentado no subcapítulo 4.1.

O outro recorte, qualitativo, olhou para fragmentos de alguns documentos encontrados anexados a estas cartas de referência. O trabalho de escolha dos

acesso a uma consulta neurológica, os responsáveis pela criança ou adolescente precisam apresentar esta carta de referência à central de marcação de consultas localizada na Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo.

pontos deste recorte colocou-me diante de um achado que teve função determinante na organização desta dissertação. Dentro das 14 cartas de referência onde me deparei com evidências do protagonismo da escola no encaminhamento ao neurologista, em oito delas, reconheci esta participação de maneira indireta, grafada apenas na escrita do profissional encaminhador, como em: “Criança 6 anos **vem com encaminhamento da escola** por apresentar transtornos comportamentais”; “**criança encaminhada da escola** por ser muito agitada”; “dificuldade escolar, **solicitado encaminhamento pela escola**” (grifo meu).

Nas outras seis cartas descobri documentos escolares anexos às cartas de referência. Assumi como passo metodológico inicial oferecer atenção às palavras-vozes destas professoras que participaram da escrita destas cartas, pensando nas singularidades destas escolhas. Apresento no subcapítulo 4.2 esta análise qualitativa.

3.4 MOMENTO-SEGUNDO: palavras-conversas com as ensinantes

O achado destes fragmentos e a leitura destas palavras-vozes fez-me escolher como segundo e principal passo metodológico desta pesquisa ouvir as ensinantes envolvidas na escrita destes documentos escolares que foram encontrados anexados aos encaminhamentos e a constituir com eles um diálogo onde pudéssemos retilhar pistas para compreender a constituição da demanda para a Neurologia. Detalho a seguir as etapas da construção desse passo: burocracias, escolhas, enfim, encontros.

Em fevereiro de 2016, solicitei à Secretaria Municipal de Educação (SMED) autorização para que eu pudesse dialogar e entrevistar professores e/ou equipes diretivas. Fui recebido na SMED, onde pude apresentar os objetivos e delinear a proposta metodológica até então consolidada e tive boa receptividade. Pedido novamente deferido. (ANEXOS C e E)

O contato inicial foi feito por ligação telefônica para a escola (quando identificada) ou via rede social. Nesta última modalidade, a ideia era tão somente abrir o caminho de contato com o professor para que eu pudesse esclarecer via

telefone o desenho, objetivo e intenção da pesquisa. Houve, dentro dos autores dos seis documentos encontrados, somente uma recusa de participação. Logo, propus-me a entrevistar cada um destas cinco ensinantes os quais concordaram em participar.

Após este contato telefônico, as entrevistas eram agendadas. Houve uma interessante variedade nos *settings* de entrevistas: a primeira delas ocorreu na escola, a segunda na faculdade onde leciono (por questões de logística para ambos e também considerando um local que oferecesse privacidade e silêncio). A terceira delas foi realizada na casa da entrevistada, a quarta por videoconferência, e a última no local onde a entrevistada desempenhava outra função para além de professora. Estes encontros ocorreram entre novembro de 2016 e janeiro de 2017.

O encontro começava com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) e uma apresentação preliminar da pesquisa e dos objetivos da entrevista. Todas as entrevistadas – cinco professoras - assinaram o termo e nenhuma delas fez qualquer solicitação de exclusão de trechos do diálogo. As entrevistas duraram cerca de uma hora, com o áudio registrado e transcrito na íntegra por mim, considerando a transcrição como uma forma de imersão nos discursos. As gravações foram salvas em arquivo protegido por senha dentro de um dispositivo cujo acesso é restrito à equipe de pesquisa.¹⁵

Tive a preocupação de minimizar os riscos para os entrevistados envidando esforços para preservar o sigilo dos participantes tanto nas publicações escritas quanto em apresentações orais. O trabalho em parceria com a orientadora demandou uma revisão cuidadosa da contextualização dos trechos transcritos, procurando manter cada fragmento dentro da tematização levantada. Busquei, de igual maneira, planejar a entrevista de modo a minimizar constrangimentos ou desconfortos, esforçando-me para compor e enunciar quesitos que se situassem dentro do escopo da pesquisa, evitando temas de foro íntimo. Assumi, *a priori*, que as professoras convidadas não compõem grupo vulnerável, sobre o qual recairiam cuidados adicionais no trato de questões sensíveis, embora a profissão envolva um importante desgaste pessoal.

¹⁵ Os materiais da pesquisa – arquivos de áudio, termos de consentimento, registros de campo – ficarão sob guarda e responsabilidade do pesquisador por um período de 5 anos após o término da pesquisa, conforme determina a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

O movimento-pesquisador buscou assim pensar o diálogo partindo das vivências com maior proximidade cronológica, o dito *presente*, em direção ao que ia sendo reconstituído e reelaborado dos eventos mais longínquos, ou seja, a situação disparadora recente convidaria para uma revisitação ao vivido pela ensinantes com a criança encaminhada e como foi se constituindo a escolha pela neurologia.

Neste mesmo sentido, o desenho da entrevista procurou convidar cada entrevistada a caminhar da experiência para a reflexão, buscando a emergência de estranhamentos, afetações e problematizações a partir das narrativas. Estes princípios guiaram a organização das entrevistas nos campos listados abaixo.

Há duas importantes considerações metodológicas que sinto como imprescindíveis. A primeira delas remete-se às relações de poder que atravessam os (pelo menos) dois lugares possíveis dos interlocutores, sobretudo se considerarmos meu trabalho como pesquisador, quase inseparável do lugar de médico, apesar do esforço em me apresentar como mestrando. Este *segundo* lugar, médico, introduz deslocamentos no diálogo. Ainda que vigore a minha insistência em tornar a entrevista uma experiência menos dissimétrica possível, cada leitor precisa levar em consideração este inevitável viés nos lugares simbólicos que ocupamos – eu e as entrevistadas. Indiscutivelmente, este trabalho convoca ao exercício ético de oferecer ao entrevistado fragmentos e lentes que o convidem a pensar o próprio fazer por novos ângulos e incidências.

A outra consideração metodológica implica particularmente uma forma de me lançar ao campo que me é absolutamente nova. Se por um lado possa parecer óbvio que não chego ao campo como uma *folha em branco*, como um *isento*, ou como um observador de lugar algum, foi um desafio romper com uma linearidade de hipóteses e verificação, ainda impregnada na minha forma de pesquisar. O trabalho de transcrição e análise exigiu-me, e sobretudo a partir dos tensionamentos produzidos nos espaços de orientação, revisitar o meu fazer metodológico, assumindo meu lugar de sujeito-médico-pesquisador-trabalhador-da-rede trazendo perguntas e inquietações e aberto ao inesperado, àquilo que sempre escapa dos enquadramentos teóricos e lentes, focos e linhas. O fazer-me-pesquisador tenta produzir, nesta versão final, não uma simples verificação de hipóteses mas uma narrativa de descobertas.

3.5 A FERRAMENTA E SEUS CAMPOS

Os encontros com as ensinantes demandaram o uso de uma ferramenta, um artefato produzido durante o ‘trabalho vivo’ (MERHY; FEUERWERKER, 2009) de escrita e reflexão, para me auxiliar a operar sobre uma realidade na qual busquei respostas e trouxe mais perguntas. Chamo de ferramenta o artefato organizador das linhas gerais de diálogo, de modo a converter inquietações em convites às ensinantes para que retrilhassem comigo como se constitui cada demanda para Neurologia.

A tentativa de organização das linhas gerais do diálogo demandou a criação de campos organizadores e suas respectivas perguntas. Organizei a ferramenta em seu nível macro nos seguintes campos: Disparador da conversa; Diálogo e construção de parcerias com a Saúde; Construção de si e do lugar/saberes enquanto ensinante e Neurociências e Educação. Aponto a seguir os campos e as perguntas-convites pertinentes e apresento brevemente o que perpassa a constituição de cada campo.

Campo 1: Disparador da conversa - expectativas a respeito da situação onde houve indicação para a Neurologia e que disparou o convite para a entrevista

Conte um pouco do teu percurso junto a esta criança ou adolescente:
O que viveu enquanto professora dela? Como foi se constituindo a sua preocupação?
Que recursos de investigação pode ou não contar nesta situação, considerando as redes internas e externas à escola?
Que hipóteses explicativas (cerebrais, religiosas/espirituais, psicológicas, pedagógicas) lhe vêm à mente quando pensa neste aluno?
Você acredita que a neurologia pode complementar a compreensão dos desafios apresentados por este aluno? Como?
Você acha que exames como eletroencefalografia ou tomografia podem trazer informações adicionais sobre este aluno?

Este campo buscou abrir espaço para cada entrevistada falar das cenas vivenciadas com a criança encaminhada para a Neurologia. Conversamos acerca do

início das preocupações, com quais recursos pôde ou não contar e as hipóteses explicativas as quais formula para tentar compreender os desafios apresentados por aquele aluno. O campo ofereceu ainda a possibilidade para cada ensinante falar de suas expectativas em relação à intervenção da Neurologia.

Este início de conversa foi pensado como a oportunidade para compreender a constituição da demanda para a Neurologia a partir de cenas trazidas diante do caso inspirador do encaminhamento. Convidei as entrevistadas para que deixassem surgir as queixas-problemas-questões disparadoras e assim contassem as estratégias iniciais utilizadas diante dos impasses encontrados.

Campo 2: Diálogo e construção de parcerias com a Saúde

Subcampo A: Parcerias nas horas difíceis
Tente lembrar os casos mais difíceis com os quais já lidou: com quem pôde contar efetivamente? De quem esperava e não houve participação?
Subcampo B: Construção das práticas nos territórios
A escola tem tido diálogo com a ESF referência para o bairro? Conhece o trabalho dos Agentes comunitários de saúde? Qual é a sua percepção a respeito do trabalho da Estratégia Saúde da Família?
Já acompanharam casos em parceria? Já houve situação de discordância entre vocês? Como foi resolvido? Há algum outro serviço de saúde no município em quem você e/ou a equipe da escola têm maior confiança?
Subcampo C: Diálogo com os especialistas
Como tem sido a relação com os laudos? Você acha que o laudo faria a diferença na condução do processo de aprendizado daquela criança? Você já teve a oportunidade de conversar com um profissional que fez o laudo? Se teve, como foi a sua experiência? ¹⁶

O segundo momento da entrevista procurou compreender os diálogos e encontros estabelecidos entre as entrevistadas e os diversos trabalhadores da Saúde em diferentes cenários e configurações, tanto a partir de situações difíceis,

¹⁶ Ainda que a questão dos laudos apareça em poucos momentos desta escrita, opto por trazê-la para a entrevista, pois considero o laudo como um objeto que frequentemente traz para o seio da escola o discurso do especialista sobre uma determinada criança ou adolescente.

atravessadas por intensidades e urgências nas demandas à Saúde, como na convivência e proximidade com trabalhadores da Estratégia da Saúde da Família nos territórios. Criou-se também uma abertura para que cada ensinante falasse sobre a relação com os laudos e de eventuais encontros ou diálogos com aqueles signatários de tais documentos.

Campo 3: Construção de si e do lugar/saberes enquanto professor

Fale um pouco sobre o seu percurso de formação (magistério, graduação, especializações). Escolheu algum aprofundamento na questão que envolvesse temáticas relacionadas ao cérebro?
Tem experiências familiares ou de círculo próximo de amigadas onde uma criança ou adolescente precisou de acompanhamento neurológico?
Saberia mencionar casos onde a enunciação de um diagnóstico melhorou a sua possibilidade ou capacidade de intervir no processo de ensino-aprendizagem?

O percurso de formação do entrevistado, as escolhas de formação, ganharam foco neste terceiro momento, onde abri espaço para que a ensinante trouxesse esta construção de si e falasse dos balizadores que ao longo dos anos vêm operando no seu fazer. Houve também um momento onde a ensinante pôde recordar experiências familiares ou nos círculos de amizade que envolvessem temas relacionados à Neurologia. Por fim, perguntei se cada ensinante já teria vivenciado situações onde a enunciação de um diagnóstico contribuisse positivamente na capacidade de intervir no processo de ensino-aprendizagem.

Questionei também se o percurso de formação destas ensinantes não estaria permeado pela temática das neurociências ou se situações vividas com/por familiares e/ou amigos onde ocorreu uma intervenção bem-sucedida da Neurologia poderiam indicar a eficácia deste saber diante de situações difíceis.

Campo 4: Neurociências e Educação

Quando você vê na mídia informações sobre o funcionamento do cérebro, acha que elas podem influenciar ou transformar a sua habilidade como educador?
--

Acha que as imagens cerebrais das pesquisas acadêmicas possibilitam descobertas sobre as formas como as pessoas aprendem? E acha que estas descobertas podem vir a influenciar a sua maneira de ensinar?
--

Você acredita que conhecer melhor sobre o cérebro pode fazer um educador ensinar mais, ou melhor?

O componente final da entrevista convidou o olhar para as divulgações nos meios de comunicação triviais relacionando neurociências, cérebro e aprendizado. Ofereci nesse momento ao entrevistado a possibilidade de trazer suas próprias leituras a partir dos conteúdos recentes de jornais, revistas, documentários, filmes etc. que tivessem anunciado alguma mudança de paradigma na Educação a partir do conhecimento do funcionamento do cérebro. Estive atento a reconhecer – ou não - a permeabilidade dos discursos das neurociências-pesquisa no cotidiano destas ensinantes com repercussões sobre as decisões nos encaminhamentos.

Apresentados os passos metodológicos e a ferramenta, sigo adiante nos capítulos compartilhando os achados, surpresas, encontros e desencontros deste fazer-pesquisa. Optei por agrupar a escrita em alguns capítulos considerando as confluências entre os temas: o processo de construção de si e a permeabilidade dos discursos midiáticos das neurociências; os encontros das ensinantes com os diversos profissionais de saúde; e as hipóteses e expectativas em torno de cada situação vivida.

4. PRIMEIRAS PISTAS

Início aqui a apresentação dos meus achados, encontros e surpresas. Este capítulo tratará das pistas iniciais que antecederam as entrevistas, na busca por compreender como se constitui a demanda para a Neurologia nas vozes das ensinantes. Por onde andaremos inicialmente?

No subcapítulo 4.1, trarei um levantamento dos encaminhamentos à Neurologia no segundo semestre de 2015 como um mapa preliminar que ajude a compreender o impacto das questões educacionais dentro do universo de encaminhamentos para a Neurologia.

O subcapítulo 4.2 trabalha sobre o recorte qualitativo destes encaminhamentos, a partir dos documentos provenientes das escolas a eles anexados: as palavras a lhes dar sentido serão realçadas como elementos preliminares na compreensão da constituição da demanda. Tomarei os fragmentos destes escritos como provocadores iniciais das reflexões adiante.

Os capítulos subsequentes (5, 6 e 7) oferecerão espaço às vozes entoadas nos campos abordados nas entrevistas. Organizei esta leitura-escuta não a partir da sequência linear dos campos presentes na ferramenta-guia das conversas. Optei por uma estratégia compreendida como centrípeta, partindo dos temas mais tangenciais e periféricos em direção aos núcleos em torno dos quais se organiza a constituição da demanda. Esta opção implicou reorganizar os achados numa sequência diferente de como é apresentada a ferramenta-entrevista, sem uma hierarquia previamente definida de temas.

No próximo capítulo, as ensinantes contarão um pouco das afetações em seus percursos. Faço a escolha para trazer suas vozes em primeira pessoa, de modo a possibilitar suas narrativas a caminharem em direção ao tema da construção de si, um dos campos organizadores da entrevista. Busco ali elementos na formação ou percurso de vida e trabalho das ensinantes que poderiam ajudar a compreender a constituição da demanda para a Neurologia.

No momento seguinte de análise, as ensinantes falarão da sua relação com as facetas midiáticas das neurociências, onde fui reconhecendo um certo vacilar, um

pode ser, ou mesmo um desencontro com os ecos que me entoavam antes da entrevista.

Em seguida, ofereço escuta às vozes das ensinantes quando falam dos encontros com as equipes de saúde em seus diferentes contextos institucionais e em diferentes possibilidades de simetrias. Estive atento aos movimentos, alianças, expectativas e confluências ali operantes.

Adiante, trabalharei atento aos ecos e afetações que emergem da *recontação* da situação disparadora e dos movimentos dali decorrentes: os convites/chamados/pedidos disparados antes do encaminhamento para a Neurologia e o que se produziu ou não destes encontros. Sigo na análise tecendo uma costura entre as expectativas de cada ensinantes em relação à intervenção do médico neurologista e as hipóteses por eles elaboradas para a situação particular de cada criança encaminhada.

Na parte final da dissertação, apresento um capítulo adicional, como que uma faixa bônus em um álbum de música, falando de possibilidades de desmedicalização a partir de artesanias ensinantes. Faço essa escolha oferecendo um fechamento alternativo para o trabalho. Os rumos que as conclusões desta dissertação foram tomando produziram em mim uma certa sensação de peso, um pessimismo que parece atravessar parte importante das pesquisas em torno do tema da medicalização. Inspirado pela própria noção de irregularidade dos processos de medicalização apontado por Zorzanelli *et al* (2014), optei por trazer uma escrita adicional pensando possibilidades de desmedicalização na própria Educação, na expectativa de encerrar a escrita convidando uma leveza das palavras.

4.1 “AO”¹⁷. QUANTOS?

Neste subcapítulo, faço recorte quantitativo do material sobre o qual opereii, as cartas de referência para o especialista-neurologista, na forma de um

¹⁷ A palavra “ao”, mera contração entre a preposição ‘a’ e o artigo definido masculino ‘o’ configura-se como uma palavra chave para um encaminhamento dentro da saúde.. O texto das cartas de referência começam com, por exemplo, “ao neurologista”

mapeamento dos encaminhamentos buscando compreender o peso da demanda educacional dentro do universo de encaminhamentos para a Neurologia.

Meu ponto de partida é um total de 800 documentos, que também incluíam adultos, estando 203 deles relacionados a sujeitos entre zero e 17 anos e emitidos em dois intervalos distintos: o mês de julho de 2015 e o intervalo entre outubro e dezembro do mesmo ano¹⁸.

Há vários dados omitidos ou ilegíveis e as justificativas para os encaminhamentos são redigidas de maneiras bem diferentes, tornando qualquer tentativa de classificação deste material uma tarefa arriscada.

A escolha por uma quantificação inicial abre a desafiadora possibilidade de que os números possam trair os mecanismos de governo dos não aprendentes e dar visibilidade aos sujeitos. Posso chamar de levantamento, não sei se seria o melhor nome. Contagens, somas, proporções, porcentagens, estatísticas. Mas que nunca seja a redução dos sujeitos. Os algarismos precisam ser um convite pra se olhar pra cada um daqueles sujeitos.

