

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
BACHARELADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

HENRIQUE LAUX KERN

**Patologização e neoliberalismo: a escola e a internet como meios de subjetivação
diagnóstica de crianças e adolescentes.**

PORTO ALEGRE

2023

HENRIQUE LAUX KERN

Patologização e neoliberalismo: a escola e a internet como meios de subjetivação diagnóstica de crianças e adolescentes.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Ciências Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Patrice Schuch.

PORTO ALEGRE

2023

*corpo de garoto por onde
passa o Império Romano
sangue onde navegam piratas,
estrelas turvas, bosques,
telescópios*

Roberto Piva

RESUMO

Esse estudo analisa a relação entre psiquiatria, neoliberalismo e modos de subjetivação patológica a partir da produção discursiva sobre a divulgação de ferramentas, dicas, opiniões, depoimentos e narrativas sobre os diagnósticos de transtornos mentais em crianças e adolescentes. Para isso, busca evidenciar as bases discursivas que constituem os modelos diagnósticos em um processo de patologização da vida. Como os discursos médicos atravessam espaços importantes de subjetivação como a escola e a internet, e como estão relacionados à produção de determinado tipo de sujeito no marco neoliberal? Para tentar desdobrar essa pergunta, traz análises documentais e discursivas a partir de ferramentas de diagnóstico; textos da internet sobre transtornos mentais que visam atingir o público leigo; depoimentos virtuais de pessoas diagnosticadas; relatos de educadoras sobre a transformação desses e outros discursos em práticas institucionais e pedagógicas; além, é claro, de uma discussão teórica que atravessa todo o texto e que conjuga áreas como psicologia social, sociologia e antropologia para compreender tal expansão de ferramentas de diagnóstico de transtorno mental no bojo dos processos de patologização da vida. A pesquisa evidencia, para além do processo diagnóstico em si, certa racionalidade diagnóstica como vetor de força na produção de identidades, bastante modulada pela individualização biologizante do sofrimento psíquico. A sua relação com o neoliberalismo, argumento, está visível principalmente a partir do paradigma da produtividade, que exige diagnósticos acelerados e pretensamente objetivos. No entanto, a pesquisa também mostra que os discursos hegemônicos não necessariamente produzem as mesmas subjetividades, já que são significados de formas distintas pelos sujeitos e são também confrontados por práticas psicossociais.

Palavras-chave: patologização; racionalidade diagnóstica; neoliberalismo; subjetivação.

ABSTRACT

This study analyzes the relations between psychiatry, neoliberalism and modes of pathological subjectivation from the discursive production on the dissemination of tools, tips, opinions, testimonials and narratives about diagnoses of mental disorders in children and adolescents. To do so, it seeks to highlight the discursive bases that constitute the diagnostic models in a process of pathologizing life. How do medical discourses cross important spaces of subjectivation such as school and the internet, and how are they related to the production of a certain type of subject in the neoliberal framework? To try to unfold this question, it brings documental and discursive analysis from diagnostic tools; internet texts about mental disorders that aim to reach the lay public; virtual testimonies of diagnosed people; educators reports on the transformation of these and other discourses into institutional and pedagogical practices; in addition, of course, to a theoretical discussion that runs through the entire text and combines areas such as social psychology, sociology and anthropology to understand such expansion of mental disorder diagnostic tools within the pathologization processes of life. The research shows, beyond the diagnostic process itself, a certain diagnostic rationality as a force vector in the production of identities, greatly modulated by the biologizing individualization of psychic suffering. Its relations with neoliberalism, I argue, are visible mainly from the productive paradigm, which requires accelerated and supposedly objective diagnoses. However, the research also shows that the hegemonic discourses do not necessarily produce the same subjectivities, since they are signified in different ways by the subjects and are also confronted by psychosocial practices.

Keywords: pathologization; diagnostic rationality; neoliberalism; subjectivation.

SUMÁRIO

| | | |
|---------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 6 |
| 2 | PSIQUIATRIA E NEOLIBERALISMO | 11 |
| 2.1 | <i>PATHOS</i> PSICOPOLÍTICO E A VIRADA NEOLIBERAL..... | 11 |
| 2.2 | A RACIONALIDADE DIAGNÓSTICA A PARTIR DO DSM III..... | 15 |
| 2.3 | SINTOMAS DO SOCIAL: O DEPRESSIVO E O DESATENTO..... | 19 |
| 2.3.1 | Depressão orgânica..... | 19 |
| 2.3.1.1 | Breve história dos antidepressivos..... | 22 |
| 2.3.2 | Depressão social..... | 24 |
| 2.3.3 | <i>Borderline</i> e a relatividade do comportamento..... | 30 |
| 3 | TDAH: REPRESENTAÇÕES MÉDICAS E AUTO-REPRESENTAÇÕES..... | 37 |
| 3.1 | CONTROVÉRSIAS DIAGNÓSTICAS..... | 37 |
| 3.2 | DEPOIMENTOS..... | 45 |
| 3.3 | IDENTIDADES PATOLÓGICAS..... | 52 |
| 3.3.1 | Loucura ou perturbação?..... | 54 |
| 4 | A ESCOLA É UM AMBIENTE DE PATOLOGIZAÇÃO?..... | 58 |
| 4.1 | EDUCAÇÃO E NEOLIBERALISMO..... | 59 |
| 4.2 | ENTREVISTAS COM EDUCADORAS..... | 61 |
| 4.2.1 | Isadora..... | 61 |
| 4.2.2 | Rose..... | 63 |
| 4.2.3. | Sílvia..... | 68 |
| 4.3 | CONFLITOS PEDAGÓGICOS..... | 71 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 75 |
| | REFERÊNCIAS..... | 78 |
| | APÊNDICE – Roteiro de entrevista..... | 84 |

1 INTRODUÇÃO

Como tantas, essa pesquisa parte de uma inquietação empírica. No ano de 2022, durante o curto período que trabalhei com crianças e adolescentes de escolas municipais, estava frequentemente tentando rememorar minha própria experiência como aluno em um exercício comparativo: o que continua tão parecido e o que parece tão diferente? A intensidade da mudança pode ser exagerada, já que saí da escola há apenas oito anos, e por isso as várias semelhanças. Ao mesmo tempo, contextos diferentes, escolas diferentes, o que pode explicar parte dos estranhamentos. Me chamava a atenção, mesmo assim, a aceleração do tempo da sala de aula e a presença de um discurso patologizante para a explicação dos comportamentos dos estudantes, mobilizado tanto por eles como pelo corpo profissional. Me via na necessidade de me adaptar pedagogicamente sem por isso reforçar e estimular ainda mais a ansiedade que pairava no ambiente da sala de aula. Quando propunha momentos de maior concentração e calma para alguns, ou então momentos de maior participação e expressão para outros, me deparava constantemente com uma explicação patológica para a impossibilidade, como o não-poder realizar atividades em função de empecilhos neuronais. O projeto do qual participei trabalhava principalmente com as crianças e adolescentes que as escolas identificavam como aquelas com maiores “dificuldades de aprendizagem”, e por isso precisariam de reforços escolares. Talvez na busca de explicações sobre si, os alunos pareciam performatizar os comportamentos tidos pela escola como desviantes enquanto sintomas de transtornos inerentes ou condições não solucionáveis. Nessa lógica, o sofrimento psíquico referente ao fracasso parecia aparecer muito mais como resultado de uma patologia-identidade fixa do que como um processo a ser elaborado em suas multiplicidades e indeterminações. Passei a me perguntar como são realizados esses diagnósticos; que técnicas de produção e significação estão por trás (ou pelas entranhas) dessas narrativas; como os diagnósticos produzem referências identitárias; o quanto essas referências identitárias geram reflexividades ou, ao contrário, limitações ao desdobramento das singularidades dos sofrimentos psíquicos; como a escola intermedia a relação dos sujeitos com a ciência médica; qual a sua relação com os processos mercadológicos. Foram muitas perguntas de partida que me levaram às seguintes: qual a influência do neoliberalismo nos processos de produção diagnóstica? Seria possível realizar associações discursivas entre a expansão da produção diagnóstica e discursiva sobre as doenças mentais e o neoliberalismo?

A pesquisa se insere nesse eixo de desnaturalização de objetos historicamente construídos, não tentando buscar uma origem primeira, mas investigando como certos discursos são validados e reproduzidos nas experiências dos sujeitos, e que técnicas de poder os sustentam. Enquanto o esforço psiquiátrico e hegemônico de construção das categorias patológicas tende a ser o da observação do ‘desvio’ e transformação da diferença em definição reproduzível, o esforço das ciências sociais deve ser o de olhar para as relações de força que movem, em determinado espaço-tempo, o caráter adaptativo, conformativo e neutralizante do que é selecionado e transformado em patológico. Pois como afirma Safatle, “a desconstituição da aparência de naturalidade de tais patologias pode reconduzir o sofrimento à condição de matriz produtora de singularidades” (2021, p. 11).

Estamos vivendo um momento histórico marcado por não apenas um aumento significativo de diagnósticos (MARÇON e ANDRADE, 2022)¹, mas uma mudança paradigmática no próprio processo de diagnóstica, que tem como base a neurologia e o DSM (*Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*), um manual estadunidense que categoriza transtornos mentais e exerce forte influência na diagnóstica brasileira (DA SILVA JÚNIOR, 2021). O estudo se justifica no sentido de contribuir ao campo de pesquisas das ciências humanas sobre a patologização, trazendo novos dados e relatos, além da tentativa de construir diálogos teóricos. É nesse jogo relacional que se produzem sínteses e ramificações para caminhos que já estão sendo trilhados. É preciso questionar as bases dos discursos psiquiátricos não apenas através dos discursos de psiquiatras e da ciência médica como um todo, mas entender a reprodução e reelaboração dessas narrativas por outros atores e nos diferentes campos da vida social. Para isso, cabe investigar os efeitos de subjetivação na constituição de identidades a partir dos códigos normativos das patologias.

Tentando sintetizar e melhor organizar os conceitos a serem trabalhados, levo em conta três níveis de atuação do poder, como divide Castro-Gómez (2007): macropolítico, mesopolítico e micropolítico. No macropolítico está o neoliberalismo enquanto governamentalidade, e por onde se articula a sua racionalidade diagnóstica. No nível

¹ A depressão, por exemplo, saltou de 9,6% de pessoas diagnosticadas em 2019 para 13,5% de pessoas diagnosticadas no início de 2022, como mostra o Inquérito Telefônico de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis em Tempos de Pandemia (Covitel) (AGÊNCIA BRASIL, 2022). Em pesquisa da UFRGS de 2020, 80% dos brasileiros entrevistados relataram sintomas moderados a graves de ansiedade, o que representa um número muito maior em relação à média mundial de 30% (AGÊNCIA BRASIL, 2020). A incidência de transtornos mentais entre a população brasileira de 7 a 14 anos é de 13% (MARÇON e ANDRADE, 2022).

mesopolítico, o ambiente escolar e a internet são os pontos de mediação. É onde pretendo investigar de quais formas a governamentalidade neoliberal se transfigura em subjetividades patologizantes e diagnósticas em convergência (ou não) à psiquiatria. Ou seja, como essas racionalidades se transformam em práticas intersubjetivas pela reprodução (ou não) de representações sociais para depois virem a adentrar o nível micropolítico e se tornarem auto-representações. Nesse último nível, está o objeto do poder psicopolítico: o corpo, que será tomado por certa dualidade. Tanto a unidade sintética da personalidade, que seria o sujeito da racionalidade diagnóstica, como o sujeito da indeterminação, por onde escapa a multiplicidade do sofrimento psíquico que a patologia não consegue representar (NEVES *et al.*, 2022).

No segundo capítulo, começo com uma discussão teórica mais voltada à dimensão macropolítica, buscando entender como a racionalidade neoliberal pode se materializar em racionalidade diagnóstica por meio da patologização. Para isso, analiso quais discursividades estão sendo mobilizadas pela psiquiatria neuronal, principalmente através do DSM, relacionando-a a formas de poder do neoliberalismo. Se nessa primeira parte a patologia é vista a partir da transformação de comportamentos em sintomas, e da forma com que isso pode ser produzido pela diagnóstica psiquiátrica, na segunda parte busco desdobrar algumas patologias que de alguma forma expõem os “sintomas” neoliberais. Para isso, selecionei a depressão, que cresce exponencialmente (como será evidenciado) e é vista por muitos autores como o “mal” do nosso século (KEHL, 2015); e o *borderline*, que segundo Dunker (2022), expõe a incapacidade da racionalidade diagnóstica em fechar as indeterminações do sujeito em categorias fechadas. Neste capítulo, faço uma análise discursiva: busco em sites da internet com maior número de acessos como esses transtornos estão sendo descritos e divulgados, a partir da apropriação que fazem do DSM. A ideia é tentar dar conta de duas dimensões essenciais para compreender o aumento de diagnósticos e da discursividade pública em torno da produção de diagnósticos de transtornos mentais: as introjeções psíquicas das mudanças de ordem social, atreladas à racionalidade neoliberal em sua busca de produzir determinado tipo de sujeito e, portanto, novas modalidades de sofrimento; e a “reformulação da própria noção de transtorno mental que contribui para essa aparente proliferação” (DA SILVA JÚNIOR, 2021, p. 131).

O terceiro capítulo é dedicado a uma análise documental e discursiva em torno das controvérsias diagnósticas em relação ao TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) e da sua articulação identitária pelos sujeitos diagnosticados. Para isso, em

janeiro de 2023 fiz uma coleta de depoimentos desses sujeitos presentes no site da ABDA (Associação Brasileira do Déficit de Atenção), em que é possível visualizar a internet como um meio de intersubjetividades e já antecipar o outro meio a ser desdobrado: a escola, já que, como veremos, os sintomas do transtorno estão bastante associados ao ambiente escolar, que aparece várias vezes citado nos critérios do DSM. O TDAH também foi escolhido por ser atualmente o transtorno psiquiátrico com maior incidência em jovens, diagnosticado em 4 a 10% das crianças entre a população mundial (LACET e ROSA, 2017). No Brasil, a pesquisa do instituto Glia aponta que esse número é de 4,4%, considerando pessoas de 4 a 18 anos (Polanczyk et al., 2010, citado por LACET e ROSA, 2017).

No quarto capítulo, tento entender como o ambiente escolar interfere no processo diagnóstico de crianças e adolescentes, trazendo entrevistas de educadoras e relatos da minha experiência no projeto educacional Alicerce. Aqui, a pesquisa toma um caráter mais dialógico e contextualizado para pensar e reformular a teoria a partir de situações singulares. São três entrevistas semi-estruturadas com educadoras, realizadas entre dezembro de 2022 e fevereiro de 2023.

A ideia inicial da pesquisa era realizar uma observação participante em uma escola de Porto Alegre, no entanto, o período de produção do trabalho acabou coincidindo com o período de férias escolares, devido à fragmentação do semestre na UFRGS, para além de impedimentos sanitários decorrentes da pandemia da COVID-19. Por isso, recorri a esses outros métodos de pesquisa, na esteira de uma perspectiva multissituada (MARCUS, 1995) que não foca em um só método ou objeto específico, mas procura vários recursos de pesquisa que se correlacionam à problemática. De acordo com George Marcus (1995), a pesquisa multissituada se constitui pelo deslocamento para múltiplos locais de observação, o que acarreta no “vaivém” entre o dentro e o fora dos sistemas globais, trazendo para a discussão conteúdos interdisciplinares. Penso no que afirma Ingold (2017), ao pensar o material como fluxo e não como substância – sempre olhar a coisa a partir da sua coisificação, já que não há coisa que não seja coisificada.