Cada carta de referência costuma conter uma justificativa para o encaminhamento para a Neurologia. Uma leitura panorâmica destas justificativas produziu o primeiro agrupamento contendo duas macrocategorias, conforme a presença ou ausência de menção a algum elemento relacionado à escola, aprendizado, leitura, escrita ou termos que envolvam o campo da Educação. Emergem deste primeiro passo as categorias aqui nomeadas de ENCAMINHAMENTOS CLÍNICOS ¹⁹ (onde **não houve** esta menção) e ENCAMINHAMENTOS EDUCACIONAIS (onde **houve** menção a termos relacionados ao campo da Educação). O quadro 1 resume os achados.

¹⁸ A ideia original do projeto era abranger o segundo semestre de 2015 em sua íntegra, porém como houve mudança de sede da empresa terceirizada, só me foram disponibilizadas em tempo hábil as cartas de referências destes quatro meses citados.

¹⁹ Opto por reduzir aqui o termo “clínico” para a dimensão da clínica médica/”não mental” como forma de organização dos achados. Na minha prática cotidiana, entretanto, reconheço que intervenções dentro da escola podem produzir efeitos clínicos extremamente significantes.

Quadro 1: Resumo dos encaminhamentos à Neurologia²⁰	
Encaminhamentos (adultos, crianças e adolescentes)	800
Encaminhamentos de crianças e adolescentes	203
“Encaminhamentos clínicos”	125
<i>Cefaleia</i>	31
<i>Epilepsia/convulsões</i>	29
<i>Outros</i>	64
“Encaminhamentos educacionais”²¹	65
<i>Inclui menção a TDA/H ou hiperatividade</i>	26
<i>Não inclui menção a TDA/H ou hiperatividade (justificativas educacionais inespecíficas para o encaminhamento)</i>	39

Das 203 cartas iniciais, encontro 125 que serão incluídas como **Encaminhamentos Clínicos**²². Reconheço nesta categoria dois subgrupos de justificativas mais frequentes: **cefaleia** (31 casos) e **convulsões e/ou epilepsia** (29 casos). As cartas restantes trazem gama de situações pouco frequentes ou pouco especificadas²³: que dificilmente caberiam em uma classificação. Em 13 casos, a justificativa não pôde ser reconhecida (ilegível ou contendo informações insuficientes).

²⁰ Quadro formado por 2 colunas e 9 linhas

Quadro 1: Resumo dos encaminhamentos à Neurologia
Encaminhamentos (adultos, crianças e adolescentes): 800
Encaminhamentos de crianças e adolescentes: 2003
“Encaminhamentos clínicos”: 125
Cefaleia: 31
Epilepsia/convulsões: 29
Outros: 64

“Encaminhamentos educacionais”: 65

Inclui menção a TDA/H ou hiperatividade: 26

Não inclui menção a TDA/H ou hiperatividade (justificativas educacionais inespecíficas para o encaminhamento): 39

²¹ Nestes encaminhamentos educacionais, houve 14 cartas de referência com menção à sugestão ou influência da escola no encaminhamento e em 6 situações houve um documento proveniente da escola anexo à carta.

²² Vide nota de rodapé do quadro 1 onde apresento considerações breves sobre o uso do adjetivo “clínico”.

²³ Como exemplo: autismo, alterações de exames complementares sem menção a queixas clínicas, “paralisia cerebral”, etc.

Na macrocategoria dos **Encaminhamentos Educacionais**, encontrei um total de 65 cartas de referência e opto por subdividi-la tendo como critério a existência ou não de termos relacionados à ‘hiperatividade’ e às hipóteses diagnósticas de TDA/H. A opção se justifica pelo fato de o sintoma/queixa/problema “hiperatividade” ser o mais frequente no campo da Saúde Mental Infantojuvenil (GOODMAN; SCOTT, 2004; LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2005). O achado que convida o olhar mais atento é **a quantidade de menções diretas ou indiretas à classificação diagnóstica de TDA/H ou ao sintoma hiperatividade (n=26) ser menor do que aquela encontrada no grupo onde não há este tipo de justificativa (n=39)**. Dito de outra forma, dentro do universo de encaminhamentos envolvendo questões relacionadas à Educação, **termos como “atraso escolar”, “déficit de aprendizado”, “déficit de alfabetização”, “transtorno de aprendizagem”, “não consegue fixar aprendizagem” superam numericamente as inferências à questão da hiperatividade**. Chama a atenção ainda nesta macrocategoria o fato de o subgrupo onde **não** há menções explícitas à hiperatividade ou ao TDA/H (n=39) **ser mais numeroso que o subgrupo de problemas relacionados à epilepsia (n=29)**, situações onde a atuação do neurologista é de fundamental importância.

Eis aqui uma evidência de operarmos num contexto permeado por uma cultura imersa em práticas medicalizantes. Este levantamento indica que as situações de impasses escolares produzem maior pressão de demanda sobre o sistema de saúde se comparados aos casos de epilepsia e convulsões, sendo que nestes últimos a intervenção do médico neurologista produz indiscutivelmente melhores resultados.

Desta forma, o mapa dos encaminhamentos fornece evidências de que a demanda para a Neurologia a partir de questões relacionadas à Educação é frequente e suas justificativas envolvem tanto demandas que estão relacionadas às produções discursivas do TDA/H e dos “corpos-que-não-param” (FREITAS, 2011) quanto de questões relacionadas ao “não-aprender-na-escola”(MOYSÉS, 2001).

4.2 CARTAS-LETRAS-PALAVRAS DAS ENSINANTES: Fragmentos e pistas iniciais para a constituição da demanda

Se o levantamento-mapa nos aponta para a frequência dos encaminhamentos para a Neurologia a partir de questões educacionais, um outro achado traz evidências do protagonismo de professores no passo fundador desta indicação: a existência de documentos assinados por educadores anexos a seis das 203 cartas de referências analisadas. Estes documentos incluem dois pareceres descritivos, duas “solicitações de encaminhamento”, uma carta e um documento dirigido ao “Pacto Pela Aprendizagem”, projeto municipal que visava garantir por meio de “atendimento” às crianças uma diminuição no quantitativo de reprovações.

A leitura de fragmentos destes seis documentos traz letras-palavras como elementos iniciais para possibilitar olhares sobre peculiaridades na constituição desta demanda. A partir deste momento, as palavras viram falas e ofereço nomes a estas que falam. Recorri aqui às inspirações jobinianas na escolha dos nomes. Posso dizer que a indicação se deu por associação livre, à medida que fui lembrando os nomes das canções e atribuindo à sequência temporal das entrevistas. Escutaremos Luiza, Ângela, Lydia, Ana Luiza e Isabela. Bebel recusou a entrevista, mas as frases que deixou em um destes documentos dificilmente poderiam estar fora desta escrita.

“Já é o segundo encaminhamento solicitado pela Escola para especialista em Neuropediatria.” (Bebel, professora que recusou a entrevista)

Este breve fragmento aponta para a persistência na escolha pela Neurologia. A ênfase no fato de que um primeiro não teria sido efetivado e que a Escola torna a solicitá-lo sinaliza não uma posição “sugestora” – “será que essa criança precisa de um neurologista?” – mas afirmativa e insistente. Ângela entoou: “nós enquanto escola estamos bastante preocupados com esta situação, solicitamos com URGÊNCIA um atendimento.” (destaque no original). Luiza sintoniza essa posição ao solicitar “intervenção, diagnóstico do aluno John, pois o mesmo apresenta algumas dificuldades na escola como falta de atenção, agitação, **falta de limites nas suas atitudes e nas relações interpessoais.**” (grifo meu)

Algumas pistas importantes vão se deixando ver, emergindo destas grafias. Encontro os primeiros fragmentos de um discurso de esgotamento dos recursos e estratégias disponíveis na escola e em eventuais parcerias que poderiam se

constituir, tema que retornará com mais aprofundamento no capítulo 6. Luiza fala de um aluno que

“não está conseguindo se ater por mais tempo em algum trabalho, permanecer sentado no seu lugar. Desta forma não está conseguindo avançar nas aprendizagens” e “**nem sempre dá atenção para as ordens da professora**”. (Luiza, grifo meu)

As demandas também falam de problemas que se situam para além dos professores. Ana Luiza, por exemplo, conta já ter realizado “várias intervenções com a família a fim de realizar combinações a cerca (sic) de sua rotina e de seus relacionamentos”.

Luiza formula ainda uma demanda explícita por um diagnóstico quando escreve “solicitamos intervenção, diagnóstico do aluno John, pois o mesmo apresenta algumas dificuldades na escola...”, o que curiosamente choca-se com a assertividade da enunciação nas palavras de Bebel, quando grifa: “O aluno tem diagnóstico de TDA/H e nunca realizou tratamento.” (grifo meu) Este pedido explícito por uma classificação, entretanto, não é uma constante nas outras escritas.

Quando lanço um olhar inicial para os problemas apresentados pelos alunos encaminhados e que são utilizados como justificativas para tais encaminhamentos, penso que o único agrupamento possível é dentro da dimensão dos problemas externalizantes e transgressores, sem que seja possível reconhecer especificidades ou subcategorias. Luiza fala, por exemplo, de um menino que “desde muito pequeno sempre se mostrou com grande inquietude, extremamente agitado”, ao que Ana Luiza conta de um menino que “tem se tornado bastante agressivo, muitas vezes batendo com muita raiva até mesmo na professora.” Escuto Ângela dizer que seu aluno “em alguns momentos cria conflitos na turma de colegas”, ao que Luiza diz de um outro menino que não consegue “permanecer sentado no seu lugar”.

Desta forma, a escolha das justificativas para o encaminhamento de uma criança a um *médico especialista no cérebro* fala de um processo de medicalização em sua vertente de controle sobre os corpos dos desviantes, conforme debatido no subcapítulo 2.1 (CONRAD, 1975). Estas interferências sobre a vida escolar na contemporaneidade ganham novos contornos, novas configurações, ao mesmo tempo em que alimentam um processo de *aggiornamento*, de atualização constante

de suas dinâmicas ao mesmo tempo em que dá continuidade à sua tradição secular. (CASTEL, 1978).

Considerando as leituras que inspiram e alinham lentes teóricas escolhidas para analisar as produções discursivas emergentes das letras-palavras, posso falar de uma importante trama entrelaçando os temas dos “desatentos” (CALIMAN, 2009; LIMA, 2005) habitando “corpos que não param” (FREITAS, 2011) com as “crianças que não-aprendem-na-escola” (MOYSÉS, 2001) em uma forma bastante peculiar e preocupante de medicalização da Educação.

Que peculiaridades são estas? Elas se confirmam nas vozes das ensinantes ou ganham outras formas discursivas? O que emerge das falas, minha e das entrevistadas, que pode oferecer ou sustentar evidências deste esgotamento dos recursos escolares, de uma *certeza de Neuro*, ou das estratégias para dialogar com a posição desviante de alunos-sujeitos?

5. PRIMEIRAS VOZES²⁴

Este capítulo está organizado em dois momentos. No momento inicial, abro espaço para que as entrevistadas se façam conhecer. A entrevista possibilitou que cada uma delas falasse de si e falasse dos balizadores que ao longo dos anos vêm operando no seu fazer, contando sobre o seu percurso singular de formação a partir de suas escolhas. Houve igualmente oportunidade para que recordassem experiências familiares ou nos círculos de amizade as quais envolvessem temas relacionados à Neurologia. A busca aqui era por eventuais leituras cerebralistas permeadas no percurso formativo das ensinantes ou se situações próximas onde houve uma intervenção bem-sucedida da Neurologia teriam se constituído como um indicador de eficácia diante de situações difíceis.

No segundo momento de análise, analiso os recortes das entrevistas onde as ensinantes falam das suas percepções em relação às publicações de grande circulação ao abordar as neurociências, considerando os elementos relacionados às imagens cerebrais como também matérias versando sobre a relação entre cérebro e aprendizado.

5.1 QUEM FALA?

Início este trabalho de análise apresentando nossas interlocutoras na primeira pessoa, contando seus percursos de vida, escolhas, desafios, desistências, afetações... Suas narrativas apresentam fragmentos destas construções de si, onde busco elementos na formação profissional ou no percurso de vida e trabalho das ensinantes que possam ser reconhecidos como tendo relevância na constituição da demanda para a Neurologia onde cada uma destas ensinantes teve papel protagonista.

Apresentar quem fala traz o fio da escrita pra essa delicada fronteira entre preservar a identidade de cada uma das entrevistadas e poder oferecer ao leitor

²⁴ A partir deste capítulo e nos dois seguintes, trabalharei a partir dos recortes das entrevistas das cinco professoras signatárias dos documentos encontrados anexados a cartas de referências para a Neurologia, conforme relatado na metodologia.

alguns sinalizadores do lugar que aquela voz ocupa na vida da criança encaminhada à Neurologia e nos contextos onde se desdobram as situações disparadoras.

Depois de saber um pouco sobre elas, o escutar de suas vozes se fará atento ao que permeia seus processos de formação. Os recortes aqui buscaram vetores na direção da Neurologia que tenham se constituído desde os primórdios dos seus percursos formativos. Começo convidando Luiza a falar de si:

Fiz magistério, fiz pedagogia e [depois especialização] na área da supervisão escolar e fui fazer a gestão escolar como pós, que é uma área que sempre gostei. Tive uma colega que era psicopedagoga e também fazia estudos na área da psicanálise, começou a me instigar, a dar uma vontade muito grande de saber mais, então com isso ela começou a me alcançar material sobre isso e fui muito buscando... assistindo palestras, lendo, grupo de estudos... (Luiza)

Luiza conta de uma importante vontade de saber, e disso que parece movê-la em direção a novos processos de aprendizado, desde a área de gestão até a Psicanálise. Ela não trouxe, entretanto, elementos que remetessem aos discursos prevalentes das neurociências-pesquisa... O que nos diz Ângela?

...(risos) tenho dois filhos, eu gosto de começar por isso, por que eu tive filho muito novinha, com 16 anos, e nesse momento me caiu as fichas, comecei a pensar no que queria fazer... fiz magistério, meus pais me ajudaram, abri uma escola com 2 amigas [mas] não deu certo. Depois trabalhei em escolas particulares, escolas de educação infantil, [e ainda] como estagiaria no município, na rede, depois na mantenedora. Trabalhava como coordenadora pedagógica aqui e lá na outra escola. Fiz pedagogia e um pós de psicopedagogia mas... não era assim o que eu esperava... Depois da psicopedagogia, não estudei mais, já fiz vários desses de extensão, um sobre inclusão, outro sobre bebês... (Ângela)

Ângela nos apresenta seu percurso profissional e os seus dilemas: família, apostas, decepções... As formações parecem surgir em momentos tardios e não incluem leituras sobre funcionamento do cérebro, *neuroaprendizado* e áreas de concentração permeadas por discursos biomédicos. Os percursos de Lygia e Ana Luiza guardam semelhanças com os de Ângela e Luiza:

Primeiro eu fiz o magistério, depois fui morar no norte e lá não tinha faculdade, mas a gente veio embora. Eu não conseguia dar conta de tudo, em questão de atender o filho e trabalho e tudo mais. Depois quando eu consegui dar uma folgada fiz a pedagogia, e [depois] um pós em psicopedagogia institucional. Fiz outras pós, um era em alfabetização, a

outra em educação inclusiva e outra em sala de recursos multifuncional, (Lygia)

Eu fiz magistério, [depois] pedagogia e um pós em literatura infantil. Sempre trabalhei, há 13 anos que trabalho com a Educação Infantil, exclusivamente. Quando eu fui escolher o curso de pós, eu tava muito na dúvida se eu ia fazer neuropsicopedagogia, ou ludopedagogia, porque justamente pela falta de auxílio no trabalho, eu achei que não ia dar conta, então eu desisti, fui pra ludopedagogia, fui pra literatura... (Ana Luiza)

Os percursos singulares, atravessados por escolhas familiares, o desejo em lecionar, em aprender mais; estes elementos parecem de alguma maneira se repetir. As escolhas pelas formações mais uma vez não incluem temas atravessados pelas neurociências.

A fala de Isabela liga muitas destas falas anteriores. A implicação em ser professor, uma aposta, uma escolha, formações tardias. Em meio a dificuldades econômicas que lançam a novos movimentos e algumas tortuosidades, com escolhas dentro e fora da Educação, todas permeadas pelo reconhecimento nesse lugar enquanto educadoras.

Fiz magistério há muitos anos porque eu sempre brinquei de professora, eu queria ser professora eu até fiz os testes vocacionais... eu me lembro muito bem que meu pai não queria porque ele dizia que ia ganhar muito pouco e eu devia trabalhar num banco como as minhas irmãs ... aí eu fui ser babá pra poder pagar o magistério Depois eu desviei, veja que loucura, cheguei a trabalhar como auxiliar de enfermagem porque tinha me matriculado no curso de enfermagem da Cruz Vermelha... eu nem cheguei a frequentar [Mas] foi legal assim, esse olhar totalmente diferente... Depois tive filhos e fui fazer pedagogia, depois um pós em psicopedagogia 2 anos depois. (Isabela)

O diálogo com Lygia traz um movimento de desistência como que um arrefecimento do percurso. E, curiosamente, é o único momento onde aparece uma possibilidade, não atendida, de uma formação que incluía os temas relacionados às neurociências.

Ricardo: e alguma formação que tu tenha feito tipo... neuro...

Lygia: Não, muitas vezes eu tive vontade de fazer mas não cheguei a fazer, ficava na dúvida, faço educação inclusiva ou faço essa neuro... não sei o que ...

Ricardo: como é que foi essa escolha, quer dizer, aparecem essas duas escolhas, como é que foi a tua escolha pela...

Lygia: é que, **como eu já estava atuando na sala de recursos na área da inclusão**, pensei, bom, vou ter que ficar mais nisso aqui, **me limitei aqui**.
(Entrevista com Lygia)

Ao considerar que formação – e sobretudo quando falamos em construção de si – transcende as formalidades e diplomações, encontro na fala de Ana Luiza esse movimento de educadores formando educadores. O saber emergindo dos encontros. Ana Luiza nos conta de alguém que ocupou pra ela um lugar de referência.

o meu maior apoio nessa época foi a minha coordenadora, ela tinha um mestrado ou alguma questão assim da área da educação inclusiva, era ela que batia o martelo e que dizia, vamos atrás das possibilidades, podemos procurar, podemos chamar a mãe; ela que me deu os enquadramentos, a questão do horizonte onde eu tinha que ir, por onde eu tinha que andar...
(Ana Luiza)

Desta forma, considerando que nenhuma das ensinantes cursou pós-graduação ou realizou capacitação com ênfase no campo das neurociências ou envolvendo temas satélites ao prefixo, não encontro, neste recorte, pistas de uma permeabilidade dos discursos da neurociências-pesquisa nos espaços de formação, nem outro elemento que pareça se constituir como um elemento importante na decisão de encaminhar uma criança para a Neurologia.