Nesse sentido, os dados coletados são: discursos de sites que apresentam as patologias ao público leigo, assim como ferramentas de diagnóstico; depoimentos de pessoas diagnosticadas presentes em sites e redes sociais; entrevistas semiestruturadas com pedagogas; relatos de experiências escolares. Tanto a internet como a escola aparecem na pesquisa como meios de subjetivação, espaços onde as crianças e adolescentes interagem com discursos que

podem ou não ser patologizantes. Em pesquisa realizada em 2021, foi constatado que uma em cada três crianças brasileiras de 11 a 17 anos afirmam já ter procurado apoio emocional na internet (CGI. BR, 2021), onde hoje é possível encontrar várias páginas de redes sociais, sites e testes online que produzem discursos relacionados aos transtornos mentais. A escola, por sua vez, é o lugar de encontro rotineiro das crianças e adolescentes em processo de aprendizagem, onde a produção de identidades é constantemente confrontada pela intersubjetividade que é, por sua vez, mediada institucionalmente. De acordo com Carla Biancha Angelucci (2013), o campo da educação é crucial para o arraigamento da noção de doença mental: o “não-aprender” e o “não-se-comportar” transformados em patologias esconderiam os problemas do sistema educacional e justificariam a medicalização como meio de resolução, o que é nessa pesquisa posto como hipótese. Por tratarmos do processo diagnóstico, o mais óbvio poderia parecer tentarmos entendê-lo a partir da clínica psiquiátrica. No entanto, o objetivo do trabalho é também captar como os discursos clínicos excedem a clínica e se reproduzem ou não em outros meios.

2 PSQUIATRIA E NEOLIBERALISMO

2.1 *PATHOS* PSICOPOLÍTICO E A VIRADA NEOLIBERAL

Quando falamos em “patologização”, trata-se, bem resumidamente, do processo de transformar comportamentos em sintomas de doenças. É um termo que surge da tentativa de ampliar o escopo de outra categoria que costuma ser mais utilizada, a de ‘medicalização’, ao refletir a “biologização de conflitos sociais” (CHAGAS e PEDROZA, 2016). Nesse movimento de transposição da vida social ao campo da medicina, Safatle entende que a patologia enseja “ao mesmo tempo e de maneira indissociável, modalidades de intervenção clínica e horizontes de valores” (2021, p.9). Ao transformar formas de vida e sofrimento psíquico em sintomas observáveis, e unificá-los em categorias diagnósticas, faz um apelo à unidade sintética do sujeito como “horizonte normativo para a multiplicidade de condutas” (Ibid.). Nessa visão, patologizar significa atribuir uma referência identitária com o intuito de não apenas dar sentido ao sofrimento, mas também induzir efeitos de subjetivação. Ou seja, o próprio comportamento e o próprio sofrimento psíquico são influenciados pela auto-representação do sujeito enquanto ser patológico. Esse processo seria atravessado pela força enunciativa e universalizante de determinado saber médico, que cria as categorias diagnósticas a partir de supostas condições de “falta” ou “excesso” em torno dos horizontes normativos. “Mais do que na enunciação direta dos valores, é na organização taxonômica dos seus desvios que se fundamenta a eficácia dos processos de gestão social” (Ibid., p. 10).

Se, na origem do termo, a patologia era tratada como um desvio em relação a um ideal de normalidade, no neoliberalismo ela parece adquirir uma nova condição. O sofrimento que a gestiona não está mais relacionado apenas a essa oposição entre normal e anormal, mas também à pulsão produzida pela necessidade performativa de desempenho e auto-realização (NEVES *et. al.*, 2022). Se a crítica da sociedade disciplinar centrava-se no poder como o manejo do duplo permitido/proibido (o “permitido” como o desejo socialmente aceitável e o “proibido” como o desejo reprimido), entendendo a origem do sofrimento a partir dessa tensão, a crítica da atual sociedade de controle deve tratar, segundo Safatle (2021), do duplo possível/impossível. Isso porque a racionalidade neoliberal está envolta em um discurso de estímulos positivantes, que a partir da naturalização de determinada ideia de “liberdade” e “autonomia”, gestiona um horizonte de valores que deve ser incorporado pré-reflexivamente. A eficácia dessa forma de poder estaria em fazer os anseios pessoais corresponderem aos anseios da ordem econômica,

esvaziando ideias de “privação”, “classe”, e o conflito em geral (categorias que não existem como substâncias fixas, mas enquanto *fazer-se*). Portanto, esse esvaziamento atua também sobre a mobilização coletiva – algo que está no seio da gestação do neoliberalismo, visto que para conseguir prosperar precisou, por exemplo, dissolver e regulamentar a organização sindical. O autor liberal Rougier cita a necessidade de “dar autoridade suficiente aos governos para que resistam à ascensão dos interesses privados sindicalizados” (citado por DARDOT e LAVAL, 2016, p.87), isso em prol de limpar o caminho para o jogo concorrencial em que cada pessoa deve se tornar a sua própria empresa. Pois ao se supostamente eximir de uma finalidade coletiva, o neoliberalismo produz a ideia do mercado como simples “meio” do indefinido social: a finalidade seria sempre individual e avessa ao “bem comum” (o que muitos autores liberais atrelam ao totalitarismo). No entanto, esse mesmo regime depende da intervenção do Estado para assegurar a redoma que protege a transcendentalidade do mercado, e necessita principalmente do aparato jurídico do direito privado para não permitir a interferência de organizações de associação política, mesmo que para isso precise restringir a democracia.²Foi a partir do conflito e da intervenção, ou seja, da negatividade, que o neoliberalismo pôde ascender e se legitimar, para então fazer valer sua psicopolítica de estímulos positivamente.

A progressiva ampliação desses sistemas disciplinares, assim como sua codificação institucional, levaram à instauração de uma racionalidade geral, uma espécie de novo regime de evidências que se impôs aos governantes de todas as linhas como único quadro de inteligibilidade da conduta humana. (DARDOT e LAVAL, 2016, p. 193)

Cria-se uma ideia de “pacificação” que está ancorada na generalização da insegurança e do medo, uma guerra que não é mais territorializada pelo Estado em seus anseios políticos e expansionistas, mas desterritorializada pelos fluxos do Capital – esses que usam do Estado como espaço de reterritorialização³. Na visão de Pelbart, a violência dessa guerra “pós-heroica” se manifestaria pela lógica da caça:

da vigilância incessante (o drone pode ficar no ar vinte e quatro horas por dia), da totalização das perspectivas (pode-se ver tudo), do arquivamento total tanto visual como sonoro (podem interceptar todas as comunicações), que, no conjunto, permitem uma cartografia completa das formas-de-vida em jogo (2019, p. 93).

² Outros exemplos: a dependência financeira dos países “subdesenvolvidos” em relação ao FMI, tendo que se submeter às suas lógicas de investimento para se inserir no mercado internacional; e a gestão empresarial pressionada a se dirigir à lógica do “valor acionário” (DARDOT e LAVAL, 2016).

³ “É pretensão do Estado ser imagem interiorizada de uma ordem do mundo e enraizar o homem” (DELEUZE e GUATTARI, 2011, p. 48).

Por isso, falamos aqui em *psicopolítica* como uma forma prospectiva de governar que incide em um nível pré-reflexivo (HAN, 2015): tendo-se mecanismos para captar as informações de forma quase totalizante, e recursos algorítmicos para transformar essas informações em dados e estatísticas, a intervenção política torna-se cada vez mais personalizada e psíquica. Pelo menos em tese, não é mais necessário grandes enfrentamentos, pois se pode controlar os limites do possível (ao passo que produzindo o discurso contrário) por uma ação contínua e vigilante. Ao invés de reprimir o desejo, a *megamáquina de neutralização dos acontecimentos* (PELBART, 2019) opera através do que Foucault chamou de *economia dos prazeres e dos corpos*. Ao remontar à história da sexualidade, o autor argumenta que nas tecnologias de si do cristianismo houve uma desarticulação da unidade que juntava desejo, ato e prazer. O foco passou a ser o desejo como fonte isolada: “o que outrora caracterizava os *aphrodisia* (uma relação de si com os outros) agora vai interiorizar-se ou projetar-se no próprio sujeito e tornar-se essencialmente relação de si consigo” (2016, p. 256). É dessa fonte que a racionalidade neoliberal parece posteriormente beber. E o faz, conforme Han (2018), a partir de um *estado de choque social pós-catástrofe*, algo que está no seio do pensamento de Milton Friedman, um dos mais famosos teóricos do neoliberalismo. “O choque apaga e esvazia a alma, tornando-a indefesa, de modo que o indivíduo se submete voluntariamente a uma reprogramação radical” (HAN, 2018, p. 51). A partir do choque, o esvaziamento; a partir do esvaziamento, a inserção pré-reflexiva da psicopolítica como reprogramação psíquica.

Nessa ótica, Da Silva Júnior (20022) entende que a psiquiatria, em seu formato hegemônico, aparece como um meio de efetivação do projeto neoliberal. Ao tentar fazer do sofrimento um problema de ordem biológica e individual, negaria as interferências do social e se isolaria do campo político como uma ciência que contribui para a adequação do sujeito às subjetividades necessárias para o bom desempenho da ordem econômica, uma “ciência régia” que só “só suporta e se apropria da perspectiva estática, submetida a um buraco negro central que lhe retira toda capacidade heurística e deambulatória” (DELEUZE e GUATTARI, 2012, p. 31).

É o que Neves *et. al.* (2022) chamam de *desresponsabilização*, tanto do paciente (que muitas vezes enxergaria a doença meramente como uma disfunção neuronal), como do meio em que esse está inserido. Isso se acentua quando olhamos para a lógica do *enhancement*, em que o campo psiquiátrico e farmacológico é utilizado não como função terapêutica, mas como função de aprimoramento e desenvolvimento pessoal.

Antes de adentrar esse campo, precisamos considerar que a própria operação realizada por manuais como o DSM (*Diagnosical and Statistical Manual of Mental Disorders*) já transformam em sintomas uma série de comportamentos relativos, para depois os inserirem nos conjuntos de sintomas que formam os transtornos. Isso gera uma espécie de generalização patológica, em que se torna mais difícil uma pessoa não se identificar com nenhum transtorno do que se identificar com ao menos um (DUNKER, 2021). Um modelo que também facilita o recorrente autodiagnóstico, em que a própria pessoa pode ir fazendo um *checklist* dos seus sintomas. Vale lembrar que apesar da forte influência do DSM, parte da própria ciência psiquiátrica (ávida em torná-la mais biológica e próxima da ciência médica) tece críticas à não objetividade dessa forma de identificação através dos sintomas subjetivos e suas brechas a interpretações. O próprio DSM tentou adaptar-se e fracassou ao tentar inserir mais marcadores biológicos na identificação dos transtornos, enquanto um novo manual está em fase de pesquisa: o RDoC, que

em vez de procurar objetificar conjuntos de sintomas estáveis em síndromes e transtornos, ele pretende investigar diretamente os ‘sistemas de funcionamento humano’, o que podemos chamar de sistemas do funcionamento psíquico, abrangendo emoção, cognição, motivação e comportamento social (NEVES *et al.*, 2022, p.140).

As novas pesquisas na área da neurologia indicam um caminho de monitoramento e vigilância permanente dos processos cognitivos e cerebrais, que vão desde a captação comportamental e sensível que já pode ser realizada por *smartphones* (como aplicativos que fazem recomendações a partir do registro de voz e de toque, por exemplo) até os implantes neuronais, que permitirão não apenas esses registros como também intervenções a serem literalmente interiorizadas pelo sujeito. No campo da saúde, “uma medicina sem pacientes e sem médicos” (DA SILVA JÚNIOR, p.163), o que Deleuze já previa em seu *post-scriptum* sobre a sociedade de controle, como veremos mais adiante.

A questão paradigmática do *enhancement* é que o objetivo não é tratar a doença, mas otimizar ao máximo a capacidade produtiva. Como Byung Chul Han (2015) afirma, não vivemos mais em uma era imunológica em que o medicamento seria apenas um combatente, mas em uma era prospectiva em que o foco é também atuar sobre o positivo com uma carga ainda maior de positividade. A tendência é já afastar a negatividade antes dela se fazer presente, já prospectar os possíveis desequilíbrios que venham a diminuir as chances de “vitória” do sujeito da competitividade generalizada do neoliberalismo. Aplicativos de *digital health* são um

exemplo dessa psicopolítica que visa, segundo citado por um deles, “substituir os comportamentos inúteis” (citado por NEVES *et al.*, 2022, p.159).

O que torna um comportamento inútil? O neoliberalismo parece trabalhar com esses termos vazios como parte de uma gramática própria à linguagem do capital. É o que Barthes vê no mito como um segundo sistema semiológico (uma metalinguagem) que naturaliza a relação entre significante e significado como se fosse um sistema fatural, que, de tanto repetir seus enunciados, dá à *valoração* o rosto da *definição*. Isso é tanto mais fácil quanto mais vazios forem os termos: “o mito prefere trabalhar com imagens pobres, incompletas, onde o sentido está já diminuído, disponível para uma significação: caricaturas, pastiches, símbolos etc.” (BARTHES, 2001, p.148), e tanto mais fácil a naturalização quanto mais recursos enunciativos estiverem a sua disposição: publicidade, séries e filmes, redes sociais etc. No termo “inútil”, citado pelo aplicativo, a utilidade opera como a recusa do ócio, que é há muito combatido como causa patológica. Nesse sentido, Foucault (2008) expõe uma ilustração clara: as prisões em que os prisioneiros cavam poços que não dão em lugar algum, visto que o que importa é o meio, o fazer laboral que já está embutido de “utilidade”. O que não difere muito do trabalho em sua forma alienante, como abstraído por Marx (1978), em que os trabalhadores estão desvinculados da finalidade e do próprio resultado de seu trabalho – uma operação de externalização do sujeito.

2.2 A RACIONALIDADE DIAGNÓSTICA A PARTIR DO DSM III

Se a psiquiatria realmente auxilia na efetivação do projeto neoliberal, como afirmam os autores citados, ela também se insere na vida cotidiana pela produção de verdade, muitas vezes apresentando-se como alternativa única de cura e melhora. Toda uma gramática biológica é posta em jogo: a pretensa neutralidade que advém com o DSM III, em 1980, visa “ultrapassar as clivagens ideológicas através da ciência, colocar entre parênteses a questão etiológica para se concentrar em descrições clínicas, reformar o vocabulário diagnóstico evitando ao máximo as inferências” (DEMAZEUX, 2013, p.156 citado por SAFATLE, 2021, p.39). Transformando política em técnica “pura” e facilitando o diagnóstico a sintomas observáveis não mais “a partir de sua estrutura relacional em relação às injunções normativas do meio” (SAFATLE, 2021, p.38) e sim como entes individuais, foi possível expandir o alcance do DSM e da racionalidade diagnóstica com apoio empresarial e um vínculo muito estreito com a indústria farmacêutica. Nelson da Silva Júnior (2021) mostra essa retroalimentação que produz o enviesamento dos

profissionais de saúde e das instituições a sua lógica de diagnosticar, além de apresentar uma inversão bastante paradigmática: ao invés do medicamento aparecer após a patologia, a patologia é criada após o medicamento. Isso porque se detectam os comportamentos/sintomas aos quais os princípios ativos do remédio reagem, para então conjugá-los em uma nova categoria.