A entrevista incluía, neste campo de diálogos, a possibilidade de cada ensinante reelaborar situações familiares ou de amigos próximos onde uma intervenção da Neurologia tivesse sido necessária. A única que trouxe uma situação foi Ângela.

Ângela: Teve agora há pouco tempo um filho de dois anos de uma colega minha, parecia que não avançava na linguagem e foi buscar ajuda da neurologia, ela fez todos os exames necessários e solicitados... e o resultado veio que o filho dela não tinha nenhum problema

Ricardo: Entre exames solicitados e necessários tem uma distância né...

Ângela: Enfim, pra tu ver o **como a gente se prende a isso**, ela disse: **ah, meu filho não tem nada...**

Ricardo: O que tu achas que era a expectativa dela, o que ela esperava?

Ângela: eu vejo que ela tinha medo que o filho dela não fosse um normal, que não estivesse dentro da normalidade de um desenvolvimento

Ricardo: Tu achas que na expectativa dela que os exames explicassem ...

Ângela: Explicar porque que o filho dela não estava desenvolvendo naquele tempo que ela esperava.

Destaco, nesse diálogo, o trânsito entre a voz de uma terceira pessoa – “uma colega minha” – e uma primeira pessoa do plural, apontando para um movimento de autocrítica: “a gente se prende muito nisso”. “A gente” se prende a... necessidade de encontrar nos exames uma explicação para o não desenvolvimento? “O resultado veio que o filho dela não tinha nenhum problema”, será que só os exames revelariam problemas, será que os problemas só poderiam ser encontrados dentro do corpo do filho da colega de Ângela? Sepultar no corpo de alguém que *não-aprende-na-escola* a explicação do fracasso da experiência escolar remete-nos aos tentáculos que os processos de medicalização lançam em direção à escola. Não encontro, até agora, senão gotas, tracejos, poeiras dos sutis mecanismos medicalizantes.

Ângela comenta sobre o **medo** da colega de que o filho “não fosse um normal”, “não estivesse dentro da normalidade de um desenvolvimento”, e este medo buscou resposta-conforto nos exames. Escuto aqui, ainda que de maneira sutil, a questão do desenvolvimento dentro de uma normalidade, debatida adiante no capítulo 7, onde retomo as pontuações foucaultianas a respeito da *idiotia* em torno do tema do desenvolvimento enquanto dupla normalização da vida das crianças. O **medo** da “não normalidade do desenvolvimento” e a expectativa de que exames expliquem o não desenvolvimento vão surgindo como primeiras pistas, ainda que indiretas (já que se trata de uma colega de Ângela, sobre como se constitui a demanda para a Neurologia).

5.2 OS “NEUROS” DAS MÍDIAS: o que se ouve e o que se fala?

Neste segundo momento de análise, ofereci às entrevistadas a possibilidade de trazer suas próprias leituras a partir dos conteúdos recentes de jornais, revistas, documentários, filmes etc. que tivessem anunciado alguma mudança de paradigma na Educação apoiada sobre o conhecimento do funcionamento do cérebro. Estive atento às evidências do alcance e da permeabilidade dos discursos das neurociências-pesquisa no cotidiano destas ensinantes e os eventuais efeitos nas decisões de encaminhamentos. Começo trazendo este pequeno fragmento do meu

diálogo com Isabela, quando pergunto se ela acredita que as informações sobre o cérebro na mídia poderiam influenciar a sua maneira de ensinar ou a sua habilidade como educadora:

Depende como tu pega a informação...e pra que que tu pega ela, se ela é positiva... se eu analisar e der continuidade aquilo e analisar como eu posso modificar, sim, nesse sentido, sim né? **Se é uma situação nova ou uma descoberta diferente.** (Isabela)

Este posicionamento pouco enfático de Isabela repetiu-se em outras entrevistas. Escuto movimentos tímidos, algo otimistas ou pouco pessimistas. Ana Luiza foi a única que sustentou um posicionamento mais firme, bastante cética e com argumentos a partir de uma visão socioeconômica bastante crítica.

Às vezes faz mais mal do que bem essa compreensão superficial. O professor chega na sala dos professores com uma revista com foto do cérebro e tal; “você leram isso aqui” e associa aquela reportagem de uma página, todos os problemas daquela criatura estão explicadas ali” O cérebro está em alta, todo mundo só fala disso. Na televisão tá falando em neuro, na revista aparece imagem bonita, fala da memória . A memória é uma das primeiras coisas, tem que estudar neurociência, neuroeducação, neurologia. O Drauzio Varela fez uma série de reportagens sobre o cérebro, aí vai dando uma rede de discursos que vão convergindo para: “ah, no cérebro que está a resposta”... E as universidades precisam vender cursos. (Ana Luiza)

O tema das imagens, quando evocado, encontrava posicionamentos periféricos nos discursos, sendo raramente objeto de alguma reflexão.

As vozes das ensinantes apresentam-me algo muito peculiar neste campo de diálogo sobre as neurociências. Escuto, em muitas delas, um deslizamento do campo das neurociências-pesquisa - onde os aparatos de visualização buscam encontrar respostas universalizantes para as hipóteses localizacionistas relacionadas aos processos de aprendizado, ou seja, são produções discursivas sobre uma *criança qualquer*, indiferenciada - para o campo da neurologia-clínica, onde, em uma relação circunscrita entre dois sujeitos, se espera que a imagem cerebral revele uma lesão que explique o não aprender/desenvolver/se comportar de *uma criança em particular*. O diálogo com Lygia indica esse deslizamento de uma maneira bastante precisa:

Se o professor sabe de algo que funciona diferente no cérebro de **uma** criança, ele tem que se preocupar mais, dar mais atenção, usar estratégias pra ensinar **essa** criança (Lygia)

Escutando Luiza também reconheço este mesmo deslizamento, ou seja, não se fala da *criança qualquer* das teorias, mas daquela em particular, com a qual se pode apostar na construção de novas formas de comunicação ou locomoção.

Quando uma criança com uma paralisia cerebral, ou com alguma lesão no cérebro e a gente vai percebendo que ele vai achando outras formas, de comunicação por exemplo, de locomoção, e tu vê que tu não consegue muitas vezes fazer de uma forma certa coisa mas consegue fazer de outra. (Luiza)

Tal deslocamento surge mesmo na fala de Isabela, que disse acreditar na influência das neurociências sobre a capacidade de um professor ensinar. Trago inicialmente sua impressão otimista em relação às revistas, esperando que as escolas possam ter papel protagonista nesta difusão:

São as revistas que ajudam; acho que seria importante as escolas ter esse tipo de formação, muita revista de saúde que pode contribuir com isso. (Isabela)

A entrevistada acredita que a informação sobre o cérebro pode influenciar a habilidade de alguém educar... “tem que estar a par disso, professor é quase um médico... sabe... entre aspas né.” Relata, em seguida, de um caso de uma aluna que teria recebido o diagnóstico de paralisia cerebral.

Eu entrei muito fundo nessa pesquisa [sobre a] minha aluna, ela não tinha o movimento de pinça, eu fui ler artigos e descobri que as coisas **pra ela** tinham que ser maiores, mais grossas, tinham que ser coisas mais amplas pra ela poder ter essa pegada. O cérebro tem milhões de divisões, possibilidades, acho que se a gente saber conduzir isso é muito mais fácil” (Isabela)

Assim, encontro nos diálogos com três ensinantes evidências de que os discursos da faceta midiaticizada do campo das neurociências-pesquisa chegam às escolas, embora não seja possível reconhecer a sua real influência sobre a decisão destas ensinantes encaminharem seus alunos para a Neurologia. O primeiro elemento constituinte da demanda para a Neurologia que reconheço neste campo de diálogos é o deslizamento dos discursos das neurociências-pesquisa – que se remetem a uma criança qualquer - em direção ao que se constrói na prática clínica e

também na prática pedagógica, uma relação entre sujeitos reais. Para *aquela* criança, *naquele* contexto, aquele exame pode ser necessário, dizem as ensinantes.

As neurociências podem ainda surgir permeadas por poesia e para o empoderamento do saber-fazer-ensinante nas palavras de Ângela, que cita o filme “O começo da vida”²⁵

O que liga um neurônio a outro, uma aprendizagem a outra é o afeto, que existe uma coisa em volta disso, que às vezes é uma maneira científica de explicar o que a gente todo dia sabe que ... todo dia a gente tem que dar amor, ser afetivo com eles porque a gente guarda as coisas que foram afetivas, tanto negativas quanto positivas... o que envolve é o afeto e com as crianças **a gente sabe muito bem disso** (Ângela)

De uma maneira geral, o posicionamento das ensinantes em relação às neurociências não envolve uma adesão ou refutação incisiva do debate. Entretanto, quando busco compreender a constituição da demanda para a Neurologia, os vetores que compõem o jogo de forças que resultam na decisão de um encaminhamento ainda não parecem muito evidentes: a construção de si e o percurso formativo de cada ensinante não são povoados de neuro e a faceta mediatizada nas neurociências-pesquisa não se faz incorporar nos discursos e diálogos. O fenômeno do deslizamento discursivo demonstra-se aqui interessante e direciona a busca por novas pistas naquilo que emerge dos encontros das ensinantes com os trabalhadores da saúde, tema do próximo capítulo.

²⁵ Filme lançado em 2016, dirigido por Estela Renner e que fala da importância dos primeiros anos de vida de uma criança.

6. ENCONTROS. PARCERIAS?

Neste capítulo ofereço atenção aos relatos de encontros entre as ensinantes e trabalhadores de saúde. Algo muito pragmático se faz presente no ponto de partida da construção deste campo de perguntas e na análise do que emerge. O papel assinado por cada ensinante só chegou à pilha de encaminhamentos para a Neurologia depois de ter passado por uma unidade de saúde. O objeto inanimado, porém carregado de valor simbólico, fez percurso por outras pilhas de papéis em mesas de médicos, enfermeiros, funcionários da burocracia etc.

Pude escutar as diferentes experiências, seja diante de situações difíceis, seja na convivência e proximidade com trabalhadores da Estratégia da Saúde da Família, seja nos territórios, seja dentro dos consultórios. Desdobram-se assim variados temas dentro desta interface para orientar a incidência das lentes teóricas e o entrelaçamento das falas das ensinantes dentro do objetivo de compreender a constituição da demanda para a Neurologia.

Cabe lembrar, brevemente, o contexto e a singularidade da rede de saúde hamburguense, cenário destes encontros, já detalhado na metodologia. Falei sobre uma rede onde a implantação da Estratégia Saúde da Família foi tardia, o que ainda produz entrave na construção de uma sintonia entre os diferentes pontos de atenção; há uma pujante oferta de dispositivos em Saúde Mental com um Capsi constituído originalmente a partir de profissionais da Educação, o que tem favorecido o diálogo; a especialidade Neuropediatria é ofertada a partir de um serviço terceirizado que opera na lógica ambulatorial, centrada em procedimentos (consultas, exames, curativos, vacinas etc) com grave distanciamento entre os profissionais neurologistas e os outros profissionais que operam nas redes intersetoriais. Estas redes encontram-se mensalmente para a construção de estratégias compartilhadas de intervenção sobre casos paradigmáticos e situações transversais vivenciadas em um determinado território.

O campo de perguntas relacionado aos encontros com os trabalhadores de saúde convocou minhas interlocutoras a compartilhar suas vozes na tentativa de compreender os diferentes cenários e configurações onde estes encontros ocorreram: seja nas intensidades das urgências, seja na convivência e proximidade

com trabalhadores da Estratégia da Saúde da Família nos territórios. Criou-se também uma abertura para cada ensinante falar sobre a relação com os laudos e de eventuais encontros ou diálogos com os signatários de tais documentos. Proponho organizar o que emerge das vozes quando falam destes encontros em quatro movimentos:

Inicialmente (subcapítulo 6.1) falo das parcerias entre serviços territoriais, ou seja, entre escolas e unidades de saúde e as demandas por uma função campanhista, ou seja, quando o chamado da saúde para uma parceria gira em torno de intervenções dirigidas aos coletivos, como, por exemplo: vacinação, combate ao mosquito da dengue etc. No subcapítulo 6.2 trago algumas cenas que se desdobraram dentro de salas de consultório, apontando a lógica do encaminhamento como recurso frequente e naturalizado para ambos os parceiros. O subcapítulo 6.3 traz relatos dos encontros entre três entrevistadas com os neurologistas e os elementos que permeiam essas falas.

6.1 UMA ESCOLA SANITARISTA?

Os encontros das ensinantes com as unidades de saúde nos territórios assumem várias configurações, atravessadas por intencionalidades, acasos, convites, demandas. Luiza conta de sua escola que ficava do lado de uma lagoa, onde seria muito provável o surgimento de casos de dengue, de modo que a escola era frequentemente visitada por profissionais da saúde relacionados ao tema/problema “do mosquito”

Nas épocas de vacinas a gente informava as famílias... Principalmente quando teve as enchentes, causava muitas doenças e a gente fazia esse trabalho de encaminhamento pro posto. (Luiza)

Encontro aqui uma pista que fala de uma escola “vigilante da saúde”, nesta função sentinela de monitoramento e “remessa” às equipes de saúde dos casos de doença, e também de um protagonismo nas intervenções campanhistas. Esse trabalho de “encaminhamento pro posto” sinaliza aqui a primeira pista da lógica do encaminhamento que falaremos no subcapítulo 6.2 e dialoga com a maneira como Moysés (2008) denuncia o *modus operandi* dos processos de medicalização: remetem a uma esfera privada (a consulta), tudo aquilo que pode – e deve – ser lido

numa dimensão coletiva, neste caso, o enfrentamento das enchentes e o adoecimento das pessoas.

Escuto de Ângela algo muito peculiar, quando me fala de outra forma de trabalho compartilhado nesta perspectiva “campanhista”. Emerge algo novo, inesperado.

Elas sabem que a gente sempre procura alguma criança que tenha uma necessidade educativa especial, que tenha alguma deficiência, que às vezes as coisas não aparecem. (Ângela)

Descubro aqui um recurso ao trabalho dos agentes comunitários como “rastreadores” de crianças em situação de exclusão escolar. Vejo a escola demandando de agentes comunitários de saúde uma busca, um rastreamento por crianças que estejam fora da escola. Esta exclusão do espaço escolar não raro acontece com crianças e adolescentes em situações de gravidades, seja por sintomas psíquicos graves, seja por negligência ou mesmo por impasses no investimento da escola na reconstituição desse laço. Encontro aqui uma curiosa inversão, ao pensar na aliança medicina-escola construída no início do século passado, onde era a medicina quem demandava da escola esta função de busca e rastreamento de casos. Nesse modo onde a escola é quem demanda que a saúde rastreie, parece haver um investimento no sentido de oferecer e garantir lugar a todos e todas na escola, independentemente de diagnósticos ou gravidades.

Considerando o objetivo desta dissertação, não parece emergir da fala das entrevistadas elementos que apontem para a constituição da demanda para a Neurologia a partir de uma posição ‘campanhista’ da escola, como que buscando ‘casos’ para uma demanda externa. Uma frágil pista deste processo foi o fato de um dos documentos anexos aos encaminhamentos ter sido um formulário do “Pacto Pela Aprendizagem” (já citado no capítulo 3.1), um falido projeto municipal que visava diminuir o número de reprovações fazendo uso de, entre outros, fluxos de encaminhamentos sistemáticos para atendimentos na saúde (SIKILERO, 2016). No bojo do Pacto,

“sem a pretensão de buscar soluções na medicação do aluno, em várias situações foram solicitadas consultas para uma investigação mais aprofundada na área da neurologia que pudesse abrir perspectivas frente à dificuldade no desenvolvimento cognitivo” (CARABAJAL apud SIKILERO, 2016, p. 123).

Infelizmente, este foi o documento preenchido pela única professora que se recusou a participar das entrevistas, de modo que não nos é possível perceber os efeitos da campanha-Pacto sobre a constituição da demanda a partir da voz desta ensinante. Tomarei, por ora, o ‘foram solicitadas consultas’ como um tema estratégico nos encontros entre trabalhadores de Educação e Saúde.

6.2 “BOA TARDE, DOUTOR”. O recurso ao saber especializado.

Quando os encontros com a saúde deslocam-se das artérias vivas dos territórios para as cenas encapsuladas no interior das salas de atendimento, outras configurações de encontros com o campo da saúde se apresentam. As cenas de ‘consultas’, encontros entre poucas pessoas e poucas paredes ocupam um lugar privilegiado no imaginário relacionado ao campo da saúde. O próprio Pacto, citado acima, fala em ‘solicitar consultas para a Neurologia’. Na leitura da Saúde Coletiva, ‘consultas’ encarnam o traço privatizante de uma saúde pública centrada em procedimentos, não em processos de cuidado. (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

As ensinantes oferecem-nos narrativas muito peculiares sobre estes encontros, marcados pela lógica do ‘encaminhamento’, que se constitui como a marca do modelo ambulatorial debatido no capítulo 3.1. Lygia conta uma cena de saborosa peculiaridade:

[Houve] uma situação assim, de um médico [a quem eu] pedi vários encaminhamentos. Ele [falou:] não, isso aqui não pode fazer... Disse que tinha que encaminhar pro NAP e eu queria que ele fizesse mais investigação (Lygia)

O médico aqui remete – ou devolve – à Educação demandas não pertinentes ao campo da Saúde. Reconheço aqui uma fagulha desmedicalizante. Entretanto, esse relato revela ao mesmo tempo um encontro – quando ambos decidem por *encaminhar*, basta escolher para onde – e um desencontro: a ensinante demandando investigações por especialistas da saúde e o médico apostando em um olhar a partir da Educação como uma boa forma de diagnóstico-intervenção. Parece replicada aqui a “lógica do encaminhamento”, onde as crianças são direcionadas a outros serviços para procurar atendimento e os trabalhadores fazem uso de

instâncias burocráticas e hierarquizadas (“preciso do papel para levar para o especialista”) para se articularem uns com os outros produzindo, assim, uma diluição da responsabilidade sobre os casos (DELFINI; REIS, 2012).

Do encontro com Ângela, escuto mais:

Ângela: no caso dele assim, as gurias do psicossocial da SMED, que você comenta, olha, tem um caso assim, um aluno assim, **a gente precisava de uma ajuda, de um outro olhar ...**

Ricardo: E aí, o que elas falaram?

Ângela: Ah, elas vêm, conversam com a gente, sugerem... mas não teve assim, **não foi uma coisa muito concreta porque ele não foi encaminhado pra nenhum atendimento.** (Entrevista com Ângela)

Ou seja, a *ajuda, o outro olhar* só ganha concretude quando se desdobram em algum encaminhamento, o que anuncia um discurso de esgotamento dos recursos e estratégias disponíveis na escola, envolvendo problemas que se situam para além dos professores. O encaminhamento vem ocupar-se daquilo que o professor não reconhece como sendo parte do seu fazer, ali onde a demanda toca a fragilidade constitutiva da Educação, a qual nasce prescritiva e disciplinar. A resposta a este esgotamento lança mão do recurso ao saber especialista, componente histórico do campo da Educação Especial. Esta escrita acaba fazendo deslizamentos entre leituras relacionadas ao campo da Educação e Educação Especial, sobretudo por causa da linha de pesquisa na qual me localizo. Compreendo que um campo não se reduz a um de seus recortes, e que o recorte não pode ser tomado como sendo determinante para o campo. Essa influência encontra-se presente desde o início do século XX. Januzzi (2004) faz menções ao envolvimento de profissionais médicos orientando a parte pedagógica das escolas e a formação de professoras, o que a autora denomina de concepção médico-pedagógica. Da Silva (2010) aponta o peso e as contradições deste recurso:

A história da Educação Especial no Brasil é marcada pela presença do especialista. Desde as primeiras iniciativas em instituições especializadas – ainda no século XIX – até a implantação da Educação Inclusiva – a partir da influência da Declaração de Salamanca, em 1994 – percebe-se a presença e a valorização do saber técnico. Os mesmos especialistas de outrora – principalmente médicos e psicólogos – que definiam o atendimento escolar daquelas crianças que não se adequavam ao ensino regular, agora são chamados em nome da inclusão. Um trabalho de inclusão que, de forma

paradoxal, faz-se necessário justamente porque os mesmos especialistas, anteriormente, corroboraram a exclusão. O tempo passa, novas leis são criadas, mas a relevância do saber especialista parece não ceder. (DA SILVA, 2010, p. 164)

Angelucci (2015) traduz de uma maneira muito incisiva a gravidade desta condição de submissão dos professores da Educação ao saber do especialista:

como pensar em um projeto de apropriação crítica da produção cultural por parte de pessoas sobre quem apenas a Saúde tem a dizer, pois são marcadas – estigmatizadas, em verdade – por um suposto estado patológico constante e estático? Fica cada vez mais contundente a submissão da Educação aos saberes do campo da Saúde, posto que a condição desses sujeitos é marcada por um discurso que, apesar de não se constituir na Educação e não dizer respeito a processos ensino-aprendizagem, define sua trajetória escolar e pretende reger, inclusive, suas relações com outros humanos e com a cultura. No limite, o que acompanhamos diariamente é a procura de educadores(as) por cursos que instruem sobre determinados aspectos das Ciências da Saúde, que foquem as diferentes patologias de desenvolvimento, como se o domínio das condições patológicas fosse condição *sine qua non* para que um projeto educacional possa se estabelecer. (ANGELUCCI, 2015, p 9)

A autora problematiza de maneira muito incisiva a crença de que conhecer causas, características e comorbidades de alguma doença, transtorno ou entidade nosológica possa fornecer a chave de acesso para a escolarização de pessoas com deficiências. Idades, pertencimentos de classe, histórias de aprendizagem, formas de interação, vínculos familiares parecem não ter mais importância para Educação Especial.

Mais do que isso: as diferentes maneiras como estruturam suas relações com o conhecimento e os diferentes saberes dos(as) educadores(as) sobre processos ensino-aprendizagem e estratégias de alfabetização e letramento, tudo isso, que constitui os saberes da Educação, deixa de ser importante. (ANGELUCCI, 2015, p 9)

Esta preocupante posição de busca dos educadores da Educação Especial pelos saberes biomédicos, ainda conforme a autora, tem sido traduzida em uma necessidade de conhecimentos de um determinado extrato do campo da Saúde, sem os quais não seria possível escolarizar a parcela – cada vez maior – de educandos(as) com algum diagnóstico. Abrem mão, muitas vezes, de seu percurso e experiência em nome de uma formação paramédica, legitimando a lógica médica, pelo discurso da desnecessidade dos saberes educacionais, que devem ser

substituídos por processos de triagem, intervenção breve e encaminhamento de estudantes com alguma patologia para serviços de Saúde. Tal posicionamento não se trata de erro de percurso, mas de resposta a um projeto político.

Assim, quando consideramos que a resposta para o que parece transcender o fazer de um ensinante é buscar encaminhamentos, penso ser possível considerar o recurso ao saber especialista, demarcado especificamente do dispositivo ‘consulta’, como outro elemento importante na constituição da demanda para a Neurologia.

6.3 “BOA TARDE, DOUTOR NEUROLOGISTA. TROUXE O ALUNO E A FAMÍLIA”

O trabalho de pesquisa me ofereceu um achado deveras peculiar: três das cinco entrevistadas já haviam em algum momento dialogado com neurologistas. Começarei com o que relata Ângela.

[sobre um outro menino que não estava envolvido com a situação disparadora da entrevista] “ele convulsionava todos os dias, mais de uma vez por dia, e... a gente tinha muito medo, a gente não sabia como lidar... **Aí nos marcamos um neuro junto com a família, (...) eu e a professora do ano,** [viemos para] entender o que a gente tem que fazer quando ele tem convulsão. Ele foi superlegal, mostrou umas coisas, falou um pouco o que ele (o menino) tinha, que também não era uma coisa, ele é um ser humano cheio de coisas e uma das coisas é aquilo ali... mas enfim, falou do tempo, que a gente tinha muito medo, quando a gente chama a ambulância, falou que é bem tranquilo, vocês vão fazer assim...” (Ângela)

Nesta cena Ângela nos oferece dois elementos de análise muito importantes: reaparece a questão do medo como um elemento na constituição da demanda à Neurologia (trecho sublinhado), sendo que a própria Ângela nos havia relatado no capítulo 5.1 sobre uma situação de uma amiga onde a intervenção da Neurologia se fez necessária. É importante, por outro lado, reafirmar: as situações onde crianças convulsionam constituem-se como cenas de grande impacto e mobilizam grande parte dos cuidadores, sendo das poucas situações onde a intervenção do neurologista é de fundamental importância. Para além disso, ouço aqui evidências da dissimetria marcada a partir de uma posição prescritiva do profissional, dizendo para Ângela exatamente o que fazer.

O outro elemento, a relação que se estabelece entre professora, neurologista e família, faz ecoar os movimentos ancestrais de medicalização da família e as suas costuras pelos processos de constituição das escolas. Um dos encontros de Lygia com este mesmo neurologista traz mais elementos nessa direção.

Eu fui em consultas, conversava com o [neurologista].e observava ele fazendo o exame,mas acho que ele **ficava um pouco limitado na hora da conversa [quando] os pais estavam juntos, então ele não dava muitos detalhes, mas dava alguma sinalização pra mim.** (Lygia)

Há mais que mera curiosidade de Lygia para saber como o neurologista faz o exame. Reviver a cena da entrevista e a expressão facial de Lygia quando conta deste encontro com o neurologista aponta para um encantamento, uma posição de quem admira um outro que supostamente tem o saber e o domínio sobre o funcionamento do corpo. Mas este não é o ponto central deste relato. Lygia fala de algo quase como um código, um segredo. Ela e o neurologista não falariam “tudo” na presença dos pais. Há um secreto compartilhamento de posicionamentos, arrisco dizer, culpabilizantes sobre as famílias. O encontro de Luiza com outra neurologista demonstra, também, esta mesma direção:

[sobre a neurologista]: ela coloca muito disso, de que **o quanto o meio faz a criança ... a família, a forma como é conduzida, o não que tem que ser dito pra criança** e o quanto ela mesma acha que nessa situação que a medicação não é a solução. (Luiza)

Ainda que a profissional sustente uma fala de que o meio precisa ser considerado como constituinte para uma criança, refutando hipóteses cerebralistas e problematizando o uso de psicofármacos, há uma ênfase na *forma de conduzir* da família e o papel da disciplina, encarnada no “*não que tem que ser dito*”. Esta fala compõe uma importante descoberta no percurso de pesquisa: há poucos ecos dos discursos cerebralistas, quase nenhum “neuro” e esparsos vestígios sobre os cérebros dos aprendentes na fala das ensinantes.

Dentro da cena desta consulta, quando a demanda à neurologia é formulada com termos como ‘talvez possa dar um caminho’, ‘poderia dar um retorno sobre como trabalhar melhor em sala de aula’, é possível tomá-los como convites à expansão da jurisdição médica para dentro do campo da Educação. Ouço estes convites operando em uma dimensão micropolítica, onde as ensinantes demandam

respostas do especialista-clínico para situações individuais, o que nos autoriza a reconhecer aqui a presença do fenômeno de medicalização da Educação.

Dois contrapontos, entretanto, precisam ser colocados, como forma de não operarmos leituras lineares sobre o processo de medicalização da Educação que analiso aqui.

O primeiro, tal processo não se apoia necessariamente sobre a especialidade do profissional neurologista, mas sustenta-se sobretudo na configuração institucional na qual a cena se desdobra. Pande (2016), entrevistando diferentes profissionais prescritores de psicofármacos para crianças e adolescentes, afirma que

a diferença talvez central se encontre no protagonismo e na ação determinante dos outros profissionais, característica que de fato é mais encontrada no contexto dos CAPSi. Ali, muitas vezes os profissionais não-médicos são as principais referências para as crianças e suas famílias, e essa relação não se dá de forma burocrática, a partir de encaminhamentos feitos pelos médicos: o cerne do tratamento se dá sob a responsabilidade da equipe. A sustentação da equipe ao trabalho coletivo aparece frequentemente como um contraponto à medicação, apostando que outras formas de trabalho podem ser eficientes. (PANDE, 2016, p. 246)

É interessante considerarmos, desta forma, os efeitos que o contexto institucional no qual se desdobra uma prática produz sobre a vida dos aprendentes. Em outras palavras, parece-nos sensato sustentar que a configuração institucional impõe barreiras a um diálogo que possibilite a produção de novas formas de cuidado e inclusão. Quando consultas-produto, com a Neurologia, são realizadas-consumidas em uma lógica privatizante, dificilmente podem produzir novas respostas a não ser processos de medicamentação e patologização destes sujeitos.

O outro e principal contraponto diz respeito à permeabilidade do discurso 'neuro' sobre a Educação. Curiosamente, penso ter encontrado, justamente nessa falta de neuro, componentes preciosos para compreender a constituição para essa demanda. As nossas balizas teóricas sobre medicalização sinalizam algo que as vozes das ensinantes ecoam: todos estes delgados fios da trama constituída há mais de um século entre medicina, família e Estado. O neurologista precisa dizer à família como introduzir o 'não', ele compartilhará somente com a professora algumas coisas que permanecerão ocultas à família, que precisa ser 'educada' pelo médico

especialista. Esta trama revisita os elementos arcaicos dos processos de medicalização que operaram os mecanismos de constituição de um Estado nacional não colonial, conforme o capítulo 2. A incidência do Estado sobre a vida privada das famílias, a partir do discurso médico, vai se renovando nestas formas cotidianas de encontros entre ensinantes e neurologistas e, como diria Vinicius de Moraes, “tece a mesma antiga trama que não se desfaz”.

7 PORQUÊS, EXPECTATIVAS, HIPÓTESES

Considerando a escolha metodológica para análise por uma abordagem centrípeta, trago agora os temas que considero nucleares na construção tanto da pergunta que move a pesquisa, quanto para o que emerge das vozes das ensinantes. Com a densidade que os núcleos demandam, proponho trabalhar este capítulo nos seguintes momentos: Inicialmente, falaremos sobre as situações a partir das quais as entrevistadas dirigiram demandas à Neurologia, onde elas nos apresentam as complexas tramas de encaminhamentos, convocações, pactos e atravessamentos.

Na sequência deste capítulo, a partir de um olhar sobre as “queixas” que teriam disparado os encaminhamentos, abro um percurso teórico por entre histórias e genealogias da Psiquiatria, da Neurologia e da Educação na tentativa de oferecer outras lentes que nos auxiliem a encontrar novos elementos para compreender a constituição da demanda para a Neurologia a partir das vozes das ensinantes. Proponho adiante o conceito temporário de *descabentes* para olhar para o que se constitui na interface Saúde-Educação.

No momento final do capítulo, busquei tecer tramas das vozes entre as hipóteses explicativas que cada uma formula para tentar explicar ou compreender os desafios que aqueles aprendentes apresentam e as expectativas de cada ensinante em relação à intervenção da Neurologia.

7.1 RECONTANDO AS SITUAÇÕES DISPARADORAS DOS ENCAMINHAMENTOS

Tratarei aqui do campo inicial de nossa ferramenta. A condução da entrevista não procurou evocar uma lista de queixas-problemas-sintomas, mas, sim, o relato de um percurso, onde uma criança apresentava desafios à escola e o encontro desta com uma ensinante com uma preocupação crescente, que vai lançando mão de diferentes recursos. A constituição da Neurologia aqui vai sendo escutada em forma de narrativas, com as complexas tramas entre famílias, Conselho Tutelar, encaminhamentos, atritos, impasses etc.

Luiza: Era um aluno que **não avançava na aprendizagem, que não conseguia se ater, não ia adiante, não conseguia dar um passo a mais**, tinha alguma coisa travando. Entrei junto com a professora pra observar o aluno. Eu estava no laboratório e a professora via que também **ele não conseguia acompanhar**, e dizia “eu não consigo fazer tal coisa” ou realizava atividades que não fechavam, sem muito nexo. Pedi ajuda desses professores pra também ajudar a pensar...

Ricardo: nesse caso, como foi se construindo a ideia [de modo que] tu ecoa um pedido de ajuda dela?

Luiza: Bom, a gente tenta resolver dentro da própria escola, os recursos internos, laboratório de aprendizagem. Quando não surte efeito, quando isso não se esgota e não [se] consegue ir adiante, [peço] ajuda da professora da sala de recursos, que é uma professora especializada. Eu jamais encaminhei um aluno sozinho sem antes ver a opinião de outros e estudar, fazer uma avaliação a mais. (entrevista com Luiza)

Pistas vão surgindo e apontam para o reconhecimento de que os encaminhamentos não são atos solitários. Eles são construídos a várias mãos, a partir de redes internas que vão abrindo caminhos para os próximos encaminhamentos, e estes parecem linearmente buscar o esgotamento de recursos internos para, somente depois, convocar parceiros externos.

A minha conversa com Ângela traz elementos muito peculiares sobre a trama que se constitui no entorno de um menino muito pequeno e que coloca desafios de diferentes naturezas para as ensinantes. Vou escutando aqui essa composição entre a tentativa de um disciplinamento do corpo, a leitura sobre as dinâmicas familiares e a confusa demanda para o Conselho Tutelar e/ou para o campo da saúde.

Desde a faixa etária zero essa coisa da agitação, muita mordida, muita agressividade, não tinha um sono tranquilo, sempre precisava que alguém entrasse no dormitório pra auxiliar. Às vezes ele gritava, atirava as coisas, tirava a roupa e jogava longe. Ele não conseguia participar de algumas coisas, se concentrar pra jogar um jogo (Ângela)

Ângela segue me contando dos passos na construção do percurso com este menino. Fala das tentativas mais simples como dar uma volta na pracinha ou colocar o menino para dormir com o urso de pelúcia. E duas frentes de trabalho vão se delineando. Chamar a família: “Família primeiro né, sempre, desde bebê, chamando a família”. Em seguida, buscam o setor psicossocial da Secretaria de Educação, de onde esperavam “um contraturno [onde] ele fosse gastar mais energia, ou uma

música, uma psicomotricidade, com regra, com menos crianças, grupos menores”. Porém, desaponta-se com as respostas que recebeu: “não foi uma coisa muito concreta porque ele não foi encaminhado pra nenhum atendimento”²⁶. A trama da relação da família com a escola vai ficando complexa:

Ângela: quando começou essa coisa do palavrão, dele se machucar bastante, dele relatar algumas coisas que o pai batia na mãe, enfim, aí a gente fez um relatório pro conselho tutelar.

Ricardo: o que era a expectativa de vocês [nesse encaminhamento para o conselho tutelar]?

Ângela: quando a gente fez um relatório, **a gente queria que ajudasse a achar um lugar pra ele...** não que aqui não fosse o lugar dele... era o lugar dele tanto que ele ficava aqui o dia todo... [mas] tem crianças que são atendidas assim, **mais individualmente**, tem um olhar diferenciado, eles **conseguem se expressar, falar dos sentimentos...** (entrevista com Ângela)

Os fios do discurso aqui trilham vários caminhos. Ângela fala do desafio de buscar/sustentar um lugar para o menino, e das expectativas de que espaços com menos pessoas possam ser continentes, e de que outros lugares possam ser possíveis para esse pequeno aprendente. Porém...

Ângela: quando a gente não tem mais pra onde recorrer... daí a gente procura o conselho..

Ricardo: eu tinha entendido que vocês tinham chamado a família...

Ângela: também...

Ricardo: na expectativa de que a família procurasse atendimento?

Ângela: não, na expectativa de que a gente fizesse combinações com a família. “Ah como é que vocês reagem quando ele faz assim, como vocês reagem quando ele faz assado, vamos agir do mesmo jeito pra ver se ele entende” A gente queria ver isso com a família, combinar coisas pra que a gente pudesse fazer igual. (entrevista com Ângela)

É interessante observar que esse convite para a família sinaliza uma tentativa de um alinhamento entre manejos, de uma certa aproximação. Porém, quando pergunto sobre qual seria a expectativa em torno da intervenção do Conselho Tutelar:

²⁶ À época, os serviços de “atendimento” só eram oferecidos para crianças a partir de 4 anos.

Ângela: também de algum atendimento, porque quando tu vai no posto e pede um encaminhamento pra um psicólogo... **a gente acha que nossos pais não fazem isso, entende ...**

Ricardo: eu fico um pouco confuso porque te perguntei, se quando tu chamas os pais era na expectativa de que eles procurassem o posto.

Ângela: Esse encaminhamento foi dado pros pais, primeiro era assim, sempre querendo conhecer, querendo combinar, depois o conselho tutelar... (entrevista com Ângela)

A fala de Ângela oferece a oportunidade de compreender os atravessamentos, ambiguidades, impasses e incidências sobre os aprendentes e suas famílias podendo ser escutados quando tento compreender a constituição da demanda, não só para a Neurologia, mas para o que se demanda “de fora”. Vão se entretamando pedidos para os problemas que ganham maior visibilidade ou desgaste.