A cada momento um novo desconforto, ou uma “nova causa, recém descoberta pela ciência de ponta” substituirão os antigos sofrimentos e soluções. A manutenção de um processo virtualmente infinito de renomeação de grupos de sintomas permitirá, nesse sentido, numa inquietante importação de uma das estratégias mais eficazes do marketing de produtos de consumo, aquela da obsolescência programada, tendo condições de fornecer sempre o perfeito consumidor para a indústria farmacêutica (DA SILVA JÚNIOR, 2016, p.235).

Paul B. Preciado aponta que o triunfo da ciência como lugar de hegemonização dos discursos e práticas se deve ao mecanismo do *feedback performativo*:

O sucesso da indústria tecnocientífica contemporânea consiste em transformar nossa depressão em Prozac, nossa masculinidade em testosterona, nossa ereção em Viagra, nossa fertilidade ou esterilidade em Pílula, nossa aids em triterapia, sem que seja possível saber quem vem primeiro: a depressão ou o Prozac, o Viagra ou a ereção, a testosterona ou a masculinidade, a Pílula ou a maternidade, a triterapia ou a aids. (2018, p. 37)

Segundo o autor, essa materialização do psiquismo em substâncias químicas comercializáveis é parte de uma forma de governo⁴ biomolecular que visa produzir sujeitos que performatizem de maneira autoviligante formas específicas de saber sobre si mesmo – um *modelo neoliberal psicopolítico da subjetividade* (PRECIADO, 2018). Pois a representação só é efetivamente subjetivada quando transformada em auto-representação. Para que isso aconteça, uma série de técnicas hormonais e biotecnológicas são desenvolvidas e disponibilizadas: está em jogo intervir diretamente no funcionamento do corpo para produzi-lo artificialmente, até que as técnicas de controle se diluam no organismo individual e não possam mais ser distinguidas dele. Segundo o autor, essa virada biomolecular toma forma com a crise do fordismo, nos anos 1970, e tem entre os seus marcos: o desenvolvimento de células e fluidos geneticamente modificados, além de medicamentos psicotrópicos legais e ilegais; a concentração de capital sexual em megalópoles; a difusão pornográfica audiovisual. Tudo isso

⁴ Entende-se “governo” no sentido posto por Foucault: “não no sentido estreito e atual de instância suprema das decisões executivas e administrativas nos sistemas estatais, porém no sentido amplo, e aliás antigo, de mecanismos e de procedimentos destinados a conduzir os homens, a dirigir a conduta dos homens, a conduzir a conduta dos homens” (FOUCAULT, 2012, p.13-14).

como parte de um sistema de comunicação e informação digital que funciona como um circuito integrado. “Já não se trata de poder sobre a vida, do poder de administrar e maximizar a vida, como dizia Foucault, mas de poder e controle exercido sobre um todo tecnovivo conectado” (Ibid., p.47).

Esse mesmo período é marcado pelo início de uma virada epistemológica na psiquiatria, da qual o DSM III é um grande propulsor. Nelson da Silva Júnior (2021) afirma que essa nova racionalidade diagnóstica é definida pela exclusão do sujeito do inconsciente e pela obsolescência da enunciação. Em outras palavras, a diagnóstica psiquiátrica ameniza as enunciações singulares dos sujeitos em favor de uma verdade universal e manualesca que naturaliza o sofrimento psíquico. Isso acaba privando o sujeito de acessar os vários possíveis sentidos dos acontecimentos. O que acontece é uma inversão entre teoria e técnica e a “elevação a uma lógica industrial, indissociável da manipulação dos consumidores pelo marketing” (DA SILVA JÚNIOR, 2021, p.36). Uma nova gramática da técnica é posta no jogo da diagnóstica, mais especificamente o “monopólio da operacionalidade técnica em torno da certeza da representação” (Ibid., p.40). É quando a psiquiatria ultrapassa a medicina para se inserir e se reproduzir na indústria do bem-estar, em uma conjugação acadêmico-empresarial. É interessante perceber que o processo de definir as classificações patológicas, antes previamente submetidas a condições terapêuticas, fica condicionado à organização “em torno dos agrupamentos de sintomas que desaparecem sob a ação de drogas com ação neuroquímica” (Ibid., p.41).

Se a famosa frase de Margaret Thatcher - “economia é o método, o objetivo é mudar o coração e a alma” (citado por DARDOT e LAVAL, 2016) - ilustra as aspirações neoliberais de enraizamento, é preciso que a economia tome uma forma expandida que alcance o coração e a alma. Isso pressupõe, além de sua universalização, uma infiltração pelos mais diferentes meios de produção de subjetividade. Durante o século passado, autores como Lefebvre (2001) indagavam como o capital era incorporado e reproduzido na vida cotidiana, e argumentavam que sua eficácia não estava apenas na forma econômica de organização produtiva, mas principalmente na sua capacidade de se metamorfosear pelo espaço-tempo. Deleuze e Guattari (2010) viam no movimento de desterritorialização e reterritorialização a força de subjetivação do capital: trata-se de expandir e axiomatizar seus limites para fazê-los servir a seus próprios interesses.

O “esquadriamento da produção pela informação manifesta uma vez mais que a essência produtiva do capitalismo só funciona ou “fala” na linguagem dos signos que o capital mercantil ou a axiomática do mercado lhe impõem (DELEUZE e GUATTARI, 2010, p.321)

Quando tratamos da racionalidade neoliberal incorporada pela psiquiatria, sua chegada aos corações e almas depende da extensão para além da clínica. Ao falar sobre as *sociedades de controle*, que surgem com o declínio das *sociedades disciplinares*, Deleuze cita como exemplo a setorização das instituições hospitalares e psiquiátricas, que ao se dissolverem juntam seus pedaços em novos meios de controle que substituem os confinamentos mais visíveis: “os confinamentos são moldes, distintas moldagens, mas os controles são uma modulação, como uma moldagem autodeformante que mudasse continuamente, a cada instante [...]” (2017, p. 225). O que caracteriza a modulação é o fato de, ao invés de estar delimitada a um espaço-tempo definido, se constituir como um processo contínuo e alomórfico. Nas sociedades disciplinares se passava de uma instituição a outra – terminando a escola, o homem adentra a fábrica. Nas sociedades de controle, as fronteiras institucionais se obscurecem ao dispositivo do visível, pois coexistem em um fluxo ondulatório que não cessa: o exemplo do capitalismo financeiro, com sua invisibilização e flutuação dos processos monetários, é um dos pontos chave dessa virada que, segundo Deleuze, já estava teoricamente presente na obra de Burroughs e foi pressentida por Kafka. Se o ser confinado é o sujeito disciplinado, o ser endividado é o sujeito controlado – se o primeiro age por obrigação, o segundo age por dependência. Uma mistura entre desterritorialização dos fluxos e codificação burocrática. No regime dos hospitais, já prevê o autor, estamos diante de uma medicina “sem médico nem doente”, que “substitui o corpo individual ou numérico pela cifra de uma matéria ‘dividual’ a ser controlada” (2017, p. 227).

Neves *et al.* (2022) afirmam que a própria luta antimanicomial foi apropriada como “vetor de força conjuntamente aos imperativos neoliberais para a expansão do transtorno mental para toda a sociedade” (p.150), usada como justificativa para a medicalização. Se o tratamento psiquiátrico não está mais concentrado nos manicômios, ele se infiltra por meios como a escola, sustentado pelos desdobramentos do DSM em “dificuldades de aprendizagem”⁵. Nessa ótica, não se trata mais de isolar o sujeito patologizado, e mesmo quase não se pode falar em inclusão

⁵ O “fracasso escolar” já foi inclusive critério essencial do diagnóstico de demência precoce. Em livro publicado em 1899, o psiquiatra J.Christian usava do seguinte método para o diagnóstico: alunos que antes demonstravam inteligência e depois apresentavam desempenho ruim na escola eram considerados doentes mentais, como se afligidos pela demência (HEYWARD e VARIGAS, 1977).

quando a regra geral tende a ser a da patologização extensiva, quando se borram as suas fronteiras com a normalidade. Claro que não podemos hegemonizar essa lógica de interpretação sem considerar as descontinuidades e particularidades locais, pois é certo que em muitos ambientes escolares ainda predominam outras formas de tratamento, além da psiquiatria não ser uma ciência totalmente uniforme. Ainda assim, os esforços neoliberais caminham na direção de fazer valer outra máxima de Thatcher: “não há alternativa”. Esse realismo capitalista, como teorizado por Mark Fisher (2009), cria uma espetacularização do real que banaliza a possibilidade de se pensar em outro mundo para além do capitalismo, em que até as contestações são apropriadas e reterritorializadas na axiomática do capital. Não se trata de uma capa encobrindo a realidade como nos moldes platônicos, mas de uma “fantasia (inconsciente) estruturando a realidade social” (ZIZEK, citado por FISHER, 2009, p. 17, tradução minha).

2.3 SINTOMAS DO SOCIAL: O DEPRESSIVO E O DESATENTO

Nessa seção, tento dar à noção de “patologia” especificidades mais delimitadas e ilustrativas, buscando traçar os discursos mobilizados em torno de alguns transtornos mentais: depressão, *borderline* e TDAH. Segundo a pesquisa Vigitel, de 2021, 11,3% dos brasileiros afirma já ter sido diagnosticado com depressão. Se compararmos com o número de outros países, o Brasil é o país da América Latina com maior incidência da doença e apresenta um número bastante superior ao da média mundial, que em 2017 era de aproximadamente 4% da população (GOV.BR, 2022). Como veremos, ela é considerada por alguns autores como a doença característica do nosso século, tendo seus sintomas atrelados à lógica de produtividade do neoliberalismo. Se a depressão é uma reação mais introspectiva, o *borderline*, por outro lado, seria uma reação mais expansiva. Tendo surgido recentemente, é uma patologia que parece expor contradições que colocam em cheque a racionalidade diagnóstica.

2.3.1 Depressão orgânica

Ao procurar a palavra *depressão* no Google, a primeira página que aparece, curiosamente, é a do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Nessa matéria chamada *Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção*, escrita há 3 anos, temos algumas informações que nos ajudam a entender o discurso hegemônico:

Ao contrário do que normalmente se pensa, os fatores psicológicos e sociais muitas vezes são consequência e não causa da depressão. Vale ressaltar que o estresse pode precipitar a depressão em pessoas com predisposição, que provavelmente é genética (TJDF, 2020).

O mesmo trecho está também presente naquela que é a terceira página exposta pela ferramenta de busca, um artigo de 2005 da Biblioteca Virtual em Saúde, que veicula as produções do Ministério da Saúde desde 2001 (BVS), e de onde foi copiada a matéria que aparece na página do TJDF. No artigo original, vemos que a fonte de pesquisa citada é o Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo e a Universidade Federal de Minas Gerais – Revista de Psicofisiologia.

A narrativa organicista que o trecho evidencia parece tirar dos fatores sociais e até dos psicológicos o fardo da “causa” do problema para reinseri-los como consequências. E mesmo não havendo provas substanciais, o “provavelmente genética” dá o respaldo terminológico para se produzir o mesmo efeito de verdade. Naturalizada a essência constitutiva, cabe à medicalização⁶ soltar seus tentáculos: “O tratamento da depressão é *essencialmente* medicamentoso” argumenta a mesma matéria. “Não há alternativa”, já nos dizia Margaret Thatcher. É também isso que o diagnóstico em forma de manual parece acentuar quando produz a “obsoletização da enunciação como forma de habitar a linguagem, uma vez que só importa o *já dito*” (DA SILVA JÚNIOR, 2021, p. 47), uma metaverdade que “garante as verdades singulares” (Ibid., p. 46).

Ainda que essas páginas da internet muitas vezes façam a ressalva de que o diagnóstico deve ser feito com profissionais de saúde e que o material é apenas “educativo”, temos que ter em mente dois desdobramentos: 1) isso não as exime de ser uma fonte de autodiagnóstico, ainda mais por se autovalidarem pelas suas referências (DSM, OMS etc.); 2) justamente por conta dessas referências, são recursos para entendermos o saber médico. Ao invés de estarmos acessando diretamente o DSM, estamos olhando para as suas traduções e interpretações que visam uma comunicação com o público leigo. De acordo com a pesquisa TIC KIDS ONLINE 2021 sobre o uso de internet por crianças e adolescentes,

32% dos entrevistados afirmaram ter procurado ajuda para lidar com algo ruim que vivenciaram ou para falar sobre suas emoções quando se sentiram tristes. O uso da rede para a procura de apoio emocional foi reportado por 46% dos usuários da rede

⁶ Uso o termo como inicialmente proposto por Irving Zola em 1972, como “expansão da jurisdição da profissão médica para novos domínios” (citado por LUENGO, 2010, p. 67).

que tinham entre 15 e 17 anos, 28% entre os com 13 e 14 anos e 15% por aqueles com idades de 11 e 12 anos (CGI. BR, 2021, p. 28).

A pesquisa também mostra que, entre os assuntos mais comuns de pesquisa, estão: “prevenção e tratamento de doenças (38%)”; “informações sobre medicamentos (22%)”. Além disso, “29% dos entrevistados tiveram contato com informações sobre sentimentos, sofrimento emocional, saúde mental e bem-estar, e 38% acreditam que a Internet os ajudou a lidar com um problema de saúde” (Ibid.).

Voltando aos textos sobre as causas da depressão, outra página bastante acessada, e que aparece em segundo lugar na ferramenta de buscas do Google, é aquela presente no site do doutor Drauzio Varella e escrita por Maria Helena Varella Bruna, que afirma o seguinte:

Existem fatores genéticos envolvidos nos casos de depressão, doença que pode ser provocada por uma disfunção bioquímica do cérebro. Entretanto, nem todas as pessoas com predisposição genética reagem do mesmo modo diante de fatores que funcionam como gatilho para as crises: acontecimentos traumáticos na infância, estresse físico e psicológico, algumas doenças sistêmicas (ex: hipotireoidismo), consumo de drogas lícitas (ex: álcool) e ilícitas (ex: cocaína), certos tipos de medicamentos (ex: anfetaminas). (VARELLA BRUNA).

Apesar de também se utilizar de um discurso biologizante, expõe outros fatores que podem ser “gatilho” para a depressão, dando à experiência um papel na causalidade da doença. O artigo também faz uma comparação entre tristeza e depressão: “A tristeza tem motivo. A pessoa sabe que está triste. Já a depressão é uma tristeza profunda e muitas vezes sem conteúdo, sem motivo aparente” (Ibid.). Nesse sentido, o que diferenciaria a depressão da tristeza é a *aparência* do motivo que leva ao sentimento. Não o motivo e nem a sensação, mas o ato de perceber ou não a causa, caso não seja “sem conteúdo”. Falando especificamente sobre a identificação da depressão em crianças, o texto afirma: “Nas crianças, muitas vezes são erroneamente atribuídos a características da personalidade [...]” (Ibid.).

Na internet, também é possível encontrar testes para identificar a depressão. O mais conhecido é o PHQ-9, desenvolvido a partir do DSM, que consiste em um questionário com 9 assertivas em que a própria pessoa deve escolher entre as alternativas “quase todos os dias”, “mais de metade dos dias”, “vários dias” ou “nunca”⁷, levando em conta as últimas duas semanas (KIAI.MED.BR, 2020). As frases são:

⁷ É curioso que não haja um intermediário entre o “nunca” e o “vários dias”, esse último estando muito parecido com o “mais de metade dos dias”.

Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas.
 Se sentir ‘para baixo’, deprimido/a ou sem perspectiva.
 Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume.
 Se sentir cansado/a ou com pouca energia.
 Falta de apetite ou comendo demais.
 Se sentir mal consigo mesmo/a – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a.
 Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão.
 Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume.
 Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a. (KIAI. MED.BR, 2020)

Por volta de 2018, quando consultava uma psicóloga que se valia do método cognitivo-comportamental (TCC), recebi um formulário parecido para eu preencher em casa. Ao invés do meu diagnóstico decorrer do tratamento dialógico com a psicóloga e do desenlace das minhas angústias em suas expressões singulares, ao mesmo passo que levando em conta as contingências político-sociais, era preciso um formulário que objetivasse meus sintomas. Hoje, isso me parece muito com o que Dunker argumenta ao falar sobre o DSM: uma “tentativa de separar os sintomas das suas inflexões em termos de sofrimento, ou seja, o sintoma de sua hermenêutica ou de sua interpretação pelo próprio sujeito” (2021, p. 319). Depois de entregar para a psicóloga as minhas respostas, ela logo me encaminhou a um psiquiatra que, em uma só sessão de contato breve, já me pediu exames visando a medicalização.

Esse mesmo teste PHQ-9 foi publicado em uma página do *Instagram* chamada @eurekka, que conta com mais de 700 mil seguidores e trata sobre saúde mental, além de oferecer aulas e consultas médicas. Na publicação em que consta o teste, aparecem vários comentários de usuários, como: “Tem algo errado nesse teste, as 3 últimas opções querem dizer a mesma coisa. ‘Na maioria dos dias’, ‘Quase todos os dias’ e ‘Em vários dias’”, a qual outro usuário responde que deveria existir um meio termo. Vemos também: “O resultado não faz sentido, deu totalmente oposto ao diagnóstico do médico”. Algo parecido com aquele mais curtido: “Tenho depressão grave e tendência suicida e o teste me mandou um risco baixo KKKAKAKAKAKAKAK”.

2.3.1.1 Breve história dos antidepressivos

Ao falar sobre depressão, é preciso também falar sobre antidepressivos. Ainda que em nem todo caso de depressão eles sejam prescritos, é junto à terapia o método mais utilizado no tratamento do transtorno, tendo influenciado as mudanças conceituais em torno da depressão a partir de seus desdobramentos científicos. Dos anos 1950 até hoje, uma série de medicações antidepressivas foram desenvolvidas e utilizadas pela psiquiatria. No início, produziam poucos efeitos a longo prazo e os efeitos colaterais tornavam-as pouco atraentes. Foi nos anos 1980, com os inibidores de recaptção de serotonina (IRSS), que apareceram medicações focadas em um neurotransmissor isolado – uma delas o Prozac, em 1987. No entanto, percebeu-se que a serotonina (em sua condição de falta) não era o único neurotransmissor responsável pela depressão, mas que a norepinefrina e a dopamina também tinham seu papel, o primeiro ligado à ansiedade e ao estresse (que se conjugava ao diagnóstico depressivo) e a segunda ligada à “tomada de decisões, motivação e mecanismos de punição e recompensa” (DUNKER, p.189). Surgem, assim, os antidepressivos “atípicos”.

Ao longo dos anos 2000, os antidepressivos foram tendo sua eficácia diminuída nas pesquisas que os comparam a placebos e às psicoterapias, e hoje, com as novas gerações de medicamentos antidepressivos, há um foco no “alívio das versões ‘corporais’ da depressão” (DUNKER, 2022, p. 204), ao invés da cura. Isso faz com que o usuário fique em um estado necrófilo, em que, apesar de não sentir a dor, também não sente desejo. Além disso, os antidepressivos costumam parar de fazer efeito depois de certo tempo de uso (KEHL, 2015).

Para Dunker (2022), a psiquiatria não tem correspondido às expectativas científicas em descobrir novas medicações e em entender pela neurociência e pela genética as origens das doenças mentais, o que faz com que o diagnóstico da depressão e os antidepressivos sejam expandidos e generalizados, incluindo em seus quadros novos subtipos e sintomas que fazem da depressão uma normalopatia.

Foi preciso fazer acreditar que a depressão não tinha passado conhecido nem família anterior muito definida. Foi preciso inventar um novo figurino. Durante os próximos 40 anos a depressão foi desmembrada, dividida e redividida em 11 tipos. Uma vez desligada de seus nobres antepassados, renomeada e rebatizada, ela tornou-se uma selva de quadros, muitos deles definidos recursivamente pela negação de outros, ao modo de uma carta de vinhos. (Ibid., p.201)

Maria Rita Kehl corrobora com essa análise ao argumentar sobre as “novas estratégias de venda dos laboratórios farmacêuticos” que

já não se limitam à divulgação dos remédios lançados no mercado. A ênfase dos panfletos distribuídos nos consultórios de médicos e psiquiatras recai sobre os *novos critérios de diagnóstico* das depressões, de modo a incluir um número crescente de manifestações de tristeza, luto, irritabilidade e outras expressões de conflito subjetivo entre os “transtornos” indicativos de depressão a serem tratados por emprego de medicamentos. (2015, p.52)

A autora ainda acrescenta que esses panfletos não são distribuídos apenas para a classe médica, mas também circula entre “leigos”, atuando como uma ferramenta de autodiagnóstico.

2.3.2 Depressão social

Se antes tratamos de compreender a depressão por meio de alguns discursos médicos, agora o olhar se volta à depressão como patologia do social. Isso significa tentar compreender o que os sintomas da depressão podem estar expressando não enquanto um processo biológico e interno, mas enquanto produto e também vetor de força do *socius* e, mais especificamente, do neoliberalismo. Para isso, é preciso partir do pressuposto de que o ‘indivíduo’ é sempre um sujeito social. Começamos pela visão de Maria Rita Kehl:

A depressão é a expressão do mal-estar que faz água e ameaça afundar a nau dos bem-adaptados ao século da velocidade, da euforia, pret-a-porter, da saúde, do exibicionismo e, como já se tornou chavão, do consumo generalizado. A depressão é sintoma social porque desfaz, lenta e silenciosamente, a teia de sentidos e de crenças que sustenta e ordena a vida social dessa primeira década do século XXI. Por isso mesmo, os depressivos, além de se sentirem na contramão de seu tempo, veem sua solidão agravar-se em função do desprestígio social de sua tristeza. (2015, p.22)

Essa maneira de enxergar o depressivo nos traz uma possível aproximação com o “esquizo” de Deleuze e Guattari, que “situa-se no limite do capitalismo: é a tendência desenvolvida deste, o sobreproduto, o proletário e o anjo exterminador” (2010, p.54). Tanto o esquizo como o depressivo são produtos de seu tempo, mas nem por isso o reproduzem mecanicamente: pensando-os enquanto processos e não como categorias clínicas, são forças que ajudam a incidir luz sobre contradições do sistema capitalista, principalmente por não se adaptarem às suas espaço-temporalidades.

a própria fuga esquizofrênica não consiste apenas em afastar-se do social, em viver à margem: ela faz fugir o social pela multiplicidade de buracos que o corroem e o perfuram, sempre ligados a ele, dispondo em toda parte as cargas moleculares que explodirão o que deve explodir, que farão tombar o que deve cair, que farão fugir o que deve fugir, assegurando em cada ponto a conversão da esquizofrenia, como processo, em força efetivamente revolucionária [...] O esquizo não é revolucionário,

mas o processo esquizofrênico (de que o esquizo é só a interrupção, ou a continuação no vazio) é o potencial da revolução. (DELEUZE e GUATTARI, 2010, p. 452).

O ponto que distingue o esquizo do depressivo parece ser o uso que faz desse potencial revolucionário, visto que ao invés do depressivo recusar as demandas do Outro com uma carga política de destruição, cai na impotência e na frustração egóica. O depressivo parece não conseguir sair de si mesmo, parece não conseguir converter a potência em ação, enquanto o esquizo (e não o esquizofrênico como patologia) opera uma “viagem iniciática” de “perda do Ego” (DELEUZE e GUATTARI, 2010). Quando comparamos essas duas categorias, trazemos à baila dois momentos distintos: Deleuze e Guattari escrevem o *Anti-Édipo* durante os anos 1960, enquanto o neoliberalismo estava restrito ao mundo das ideias, à Escola de Chicago principalmente; o “depressivo” enquanto expressão social é, para Maria Rita Kehl, próprio desse século, ou, como teorizado por Dunker, a partir de meados dos anos 1970, quando no marco do neoliberalismo acontece

a emergência e a dominância da hipótese repressiva como uma redescritção de nossas formas de vida de modo a evitar a hermenêutica do conflito e substituí-la por uma retórica da intensificação ou da desintensificação, da potência e da impotência, em torno das funções do eu (2022, p. 182).

A recusa do conflito parece ser uma subjetivação primordial dessa mudança paradigmática que emerge também pelo campo psiquiátrico e seus tratamentos que já visam de antemão não ter que lidar com os embates entre disfunções psíquicas e imperativos morais. Dunker associa a recusa do conflito psíquico à “dissolução narrativa do conflito no interior da Guerra Fria” (2022, p. 183), quando emerge a ideia de uma escada única de desenvolvimento pela qual a oposição se dá pela “eficácia comparativa”. É interessante pontuar que na Guerra Fria o conflito não foi erradicado, mas sim transferido aos países colonizados, enquanto se produzia o discurso de uma guerra sem armas em uma corrida pelo desenvolvimento. Seguindo a tese de Alain Ehrenberg de que “a ‘desconflitualização do psíquico’ é concomitante, se não tributária, da desconflitualização do campo social” (citado por KEHL, 2015, p. 89), cabe-nos perguntar se o conflito também não foi desviado às regiões periféricas da psique. Se, ao “isolar do Eu tudo o que pode se tornar fonte de tal desprazer, ao jogar isso para fora, formando um puro Eu-de-prazer [...], [não se] opõe um desconhecido, ameaçador ‘fora’” (FREUD, 2011, p.10). Os conflitos e tensões adquirem a faceta do inclassificável, aquilo que deve ser rejeitado como o “fora” do sujeito (BUTLER, 2003). Nesse sentido, o tratamento medicamentoso seria uma espécie de exorcização do Outro de si que, no entanto, mesmo que recusado pela ordem

simbólica, não deixa de desfiar as linhas do Real. Carrenho *et al.* (2021) entendem a origem do sofrimento psíquico nessa “incapacidade que nossas instituições sociais, fortemente normativas e reprodutoras das formas hegemônicas de vida, têm de reconhecer a potência interna de *indeterminação do sujeito*” (2022, p. 95).

A origem política e conflituosa do sofrimento é substituída pela introjeção da culpa, uma culpa que incorpora os elementos autoinquisitivos e autovigilantes que Foucault (2016) já associava à ontologia moderna do cristianismo. No neoliberalismo, essa lógica irá girar em torno do eixo da produtividade. Não só a culpa, como também o fatalismo – a sensação de uma inutilidade que destitui a experiência de significação. Para Dunker, a depressão “faz pensar que a questão central da existência é saber quem somos, e não o que queremos” (2022, p.192). Não só saber quem somos, mas testemunhar a referência identitária fazendo valer o juízo comparativo. Para Kehl, o depressivo falha nessa exigência social, ou melhor, a recusa – mesmo que essa recusa se transforme em culpa.

O depressivo é aquele que se retira da festa para a qual é insistentemente convidado; sua produção imaginária empobrecida não sustenta as fantasias que deveriam promover a crença na combinação aparentemente infalível entre o espetáculo e o capital (2015, p. 103)

Nessa ótica, a racionalidade diagnóstica trata de regular as condutas e anestesiar as inquietações do depressivo para que esse não acesse sua produção desejante. Faz isso não ao criar novas patologias do zero, mas transformar e submeter outras formas de diagnóstico (paranoia, psicose, histeria etc.) aos transtornos de personalidade egossintônicas (DUNKER, 2022). A origem do sofrimento passa a se concentrar no próprio cérebro como uma condição externa. Se o conflito é o dentro jogado para fora como inclassificável, o germe patológico é o fora jogado para dentro como disfunção classificável.

Nessa passagem dos transtornos “totais” aos transtornos de personalidade, parece haver uma parcelização da forma “loucura”. Heyward e Varigas (1977) afirmam que foi a partir da excessiva divisão do trabalho e do maquinismo industrial que ocorreu uma transformação na nosologia diagnóstica. As antigas patologias, as holopsicoses como melancolia, mania, histeria, ainda que muitas vezes instrumentalizadas como formas repressivas de controle social, eram ainda categorias que interpretavam o sujeito em sua integridade, como males que se apoderavam da totalidade do corpo-espírito. Com a especialização alienante do trabalho, e o

casamento entre maquinaria industrial e maquinaria social, ao sujeito é exigido uma parcelização de sua personalidade: para sobreviver, é preciso saber fragmentar o seu corpo. Heyward e Varigas exemplificam seu argumento com relatos de trabalhadoras que afirmam imaginar-se em meio à natureza durante o seu trabalho braçal nas linhas de montagem. O que se manifesta intensamente é o dualismo cartesiano que separa corpo e espírito:

Face a este pesadelo cartesiano os homens inteiros que não ousam, não podem, ou não querem dissociar-se, revelam-se. O paradoxo da máquina, que também é seu “mecanismo” de defesa, é denunciar neles uma fraqueza, quando se trata, afinal, de uma integridade. Mas a suprema maquinação do alienista dissecante é erigir a integridade em doença, tratá-la para impor-lhe silêncio. (HEYWARD e VARIGAS, 1977, p. 48-49).

Cabe-nos perguntar o seguinte: o transtorno decorre de uma recusa em se fragmentar conforme as maquinações parcializantes do *socius*; ou então, ao contrário, o transtorno é a recusa da unificação e da lógica contratualista que exige do sujeito uma integridade como uma identidade fixa que possa ser capturada e recodificada? Parece haver uma contradição entre essas duas condições, mas talvez a resposta esteja na sua combinação: se é verdade que “as forças de repressão sempre tiveram necessidade de Eus atribuíveis, de indivíduos determinados, sobre os quais elas pudessem se exercer” (DELEUZE, 2006, p.178), não seria essa identidade do Eu uma modulação que finca suas âncoras sobre as personalidades fragmentadas? Dito de outra maneira, o Uno do qual estamos tratando talvez tenha se alavancado pela cisão da personalidade, pela desterritorialização do Eu, para que depois fosse reterritorializado como identidade. Quando Maria Rita Kehl opõe a temporalidade lenta do depressivo como uma recusa do tempo acelerado da contemporaneidade, está também em jogo a rejeição da forma fragmentada: desse ponto de vista, o depressivo ainda manifesta uma integridade⁸, pois não se submete à necessidade de estar o tempo inteiro se modificando e se adaptando às condições. Se o neoliberalismo nos exige estar sempre produtivo, sempre como um receptáculo de seus estímulos, o depressivo é inadaptado porque não se deixa parcializar⁹.

⁸ Essa totalidade contrahegemônica é aquela desdobrada por Deleuze e Guattari: “Só acreditamos em totalidades ao lado. E se encontramos uma totalidade ao lado das partes, ela é um todo dessas partes, mas que não as totaliza, uma unidade de todas essas partes, mas que não as unifica, e que se junta a elas como uma nova parte composta à parte” (2010, p.62).