Há algo muito peculiar que é essa convocação do Conselho Tutelar para exercer diferentes tarefas: um lugar de autoridade, para incidir quando “os pais não fazem isso”, no caso “pedir o encaminhamento pra um psicólogo”; “ajudar a buscar um lugar pra ele” e mesmo como um recurso quando “a gente não tem mais pra onde recorrer”. O Conselho aparece aqui neste ambíguo lugar de garantidor de direitos e uma polícia das famílias, sobre quem pairam desconfianças. Esse achado é corroborado por Souza *et al* (2003) quando apontam, a partir de cartas enviadas das escolas para o Conselho Tutelar, que o tema preponderantemente gira em torno de queixas de seus alunos e pedindo encaminhamentos para alunos indisciplinados ou com dificuldades de aprendizagem.

Encontro aqui mais processos de retessitura das arcaicas tramas dos processos de medicalização das famílias como processo de constituição do Estado, conforme vimos no capítulo 2. Toda a complexidade destes percursos ajuda a compreender que a demanda vai ganhando amarras nestes movimentos de alianças e desconfianças entre a escola e as famílias e o papel ambíguo do Conselho Tutelar. Parece sensato propor que a demanda ganha sustentação nestes movimentos internos e externos em busca de ajuda na forma de consultas e os jogos de parcerias e desobediências no seguimento dos encaminhamentos.

7.2 NEURO PARA...?

O outro ponto importante de reflexões é o tipo de problema para os quais se demanda a Neurologia. As narrativas que as ensinantes oferecem sobre os problemas disparados pelas crianças que foram encaminhadas para a Neurologia apontam para uma região pantanosa, cinzenta, de incertezas. Algo como uma pergunta não formulada com precisão, onde uma categoria diagnóstica que não se anuncia de forma explícita, e o saber parece ficar à penumbra do que ainda não foi nomeado. Não reconheço linhas duras, eixos organizadores de problemas, tipo “alunos indisciplinados”, “alunos que não acompanham a turma”, “alunos que sofrem por problemas na família”. Trata-se de algo que escuto no campo como “não saber o que fazer com aquele aluno que não se enquadra”. Uma pergunta muitas vezes formulada de uma maneira que nos convoca a escutar detalhadamente. Não pretendo, em absoluto, tentar demarcar “a” linha onde isto se divide. Pelo contrário, penso ser estratégico trabalhar com a ideia de que esta fronteira na verdade configura-se como um território.²⁷

Por ora, proponho como um referencial teórico, a leitura que Foucault oferece, no Seminário “O Poder Psiquiátrico”, sobre a questão da *idiotia*. Não proponho, em absoluto, uma aproximação de *idiotia* com a classificação diagnóstica de Retardo Mental (na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID). A *idiotia*, nas lentes foucaultianas, fala deste lugar de um “entre” as práticas em Saúde/Saúde Mental e Educação/Educação Especial, constituindo um marco ancestral comum a ambos os campos e situando-se numa zona de indefinição entre o patológico e o não aprendido.

Proponho aqui um conceito temporário, *descabentes*, remetendo-o a um universo pouco diferenciado de crianças e adolescentes lançados ao circuito tautológico²⁸ de exames, representadas *grosso modo* por muitos deles que não aprendem, não param, *não cabem*. *Descabentes* remete-se àqueles sobre os quais por vezes ouço: “mas temos que lembrar que a turma tem outros X alunos além

²⁷ Esta ideia será usada logo adiante também como forma de pensar sobreposições entre Psiquiatria e Neurologia

²⁸ Tautológico pois se demanda um “exame-laudo-psicopedagógico” para a construção do diagnóstico clínico e demanda-se um “exame-laudo-médico” para a construção de uma intervenção pedagógica.

dele”. A ideia deste percurso teórico é problematizar o debate sobre “queixas escolares” oferecendo novas lentes para a questão.

7.3 PSQUIATRIA E NEUROLOGIA: uma fronteira-território

Considerando que o tema central desta dissertação é compreender a demanda para a Neurologia, pode parecer inicialmente inconsistente propor uma análise teórica apoiada sobre histórias da Psiquiatria. A causa inicial que me move nesta escrita aponta justamente para a dupla possibilidade de intervenções: a escola poderia demandar para a Saúde Mental/Psiquiatria, mas demanda para a Neurologia. Operarei olhando para o que aproxima e o que diferencia estes dois campos do saber.

Pande (2016), ao entrevistar médicos prescritores de psicotrópicos para crianças, constrói eixos de análise para as diferenças e semelhanças entre Psiquiatria e Neurologia que merecem o nosso olhar. Ela inicia sua análise derrubando um certo mito de que os neurologistas trabalhariam apoiados sobre leituras cerebralistas, e os psiquiatras sobre leituras humanistas. Num plano mais pragmático, Pande reconhece o discurso da deficiência mais prevalente entre os neurologistas que entre os psiquiatras, operando sobre os conceitos de ‘estimular’ os ‘pacientes’ à maior ‘funcionalidade’ e à ‘independência’.

Há um outro elemento no trabalho de Pande que dialoga de maneira muito sintônica com esta escrita: o reconhecimento de que o tipo de funcionamento do serviço onde está lotado cada profissional permite diferentes incidências sobre o modo de operar a clínica, sem que isso guarde necessariamente relação com a formação ou prática de cada especialidade. Para a autora, é a presença dos profissionais não médicos que marcará essa diferença no *modus operandi*.

Parece caracterizar uma diferença entre as especialidades as relações que os profissionais estabelecem com os demais profissionais no interior de sua instituição e com as demais instituições. É possível, contudo, que esta diferença se dê menos pela formação intrínseca, própria a cada especialidade, e mais por uma organização institucional. Nos CAPSi, situados no contexto da reforma psiquiátrica, parece haver menor hierarquização profissional e uma troca mais profícua com os demais profissionais. Nos outros contextos, embora haja também interlocuções e trocas entre os diversos profissionais, parece **prevaler um sistema mais**

tradicional calcado na lógica do encaminhamento, da referência e contra-referência. (Pande, 2016, p 242) (grifo meu)

Assim, em consonância com o que debatemos no capítulo anterior, o contexto institucional e a lógica que ordena o serviço onde está localizado o profissional é que vão abrir ou fechar portas medica(menta)lizantes. A diferença então não recairia sobre os percursos formativos de cada profissional. Entretanto, é a partir da Neurologia que as portas que se abrem para os circuitos que capturam estas muitas crianças que diariamente recebem encaminhamentos a partir de uma demanda da Educação.

Num plano histórico-teórico, Pande também faz uso das lentes foucaultianas para pensar estas aproximações e distanciamentos, quando aponta para o surgimento, a partir do fenômeno da histeria ao final do século XIX, de um *corpo neurológico*, com características próprias, e que demandava outras formas de investigação, diferentes do modelo anatomo-clínico de Bichat e do modelo de investigação da psiquiatria, baseado em interrogatórios. (FOUCAULT, 2006).

Uma cronologia linear apontaria a clínica neurológica se organizando posteriormente à Psiquiatria. A compreensão ou descoberta das relações entre localização e função cerebral pela Neurologia-ciência não antecedeu o saber psiquiátrico.

Por um lado, a clínica psiquiátrica já era muito completa, no momento em que a clínica neurológica estava no limbo: na metade do século XIX, a semiologia das alucinações ou dos delírios já havia se constituído quase tal qual a utilizamos hoje em dia, ao passo que em 1873 a entrada do cérebro no Dictionnaire Dechambre mencionava como sintomas de afecção cerebral as anomalias do sentimento, do pensamento e da vontade, as alucinações e as ilusões sensoriais, a passividade motora e as convulsões. (LANTERI-LAURA; BOUTTIER, 2000, p. 286)

Avanço, porém, no sentido de acompanhar, junto com Singh (2002) e Caliman (2009) o estreitamento conceitual que permitiu a questão dos *corpos-que-não-param* (FREITAS, 2011), outrora sob a égide da Psicologia e posteriormente da Neurologia, ser capturada pelo discurso psiquiátrico contemporâneo e seus sistemas diagnósticos, conforme ilustra a transcrição do manuscrito inicial deste artigo. Nos

primeiros passos desse estreitamento, o termo então utilizado “distúrbio emocional” – inspirado nas teorias psicológicas - era abrangente o suficiente para dar conta do fenômeno destes aprendentes-desviantes. A etapa posterior, sustentada sob a marca da Doença Cerebral Mínima, assume uma etiologia orgânica ao tratar destas situações-limite. A escolha por um determinado sintoma (a hipercinese) permitiu ao problema ser encampado dentro da questão da Neurologia. Por fim, a limitação de uma única teoria causal (o déficit de atenção como explicação para a hipercinese, no contexto do DSM IV) remete ao universo destas crianças que desafiam as escolas à intervenção da Psiquiatria.

Desta forma, aposto aqui em uma leitura dos rastros genealógicos da Psiquiatria enquanto elementos estratégicos na compreensão dos enlaces históricos entre o campo da Saúde e da Educação. Vários autores versam sobre uma inseparabilidade na origem da Psiquiatria e da Pedagogia (BAUTHENEY, 2011; PANDE; AMARANTE, 2015; VIAL, 1990).

A Psiquiatria, cujo nascimento em muito ultrapassa o mítico gesto de Pinel rompendo as correntes e libertando os alienados, surgiu de algumas experiências de novas modalidades de cuidado/controle na Itália, França, Inglaterra, Suíça e Rússia. (POSTEL; QUÉTEL; GONZÁLEZ ARAMBURO, 2000). O que ganha status de inovação com Pinel é o tratamento moral como substituição aos tratamentos físicos até então utilizados: banhos e duchas de águas quentes e frias, máquinas giratórias, amarras, vendas, correntes, etc. A qualificação de um tratamento enquanto moral precisa ser pensado dentro da confusão semântica conforme Bautheney (2011). Este adjetivo dificilmente escapa à polissemia de suas origens etimológicas: moral pode estar referido ao seu substantivo masculino – *o moral* – que aponta para a sua mera oposição ao físico. Entretanto, um dicionário vigente à época pineliana traz este verbete com significados condensados, pouco ou nada diferenciados, deslizando com frequência para a sua leitura enquanto normatização de comportamentos, modos, conduta, baseado nos princípios de temperança.

Bautheney ainda sinaliza de maneira importante a posição “professoral” de Pinel, em diversas passagens do seu texto, denunciando a proximidade com que o alienismo desenvolve seus passos fundantes e ganha força crescente. Ao longo do tratamento moral, o louco deveria *aprender* a ser são.

O médico ocuparia a função de “juiz supremo, supervisor da polícia interior” pois partia-se do princípio que o enfraquecimento moral levava os internos a agirem como crianças birrentas e hedonistas e, portanto, deveriam ser tratados tal qual se educava uma criança: com firmeza mas de modo condescendente e afetuoso, no entanto, jamais complacente diante dos “caprichos” dos alienados internos. Eles precisavam aprender que quem mandava era o médico e que quando este desagradava seu paciente, fazia isso “para seu próprio bem.” (BAUTHENEY, 2011, p. 56)

Parte do tratamento deveria passar pelo esforço do médico (numa função pedagógica) em convencer e explicar quão confusas e sinistras eram as ideias dos alienados, e como elas derivavam de impressões sensoriais equivocadas e que precisavam ser corrigidas”. (BAUTHENEY, 2011, p. 57)

Bautheney apoia estas evidências nas palavras do próprio Pinel:

Para anular a desordem mental por uma reestruturação da personalidade do louco, é preciso adotar uma atitude educativa frente a ele, com tudo o que isso traz consigo em matéria de desigualdade entre o médico, pedagogo-adulto, e o paciente, aluno-criança (Pinel *apud* POSTEL; QUÉTEL; GONZÁLEZ ARAMBURO, 2000, p. 158)

Vou reconhecendo essa trama, esse enlace que o regime disciplinar e a moral vão tecendo nesse mecanismo fundante das práticas educacionais e psiquiátricas. Historicamente, escolas e hospitais foram atravessados a partir do século XVII por uma importante transformação: o *aggiornamento*²⁹ e a expansão da disciplina enquanto tecnologia de exercício de poder. Ainda que as práticas disciplinares remontem à antiguidade, como mosteiros, regimes escravagistas e Legião Romana, a partir do século XVII elas são aperfeiçoadas e expandidas como o primor da técnica de gestão dos homens. O poder disciplinar é exercido, sobretudo a partir de quatro estratégias: a distribuição espacial dos indivíduos, a ação sobre o desenvolvimento de uma ação (e não sobre o seu resultado), vigilância perpétua e constante e registro contínuo.

O exercício do poder disciplinar lança mão da moral como uma forma estratégica de controle. O tratamento moral pineliano e as práticas disciplinares que capilarizam escolas e hospitais ganham forma aqui. A disciplina, sobretudo a partir

²⁹ Tomo aqui emprestado o termo utilizado por Luiz David Castiel para sinalizar uma forma de atualização das práticas, mas que secularizam seus princípios.

do século XVII, torna-se esta arte sobre o corpo humano à procura de docilizá-lo, aumentando algumas de suas forças em termos econômicos, porém reduzindo outras, em especial aquela de ordem política: a obediência. Este poder disciplinar não cessou de ganhar campos cada vez mais vastos, parecendo querer espalhar-se sobre o social como um todo (FOUCAULT, 2008). Todo o detalhamento acerca do disciplinamento dos corpos, do tempo e dos espaços a constituir o nascimento do que hoje temos como escola, dialoga de maneira muito próxima com o surgimento da Psiquiatria e dos desdobramentos sobre os caminhos e descaminhos trilhados ao longo destes mais de dois séculos em relação ao modo de olhar para crianças que não se faziam caber dentro dos muros das escolas, os *descabentes*.

Foucault (2008) afirma ser a partir da criança idiota que tem início a psiquiatrização da infância e propõe que o princípio de difusão do poder psiquiátrico deve ser buscado nos pares hospital-escola ou instituição de saúde-sistema de aprendizagem. Proponho aqui pensar o conceito de *descabentes* como um conceito-interface entre Psiquiatria e Educação, ou talvez em seus subcampos Psiquiatria e a Educação Especial. Opto por um neologismo inicialmente como uma aposta de enfrentamento ao pesadíssimo estigma que o termo *idiota* carrega.

As historiografias do conceito de idiotia frequentemente atribuem erroneamente a sua autoria a Esquirol (BERRIOS, 1996) por confundir a sua história semântica com os comportamentos a que o termo se refere (paleontologia comportamental), e ainda com os conceitos criados ao longo do tempo para compreender tais fenômenos (história conceitual). O suposto passo fundante de Esquirol teria sido distinguir idiotia de demência. Entretanto, somente na virada do século XVIII para o XIX esta diferenciação ganha sentido pleno.

A idiotia permite que a dimensão “tempo” ganhe toda uma releitura dentro da jovem psiquiatria dos primeiros anos do século XIX, sobretudo em uma polarização com o conceito de demência. A idiotia, segundo Esquirol, seria observada desde o início da vida, ao passo que a demência só ocorreria após a puberdade. A sua evolução é estável, em oposição à demência, que é progressiva. A idiotia não tem passado, a ela nada falta, sua existência não deixou nem jamais deixará marcas na memória. A demência, por sua vez, sempre deixa restos, seja de inteligência, seja de delírio. (FOUCAULT, 2006)

Séguin (1997) produz uma importante transformação no conceito de idiotia: sai da condição de categoria nosológica absoluta, que fora consagrada por Esquirol e onde só havia a opção de ter ou não ter idiotia, e ganha a noção de espectro, ao largo da qual se distribuem as funções, comportamentos e aquisições. O estatuto próprio da idiotia passa a figurar como anomalia e não mais como enfermidade. Não se pode dizer que faltam estágios aos idiotas: eles não os alcançaram ou o fizeram numa velocidade menor. Não se trata de alguém que saiu da norma, mas sim que ficou de alguma forma submergida dentro de uma infância que é a própria infância normal, ainda que, em definitivo, sua origem esteja baseada em uma lesão orgânica. A criança idiota ou atrasada não é uma criança doente, mas sim uma anormal. “A idiotia passa a pertencer à infância como outrora pertencia à enfermidade.” (FOUCAULT, 2006, p. 243).

Isto posto, o tratamento por excelência desta anomalia é impor-lhe a educação em si, ainda que com variações de método. O seu tratamento será a própria pedagogia. A interface Psiquiatria e Educação opera aí uma curiosa tautologia:

[...] o que deve levar consigo para dentro do asilo para idiotas esse poder psiquiátrico que se canaliza integralmente através do corpo do mestre? Não deve levar outra coisa que o exterior: em definitivo, a escola mesma, essa escola à qual estas crianças não puderam se adaptar e em relação a qual, justamente, foi possível classifica-las como idiotas [...] O poder psiquiátrico aqui atuante faz funcionar o poder escolar como uma espécie de realidade absoluta em referência a qual se definira o idiota como tal e depois de dar ao poder escolar esse funcionamento, proporcionara a ele o complemento de poder que permitirá à realidade escolar fazer as vezes de regra de tratamento geral para os idiotas dentro do asilo. E o que faz o tratamento psiquiátrico dos idiotas senão, exatamente, repetir múltiplas vezes o conteúdo mesmo da educação? (FOUCAULT, 2006, p. 256)

Enfim, os rastros genealógicos desse intercampo entre Psiquiatria e Educação apontam que a demanda para a Neurologia não opera colada em um sistema diagnóstico ou em um campo de problemas. Os *descabentes*, estes que povoam as margens das classificações diagnósticas, povoam este circuito tautológico entre Saúde e Educação, em seus modos de operação ainda sustentados em uma Educação *conteudista* e uma Saúde *encaminhamentista*.

Retomando o fragmento da fala de Ângela, reconheço a demanda por um olhar individualizado, de possibilidades de se falar dos sentimentos - “tem crianças

que são atendidas assim, mais individualmente, tem um olhar diferenciado, eles conseguem se expressar, falar dos sentimentos” – parece supor que isto só seria possível nos consultórios de especialistas, que somente os especialistas conseguiriam fazê-lo.

Ouçõ também um pedido por uma interferência – em sua radicalidade etimológica – sobre a família, por vezes numa tentativa de normatizar ou padronizar as condutas entre família e escola, por outras vezes replicando o discurso de desconfiança – “a gente acha que eles não fazem isso...”, conforme já discutido anteriormente.

A conversa com Lygia traz problemas de outras dimensões.