⁹ Heyward e Varigas também corroboram com Kehl ao pensar o comportamento do “doente” como a manifestação de uma espécie de “tempo perdido”: “sua mensagem emocionou-nos pelo fato de vir de um universo que já perdemos, pelo fato de iluminar nosso universo espectral com uma luz total que não é decomposta por qualquer retícula maquinada” (1977, p. 49).

No caso do esquizo, ele ainda manifesta uma ordem social em que o que prevalece é a hipótese repressiva ao invés da hipótese depressiva (apesar de Deleuze e Guattari já suporem essa passagem). O sofrimento ainda é visto como algo a ser combatido e não gerenciado, ainda que também pela visão da produtividade. Quando se percebe que dali pode se extrair o gozo¹⁰, e do gozo o consumo, o delírio extracorpóreo produzido pelo esquizo deve ser transformado no ascetismo interior do depressivo.

Mas se o que motiva a lentidão¹¹ do depressivo não é uma intenção política, o efeito de sua incapacidade de colocar-se em sintonia com a urgência contemporânea acaba por oferecer resistência às modalidades de gozo oferecidas. Não que o depressivo não goze; o gozo, perigosamente próximo ao domínio da pulsão de morte, participa de um modo singular da economia da depressão. Parafrazeando Freud, diria que o depressivo quer gozar, mas *à sua maneira*. Essa é uma maneira particularmente lenta. (KEHL, 2015, p.18)

Cabe aqui questionar se o gozo do depressivo não é, ao contrário, acelerado. Se na impossibilidade de pensar a longo termo e de produzir *devoir*, o depressivo não acaba por buscar pequenos lampejos de gozo superficial para preencher provisoriamente a sensação de vazio [a pretensão paranoica do capitalismo em “produzir a falta nos grandes conjuntos, de introduzir a falta onde há sempre excesso” (DELEUZE e GUATTARI, 2010, p. 313)]. Hoje, um dos diagnósticos clínicos mais recorrentes é o da conjugação entre depressão e ansiedade, uma aparente contradição interna que tensiona inquietação e impotência. Como um dos alunos do projeto me relatou, “preciso estar fazendo algo, mas não consigo fazer nada”. Um sentimento constante de frustração que deixa o sujeito estagnado. É o que Mark Fisher chama de *depressão hedônica*: “constituída não tanto por uma inabilidade de ter prazer do que por uma inabilidade de fazer qualquer coisa exceto buscar prazer” (2009, p. 41, tradução minha). Isso gera a recusa incessante do tédio, a perda da contemplação e do ócio como reflexividades que concluem e sintetizam a experiência, e que portanto organizam noções de tempo e memória. Ao entrar nessa “matrix de estímulos sensíveis” (Ibid.), dissolve-se a atopia e a diferenciação, e o sujeito entra nessa lógica de intensificação/desintensificação que substitui o conflito (DUNKER, 2022). É como se nos tornássemos jogadores de um jogo que se refaz a cada decisão tomada, que escrutina nossos desejos a fim de reconvertê-los e nos lançar de volta como se tivessem

¹⁰ Em uma atmosfera bem benthamiana, Han diz que “É tolerada apenas a dor que possa ser explorada em favor da otimização” (2018, p. 48).

¹¹ A oposição entre lentidão e rapidez pode ser vista não apenas como uma diferença de grau, mas de natureza: cada qual produz suas próprias relações internas (singularidades) que se comunicam por afecções acentradas e não métricas (DELEUZE e GUATTARI, 2012, p. 41).

vindo do nosso mais profundo livre arbítrio. Tomamos de volta de forma fragmentária, o jogo sempre em um *upgrade* constante que empoeira o passado, que no máximo o transforma em artefato estático: não é a memória que é reatualizada e que toma novas formas, mas o sistema que se atualiza e já exige novos comportamentos, que é indefinido quanto a sua finalidade, que nos libera estímulos satisfatórios que produzem esquecimento. Esquecimento como mecanismo de adaptação (FISHER, 2009).

O depressivo se esconde do tempo do Outro, mas não encontra as condições que lhe permitam, como na exata expressão da língua inglesa, *take his time*. [...] para ele, o tempo de compreender não passa de uma torturante sequência de instantes que não levam a nada, e que ele tenta abreviar ao máximo retirando-se do jogo. A duração, para o depressivo, frequentemente adquire a forma insuportável de um tempo estagnado, sem apoio em nenhuma lembrança significativa do passado, sem nenhuma fantasia que torne o futuro desejável (KEHL, 2015, p.140).

Essa necessidade de satisfação imediata é subjetivada pelo controle farmacopornográfico, que Preciado (2018) entende como o motor do capitalismo. A partir da “indução de estados mentais e psicossomáticos” liberados por uma série de substâncias farmacológicas como também pelas próprias formas de absorção das informações que acostumam o cérebro a enormes cargas de serotonina (o que resulta em seu posterior decréscimo), são produzidas subjetividades que negam a atopia do outro e substituem o tempo situativo pelo tempo aditivo, o valor cultural pelo valor expositivo (HAN, 2017).

A coerção para a vigilância, hoje, impede que fechemos os olhos. Ela também é responsável pelo esgotamento neuronal do sujeito de desempenho. Um demorar-se contemplativo é uma forma conclusiva. Fechar os olhos é como que um mostrar-se da conclusão. A percepção só pode ser concluída num repouso contemplativo. (HAN, 2017, p. 73)

A medicalização limita esse repouso contemplativo porque tira do sujeito o tempo: sem o tempo para dar sentido à experiência e desdobrar-se por novas formas de vida que sejam compatíveis às necessidades impostas pelos acontecimentos (como, por exemplo, experiências traumáticas), “a medicação se encarrega da maior parte do trabalho, e os efeitos farmacológicos tornam-se o corpo que supostamente está sendo tratado” (BIEHL, 2005). O repouso é também roubado pelo que Jonathan Crary chama de colonização do sono: o capitalismo dissolve as fronteiras entre o tempo do dia e o tempo da noite, entre o sono e a vigília, por onde projeta, pelos seus estímulos sensíveis, “uma zona de insensibilidade, de amnésia, de tudo que impede a possibilidade de experiência” (CRARY, 2014, p. 26 citado por PELBART, 2019, p. 218).

2.3.3 *Borderline* e a relatividade do comportamento

Para Dunker (2022), o transtorno que apresenta um potencial insurgente e contrahegemonico, nas condições da racionalidade neoliberal, é o transtorno de personalidade *borderline* (ou personalidade limítrofe). Isso porque ao invés de estar casado à dissolução do conflito e à forma egossintônica, como estaria a depressão, ele é *estruturado* pelo conflito:

Caracterizado pela impulsividade, pelo apego e pela dependência, pela deformação da autoimagem, pelo comportamento de risco, como autolesão e suicídio e pela insubmissão, ele é herdeiro das antigas loucuras históricas do século XIX e se torna o caso-modelo para acumulação do funcionamento psíquico em estrutura de conflito [...] Assim como a depressão e a mania são sintomas egossintônicos do neoliberalismo, a personalidade *borderline* seria sua contraface egodistônica. Ela não reage bem aos antidepressivos, ela se insurge contra o contato terapêutico, ela não se assujeita aos limites e fronteiras das categorias psicopatológicas. (DUNKER, 2022, p. 192- 193).

O *borderline*/límitrofe é diagnosticado em mais de 2 milhões de brasileiros, algumas vezes dividido em subtipos (BRANDÃO, 2020). Navegando por alguns sites da internet, fui identificando de que forma o transtorno é descrito e quais sintomas e causas são apresentadas. No site Zen Klub (uma plataforma de saúde emocional e desenvolvimento pessoal), em matéria escrita por um médico chamado Rui Brandão, uma das causas mencionadas é a genética:

Não existe um gene responsável, mas há algumas evidências de que o esse distúrbio pode estar ligado à genética.

Ou seja, estudos feitos com gêmeos mostraram que, se um deles sofre com o transtorno, há uma grande chance de que o outro também sofra.

Além disso, pessoas que têm um ou os dois pais com **Borderline** também têm chances maiores. (BRANDÃO, 2020)

O texto traz uma abordagem biologizante do transtorno, com a justificativa de estudos que mostram possibilidades e não certezas. Por exemplo: a grande chance dos irmãos gêmeos ou filhos de pessoas *borderline* também apresentarem *borderline* pode estar motivado por estarem suscetíveis a estímulos parecidos; compartilharem de um mesmo ambiente social; ter acesso ao diagnóstico; já conhecer o transtorno; e mesmo já pressupor a condição no seu gêmeo ou filho a partir dessa narrativa.

Outras duas possíveis causas são trazidas: *ambiente familiar/traumas na infância e alterações no cérebro*. Percebe-se que o político-social fica trancafiado ao ambiente da família como uma maneira de privatizar o problema: não que essa não seja uma possível causa, visto que é parte importante da subjetivação da criança, mas não está isolada do restante da sociedade. A família é justamente o núcleo da concepção moderna de indivíduo, onde o indivíduo pôde ser gerenciado como uma “flor de estufa”, nos termos de Maria Rita Kehl (2015).

Ao privatizar esses problemas – tratando-os como se fossem causados apenas por desequilíbrios químicos nos neurônios do indivíduo e/ou por seu histórico familiar – qualquer questão de causa sistêmica social é colocada para fora (FISHER, 2009, p. 25, tradução minha)¹².

Quanto à causa “cerebral”, o texto coloca:

Alterações no cérebro também podem contribuir para o surgimento de traços Borderline.

Isso porque, a parte do cérebro responsável por regular as emoções são menores e mais ativas do que o normal nas pessoas com Borderline. Ou seja, isso é o que pode explicar a intensidade dos sentimentos.

Além disso, a parte responsável pelo autocontrole também é menor do que a de pessoas “saudáveis”, o que causa a impulsividade da pessoa que sofre de TPB. (BRANDÃO, 2020)

A inversão diagnóstica que advém com a ascensão do neoliberalismo aparece posta: as alterações no cérebro não são consequências das condições que geram o sofrimento psíquico, mas sua própria causa transcendental, como se a atividade neuronal estivesse desvinculada da experiência.

Ainda no mesmo site, o tópico “Como identificar o Transtorno Borderline” apresenta alguns sintomas, dentre eles: “é comum também que essas pessoas tenham comportamentos de *autossabotagem*, como por exemplo abandonar suas metas até mesmo quando estão muito próximos de alcançar” (BRANDÃO, 2020). A linguagem usada é a linguagem da auto-realização, das “metas” que estruturam o campo de ação do sujeito como propósito produtivo. Autossabotagem é não cumprir com seus objetivos numa sociedade baseada na gestão do risco:

¹² By privatizing these problems - treating them as if they were caused only by chemical imbalances in the individual's neurology and/or by their family background - any question of social systemic causation is ruled out (FISHER, 2009, p. 25).

A vida é uma perpétua gestão de riscos que exige rigorosa abstenção de práticas perigosas, autocontrole permanente e regulação dos próprios comportamentos, misturando ascetismo e flexibilidade. A palavra-chave da sociedade de risco é “autorregulação” (DARDOT e LAVAL, 2016, p. 213).

Separei e agrupei os adjetivos sintomáticos que aparecem durante o artigo:

Quadro 1 – Adjetivos relacionados ao transtorno *Borderline*.

| | | |
|-------------|--------------|---------------|
| impulsivos | desafiante | sedutores |
| imprudentes | pessimista | sombrios |
| instáveis | rancoroso | irritáveis |
| submissos | caprichosos | depressivos |
| vulneráveis | superficiais | masoquista |
| impacientes | distraídos | conformistas |
| inquieto | indecisos | tensos |
| teimoso | frenéticos | mal-humorados |

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de Brandão (2020).

Quando falamos que a discursividade neoliberal está envolta em termos vazios que se pretendem universalizantes, essa parece ser uma retórica também presente na diagnóstica própria de seu tempo. Os sintomas apresentados por esses sites foram apropriados do DSM, um manual que tem seu núcleo de desenvolvimento nos Estados Unidos e é exportado mundo afora. Muitos desses adjetivos, além de terem de passar pelo crivo da tradução, são variáveis conforme os valores culturais e os imperativos morais. O que é ser imprudente e impulsivo em Nova York talvez não signifique o mesmo em uma cidade do interior gaúcho. Quase todos esses termos dependem de cargas de significação que só podem existir a partir do outro que o emprega: um estudante que fala cinco palavras por hora é inquieto em uma sala de aula em que só o professor tem o poder da fala, enquanto em uma sala de alunos agitados é considerado tímido. Um aluno “inquieto” pode falar muito quando está na presença de um amigo; se esse sai da escola, muda de comportamento. Um professor pode considerar um aluno que faz muitas perguntas “desafiante”, enquanto outro professor pode considerá-lo apenas curioso.

A essa lógica de substancialização, os Guarani Mbya nos oferecem exemplos de como diferentes comportamentos são interpretados em uma ótica relacional:

Comportamentos agressivos não são, no entanto, necessariamente repudiados [...] Tudo depende das relações em jogo: quem é agressivo, como é, e contra quem o faz. Assim, nem todos os sujeitos não humanos que perambulam pela plataforma terrestre serão vistos sob a ótica exclusiva de afins potencialmente agressores, como também

alguns Nhanderu poderão exibir comportamentos agressivos quando necessário [...] (KEESE DOS SANTOS, 2021, p.193-194).

São essas “relações em jogo” que parecem renegadas pela diagnóstica em sua tentativa de objetivação científica. Só se pode ser agressivo em relação a alguém ou em resposta a algo, visto que a agressividade não existe como um significante isolado.

Voltando ao texto do site, podemos perceber aquilo que Dunker (2022) absorve do *borderline* como potência destrutiva, e isso porque vários dos comportamentos citados são aqueles que partem do prefixo *in* ou *im*: imprudente, instável, inquieto, ou os mencionados “comportamentos descontrolados” e a “raiva ou ódio sem muita razão, intensos e de difícil controle” (BRANDÃO, 2020), ainda que em alguns casos, quando discorrendo sobre tipos específicos de transtorno *borderline*, o artigo cite “submisso” e “conformista”. Os adjetivos vão se sobrepondo em aparentes contradições a ponto de sustentar as contradições próprias da patologia: se o sujeito não é desafiante, ainda pode ser *borderline* porque a submissão é também um sintoma. O ponto central, de qualquer forma, parece ser o da instabilidade e falta de autocontrole. Ora, o autocontrole é o guia mestre da subjetividade neoliberal: é preciso se autovigiar pela iminência constante de alguém o estar fazendo, é preciso incorporar os mecanismos de controle que outrora pertenciam mais à ordem externa do que ao sujeito¹³. Como lidar, então, com a falta de controle? A potência limítrofe está nessa incapacidade de reterritorialização: o *borderline*, como o próprio nome sugere, desterritorializa ao estender o limite e escapar às tentativas de reterritorialização da axiomática capitalista. Agora sim, parece que chegamos mais perto do esquizo:

Não há um eu no centro, assim como não há pessoas distribuídas no círculo. Há tão somente uma série de singularidades na rede disjuntiva, ou estados intensivos no tecido conjuntivo, e um sujeito transposicional por todo o círculo, passando por todos os estados. (DELEUZE e GUATTARI, 2010, p.123)

Talvez essa análise do *borderline* enquanto patologia do social efetivada por Dunker possa se conjugar à esquizoanálise no sentido de permitir pensar as singularidades como intensidades pré-individuais dispostas por um sujeito transposicional. À unidade sintética da personalidade, colocamos em contraponto a multiplicidade teorizada por Deleuze e Guattari (2011) a partir do conceito de rizoma: antes da patologia, existe o sofrimento psíquico como

¹³ Ainda que essa vigilância seja introjetada como autovigilância, o neoliberalismo opera a partir de técnicas de *accountability* que fazem com que os sujeitos estejam sempre se reportando ao Outro, “prestando contas” e sendo avaliado pelo seu desempenho (DARDOT e LAVAL, 2016).

estados intensivos de agenciamentos (produção de inconsciente) que independem de fins exteriores, mas que tem valores imanentes. Ao invés de reconduzir as coisas a uma unidade fora delas ou de projetar tudo sobre uma mesma sombra de si mesmo, como pretende a psicopolítica neoliberal, é preciso olhar para o “riacho sem início nem fim, que rói suas duas margens e adquire velocidade no meio” (DELEUZE e GUATTARI, 2011, p.49). O desafio é não cair no modelo representativo que suprime a diferença à identidade ao estabelecer escalas de similitude, tanto nos moldes platônicos da “ideia transcendente” quanto do “sujeito transcendente” kantiano. Não reafirmar, portanto, uma lógica do sentido calcada no equivalente universal que distribui as realidades conforme sua arbitrariedade impositiva; em que a relação causal se sobrepõe às analogias e o estatuto canônico aos saberes marginalizados. É por esse modelo representativo que a racionalidade diagnóstica opera, pois obscurece as singularidades do sofrimento em torno de significantes desterritorializados que chegam a um estatuto em que não precisam mais de lastro no Real porque o Real já se apresenta como a efetivação imaginada de seu projeto. No entanto, “o recorte que a linguagem opera sobre o Real deixa sempre um resto” (KEHL, 2015, p. 26). É esse resto não simbolizado e que escapa ao Real que emerge como força do inconsciente - inconsciente que, como aponta a teoria lacaniana, é necessariamente político.

Para pensarmos a relação entre patologização e neoliberalismo, temos que nos questionarmos: da perspectiva ontogênica, quem é esse sujeito que está sendo gerenciado pelos novos métodos diagnósticos? (FURLAN e PROENÇA, 2020). Para isso, o contato antropológico com o *outrem* ajuda a pensar o *nós mesmos* – ampliar os horizontes simbólicos a partir do movimento transfigurativo. E é justo esse movimento de *alteridade* que a ontologia ocidental, presa à *identidade*, parece não conseguir incorporar ao seu interior. Historicamente, ações ritualísticas de matriz africana ou de cosmovisões indígenas que envolvem “sair de si mesmo” ao se deixar ser atravessado por entidades, por exemplo, são interpretadas pela ordem civilizatória do Ocidente (em sua conjugação judaico-cristã) como falta de controle, como perda da integridade – algo que está no cerne do discurso da “loucura” e de várias das patologias que analisamos aqui. Sodré (2002) mostra que nessa concepção ontológica fundada pelo Pecado Original, ou seja, por uma falta originária e constitutiva, o “outro” é sempre reportado ao “si mesmo” a partir dessa mesma condição de falta que inverte as potencialidades: oralidade como falta de escrita, festa como falta de trabalho, espacialidade como falta de história etc.

Essa forma pouca sincrética pode ser contraposta por, como exemplo, a lógica de incompletude da filosofia tupinambá (VIVEIROS DE CASTRO, 1992), por onde a ideia de que a incorporação do outro¹⁴ pressupõe submissão e abandono de si é completamente invertida: interiorizar a exterioridade em um movimento autotransfigurativo é o que dá sentido ao “ser” (que é sempre “tornar-ser”). Isso é feito ao dotar o outro de intencionalidade, ao invés de enxergá-lo como ser passivo. Aquilo que nas empreitadas civilizatórias os padres enxergavam nos tupinambá como inadequação e instabilidade, sempre mudando seu comportamento conforme a sua própria lógica de simbolização, é uma possível analogia ahistórica ao *borderline*: se apenas busca-se compreender o sofrimento psíquico a partir de um mesmo paradigma que não dota o sujeito de intencionalidade, ou seja, se o significante que organiza a distribuição diagnóstica é aquele da unidade sintética da personalidade (que representa a ontologia ocidental, judaico-cristão e positivista renarradas ao campo psiquiátrico), os “doentes mentais” seguirão sendo os incompreendidos da sociedade. Condição essa que o capitalismo não cessa de reterritorializar e embelezar: o “gênio louco”, “incompreendido”, “à frente de seu tempo” que se torna produto – o que Mark Fisher chama de “conversão de práticas e rituais em meros objetos estéticos” (2009, p.8, tradução minha):

O destino do Guernica, de Picasso, no filme [Filhos da Esperança] – outrora um uivo de angústia e afronta contra as atrocidades fascistas, agora uma decoração de parede – é exemplar. [...] a pintura recebe o status de icônica somente quando é privada de qualquer possibilidade ou função. Nenhum objeto cultural pode reter seu poder quando não há mais novos olhos para o enxergarem. (FISHER, 2009, p.8, tradução minha).

Na sua obsessão por uma objetividade que nunca parece encontrar, a ciência psiquiátrica hegemônica parece deixar o sujeito cada vez mais à parte de sua condição. Quando antes evidenciamos alguns textos médicos sobre a depressão, vimos que ela aparece como uma tristeza “sem conteúdo”, sem “motivo aparente”, assim como o *borderline*. Essa também é uma forma de anular o potencial enunciativo e as injunções sociais do processo de reconhecimento de si, por onde o medicamento se apresenta como um combatente à infortuna genética do sujeito. Essa separação entre sofrimento e experiência é o contrário do que nos mostra o perspectivismo ameríndio, em que é “o máximo de intencionalidade que confere ‘verdade’ ao conhecimento” (VIVEIROS DE CASTRO, 2015, p.51). Ao invés de indivíduo, o sujeito seria um divíduo transposicional que só se constitui pela relação e que se transforma antes de tomar

¹⁴ Vale mencionar que o “Outro” “é também uma sensação de incompletude que nos mantém em suspenso, como inacabados, na espera de nós mesmos. Um encontro que requer tempo, cumplicidade e uma vontade de aproximar o que nos parece distante” (PELBART, 2019, p. 228).

forma. Na mesma toada, o movimento antropofágico fala da “constituição de sujeitos (múltiplos) por meio da apropriação violenta de princípios de subjetivação, que são, por necessidade, exteriores” (FAUSTO, 2014, p.6), visto que “o canibal busca mobilizar a perspectiva do outro em proveito da reprodução de si, exprimindo a contradição entre um desejo centrífugo, heteronômico, e uma necessidade de autoconstituição enquanto sujeito” (Ibid.)

Para Dunker (2022), o *borderline* funciona a partir das experiências de indeterminação, e é isso que o torna um “contraespelho ideológico” do neoliberalismo. Ao embaralhar as fronteiras entre cotidiano e lazer, por exemplo, tornando-se inexplicável a partir do paradigma da unidade sintética da personalidade, ele parece explorar essas zonas de interstícios, o que Bhabha entende como um “entre-lugar contingente, que inova e interrompe a atuação do presente” (BHABHA, 1998, p. 27). É embaralhando também a temporalidade que o *borderline* se manifesta, pois numa sociedade em que o tempo é programado, calculado e gerido metodicamente, ele é o imprevisível: não responde aos estímulos e não se adapta conforme o esperado. Não se trata de romantizar um quadro que manifesta uma modalidade de sofrimento psíquico, mas de extrair suas potencialidades a partir da manifestação dos próprios ideais de uma época. Pois “nenhuma reflexão crítica sobre a ordem social pode prescindir da análise dos dispositivos de engajamento libidinal dos sujeitos nas estruturas simbólicas que a determinam” (KEHL, 2015, p.27).

O *borderline* os manifesta pela “superidentificação” (DUNKER, 2022), pois sua resistência não se dá por uma simples recusa, mas antes por uma incorporação desses ideais que serão transfigurados pelas próprias contradições da racionalidade neoliberal. Pois a terra em que se assenta o *borderline* é uma terra bamba, movediça e sem delimitações, ao invés de um território demarcado como Estado-Nação. O que nele se introjeta é logo convertido em agressividade: não só uma agressividade direcionada a si mesmo, como costuma ser o caso do depressivo, mas uma agressividade que é externalizada e incide sobre os outros: uma energia ultracorpórea que se expande e que, segundo Dunker, é excessivamente genuína.

Se nas depressões parece haver um déficit de ação e um excesso de pensamentos as personalidades Borderline são atuativas e não conseguem conter seus impulsos por meio de juízos reflexivos. Se nas depressões os pensamentos são circulares e as crenças limitantes, na situação borderline os pensamentos são abertos demais e as crenças padecem de limitação. (2022, p. 200).

Essa condição faz o *borderline* emergir como o irrepresentável, aquele que não se deixa ser tomado por uma identidade fixa porque a desfia a todo momento. É, portanto, o ingovernável, visto que “governar é, antes de tudo, e por antecipação, expurgar essa dimensão ingovernável, irreduzível, no limbo do invisível e do indizível, através da reiteração incessante do estado de coisas” (PELBART, 2019, p. 127). Governar é tentar reinserir o acontecimento¹⁵ na lógica do encadeamento causal e encaixar o sujeito no prisma da identidade e da representação, produzindo um realismo inexorável que traz o “fora” para o “dentro”. Resistir é, portanto, não ficar preso à defensiva da reação, mas reinventar o jogo: “reinventar as distâncias, os hiatos, os descolamentos, as cesuras, as desmontagens de nós mesmos” (PELBART, 2019, p.86).

Nesse capítulo, tentei abarcar a patologia em uma dupla dimensão: tanto pelas suas construções médicas e sociais, tentando identificar aquilo que molda os seus critérios seletivos ao desgarra-la de suas injunções naturalizantes; como tentei também, principalmente a partir da depressão e do *borderline*, pensar em suas possíveis manifestações de mal-estar social. Ou seja, não como apenas modalidades de sofrimento psíquico, mas como reações às contingências neoliberais, no que se inclui a relação dos sujeitos com o tempo, a experiência e o modo de produção. Ao fazer isso, a ideia foi ampliar o escopo do processo diagnóstico para pensar certa racionalidade diagnóstica que advém com a psiquiatria neuronal na segunda metade do século XX, simultaneamente à infiltração do neoliberalismo nos espaços da vida social.

¹⁵ “Acontecimento é aquilo que escapa à história, que extrapola o domínio dos fatos, que se espalha no tempo” (PELBART, 2019, p.139)

3 TDAH: REPRESENTAÇÕES MÉDICAS E AUTO-REPRESENTAÇÕES

Esse capítulo é composto de três momentos: primeiro, uma análise de discursos científicos, definições e ferramentas de diagnóstico em torno do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, postos em relação a alguns estudos sociais; depois, uma análise documental a partir de depoimentos de pessoas diagnosticadas com o transtorno; e, por último, uma tentativa de revisão e formulação teórica sobre essa transformação da patologia em identidade representativa pelos sujeitos. A ideia é também já antecipar o capítulo seguinte, que trata sobre as relações da escola com a produção diagnóstica e o neoliberalismo, fazendo aproximações entre os dois meios de subjetivação pesquisados: a internet e a escola. Isso porque o TDAH está bastante relacionado ao ambiente escolar e à fase da infância e da adolescência, já que, além do DSM citar a escola em seus critérios sintomáticos, também afirma que os sintomas têm de ser manifestados até antes da fase adulta.

3.1 CONTROVÉRSIAS DIAGNÓSTICAS

Segundo a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade) acomete mais de 2 milhões de brasileiros e é “um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Ele se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade”. A página “o que é TDAH”, dessa mesma associação, é a primeira que aparece nos resultados de busca do Google quando se pesquisa o termo do transtorno. Logo depois dessa breve descrição apresentada, o texto responde a 3 perguntas: “existe mesmo o TDAH?”; “Não existe controvérsia sobre a existência do TDAH?”; “Porque algumas pessoas insistem que o TDAH não existe”. As respostas são, em suma: 1) É legitimado pela OMS e por diversos países; 2) Não existe controvérsia, o que existe é consenso; 3) Porque são desinformados, não tem “raciocínio científico” ou são ingênuos.

No entanto, o consenso não parece ser tão nítido como o texto faz crer ao dizer que não são pessoas “da ciência” que contestam a patologia. Furlan e Proença (2020) trazem um levantamento interessante sobre as produções acadêmicas que tratam do DSM (que é o espaço privilegiado de definição do transtorno):

- Textos favoráveis aos DSMs: 15 livros, 15 entrevistas, 94 artigos, 02 dissertações, 02 teses. Total: 128 publicações;

- Textos não favoráveis aos DSMs: 20 livros, 14 entrevistas, 78 artigos, 05 dissertações, 05 teses. Total: 122 publicações. (FURLAN e PROENÇA, 2020, p. 6).

Segundo as autoras, os textos favoráveis tendem a ser publicados por psiquiatras, neurologistas e psiconeurologistas, com foco no argumento neuronal e biológico, enquanto os não favoráveis tendem a ser escritos por profissionais da psicologia, fonoaudiologia, medicina e pedagogia, com foco em situar o sofrimento como um processo ao invés de um resultado.

Mesmo entre os neurologistas, é possível identificar várias dissidências. O aclamado psiquiatra Loren Mosher, por exemplo, retirou-se da Associação Americana de Psiquiatria (APA) em 1998 com uma declaração bastante crítica à ciência psiquiátrica em sua relação de dependência e submissão aos interesses da indústria farmacêutica. Destaco um trecho:

Nesse ponto da história, na minha opinião, a psiquiatria tem sido completamente comprada pelas companhias farmacêuticas. A APA não podia continuar sem o apoio da companhia farmacêutica para encontros, simpósios, grupos de trabalho, propaganda em jornal, grandes rodadas de almoços, garantias educacionais irrestritas etc., etc. Os psiquiatras se tornaram beneficiários da promoção da companhia farmacêutica [...]. Já não buscamos compreender pessoas inteiras em seus contextos sociais – ao contrário, estamos aí para realinhar os neurotransmissores de nossos pacientes (MOSHER, 1998, citado por NEVES *et al.*, 2022, p. 130)

Mais especificamente em relação ao TDAH, o neurologista behaviorista Richard Saul, autor do livro “ADHD does not exist”, afirma que

Hoje, a quinta edição do DSM só exige que a pessoa apresente cinco dos 18 possíveis sintomas para qualificar para um diagnóstico de TDAH. Se você não viu a lista, dê uma olhada. Provavelmente irá lhe incomodar. Quantos de nós podemos alegar que temos dificuldade com organização ou uma tendência de perder as coisas; que somos frequentemente esquecidos ou distraídos ou falhamos em prestar atenção precisa aos detalhes? Debaixo desses critérios subjetivos, a população inteira dos EUA poderia potencialmente qualificar¹⁶. (tradução minha, 2014)

Por outro lado, psicólogos como Valentino A. Pironti criticam essa ideia exposta por Saul de que os sintomas do TDAH poderiam ser generalizados a qualquer um, e afirmam que

¹⁶ “Today, the fifth edition of the DSM only requires one to exhibit five of 18 possible symptoms to qualify for and ADHD diagnosis. If you haven’t seen the list, look it up. It will probably bother you. How many of us can claim that we have difficulty with organization or a tendency to lose things; that we are frequently forgetful or distracted or fail to pay close attention to details? Under these subjective criteria, the entire U.S population could potentially qualify” (SAUL, 2014).

essa é uma conclusão rasteira que desconsidera alguns critérios que deveriam ser levados em conta no diagnóstico. Um desses critérios é o *pervasiveness*, que indica que os sintomas não podem ser encontrados em apenas um ambiente ou contexto; ou seja, se uma criança ou adolescente os apresenta apenas na escola e não em outros lugares, não se aplica ao diagnóstico de TDAH (PIRONTI, 2021). No entanto, e como veremos a seguir, os próprios sintomas apresentados pelo DSM V indicam ambientes específicos, como a sala de aula. Ainda assim, autores como Leal e Nogueira (2012) ressaltam também o critério de persistência: o sintoma precisa se fazer presente por no mínimo seis meses e deve começar antes dos sete anos de idade. Por isso, é preciso ter cuidado para não levar em conta os sintomas de uma forma isolada, mas considerar esses critérios que os tornam menos generalizantes.