Eu percebia que ele ficava isolado no pátio e na sala de aula tinha a questão de piscar os olhos. Era quieto, não se comunicava. Na verdade tinha uma comunicação muito tímida, muito pouquinha. Tinha um pouco de gagueira. Na aprendizagem também, atitudes, os gestos e o comportamento pra sua idade, era diferente das outras crianças. As outras crianças corriam, se movimentavam mais... ele já era mais paradinho. (Lygia)

Lygia iniciou também, a exemplo de Ângela, chamando a família

Eles te relatam tudo que aconteceu durante o nascimento dele, depois o comportamento. Nessas entrevistas geralmente pedia pra trazer também a carteirinha de vacinação, se ele tinha a condição de nascimento da criança. As mães geralmente relatavam muitas coisas que chamavam a atenção. (Lygia)

E vai me dando pistas de uma construção de uma leitura diagnóstica ampliada e que a partir daí se constitui um pedido de ajuda intersetorial

E aí, tu começa a fazer ligações com algumas coisas e conseguia trabalhar um pouco melhor... tu consegue constatar “Não, eu preciso de socorro pra essa criança, **essa criança não é só... conosco aqui**, ela precisa ser alcançada por outras áreas. (Lygia)

Os recursos internos à escola, Lygia me conta, eram também acionados, desde o laboratório de aprendizagem, sala de recursos, projetos que ocorriam na escola, bandas, projetos de dança etc.

Ricardo: com o Miguel tu lembra qual foi?

Lygia: Assim, esses espaços são de livre adesão, tu manda a proposta pra família, **mas eles aderem se eles querem...** e é contraturno, então **eles enviam se querem né...** mas eu não lembro do Miguel ter aderido a um deles. (Entrevista com Lygia)

O passo em direção à Saúde vem a seguir:

Lygia: sempre tinha que passar primeiro pelo posto de saúde, graças a Deus tinha um posto de saúde do lado da escola. Aí eu já levava um documento pro médico, dando umas diretrizes, mostrando alguns apontamentos que eu tinha observado nessas conversas, na entrevista com a mãe, sinalizando que tinha que ter uma atenção mais especial em cima dessa criança, fazer uma investigação que nos não alcançaríamos sozinhos.

Ricardo: não entendi uma coisa: se você foi levar um documento, se foi conversar [com o médico] ou se foi as duas coisas ...

Lygia: muitas vezes eu acompanhava as consultas, porque eu também **tinha uma dificuldade muito grande das famílias acreditarem que aqueles encaminhamentos eram necessários...** mas no caso dele não, a mãe realmente levou ele no dia marcado... depois da conversa e tal e aí ela prosseguiu. (Entrevista com Lygia)

Esta situação relatada por Lygia revela problemas diferentes daqueles apresentados pelas outras crianças. Ela não fala aqui de uma criança com problemas na dimensão externalizante/transgressora, mas de uma criança “paradinha”, com uma “comunicação muito tímida” e que “ficava isolada”. Para além desta divergência, a conversa repete um pouco da sequência que também encontro nos outros diálogos. Inicia-se “chamando a família”, e aqui ouço um “chamado à obediência” para os encaminhamentos que serão feitos a seguir, sejam na escola (“eles aderem se eles querem”) ou para as redes de saúde. O encontro com o médico da unidade de saúde, ainda que demande uma “atenção mais especial” sobre uma criança, opera totalmente no registro dos encaminhamentos para consultas, sem considerar outras modalidades de intervenção-cuidado. Surge mais uma vez essa interferência sobre a família: diante dessa “dificuldade muito grande das famílias acreditarem que aqueles encaminhamentos eram necessários”, a única saída era garantir a presença no atendimento indicado, indo pessoalmente junto com a família e a criança encaminhada.

Isabela teve um aluno que não falava, não ia ao banheiro, tinha dificuldades de relacionamento, na fala, no aprendizado.

No início era uma criança bastante agressiva, chegava na escola não gostava muito, tinha uma grande insistência com a mãe... ele chamava todos de mãe... era muito diferente dos demais, não diferenciava as outras pessoas. Ele **externava esse sentimento agressivo**, não gostava de conversar, de socializar. **Com quase 5 anos ainda não falava frases completas**, não chamava as pessoas, era muito agressivo comigo e com as outras crianças. Tinha essa contradição de estar bem no outro dia estar muito nervoso. Trabalhei durante dois anos seguidos com esse aluno.(Isabela)

O primeiro passo, mais uma vez, consiste em uma convocação da família: “Primeiro, antes de tudo, **eu chamei a mãe pra cobrar**, pra saber realmente o que ele tinha”.

A cobrança aqui inclui um novo elemento: saber “o que ele tinha”, possivelmente, parece apontar para uma demanda a respeito da classificação diagnóstica. Isabela conta de seu trabalho, chamando a direção da escola e a coordenadora, apresentando as dificuldades que enfrentava, e assim decidem para um *encaminhamento* para o Núcleo de Apoio Pedagógico. O resultado parece ter sido desapontador:

Mas a ajuda no NAP³⁰ eu achei que foi um pouco do que eu já havia trabalhado. O NAP observa, faz o relatório e devolve esse relato pra mim, mas como eu sou professora, estou diariamente com ele, os relatos eram os mesmos. Eu pensei, como é que eu vou trabalhar com as mesmas coisas, as mesmas visões que eles têm, não tem uma construção em cima disso. Porque eu tive além que trabalhar com ele, **tive que trabalhar com a família dele, pra eles poderem ver que ele também tem dificuldades**. O NAP ajudou mais na parte motora, disponibiliza muito material lúdico, assim, de movimento corporal, não no sentido de expressão, que ele possa dizer o que está sentindo, quase uma parte psicológica... É mais o físico que o psicológico, neurológico, que é a questão que a gente está necessitando no momento” (Isabela)

Novamente surge a relação com a família numa posição de cobrança e o discurso de um desempoderamento interno da Educação, ecoando uma descrença com a leitura que um par da Educação lhe havia ofertado. “Como vou trabalhar com as mesmas coisas, as mesmas visões”, ou talvez esta leitura não oferecia novas ajudas aos impasses encontrados na relação com a família. Vai se anunciando uma demanda algo confusa, um pedido de ajuda por uma socialização, por uma ajuda na qual o menino pudesse “expressar melhor os sentimentos”, ao mesmo tempo em

³⁰ Núcleo de Apoio Pedagógico, serviço ligado à Prefeitura de Novo Hamburgo.

que os termos relacionados a agressividade parecem dar pistas de um pedido por uma contenção, isso atravessado por um atraso na fala.

Meu encontro-diálogo com Ana Luiza traz um relato muito particular. Vale lembrar, ela é a voz cética em relação às neurociências e aqui fala de sua aposta no afeto como impulsionador dos processos de aprendizado.

“...é como se fosse um bebê, age como uma criança bem menor, apresenta uma dificuldade na fala, não conseguia organizar a mesa, a mochila, as coisas dela, não sabia onde estavam as coisas, ela não sabia como ela tinha que proceder, não faz uma correspondência do som com as letras, muito menos com as sílabas.” (Ana Luiza)

Ana Luiza levou sua aprendente para o laboratório de aprendizagem e dali emerge uma experiência transformadora. Ela convence a professora e a coordenadora de que a menina e o irmão (também matriculado na escola) ambos precisariam utilizar a sala de recursos, e organiza estes horários de modo a construir um espaço de conversa com a mãe.

A mãe começou a puxar assunto comigo, ela era muito fechada, e eu um dia chamei ela pra tomar um chimarrão e a Micaela perguntou, posso brincar, porque na minha sala tem panelinha, tem fogão, eu disse, senta aqui, pode brincar, a mãe veio e sentou comigo... daquele dia em diante, todos os dias de atendimento na sala de recursos a mãe vinha e sentava comigo. Um dia ela viu um livro na minha mesa “é bom esse livro”? Eu disse “sim é muito bom”, é um livro do Mario Sergio Cortella, “tu quer emprestado, porque ele é muito bom pra nos que somos pais”. Ela pegou, já começou a ler ali, levou embora. Na semana seguinte, ela trouxe o livro pra mim e tirou outro “Ô Ana Luiza, eu trouxe esse livro aqui, não sei se tu gosta, tu quer emprestado?”. Era um romance espírita. Eu disse deixa aqui comigo, que eu vou ler... Ela disse “e se tu tiver outros tu pode me emprestar porque aquele que eu levei emprestado semana passada eu já quase terminei. A gente criou aquele vínculo que eu queria lá no ano passado com a Micaela que eu não consegui, eu consegui ali. (Ana Luiza)

Quando pergunto sobre os recursos utilizados posteriormente, Ana Luiza fala dos impasses e de uma sensação de desespero:

[Quando] a gente não tá conseguindo um retorno, tão positivo, **o que a gente quer na verdade, que ela aprenda**. A gente sabe que todas as outras funções estão implicadas, mas **o que a escola quer, que a menina aprenda**. [Mas quando] não tá aprendendo, a gente tá usando o laboratório, a sala multifuncional, [fazendo] contato com professor de educação física direto, o que a gente pode fazer pra melhorar motricidade, nada mais tá surtindo, **a gente entra num desespero**... então, vou procurar um neuro, porque a gente tem que descartar ... (Ana Luiza)

A cena disparadora do encaminhamento - e vale lembrar que Ana Luiza por si discordava do encaminhamento e assinou em lealdade à sua equipe – conta de uma menina que parecia ocupar o lugar *moyseziano* do “não-aprende-na-escola” (MOYSÉS, 2001) e da aposta num percurso muito sensível que ganha novos sentidos quando de uma inusitada troca de livros. A leveza desta aposta vai ganhando tonalidades mais escuras diante deste não aprender. Penso ser importante sinalizar a percepção de que aqui a fala de Ana parece deslizar do caso Micaela para um “caso genérico”, atravessado pelo imperativo escolar do aprender (enunciado em 3ª pessoa: “a escola quer que ela aprenda”), e aparece aqui o desespero como impulsionador do encaminhamento, colado na forma de uma expectativa de que o neurologista descarte... Este diálogo tem uma particularidade porque o diálogo se quebra justo nesse momento, quando aparece o tema das hipóteses que a ensinante levanta quando pensa nesse caso particular. Estas hipóteses serão discutidas no subcapítulo seguinte.

7.4 O ENCONTRO DAS HIPÓTESES COM AS EXPECTATIVAS

Como parte final deste escutar das vozes das ensinantes e considerando a estratégia centrípeta, proponho nesta chegada a um dos temas nucleares desta dissertação. Buscarei tecer tramas das vozes entre as *hipóteses* explicativas que cada uma formula para tentar explicar ou compreender os desafios que aquele aprendente apresenta e as *expectativas* de cada ensinante em relação à intervenção da Neurologia. Estive atento às formulações, às racionalidades e ao que atravessa cada conversa, buscando elementos que pudessem ajudar a compreender como se constituiu a demanda para a Neurologia em cada uma das situações encaminhadas.

A conversa com Ana Luiza, retomada aqui a partir do último trecho transcrito no final do subcapítulo anterior agrupa elementos de três eixos (detalhados adiante) e servirá como disparadora para a condução das análises.

Ana Luiza: [quando] nada mais ta surtindo, a gente entra num desespero... então, vou procurar um neuro, porque a gente tem que descartar ...

Ricardo : Da tua vivência, do teu ponto de vista, que hipótese explicativa tu usaria pra pensar a Micaela, [pra] explicar a condição d[ela],

Ana Luiza: a gente encaminha pro neuro mas já pensando que... hum hum (gesto de negação com a cabeça), **ali a mãe, o pai, ela e o irmão precisam de um atendimento psicológico**. Porque **parece que eles criaram uma ilha ali**. Aquela família, a gente não consegue entrar naquela estrutura de proteção ... parece que essa mãe não entende o que a gente tá dizendo e a gente não consegue chegar, a Micaela não dá retorno cognitivo naquilo que a gente quer.

Ricardo: [e] tu acreditas que a neurologia poderia complementar a compreensão dos desafios que a Micaela trazia pra ti?

Ana Luiza: ... a gente precisa entender assim, ela tem alguma coisa que **é fora do nosso alcance**, bom se ela tem alguma coisa que vai aparecer em algum exame a nível neurológico, que já foge da nossa avaliação...

Ricardo: e tu achas que os exames poderiam... ajudar a trazer informações adicionais sobre a Micaela...

Ana Luiza: eu quero crer que sim, **porque a gente quer achar uma solução, professor tem que achar solução pra tudo**.

Ricardo: que expectativas que tu achas que a neurologia ou pode complementar ou que os exames poderiam, informações adicionais sobre o caso...

Ana Luiza: tá, se aparece alguma coisa nos exames, bom, esse neurologista vai dar um retorno, a partir desse retorno, ... **que atividades, que exercícios, que coisas que eu posso fazer pra efetivamente ajudar a Micaela** ... (Entrevista com Ana Luiza)

Atravessam-se diferentes dimensões e ressoam ecos do que vem surgindo em algumas falas desde o início da análise. Não encontro novamente elementos ligado ao campo das neurociências-pesquisa nem na hipótese nem na expectativa relacionadas ao convite à intervenção da Neurologia.

Organizei esta análise considerando três eixos de confluências dos argumentos que dão sustentação ao encaminhamento: expectativa por medicação e exames; o que transborda das possibilidades escolares e as demandas por intervenções sobre as famílias.

Eixo a: Expectativas por medicação e exames

As falas de Luiza, Ângela e Lygia abordam quase que tangencialmente dois dos temas comumente centrados sobre a figura do profissional médico. O pedido por medicação é rondado por incertezas. Luiza se posiciona de maneira um pouco menos sutil, quando conta de sua expectativa:

“**talvez** aqui a neurologia para dar uma acalmada nele, nessa agitação... **Talvez** pra ele se centrar um pouco mais” (Luiza)

Lygia também tateia essa possibilidade ao falar que

“a parte medicamentosa **também que às vezes** auxilia em algumas situações”. (Lygia)

Não ouço, em todas as entrevistas, interjeições ou expressões de certeza ou assertividade, nem de refutação inegociável, o que nos permite supor que não há uma demanda explícita por processos de medicamentação dos *descabentes*.

A expectativa por exames ou diagnósticos também não consegue oferecer consistência à especificidade da demanda pela Neurologia. Em outras palavras, não escuto destas vozes uma posição incontestada a respeito da importância de exames complementares como ferramentas imprescindíveis para a compreensão dos impasses que cada um dos aprendentes apresentou para a sua ensinante.

Luiza: pelo pouco conhecimento que eu tenho da neurologia, que sim, que é mais pra investigações, se há algum tipo de lesão neurológica ali... Era um caso mais emocional, eu não lembro sinceramente porque que foi para a Neurologia. [Penso] que talvez mais uma forma de investigação...

Ricardo: O que será que está se procurando quando se chama a neurologia num caso?

Luiza: é, se há algum distúrbio... (Entrevista com Luiza)

A Neurologia, assim, seria “mais uma forma de investigação”, nessa fala de Luiza permeada de concessões (“não lembro porque”, “talvez”) e não parece ocupar o centro das suas expectativas. A conversa com Ângela também não aponta muita sustentação na expectativa

Ricardo: Você acha que exames ajudariam a esclarecer alguma coisa?

Ângela: Eu não sei, mas acho que sim... Algumas crianças nossas após um eletro, é... Apontam algumas coisas, ou não.

Ricardo: que tipo de coisas assim, que tu, no teu percurso, das coisas que tu já viste, que um eletro possa ter elucidado?

Ângela: Elucidado não né, mas tipo eles veem uma alteração de... aqueles eletros em sono né.

Ricardo: você acha que o eletro em sono, das crianças que tu já viste, alguma vez conseguiu explicar algum comportamento?

Ângela: não, não explica nenhum comportamento... nao, isso não.
(Entrevista com Ângela)

Ângela também conversa comigo nesta forma quase vacilante... “ou não”, “não sei, mas acho que sim”. Com Lygia também o cenário não muda muito.

Ricardo: No caso, tu achas que algum exame ajudaria a compreender ... o exame de imagem, ou aquele, o eletro,...

Lygia: Eu não tenho conhecimento de que os exames dão o resultado, **mas eu penso que algum indicativo ele deva** ... os exames podem mostrar. **Não tô dizendo que vão mostrar ou que mostraram um indicativo** de alguma coisa que não esteja funcionando tão bem quanto. (entrevista com Lygia)

Desta forma, penso ser possível sustentar que as hipóteses e as expectativas que as ensinantes elaboram não apontam para o núcleo duro das intervenções médicas. Há um vacilar nessa demanda, “algum indicativo”, “não explica comportamento”, “um caso emocional talvez para alguma investigação”. Os pedidos são permeados de dúvidas, de possibilidades, de expressões que fazem pairar no ar uma hesitação. Penso não ser possível considerar que as hipóteses cerebralistas ou as demandas por exames e intervenções medicamentosas configuram-se como um elemento central ou estruturante na demanda à Neurologia, nas vozes das ensinantes.

Eixo b: O que transborda das possibilidades das intervenções escolares

Todas as conversas foram me sinalizando que a decisão por um encaminhamento, e não necessariamente para a Neurologia, parte da premissa de que “a escola não deu conta”, que o campo da Educação encontrou o seu próprio limite de investimentos para ajudar uma criança que apresenta dificuldades. Ouço pistas importantes sobre uma posição de desautorização dos próprios discursos, convocando o saber do campo da Saúde como recurso explicativo privilegiado para o não aprendizado ou não desenvolvimento de uma criança.

Neste sentido, Ana Luiza e Lygia trazem falas muito semelhantes. A primeira espera que o neurologista responda o que se pode fazer além do que já se faz na escola, que recursos adicionais poderiam ser implantados no contexto escolar:

“talvez ele possa dar um caminho, apontar assim”. (Ana Luiza)

Em outro momento, Ana Luiza trabalha com a possibilidade de que

“se aparece alguma coisas nos exames, bom, esse neurologista vai dar um retorno,... que atividades, que exercícios, que coisas que eu posso fazer pra efetivamente ajudar a minha aluna”. (Ana Luiza)

Lygia, por sua vez, acredita que “ele até pode me dar uma dica, olha, precisa fazer, pras mais limitadas”... A conversa se estende...

Ricardo: como é que tu achas que a neurologia ajudaria a compreender essa situação do ... Esses desafios apresentados pelo seu aluno?

Lygia: Essa é uma questão que a gente precisa ainda estreitar mais, [mas] penso que o professor precisa **procurar recursos pra encontrar saídas pra ensinar essa criança**, sempre de forma diferente pra que ele atinja de alguma forma essa criança pra que ela possa aprender. (Entrevista com Lygia)

Nessas falas, de maneira bem menos hesitante, vão surgindo os pedidos para que os neurologistas “sugiram” como o professor deve educar. A conversa com Isabela toma rumos semelhantes.

Ricardo: E tu achas que a Neurologia podia complementar alguma coisa na compreensão dos desafios que ela colocava pra ti? Como [era] essa tua expectativa?

Isabela: eu acho que o trabalho da neurologia pode estar bem focado nessa questão da fala, um trabalho mais dinâmico, **que poderia me dar um retorno maior pra trabalhar em sala de aula.**

Ricardo: Dinâmico como assim? Como é que o neurologista te diria o que trabalhar melhor em sala de aula?