Assim como no caso da depressão, existem ferramentas de diagnóstico de TDAH criadas a partir do DSM, a mais conhecida sendo a SNAP-IV, que reverbera o DSM IV. Ela pode ser encontrada em vários sites da internet, em formato de formulário ou teste, e Marcon, Sardagna e Schussler (2016) afirmam que deve ser realizada por familiares e professores como maneira de rastrear o transtorno. Em resumo, trata-se da descrição de uma série de comportamentos que devem ser classificados entre “nem um pouco”, “só um pouco”, “bastante” e “demais”. São 18 comportamentos divididos entre sintomas de “desatenção” e sintomas de “impulsividade e hiperatividade”, e estando 6 deles assinalados como “bastante” ou “demais”, o déficit já pode ser constatado de maneira preliminar.

Figura 1 – Critérios diagnósticos do SNAP-IV

| Désatenção | Hiperatividade/impulsividade |
|---|--|
| 1 – Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras; 2 – Com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; 3 – Com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra; 4 – Quase sempre não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não por comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções); 5 – Costuma ter dificuldade para organizar tarefas e atividades; 6 – Com frequência evita, antipatiza ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa); 7 – Costuma perder coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais); 8 – É facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa; 9 – Muitas vezes apresenta esquecimento em atividades diárias. | 1 – Costuma agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira; 2 – Abandona, com frequência, sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado; 3 – Costuma correr ou escalar com demasia, em situações nas quais isso é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação); 4 – Com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer; 5 – Está quase sempre "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor"; 6 – Costuma falar em demasia; 7 – Muitas vezes dá respostas precipitadas antes de as perguntas serem completadas; 8 – Quase sempre tem dificuldade para aguardar sua vez; 9 – Frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo, intrmete-se em conversas ou brincadeiras). |

Fonte: Marcon, Sardagna e Schussler (2016).

Nessa ferramenta voltada a crianças e adolescentes, que difere do diagnóstico do adulto, podemos ver a vasta presença do ambiente escolar nos critérios escolhidos: a palavra “escola” aparece em três deles, “sala de aula” em um outro, além de vários a presumirem indiretamente por termos como “tarefas”. Apesar dessas ferramentas mais validadas não serem direcionadas ao autodiagnóstico, na internet é possível encontrar diversos sites que as transformam em fontes de autodiagnóstico. No site Vida Pós TDAH, há a seguinte chamada: “Descubra em 1 minuto se você pode ter TDAH”. É necessário apenas 1 minuto para responder o teste criado pela Dra. Christiane Carvalho Ribeiro, com questões muito parecidas com as do SNAP-IV. Já no site IDRlabs, o teste desenvolvido com base no trabalho do Dr. Lenard Adler leva um pouco mais de tempo, com a manchete “Teste de TDAH de 3 minutos” e critérios também bastante similares.

Quando lemos sobre os tipos de tratamento adequados, sites baseados no DSM V citam, por exemplo, a necessidade de se estabelecer “metas realistas, atingíveis e mensuráveis” (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE) que alinhem os objetivos conjugados da criança, dos pais e dos profissionais da escola. E já cita que tipos de metas são essas: “melhor relacionamento

com pais, professores, irmãos e colegas, melhora das notas no colégio e maior seguimento de regras” (Ibid.). Bastante evidente os imperativos morais embutidos de forte carga normativa que orbitam o paradigma neoliberal das “metas” produtivas.

Em 2013, um pequeno artigo intitulado “Por que as crianças francesas não tem TDAH?” ficou famoso mundo afora. Escrito pela psicóloga Marilyn Wedge na revista *Psychology Today*, o texto faz uma comparação entre o diagnóstico e tratamento de TDAH na França e nos Estados Unidos:

Nos Estados Unidos, pelo menos 9% das crianças em idade escolar foram diagnosticadas com TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade), e estão sendo tratadas com medicamentos. Na França, a percentagem de crianças diagnosticadas e medicadas para o TDAH é inferior a 0,5% (WEDGE, 2013).

Conforme a autora, isso pode ser explicado pela forma de perceber e tratar as doenças mentais: enquanto os EUA individualizam o problema através da medicação, na França o “contexto social” que seria o principal fator de análise.

Do outro lado da discussão, com o viés da neurociência, o pesquisador Guilherme Polanczyk estudou a ocorrência de TDAH com mais de 170 mil crianças de diversos países e concluiu que a “a localização geográfica tem um papel limitado nas razões para a grande variabilidade de TDAH estimadas pelo mundo. Na verdade, essa variabilidade parece ser explicada principalmente pelas características metodológicas dos estudos”¹⁷ (p. 942, tradução minha). Essa pesquisa foi utilizada como argumento por autores que priorizam olhar para o subdiagnóstico ao invés do sobrediagnóstico. Nessa ótica, e mesmo reconhecendo que nos Estados Unidos há casos de sobrediagnósticos, o autor argumenta que é preciso universalizar a informação sobre TDAH para que o diagnóstico seja detectado nas várias pessoas que não têm acesso a esse processo.

As controvérsias envolvendo o TDAH também incluem a divisão de gênero: o diagnóstico do transtorno é mais recorrente em meninos, mas a explicação para o fenômeno ganha diversas roupagens. Segundo Arruda (2006, citado por Luengo 2010), alguns psiquiatras defendem que nas meninas o TDAH estaria mais associado a sensações de desânimo e apatia,

¹⁷ “[...] geographic location plays a limited role in the reasons for the large variability of ADHD/HD prevalence estimates world-wide. Instead, this variability seems to be explained primarily by the methodological characteristics of studies” (POLANCZYK, 2007, p. 942).

um quadro de inteligibilidade diferente daquele aplicado aos meninos, em que se constata indisciplina e desatenção. No entanto, “se a ciência ainda não foi capaz de provar cientificamente tal transtorno, como já é possível encontrar diferenças de sintomas entre os gêneros?” (LUENGO, 2010, p. 56).

Outra patologia que costuma se conjugar ao TDAH é o transtorno opositivo-desafiador (TOD), que, conforme o DSM V, está restrito ao diagnóstico em crianças de 6 a 12 anos. Como o nome já sugere, é caracterizado por comportamentos contestadores e “argumentativos” (das crianças em relação aos adultos), e assim como o *borderline*, é uma patologia de sintomas efusivos. Ao contrário da depressão, em que o sujeito costuma investir a culpa para dentro de si (ou para a doença), no TOD a culpa é externalizada aos outros. Talvez essa seja uma das patologias que mais evidenciam a desresponsabilização do meio social em prol da individuação do problema, visto que todos os sintomas indicam sinais de descontentamento. No último capítulo do trabalho, o TOD reaparecerá através dos relatos de educadoras, já que está muito associado à escola e à contestação que recai sobre o professor.

No artigo “A constituição da subjetividade na criança com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade”, Signor e Santana (2020) realizam uma pesquisa de campo com duas crianças diagnosticadas com TDAH em uma mesma escola, com o intuito de entender os efeitos do discurso patológico no meio escolar: pelos colegas, professores, pais e pelos próprios alunos. As pesquisadoras constataam a força que tem a palavra do outro nos modos de subjetivação de si mesmo, ou seja, de como as impressões dos sujeitos do meio escolar (colegas, professores, profissionais da escola) são interiorizadas pelas crianças diagnosticadas, não apenas como reprodução, mas criando uma confusão no entendimento de si. O que está em jogo é buscar entender, através da análise do meio, como os “sintomas” do TDAH podem ser *reações responsivas ativas*. E entender que a patologização não atinge apenas o sujeito do diagnóstico, como também aqueles que, mesmo não tendo “patologias” atribuídas a si, reproduzem a verdade do discurso médico. Segundo as autoras da pesquisa, essa intersubjetividade tende a reforçar a identidade diagnóstica através da estigmatização da criança e do transtorno.

Luengo (2010) traz conclusões parecidas em sua pesquisa de observação participante e entrevistas semiestruturadas em uma escola no interior de São Paulo, entre os anos de 2007 e 2008, na qual percebe o caráter altamente disciplinador da medicalização de alunos da educação infantil. Segundo a diretora da escola, “[...] as crianças não param, não querem dormir, não

obedecem, têm dificuldade de respeitar as regras, nesses casos o remédio é um excelente recurso” (2010, p. 97). Nessa escola, várias crianças se direcionam até a sala da diretoria no seu intervalo de aula para tomarem os medicamentos prescritos – prescrições que só foram possíveis porque a escola encaminha os alunos (já da educação infantil!) para profissionais de saúde. A medicalização também aparece extensivamente validada nos discursos dos professores da escola, que quando perguntados sobre a diferença feita pelo medicamento, respondem que tornam as crianças mais “obedientes” (o que certamente facilita seu trabalho). Em uma das escolas do projeto educacional que participei, havia um aluno de 4º ano que já tomava medicação para TDAH, cumprindo a norma do DSM de já medicar crianças a partir de 6 anos. Durante o intervalo, eu de vez em quando tinha a função de administrar esse medicamento, como requisitado pela mãe. Era possível visualizar, portanto, o aluno “sóbrio” na primeira parte da aula e o aluno medicado na segunda, e a alteração de humor era bastante evidente. Parecia que o aluno ficava subitamente anestesiado, introspectivo e desvitalizado. Se na primeira parte ele estava disperso e tivesse de fato dificuldades de concentração, era também os momentos em que aflorava a sua criatividade, muitas vezes manifesta em desenhos de cenários e personagens que eram, em contrapartida, motivo de *bullying* pelos outros alunos. A questão é que a medicação parecia atuar, assim como mostra Luengo (2010), como uma ferramenta adaptativa.

Não é justo, no entanto, pressupor que o problema esteja centrado na relação professor-aluno, ainda mais se considerarmos as condições precarizantes que atravessam a profissão e o ambiente escolar. Mas é também uma dimensão importante para pensarmos o papel do professor para além da instrução, em uma relação que é também de cuidado – principalmente quando cumpre funções sociais que na sociedade ocidental costumam estar referenciadas no núcleo familiar. Luengo afirma:

Essa "carência" presente na escola pública faz da escola um lugar de cuidados em que o professor passa a ser o detentor do saber e ao mesmo tempo do poder cuidador e disciplinador, assemelhando-se à função dos pais, que deveriam cuidar e educar. Dessa forma, os educadores sentem-se, muitas vezes, na obrigação de suprir uma falta familiar. (2010, p. 102)

Falar em “falta familiar” pode ser demasiado edipiano. Não só pelo amparo não precisar ser necessariamente concentrado na família como também porque nem sempre é “falta” de algo. Poderia também ser “excesso” de outra, se ficarmos girando em torno dessa organização taxonômica da patologia. Mesmo assim, a projeção da imagem dos pais na figura do professor ou professora é bastante recorrente, perceptível inclusive pelos atos falhos, como o de chamar

a professora de mãe ou o professor de pai. Na minha experiência, percebi como alguns alunos ansiavam por uma atenção que ninguém os concedia, seja família, amigos ou professores. Muitas vezes, essa parece ser uma das causas daqueles comportamentos que são transformados em sintomas, que aparecem não como reflexo de um distúrbio neuronal, mas como *reação* às situações, incluindo aí a reação ao tratamento do professor para com os alunos. Nessa mesma pesquisa, Luengo traz esse outro trecho da diretora:

Por isso que às vezes me pego perguntando, embora eu seja a favor dos "calmantes", será que são as crianças que necessitam tomar remédio ou as professoras? – E completou contando: – O ano passado tinha uma sala muito problemática aqui, foi mudar a professora e os problemas acabaram, a outra gritava o tempo todo. Hoje, é uma sala em que a maioria dos alunos já estão alfabetizados, a professora fala baixo, passeia com eles, organiza brincadeiras enfim, eles gostam muito dela. (2010, p. 102)

Uma instigante inversão do problema: por que as prescrições para os estudantes e não para os professores? Quando a entrevista passa ao lado dos alunos, vemos o seguinte relato: “Essa professora é muito chata, ela quer que a gente fique de boca fechada o tempo todo. Ela fala que eu não aprendo, mas quando eu pergunto as coisas ela não responde, acho que ela não gosta de mim” (Ibid., p.108). O curioso é que uma das perguntas que compõem o diagnóstico de hiperatividade em crianças é: “ela só presta atenção naquilo que lhe interessa?” (Ibid., p.72). O que importa, portanto, não é fazer as atividades serem interessantes aos alunos, não é tornar a educação de fato inclusiva e heterogênea. Essa normatividade parece ser ainda mais forte na criança, pois que adulto estaria disposto a ficar sentado por horas escutando monólogos sobre assuntos que não lhe interessam? Parece que muitos professores e profissionais sofrem de *incompreensão*... resta saber a qual categoria diagnóstica está atrelado esse sintoma. A incompreensão, inclusive, está no seio de vários “primeiros diagnósticos” que deram origem às patologias. Heyward e Varigas (1977) apresentam trechos dos relatos diagnósticos que originaram a classificação “demência precoce”, que foi posteriormente chamada de esquizofrenia. Ao observar os comportamentos dos pacientes, o psiquiatra diz claramente que são “incompreensíveis” e sem ligação entre si.

O supremo fundamento da noção de demência precoce e, depois, da esquizofrenia, foi estabelecido por Jaspers; é o processo: uma descontinuidade no desenvolvimento da personalidade, sem que qualquer elo compreensível ligue os dois fragmentos. (1977, p.34)

Tudo passa pela recusa do estatuto epistemológico do outro e o apego ao paradigma da ciência régia: ainda que o psiquiatra às vezes comece a tecer alguma forma de compreensão,

logo a recusa como se fosse mera intuição, fazendo uso de “um instrumento deformatório que ‘absurdiza’ a comunicação” (HEYWARD e VARIGAS, 1977, p. 29).

No caso do TDAH, o quadro sintomático também já foi designado por diferentes terminologias patológicas ao longo do tempo. Surgiu como “cegueira verbal congênita” no início do século XX; nos anos 1940, virou “lesão cerebral mínima” (LCM); em 1960, “disfunção cerebral mínima” (DCM) (LUENGO, 2010). Foi com o DSM III, em 1980, que começou a ser utilizado o termo TDA (Transtorno de Déficit de Atenção), subdividido pela presença ou não de hiperatividade. Em 1994, com o DSM IV, aparece o termo atualmente utilizado (BRZOZOWSKI e CAPONI, 2009). O medicamento administrado para o tratamento é o metilfenidato, que apesar de já ter começado a ser comercializado nos anos 1940, teve um crescimento drástico nas últimas décadas – justamente devido ao crescimento dos diagnósticos do transtorno. Luengo traz uma provocação interessante:

No caso do TDAH, tanto crianças apáticas e desconcentradas como agitadas e agressivas enquadram-se na necessidade do uso do metilfenidato. Aí as questões são: esse medicamento ativa ou tranquiliza a criança? Como pode ter essas duas funções concomitantemente? (2010, p.77)

Parte da resposta está, como argumentado pela autora, no fato de que legalmente os medicamentos só podem estar vinculados ao tratamento de uma só doença. Portanto, quanto mais sintomas figurarem no quadro diagnóstico da patologia, mais abrangente se tornam as possibilidades de utilização da medicação. Isso vai na direção do que comentamos anteriormente a partir da virada na racionalidade diagnóstica: a classificação surge após o medicamento, pois esse último interfere nos rumos das pesquisas (altamente financiadas pela indústria farmacêutica). Além disso, a especificidade das categorias patológicas vão ao encontro da “entrega de tecnologias de saúde (geralmente novas drogas ou aparelhos) dirigidas a uma doença específica apesar da miríade de fatores societários, políticos e econômicos que influenciam a saúde” (BIEHL, 2011, p. 267).