Isabela: Eu tenho a parte pedagógica, eu estava ensinando ele a se movimentar, a se transformar ali no sentido de estar com os outros. O neurologista me ajudaria a ampliar, digamos assim, as suas possibilidades pra essa área da fala.

Ricardo: por exemplo, o que tu achas que ele poderia fazer?

Isabela: aí tu me pegou... . (Entrevista com Isabela)

Esse pedido, “dar um retorno para trabalhar em sala de aula” e “ampliar as possibilidades pra essa área da fala” configuram-se como exemplos dessa demanda que o neurologista possa se pronunciar especificamente sobre o que se passa dentro de uma sala de aula ou sobre algumas especificidades do fazer do próprio professor. Como se o encontro clínico com o neurologista e a criança pudesse fazer

emergir soluções *prêt-à-porter* para aquilo que se constrói ao longo de tantos meses e anos nos encontros cotidianos entre ensinantes e aprendentes.

De uma maneira geral, as ensinantes, quando falam de hipóteses e expectativas, contam destes pedidos para que os “especialistas no cérebro” ofereçam algumas soluções para os impasses diante dos encontros com os aprendentes. Estas pistas apontam na direção de uma considerável cristalização de processos de medicalização da Educação convocado a partir de cenas que demandam recursos que transbordam das margens do saber-se-professor. O recurso ao saber do especialista, conforme discutimos no subcapítulo 6.2, mostra aqui algumas evidências.

Mas ainda falta algo. Veremos adiante.

Eixo c: Intervenção sobre as famílias: o lugar do médico e do saber-poder como vetor interferente

Os elementos de maior consistência na constituição da demanda, neste percurso de pesquisa, não foram os pedidos por medicamentos, nem por exames, nem por ferramentas que o Neurologista oferecesse ao professor nas situações de impasse. Encontrei ao longo **de todas as falas** evidências importantes de que as inferências sobre a maneira como as famílias criam seus filhos constituem-se como o elemento que conecta hipóteses e expectativas. Modos de criação, conflitos, omissões... Ao longo dos encontros, ouvi muitas leituras pessimistas sobre os impactos que os pais podem produzir no comportamento e nas possibilidades de aprendizagem dos filhos. Mesmo Isabela, que reconhece a importância das neurociências para o trabalho do professor, lança mão de uma hipótese não cerebralizante.

[acredito] que **faltou muito estímulo** pra ele falar fluentemente, nessa etapa da vida, **vem da família**, e comprometeu muito a fala dele e [a] externalização de sentimentos. Eu fui na casa dele junto com a coordenadora, **era uma criança que assistia muita televisão, a mãe não deixava sair muito pro pátio**, então aí... **falta o estímulo** que ele necessitava pra ele falar, né, socializar. (Isabela)

Luiza faz leituras muito próximas:

tinha uma **questão com o pai do aluno, era um pai ausente, tinha algum conflito no casal**, eles se separaram e esse menino sentia muito a falta do pai... se eu não me engano, **a mãe jogava, falava mal do pai**, isso pra mim é um desencadeador. (Luiza)

Ou posso escutar de Ângela:

Eu não acho que ele tinha alguma coisa biológica, [algo] que fosse precisar de um remédio, não era a nossa intenção de que ele fosse medicado (...) **mas eu acho que a saúde mental dele tava sendo abalada pelas coisas que ele via na casa dele.** (Ângela)

Luiza traz a expectativa de que tão somente o neurologista possa ser a pessoa a fazer a família compreender que o filho precisa de ajuda. O “processo” diagnóstico seria, talvez, atravessado por uma intenção de que a família pudesse reconhecer – ou estranhar – a diferença do filho. Arrisco dizer que os exames de imagem seriam quase acessórios nesse processo.

Ricardo: Tu achas que um exame poderia ajudar a esclarecer mais alguma coisa sobre a história do John?

Luiza: eu penso que o neurologista vai fazer assim... ó, nos vamos conversar sobre como é o comportamento dele... **como a mãe acha, o [que ela] observa**, e vamos pedir um eletro, sei lá, algum exame... **mas nesse processo a família entenderia que tem um médico ali**, [por]que às vezes as mães acham que esse saber é mais importante que o nosso. Então nesse processo de levar, de fazer um exame, **talvez os pais se conscientizassem mais de que tem uma coisa.** (Entrevista com Luiza)

Revisitamos, por fim, a voz de Ana Luiza

Ricardo: do teu ponto de vista, que hipótese explicativa tu usarias pra pensar a Micaela; o que, no teu olhar, [pode] explicar a condição dela?

Ana Luiza: a gente encaminhar pro neuro mas já pensando que “hum hum” (gesto de negação). Ali a mãe, o pai, ela e o irmão precisam de um atendimento psicológico. Porque **parece que eles criaram uma ilha ali... aquela família, a gente não consegue entrar naquela estrutura** de proteção. A mãe faz uma proteção muito grande e **parece que essa mãe não entende o que a gente tá dizendo**”. (Entrevista com Ana Luiza)

O pedido por uma interferência – em sua radicalidade etimológica – sobre a família, encontrado desde a análise nos documentos anexos, ganha luminosidade e eco na emergência destas falas. A linha que serpenteia por tons quase acusatórios

ou de uma grande dificuldade de relacionamento com as famílias parece compor o elemento central da demanda para a Neurologia a partir da Educação.

As origens históricas desta trama entre escola, médicos e famílias, esta peculiar constituição das famílias nucleares, a partir de sua medicalização, ainda no século XVII, podem funcionar como lentes que nos auxiliam a compreender a transversalidade das leituras sobre as famílias que as entrevistadas constroem quando elaboram hipóteses e falam das expectativas em relação aos encaminhamentos para a Neurologia. A “falta de estímulo”, o “excesso de televisão”, o “não reconhecimento” de uma diferença “patológica” apontam, creio, para ecos de considerável intensidade destes processos seculares. Desta forma, penso ser possível afirmar que o pilar organizador da constituição da demanda para a Neurologia está relacionado com desencontros e discordâncias entre os modos singulares com que as famílias criam seus filhos e os modos como a escola oferece encontros entre ensinantes e aprendentes.

8. CONSIDERANDO OS ENFINS

Este longo percurso de tecer pela escrita o *fazer-se-pesquisador* e a busca por compreender como se constitui a demanda para a Neurologia a partir da Educação exigiu balizas, recortes, lentes e grifos como sinalizadores do que emergia inicialmente nos escritos e posteriormente nas vozes das ensinantes.

Pesquisar implicou reinventar-se. Outros lugares, incorporando termos da Educação, ressitando as práticas. Ressituar-se descobrindo genealogias da medicalização. Imagens, expectativas, neurocolonizações. Pesquisar implicou falar do eu-método e mapear cartas. Cartas falavam da vontade de neuro.

“Já é o segundo encaminhamento solicitado pela Escola para especialista em Neuropediatria.” (Bebel)

Números de cartas, muita educação, pouca epilepsia. Signatários protagonistas. Inventou-se uma ferramenta disparadora de escuta. Conversas, encontros, surpresas. Revisitar insistentemente o texto das vozes.

A “vontade de neuro” foi se apresentando nestas vozes das ensinante. Muitos e diferentes caminhos de construções de si, pouco atravessados por tecnicidades biomédicas.

Fiz magistério, fiz pedagogia. Tenho dois filhos, abri uma escola com duas amigas. Fui morar no Norte. Eu tava muito na dúvida se eu ia fazer neuropsicopedagogia, então eu desisti, fui pra ludopedagogia, fui pra literatura. Meu pai não queria porque ele dizia que ia ganhar muito pouco e eu devia trabalhar num banco como as minhas irmãs. Como eu trabalhava, já estava atuando na sala de recursos na área da inclusão, pensei, vou ter que ficar mais nisso aqui. (Mosaico de vozes)

Escutar uma ênfase vacilante sobre a influência das neurociências. Míopes neurolentes. “Depende como tu pega a informação”. Estes ecos deslizavam das neurociências-pesquisa para o caso a caso.

Se o professor sabe de algo que funciona diferente no cérebro de uma criança, ele tem que se preocupar mais, dar mais atenção, usar estratégias pra ensinar essa criança. A gente vai percebendo que ele vai achando outras formas, de comunicação por exemplo, de locomoção. Descobri que as coisas pra ela tinham que ser maiores, mais grossas, tinham que ser coisas mais amplas pra ela poder ter essa pegada” (Mosaico de vozes)

Ou neurólentes do afeto, alinhadas com o que já se sabe:

O que liga um neurônio a outro, uma aprendizagem a outra é o afeto, que existe uma coisa em volta disso, que as vezes é uma maneira científica de explicar o que a gente todo dia sabe (Ângela)

Os caminhos e descaminhos até a Neurologia sustentam-se em redes intra e intersetoriais a replicar insistentemente esta lógica de diluição das responsabilidades que deveriam ser compartilhadas e articuladas em trabalho vivo. Apenas encaminhamentos.

Pedi vários encaminhamentos. Ele [falou:] não, isso aqui não pode fazer. Não foi uma coisa muito concreta porque ele não foi encaminhado pra nenhum atendimento. (Lygia e Ângela)

Eles compõem peças importantes de uma engrenagem que faz perpetuar outras potentes e competentes redes articuladas: aquelas que operam modos de incidir sobre a vida privada em busca da normalização da vida e a diferença, convocando a medicina como ferramenta de correção do desviante ou do insuficiente.

Falar dos *descabentes* teimando em romper categorias: não se enquadram, nem na escola, nem nas nosologias. Eles habitam essa interface Saúde-Educação, escorregando entre o não-aprender-na-escola (MOYSÉS, 2001) e os corpos que não param (FREITAS, 2011).

Era um aluno que não avançava na aprendizagem, que não conseguia se ater, não ia adiante, não conseguia dar um passo a mais. Desde a faixa etária zero essa coisa da agitação, muita mordida, muita agressividade, não tinha um sono tranquilo. Era quieto não se comunicava, na verdade tinha uma comunicação muito tímida, muito pouquinha. Ele externava esse sentimento agressivo, não gostava de conversar, de socializar. Com quase 5 anos ainda não falava frases completas, não chamava as pessoas (Mosaico de vozes)

Neste caminho até o neuro, os *descabentes* são enovelados numa densa trama que perpassa escola, família, unidades de saúde e conselho tutelar com nós de desconfiança.

Quando a gente fez um relatório, a gente queria que ajudasse a achar um lugar pra ele. Quando a gente não tem mais pra onde recorrer... daí a gente procura o conselho. A gente acha que nossos pais não fazem isso. Esse encaminhamento foi dado pros pais, primeiro era assim, sempre querendo conhecer, querendo combinar, depois o conselho tutelar. Tu manda a proposta pra família, mas eles aderem se eles querem (Mosaico de vozes)

Fale com o neuro. Quase todas as entrevistadas falaram. A “busca no cérebro por algum defeito que explique o problema da criança” é eclipsada por injunções para que o neurologista, falando a partir do lugar de médico-autoridade, opere sobre o *modus vivendi* dos núcleos familiares de cada uma das crianças encaminhadas.

Ali a mãe, o pai, ela e o irmão precisam de um atendimento psicológico. Porque parece que eles criaram uma ilha ali. Faltou muito estímulo pra ele falar fluentemente, nessa etapa da vida, vem da família. Era um pai ausente, tinha algum conflito no casal. Eu acho que a saúde mental dele tava sendo abalada pelas coisas que ele via na casa dele. Nesse processo a família entenderia que tem um médico ali, talvez os pais se conscientizassem mais de que tem uma coisa. (Mosaico de vozes)

As leituras – geralmente reprovadoras – sobre o modo das famílias criarem seus filhos ocupam o centro das hipóteses e expectativas prevalentes quando as ensinantes se colocam a revisitar os percursos de vida e escolarização de cada criança que foi encaminhada para a Neurologia. O neurologista precisa dizer à família como introduzir o ‘não’; ele confidenciará à professora coisas que permanecerão ocultas à família, que precisa ser ‘educada’ pelo médico especialista. A demanda para a Neurologia reverbera assim as mais primitivas ancestralidades dos processos de medicalização ao lançar seus olhares sobre a família nuclear, operando nessa aliança Estado-Educação-Medicina como prescritora de suas condutas. As vozes das ensinantes ecoam estes enlaces entre medicina, família e Estado constituídos e constituintes há mais de um século. A incidência do Estado sobre a vida privada das famílias a partir do discurso médico vai se renovando nestas formas cotidianas de encontros entre ensinantes e neurologistas que, como diria Vinicius de Moraes, “tece a mesma antiga trama que não se desfaz”

Mas antes do último ponto, o desafio do *após*. O percurso de pesquisa e escrita tem sido ao mesmo tempo revelador e confirmador destes principais achados. As leituras sobre as famílias não cansam de se repetir nos encontros com as equipes das escolas. Penso em quanto esta escrita não pode se limitar a uma denúncia sobre práticas ancestrais cristalizadas e reverberantes, mas deve convidar a novos modos de fazer e a inventar outras leituras sobre os sujeitos com quem compartilhamos parcerias de responsabilização. Eis que se anuncia a proposta de uma faixa bônus, um outro capítulo final onde trabalharemos sobre a brecha que os processos de medicalização nos permitem: a construção de práticas desmedicalizantes.

9. CONSIDERANDO OS ENFINS PARTE 2: O POUSO NA LEVEZA DE CENAS DESMEDICALIZANTES

Análises críticas costumam produzir impressões pessimistas. Este poderia ser o desfecho desta dissertação. Seria um desfecho duro, como se forças seculares silenciassem esforços de resistência. Porém outro desfecho para este trabalho também é possível. O que move encontros entre trabalhadores de diferentes setores nas redes hamburguesas, o que inspira pesquisadores a se lançar a processos de reinvenção de si é a possibilidade de produção de trabalho vivo, de fazer furos nestas abissais hegemonias medicalizantes. A nossa aposta nos parágrafos seguintes é justamente falar das práticas desmedicalizantes, inspiradas inicialmente na história dos (des)encontros entre Itard e seu pupilo, e oferecendo posteriormente outras cenas que emergem das vozes das ensinantes.

9.1 MAIS UM POUCO DE HISTÓRIA... Itard, Victor e suas invenções

A grande lição sub-reptícia, mas perturbadora de Itard, é que a clínica, a prática furiosa da vida, põe à toda prova as mais rígidas teorias e faz ruir os aparelhos conceituais mais seguros" O que Victor nos traz de essencial é que não se poderá jamais nada dizer sobre ele. É contra este "inominável" que Itard se choca cara a cara, o estabelecido sobre o qual todo homem é construído, "o incompreensível do homem". Nenhuma psicologia pode ser atribuída à totalidade humana. (VIAL, 1982, sp - tradução do autor)

As histórias sobre práticas de Educação com aqueles que chamam "ineducáveis" confundem-se com a história da Psiquiatria, com o seu marco fundante a partir do trabalho de Itard junto a Victor, o "selvagem de Aveyron". Por volta do ano de 1798, um jovem com hábitos selvagens é visto esporadicamente nas florestas de La Caune, nas cercanias de Aveyron, sul da França. Andava nu, mudo e parecia surdo. Comunicava-se basicamente por grunhidos, cheirava tudo que levava às mãos, movia-se como que galopando e alimentava-se basicamente de nozes e castanhas. O rigoroso inverno de 1800 traz o jovem às proximidades da residência de um tintureiro em Saint Sernin, ainda trajando trapos das vestes que recebera em sua temporada anterior junto à civilização. É recolhido para uma instituição

destinada a indigentes e posteriormente conduzido para a Escola Central de Rodez, onde é examinado por Bonnaterre, um renomado professor de História Natural (GALVÃO; BANKS-LEITE, 2000) que “com cuidados infinitos o recolhe como uma planta rara e desconhecida para protegê-lo e observá-lo na própria casa”(GINESTE, 2004). Este botânico chega inclusive a cunhar a subclassificação *Juvenis Averiensis* para a classe *Homo ferus*, uma variedade da espécie humana, proposta por Lineu. É justamente a história de um menino nu, mudo e com hábitos selvagens em uma Paris de início do século XIX que tomaremos como inspiração para pensar práticas que façam frente aos processos medicalizantes hegemônicos.

A presença de um menino encontrado em condições selvagens despertou grande curiosidade e mobilizou a *Société des Observateurs de l’Homme*. Insistiam no propósito de uma secularização da cultura e da independência da investigação científica. Já tendo rompido os laços de tutela com a religião, buscavam também clamar pela ruptura com a filosofia, propondo que toda concepção sobre o mundo natural deveria ser validada pela observação positiva dos dados proporcionados pela experiência. O selvagem de Aveyron poderia ser a resposta para os dilemas do que seria o homem natural ao constituir-se como a prova viva das teorias sensualistas de Condillac ou removeria as concepções românticas rousseauianas sobre o “homem natural”? (MONTANARI, 1991).

O que interessa pontuar de maneira mais destacada é que em torno do caso de Victor surge uma discórdia (de dimensões às vezes míticas) em termos de diagnóstico e prognóstico a partir das leituras de Pinel e Itard. Segundo Cordeiro (2006), esta discordância configura-se como o impulso inicial para toda uma abordagem diferenciada da problemática que envolvia o menino. Surge, então, a Educação Especial enquanto gesto de aposta em sujeitos até então tidos como ineducáveis.

Pinel, em seu relatório apresentado à *Société* em 1800, elabora um texto que chama a atenção pelo seu pessimismo, afirmando, por exemplo, ao final do segundo parágrafo que “nada parece anunciar um futuro melhor” e também pelo investimento extensivo em trabalhar a partir de comparações com outras crianças e jovens idiotas. Pelo menos 15 casos são citados ao longo do relatório. Trata-se de um texto eminentemente técnico, em terceira pessoa, onde Pinel sustenta veementemente ter

sido Victor afetado pelo *idiotismo* tendo sido este talvez o motivo do seu abandono por volta de uns 9 anos de idade (Pinel apud MONTANARI, 1991). Cordeiro (2006) resume este pessimismo:

Nessa caricatura feita por Pinel, Victor não se constituía sequer num arremedo de homem. Pinel não poupou comparações entre o garoto e os animais, quase sempre colocando os últimos em um patamar de superioridade em relação ao primeiro. Por exemplo, o fato de o garoto se olhar no espelho algumas vezes, na análise de Pinel, não o distingue de um gato, nem de um macaco, já que estes também o fazem. Na audição, visto a insensibilidade descrita, os elefantes levavam vantagem. Para arrematar, no quesito olfato, foi considerado inferior a quase todos os animais selvagens e domésticos. (CORDEIRO, 2006, p. 87)

O Relatório I elaborado por Itard – “Da Educação de um Homem Selvagem ou dos Primeiros Desenvolvimentos Físicos e Morais do Jovem Selvagem de Aveyron” (GALVÃO; BANKS-LEITE, 2000; MONTANARI, 1991) – logo no prefácio apresenta outro olhar sobre Victor, uma criança que “não é, como geralmente se acredita, um imbecil sem esperanças”, mas “um ser interessante, que merece, sob todos os aspectos, a atenção dos observadores e os cuidados especiais que lhe deram uma administração pública esclarecida e filantrópica”. Fundamenta o seu relatório e a sua discordância basicamente em dois eixos: a causa e a curabilidade, e propõe cinco metas para “o tratamento moral ou a educação do selvagem do Aveyron”. (GALVÃO; BANKS-LEITE, 2000, p. 60) Chama a atenção aqui a total identidade entre tratamento moral e educação. As metas são dignas de nota:

Primeira Meta: interessá-lo pela vida social, tornando-a mais amena do que aquela que ele então levava, e sobretudo mais análoga à vida que acabava de deixar

Segunda Meta: despertar a sensibilidade nervosa com os mais enérgicos estimulantes e algumas vezes com as vivas afeições da alma

Terceira Meta: ampliar a esfera de suas ideias, dando-lhe necessidades novas e multiplicando suas relações com os seres que os circundavam

Quarta Meta: levá-lo ao uso da fala, determinando o exercício da imitação pela lei imperiosa da necessidade

Quinta Meta: exercitar durante algum tempo, a partir dos objetos de suas necessidades físicas, as mais simples operações da mente e determinar depois sua aplicação aos objetos de instrução. (GALVÃO; BANKS-LEITE, 2000, p. 62)

A Quarta Meta, causa da maior frustração de Itard, diferencia-se das outras por seu tom prescritivo e de pouca flexibilidade. As demais metas apontam para uma interessante abertura de possibilidades (ampliar, despertar, tornar mais ameno). Faço um destaque para a terceira meta, que fala de “necessidades novas”, termo que dialoga diretamente com conceitos contemporâneos de autonomia. (KINOSHITA, 2015; LEAL, 2001)

Assim, acredito que a empreitada itardiana merece destaque por três elementos desmedicalizantes: discordar de uma causalidade orgânica/genética e um prognóstico sombrio; tomar sob sua responsabilidade os cuidados de alguém com recursos subjetivos tão precários e construir metas de intervenção amplas e sensíveis. Proponho olhá-la como um marco inaugural para um campo de práticas que situo dentro do escopo que Swain conceituou como um movimento de velocidade geológica de dissolução global da alteridade humana.

A educação dos surdos, dos cegos, o tratamento moral dos insanos: todas estas empreitadas são inseparáveis em suas origens, já que motivadas fundamentalmente por uma inspiração comum: cada movimento emergiu da mesma e decisiva mutação de sensibilidade: no fundo, trata-se de compartilhar um postulado eficaz e revolucionário, ainda que invisível: nenhum “isolamento moral” é irremediável; nenhum recuo diante da interação com o outro é tão definitivo que não possa ser revertido ou superado. (GAUCHET; SWAIN, 1999, p. 127 tradução do autor)

9.2 ITARD, HOJE

Inspirado nestas ancestrais linhas de resistência, penso em oferecer nestes próximos parágrafos as versões contemporâneas das apostas *itardianas* pelas vozes das ensinantes.

Ângela me conta por que os “neuro” não fizeram parte de sua formação.

Essa é uma coisa que me interessa, mas ao mesmo tempo eu não sei. Tudo bem tu saber as conexões que estão sendo feitas ali... mas acho que eu acredito mais nos relacionamentos (Ângela)

As apostas nos relacionamentos, nos encontros surgem em diversos momentos dos diálogos. Tentativas, invenções, encontros, pactos....

A gente tenta coisas, vamos [chamar o aluno para] dormir com o urso, [se] ele não [es]tá querendo dormir, vamos dar uma volta lá fora, entrava uma outra *profe* pra orientar (Luiza)

Luiza nos conta uma cena muito peculiar, que nos remete a um novo duelo entre o pessimismo pineliano diante de Victor e a uma (res)(a)posta itardiana:

Luiza: [tinha] uma criança lá da nossa escola, que nós enviamos para fazer uma avaliação na universidade. Veio da instituição, após essa grande avaliação, acho que é neuropsicológica, um documento onde eu me assustei com os termos utilizados e que marcavam muito a criança. Eu não enxergava a criança daquele jeito.

Ricardo: o que foi o pedido de vocês?

Luiza: era uma avaliação porque a criança [tinha] muitas dificuldades de aprendizagem, não aprendia, não saia do chão, daquele nível, não avançava... então pra investigar se não houvesse outra questão mais séria ali, se fosse somente emocional ou não

Ricardo: E tu acha que isso mudou a relação da escola com ela?

Luiza: Não. Porque a gente procurou não considerar muito o que tava ali no papel escrito. Foram, claro, profissionais que avaliaram, que viram essa questão, mas a gente enxergava a menina diferente. Inclusive ela foi avançando lentamente. Vejo muito do olhar da escola, de ver possibilidades, então, pra nós ela não mudou (Entrevista com Luiza)

Retomo aqui as leituras de Merhy e Feuerwerker para pensar estes documentos como tecnologias duras, objetos concretos que podem ou não auxiliar na produção de relações de cuidado quando dos encontros entre sujeitos que ofertam e os que demandam cuidados. Luiza enxerga uma menina diferente e vê possibilidades *itardianas*. A menina não mudou e a aposta também não. Apesar do especialista. Novamente provocando o deslizamento destas leituras para o campo da Educação, escuto Ângela falando sobre os laudos:

Porque elas [da Secretaria da Educação] falam, das crianças com deficiência, que no momento da inscrição se tu tem um laudo, um Cid, tu apresenta, senão a gente tem que ter um olhar sensível no momento pra perceber alguma coisa, inclusive tem crianças que ganharam vaga garantida desse momento de olhar sensível, assim, não tinha laudo nenhum... A gente começa pescando algumas coisas (Ângela)

O laudo como objeto concreto vai sendo ressignificado. Fomos construindo outras combinações:

“Então, eu não entendo muito de Educação, mas estou interessado em como será que esse aluno aprende. Tu tem alguma pista, alguma ideia de como fazer para ensiná-lo(a)? Vamos fazer o seguinte, tu me traz aí um rascunho de como seria este projeto e eu faço o laudo pra ti”. (Ricardo)

Nestas invenções desmedicalizantes, o olhar sensível produz trabalho vivo em ato nessa “pescaria”, nesse exercício de percepção de algo que escapa, mas que não se deixa capturar pela letra morta da classificação diagnóstica. A sensibilidade do olhar fabrica desmedicalização em processo, criando possibilidades de significação das diversidades, reinventando o Atendimento Educacional Especializado e desarmando automatismos patologizantes. Apostas compartilhadas na desmedicalização são atitudes políticas em seu sentido mais potente e convidam à invenção de práticas não “ensignantes”. Operam, assim, em um modo contra-hegemônico para produzir fraturas e deslocamentos nos instituídos que se apresentam nas cronificações das práticas institucionais: processos de medicalização dos modos de viver a vida, patologização das experiências subjetivas e exclusão silenciosa dos *descabentes*.

REFERÊNCIAS

- ANGELUCCI, C. B. **A patologização das diferenças humanas e seus desdobramentos para a educação especial**. Trabalho Encomendado GT15 – Educação Especial 1. Florianópolis: 37^a Reunião Nacional da ANPED, 2015.
- BAUTHENEY, K. C. S. F. **Transtornos de aprendizagem: quando “ir mal na escola” torna-se um problema médico e/ou psicológico**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2011.
- BERRIOS, G. E. **The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century**. Cambridge [England]; New York, NY, USA: Cambridge University Press, 1996.
- BERRIOS, G. E.; MARKOVÁ, I. S. Conceptual Issues. In: WILLNER, P.; D’HAENEN; BOER, J. A. DEN (Eds.). **Biological Psychiatry**. Chichester; Hoboken, N.J: Wiley, 2002.
- BROCKINGTON, G. **Neurociência e educação: investigando o papel da emoção na aquisição e uso do conhecimento científico**. Tese de Doutorado—São Paulo: Universidade de São Paulo, 5 maio 2011.
- CALIMAN, L. V. A constituição sócio-médica do “fato TDAH”. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 135–144, abr. 2009.
- CAMPOS, R. T. O. *et al.* Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 967–980, 2012.
- CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: a Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CHRISTOFARI, A. C.; FREITAS, C. R. DE; BAPTISTA, C. R. Medicalização dos Modos de Ser e de Aprender. **Educação & Realidade**, v. 40, n. 4, p. 1079–1102, dez. 2015.
- CONRAD, P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. **Social Problems**, v. 23, n. 1, p. 12–21, out. 1975.
- CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.
- CORDEIRO, A. F. M. **RELAÇÕES ENTRE EDUCAÇÃO, APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO HUMANO: AS CONTRIBUIÇÕES DE JEAN MARC-GASPARD ITARD (1774-1838)**. Tese de Doutorado—São Paulo: USP, 2006.
- COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- DA SILVA, K. C. B. A exacerbação do papel do especialista na educação brasileira: um percurso histórico. **Revista Angelus Novus**, v. 1, n. 1, p. 163–189, 2010.

DANTAS, J. B. **A infância medicalizada: discursos, práticas e saberes para o enfrentamento da medicalização da vida**. Curitiba: CRV, 2015.

DE OLIVEIRA, G. G. Neurociências e os processos educativos: um saber necessário na formação de professores. **Educação Unisinos**, v. 18, n. 1, 2 dez. 2013.

DE VOS, J. Deneurologizing Education? From Psychologisation to Neurologisation and Back. **Studies in Philosophy and Education**, v. 34, n. 3, p. 279–295, maio 2015.

DELFINI, P. S. DE S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 357–366, 2012.

FERNÁNDEZ, A. **A inteligência aprisionada: uma abordagem psicopedagógica clínica da criança e sua família**. Porto Alegre: Artmed, 1991.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade. 1: A vontade de saber**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2001.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 17. ed ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2002.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clinica**. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitaria, 2004.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 2008.

FOUCAULT, M. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FREITAS, C. R. DE. **Corpos que não param: criança, “TDAH” e escola**. Tese de Doutorado—Porto Alegre: UFRGS, 2011.

GALVÃO, I.; BANKS-LEITE, L. **A educação de um selvagem: as experiências pedagógicas de Jean Itard**. São Paulo: Cortez, 2000.

GAUCHET, M.; SWAIN, G. **Madness and democracy: the modern psychiatric universe**. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1999.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface**, v. 16, n. 40, p. 21–34, 2012.

GINESTE, T. **Victor de l’Aveyron: dernier enfant sauvage, premier enfant fou**. Paris: Hachette Littératures, 2004.

GOODMAN, R.; SCOTT, S. **Psiquiatria Infantil**. São Paulo: Roca, 2004.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico. **Educação e pesquisa**, v. 33, n. 1, p. 151–161, 2007.

GUARIDO, R.; VOLTOLINI, R. O que não tem remédio, remediado está. **Educação em Revista**, v. 25, n. 1, p. 239–263, 2009.

JANUZZI, G. Algumas concepções de educação do deficiente. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 25, n. 3, 2004.

KINOSHITA, R. T. **AUTOPOIESE E REFORMA PSIQUIATICA**. São Paulo: HUCITEC EDITORA, 2015.

LANTERI-LAURA, G.; BOUTTIER, J.-G. La evolución de las ideas sobre el sistema nervioso central y sus relaciones con el desarrollo de la psiquiatría moderna,. In: **Nueva Historia de la Psiquiatría**. México: Fondo de Cultura Económica, 2000.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Problemas de Saude Mental Das Crianças: Abordagem na Atenção Básica**. São Paulo: Annablume, 2005.

LEAL, E. M. Clínica e Subjetividade: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FIGUEIREDO, A. C.; CAVALCANTI, M. T. (Eds.). . **A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização. Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental - Dezembro de 2001**. Rio de Janeiro: CUCA - IPUB/UFRJ, 2001. v. 1p. 69–83.

LIMA, R. C. **Somos Todos Desatentos? O TDA/H e a Construção de Bioidentidades**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2005.

MEDEIROS, M.; BEZERRA, E. DE L. Contribuições das neurociências ao processo de alfabetização e letramento em uma prática do Projeto Alfabetizar com Sucesso. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 96, n. 242, p. 26–41, abr. 2015.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. DE S.; GOMBERG, E. (Eds.). . **Leitura de Novas Tecnologias e Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 29–74.

MONTANARI, A. **El salvaje del Aveyron: psiquiatría y pedagogía en el iluminismo tardío**. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1991.

MOYSES, M. A. **A medicalização na educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente: a medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal**. Caxambu: 31^a REUNIÃO ANUAL DA ANPED. Constituição brasileira, direitos humanos e educação, 2008..

MOYSÉS, M. A. A. **A institucionalização invisível: crianças que não-aprendem-na-escola**. São Paulo: FAPESP, 2001.

PANDE, M. **Medicalização, diagnósticos e prescrição de psicotrópicos para crianças na primeira infância: práticas discursivas de médicos que trabalham com crianças**. Tese de Doutorado—Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2016.

PANDE, M.; AMARANTE, P. Medicalização da Educação ou Pedagogização do Comportamento? Um século de metamorfoses da relação entre saberes médico-psicológicos e pedagógicos. In: DANTAS, J. B. (Ed.) **A INFÂNCIA MEDICALIZADA: discursos, práticas e saberes para o enfrentamento da medicalização da vida**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2015.

POSTEL, J.; QUÉTEL, C.; GONZÁLEZ ARAMBURO, F. **Nueva historia de la psiquiatría**. México: Fondo de Cultura Económica, 2000.

PYKETT, J.; DISNEY, T. Brain-Targeted Teaching and the Biopolitical Child. In: KALLIO, K.; MILLS, S.; SKELTON, T. (Eds.). **Politics, Citizenship and Rights**. Geographies of Children and Young People. Singapore: Springer Singapore, 2015. p. 1–17.

REIS, J. R. F. De pequenino é que se torce o pepino: a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental. **Hist Cienc Saude Manguinhos**, p. 135–57, 2000.

RIBEIRO, S. Tempo de cérebro. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 77, p. 7–22, 2013.

RICHTER, B. **HIPERATIVIDADE OU INDISCIPLINA? O TDAH e a aptologização do comportamento desviante na escola**. Dissertação—Porto Alegre: UFRGS, 2012.

ROSE, N. Beyond medicalisation. **The Lancet**, v. 369, n. 9562, p. 700–702, 2007.

ROSE, N. S.; ABI-RACHED, J. M. **Neuro: the new brain sciences and the management of the mind**. Princeton, N.J: Princeton University Press, 2013.

SANTOS, L. H. S. DOS. O dispositivo de (bio)medicalização, as neurociências & o currículo na produção de corpos medicalizados na escola contemporânea. In: PARAISO, M. A.; VILELA, R. A.; SALES, S. R. (Eds.) **Desafios contemporâneos sobre currículo e escola básica**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2012. v. 1p. 181–204.

SANTOS, L. H. S. DOS; FREITAS, C. R. DE. TDAH, educação e cultura: uma entrevista com Ilin Singh (Parte 1). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 59, p. 1077–1086, dez. 2016.

SÉGUIN, É. **Traitement moral, hygiène et éducation des idiots**. Paris: Comité d'histoire de la Sécurité Sociale, 1997.

SIKILERO, C. T. **SENTIDOS DE APRENDIZAGEM E ESTRATÉGIAS PARA O GOVERNAMENTO DA POPULAÇÃO: O PACTO DE NOVO HAMBURGO/RS**. Dissertação—Porto Alegre: UFRGS, 2016.

SINGH, I. Biology in context: social and cultural perspectives on ADHD. **Children & Society**, v. 16, n. 5, p. 360–367, nov. 2002.

SOUZA, M. P. R.; SILVA TEIXEIRA, D. C.; SILVA, M. C. Y. G. Conselho tutelar: um novo instrumento social contra o fracasso escolar? **Psicologia em Estudo**, v. 8, p. 71–82, 2003.

VIAL, M. Thierry Gineste, Victor de l'Aveyron, dernier enfant sauvage, premier enfant fou, Paris, Le Sycomore, 1981. **Histoire de l'éducation**, v. 14, n. 1, p. 116–118, 1982.

VIAL, M. **Les enfants anormaux à l'école: aux origines de l'éducation spécialisée, 1882-1909**. Paris: A. Colin;, 1990.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1859–1868, jun. 2014.

ANEXO A – Termo de Consentimento

Caro professor,

Em um levantamento que realizamos no segundo semestre de 2015, encontramos muitas situações relacionadas com questões educacionais configurando-se como motivos de encaminhamentos de crianças e adolescentes para a Neurologia. O objetivo desta pesquisa é compreender como se constitui a demanda para estes encaminhamentos a partir da Educação.

Realizaremos entrevistas com professores tentando conhecer alguns aspectos do percurso profissional, suas experiências prévias e a maneira como cada um olha para a interface saúde-educação.

Desta forma, gostaríamos de contar com a sua colaboração neste processo de construção de conhecimentos. O seu nome e quaisquer elementos que possibilitem a sua identificação estarão preservados sob sigilo, seja de forma escrita ou no caso de apresentação oral. Os materiais desta pesquisa (gravações, anotações de campo, termos de consentimento) serão preservados durante cinco anos e depois serão destruídos. Sinta-se à vontade para sinalizar o seu constrangimento ou desconforto durante a entrevista. Pode ser que algumas perguntas eventualmente evoquem lembranças sensíveis. Lembramos que é um direito seu descontinuar a participação nesta pesquisa em qualquer momento do seu andamento, sem que isso implique qualquer tipo de risco ou prejuízo pessoal ou profissional.

A pesquisadora responsável por esta pesquisa é a Professora Cláudia Rodrigues de Freitas (Faculdade de Educação/UFRGS), em parceria com o mestrando Ricardo Lugon Arantes, a quem você poderá recorrer diante de qualquer dúvida ou necessidade de esclarecimento adicional. As melhores formas de contato são via telefone/whatsapp (051) 9961-5775 ou por e-mail ricardolugon@gmail.com.

Após ter sido devidamente informado de todos os aspectos desta pesquisa e ter esclarecido as minhas dúvidas, autorizo a minha participação.

Novo Hamburgo, _____ de _____ de _____

ANEXO B – Solicitação de autorização à Secretaria Municipal de Saúde para acesso às cartas de referência e contra referência

ANEXO C - solicitação de autorização à Secretaria Municipal de Educação para entrevista com as professoras

ANEXO D – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO E – Autorização da Secretaria Municipal de Educação