3.2 DEPOIMENTOS

Para entrarmos um pouco em contato com os sujeitos diagnosticados, selecionei alguns depoimentos presentes no site da Associação Brasileira do Déficit de Atenção para fazer uma análise documental. Nesses depoimentos, podemos não só identificar algumas aferições já

expostas, mas questioná-las a partir desses outros pontos de vista, suscitando novos questionamentos, e pensando de que forma os sujeitos estão se reconhecendo a partir dos diagnósticos.

Sobre a Associação Brasileira do Déficit de Atenção:

é uma associação de pessoas com **TDAH**, sem fins lucrativos, fundada em 1999, com o objetivo de disseminar informações científicas sobre o **Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)**; além de, capacitar profissionais de saúde e educação, e oferecer suporte a pessoas com esse Transtorno e a seus familiares em todo o Brasil.

No site, a associação também afirma que recebe cerca de 500 mil visitas virtuais semanais e que realiza atividades como grupos de apoio através de núcleos de voluntariados em capitais do Brasil, além de eventos de capacitação para profissionais de saúde e da educação, o que também evidencia a conjugação entre essas duas áreas, como trataremos mais adiante. A associação alimenta o seu site com várias notícias envolvendo o transtorno e também saúde mental em geral, além de produções científicas e aquilo que vamos analisar agora: os depoimentos, que podem ser enviados à associação por uma mensagem encaminhada diretamente pelo site.

Tudo mudou depois do diagnóstico! (Depoimento de Irlanda)

Depois do diagnóstico sua vida muda completamente... você passa a entender todas as situações que ocorreram com você desde a infância até hoje. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO)

Caos, consequências e ordem (Depoimento de Ana)

Quando tomei o remédio para déficit pela primeira vez parecia que estava nascendo naquele dia e pela primeira vez pude me identificar comigo mesma, descobri que me amo, que tenho inteligência sim, mas não conseguia usá-la porque de alguma forma ela estava fragmentada e seus pedaços espalhados na minha cabeça. (Ibid.)

Depoimento de Michele

Devo dizer que fiquei feliz com a descoberta, pois isso explicou porque eu sou tao diferente da grande maioria de pessoas. (Ibid.)

Nesses três relatos de pessoas diferentes, o diagnóstico toma um caráter de iluminação, quase um entendimento divino, como um significante que correlaciona os comportamentos na trajetória de uma vida. Nesses casos, não aparecem as experiências de indeterminação e seus possíveis desdobramentos para além da patologia, como as injunções do meio social. No

entanto, não é como se o não-entendimento fosse melhor caminho, e talvez a revelação que a identificação do transtorno traz a essas pessoas aconteça também por conta da ausência de outros processos de subjetivação que deem conta da realidade. Diante das inconstâncias de uma vida gerida pelo risco (DARDOT e LAVAL, 2016), uma explicação mais palpável em uma rede de sujeitos que se identificam entre si parece um jeito de conferir sentido aos acontecimentos. No entanto, segue a problemática: de que maneira o entendimento se cristaliza, e que discursos ele valida?

Hospício Mental (Depoimento de Letícia)

Li todos os relatos de pessoas com TDAH, e me identifiquei um pouco com cada um, por que até eu perceber que havia algo de errado comigo eu sofri muito, e sempre achava porque eu não era normal, era isso o que as pessoas viviam me falando, então passei a acreditar nisso. Desde criança tinha os sintomas de TDAH (desatenção e hiperatividade), e isso sempre era visto como uma criança descontrolada e que não tinha interesse por nada. Minha mãe vive dizendo que tinha vergonha de sair comigo nos lugares por nunca parar quieta. No ensino fundamental e médio sofri bullying de várias formas por não me encaixar no padrão adolescente [...] Em relacionamentos com pessoas eu desisti, até mesmo de amigos, por que ninguém entende como funciona o transtorno e sempre acabam achando que não sentimos nada ou que não sabemos expressar e muito menos explicar, preferi dessa forma pra não atrapalhar a auto estima e acarretar em mais isolamento. Tenho 23 anos e não tenho ideia de como é relacionar com alguém por medo. No trabalho eu sofri tanta pressão pra ter perfeição nas coisas que eu fazia, que eu adquiri ansiedade por sempre não conseguir atingir o que era esperado, isso acarretou em perda de peso e isolamento. Pessoas sempre me falavam coisas maldosas por ser “diferente” e falar coisas sem sentido por causa da fala sair mais rápido que o pensamento, e isso resultou em mais isolamento e ter começo de depressão. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO)

A Letícia já evidencia outras motivações, e isso ao trazer os problemas da vida social articulados ao transtorno. Percebe-se que as exigências produtivas e expectativas de comportamento social intensificam o sofrimento psíquico, como ao não se “encaixar no padrão adolescente” e ao sofrer pressões por perfeição no trabalho. O desajuste parece ser chave dessa incompreensão por parte do outro.

Diagnosticada aos 9 anos (Depoimento de Isabelle)

Com 9 anos fui a uma psicóloga que me diagnosticou com TDA. A essa altura eu tinha trocado de colégio 3 vezes. Minha mãe me levou a uma neuropedagoga e neuro não recomendou uso de ritalina, alegando que eu quera muito nova. Eu fiz o uso de gammar e sempre tinha ritalina em casa para os dias de prova . nunca fiz uso contínuo de nenhuma dessas substâncias. (Mas lembro uma vez bem marcante aonde eu tinha uma prova de recuperação do 3 ano. e foi meio que surpresa e eu tive que ir a casa de um amigo em 20 min pedir um rivotril). Mudei de colégios mais muitas vezes. Sou bastante inteligente mas não consigo ter um bom desempenho escolar. Agora com 21 estou estudando pra concurso e preciso achar um novo medico já que minha neuro não me atende mais e estou sem plano. Com uma rotina e estudo mais intensa percebi o

quanto o TDAH me dificulta... mas apesar disso me sinto muito inteligente mais até do que a maioria, e elaborei formas ao longo dos anos de concentração. Pretendo voltar a usar gammar nas vésperas da prova e rivotril no dia. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO)

A medicalização aparece como vetor de aprimoramento pessoal em momentos específicos, justamente os momentos que envolvem a competitividade: o estudo para as provas e as próprias provas. Mesmo que a Isabelle tenha encontrado outras formas de melhorar os seus sintomas de desatenção, recorre à medicação como uma exigência produtiva do meio. É o que vimos através da lógica do *enhancement*: o medicamento atrelado ao desempenho (NEVES *et al.*, 2022).

Ainda um sofrimento (depoimento de Angélica)

O mais engraçado é que, enquanto não sabia o que tinha, os frequentes episódios de saia justa eram deletados.

Agora, como sei o que esse distúrbio provoca, fico em constante sofrimento. Nunca sei quando vou tomar uma atitude equivocada, que pode ser mal interpretada e causar narizes torcidos e chamadas de atenção. Me sinto como uma criança desprotegida.

Ao mesmo tempo que me perdo por saber que sou portadora da síndrome, me pergunto porque nasci assim, e quando vou me curar.

Estou tomando a medicação. Minha qualidade de vida melhorou muito, mas ainda não sei como me dar com os atropelos do dia a dia. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO)

Os depoimentos mostram que não há uma subjetivação única para a auto-representação patológica, mas que os sujeitos entendem o “ser” da doença de maneiras distintas. Nesse caso, diferente da maioria dos outros relatos, o reconhecimento do transtorno trouxe aflição e até um questionamento existencial: “me pergunto porque nasci assim”. Ao invés de incorporar a lógica de *desresponsabilização*, como teorizada por Neves *et al.* (2022), a pessoa se sente ainda mais responsabilizada. Ou seja, não necessariamente o transtorno, em seu viés neuronal e naturalizante, é visto como um responsável externo que acomete o sujeito, mas o próprio sujeito pode entrar em um círculo de culpabilização de si mesmo. O que lembra Foucault (2016), ao falar da culpa como tecnologia de si do cristianismo, e também Kehl (2015), que fala do depressivo como aquele que se sente culpado por não cumprir com as demandas do Outro. Ao se subjetivar como sujeito doente, o foco da culpa pode ser tanto a doença como o próprio sujeito: “me sinto como uma criança desprotegida”.

Como pode alguém ser tão inteligente e tão “bizonho” ao mesmo tempo? (Depoimento de Marcelo)

Eu comecei a pesquisar na internet sobre os motivos pelos quais eu sempre desisto de tudo que eu começo; do meu esquecimento crônico; da minha desorganização; da

minha angústia de ver pessoas intelectualmente inferiores a mim se darem melhores do que eu na escola, no trabalho, e eu sempre ficando taxado como um cara muito inteligente, mas que não coloca em prática na do que sabe, um promessa não cumprida... Foi quando eu achei um site falando sobre TDAH, fiz um teste online e meu resultado foi do tipo desatento, foi incrível, era como se o autor do artigo estivesse falando sobre mim, de certa forma fiquei triste de saber que tenho uma doença que não tem cura, e o DDA é sim uma doença, por mais que algumas pessoas digam que não é, mas é sim, ninguém trata dom ou personalidade como alguns insistem em classificar, você só se trata se estiver doente [...] Pesquisando sobre o tipo HIPERATIVO do TDAH percebi que meu chefe tem grandes chances de ser um , ele não para quieto, é extremamente impulsivo, intolerante, desorganizado... (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO)

Aqui temos mais um caso de autodiagnóstico: a partir de um teste online, o Marcelo se reconheceu como alguém com TDAH, o que ele entende como uma doença. Similar a alguns outros relatos, parece ter sido uma descoberta autorevelatória, como se passasse a entender os motivos de seus comportamentos. Parece que nos deparamos novamente com um efeito comum ao diagnóstico, o de “monopolizar” as possíveis causas do sofrimento e não deixar brechas para as experiências de indeterminação, para os desdobramentos que excedem um encaixe categórico. A lógica representativa da identidade se faz presente como uma maneira de preencher um daqueles termos que o discurso neoliberal tanto usa, o do autoconhecimento. O mesmo sujeito indica ter já pré-diagnosticado o seu chefe com TDAH, indicando que a patologização também acontece de forma intersubjetiva, como afirmam Signor e Santana (2020).

Frustração profissional (Depoimento de Gabriella)

por último fazendo pesquisa, me reconheci com TDAH, e desde então estou lendo e me aprofundando. Pra poder relatar isso ao meu psiquiatra, que me enquadra apenas com ansiedade. Quero agradecer pelo site, tão completo e acessível, me elucidou bastante. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO)

Depoimento de William

não sabia mais o que fazer fui no google e comecei a expor meus plobrema ate que acabei descobrindo tdah.vi uma entrevista no youtube com maria Gabriela de um especialista tenho cereteza que tenho tdah so que ainda não fui num medico nem sei onde ir que medico devo procura primeiro nem o que falar. (Ibid.)

Outros autodiagnósticos aparecem, o segundo depoimento evidenciando uma fonte aqui não explorada: vídeos da internet. O interessante é pensar como se dá a consulta ao médico quando a pessoa já afirma ter certeza de sua condição, ou seja, já está enviesada a fazer o médico perceber aquilo que ela já reconhece em si. No entanto, também parece ser um primeiro passo na busca por ajuda, assim como a própria rede de pessoas que a Associação conjuga. O

reconhecimento de seus “semelhantes” pode algumas vezes aliviar a tensão de se sentir deslocado.

Depoimento de Simone

A minha História com o TDAH, iniciou-se com o meu filho mais velho. Quando ele estava na Educação infantil [...] comecei a notar algumas dificuldades nas tarefas de casa, onde ele se cansava muito para realizá-las, mostrando-se com algumas dificuldades específicas, como ao segurar os lápis e ao concentrar-se nas atividades proposta [...] Estávamos em 2002, esse assunto não era nada divulgado. Enfim passou o primeiro semestre e aí fui convidada para uma reunião com a coordenadora da escola e com a professora, começamos a conversar e elas me disseram que ele era extremamente desatento, sem reações e tinha muita dificuldade ao segurar os lápis e isso era motivo de preocupação, pois se eu não acelerasse em busca de ajuda como ele acompanharia o 1º ano. Naquele momento me senti a pior mãe do mundo [...] comecei a formular perguntas relacionadas a troca de material, a como ele era estimulado e porque me avisaram apenas no 2º semestre. Percebi que não conseguiram responder a nenhuma de minhas questões com coerência [...] Observei toda aquela situação, e perguntei qual seria o melhor caminho a seguir, então logo me deram um cartão de uma Psicomotricista [...] O problema é que o meu marido não aceitava, pois, o filho dele era muito inteligente, a solução melhor seria trocá-lo de escola. Foi um sufoco para convencê-lo, abalou o nosso casamento mas, enfim traçamos uma meta. O meu filho fez acompanhamento com a psicomotricista, não notamos nenhuma alteração, mas insistimos. Comecei a estudar as dificuldades, conversei com algumas mães, estimulei ele ao máximo, chorei muitas vezes quando eu via sua tristeza nas tarefas, até que um dia em meu trabalho conversando com minha coordenadora ela relatou que sua filha era acompanhada por um Neurologista pediátrico, onde sugeriu que eu levasse o meu filho até esse profissional, porque ela dizia que havia aprendido que antes de qualquer tratamento o médico teria que direcionar. Então fui e adorei [...] logo após ele conheceu o meu filho e o examinou. Pediu que ele fizesse exames rotineiros, audiometria e o processamento auditivo, com os resultados ele comentou que o meu filho tinha falha do processamento auditivo e encaminhou o meu filho para terapias alternativas como a cabina acústica e aulas de música. Matriculei o meu filho no teclado e ele fez 20 sessões de cabine com a fono. No ano seguinte troquei ele de escola com a opinião de todos os profissionais envolvidos e foi muito bom pois, a escola mesmo sendo cautelosa ao receber alunos com dificuldades, nos ajudou muito. Quando ele começou nesta escola ele ainda estava fazendo tratamento, fez aulas de apoio oferecida pela escola, enfim foi um ano de muito esforço, mas começamos a ver pequenas mudanças nas tarefas e no pazer dele em ir para escola, isso nos deixava mais seguros. Percebemos que ele estava evoluindo a cada mês, resolvi fazer uma pós em Psicopedagogia para ajudá-lo melhor e assim ele foi evoluindo com notas boas reconhecimento dos professores, enfim aquela virada. Não precisamos medicá-lo sempre buscamos alternativas como a musica, esportes, pedir lugares centrais em sala para que ele não se dispersasse. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO).

Esse relato evidencia múltiplas dimensões do processo diagnóstico, dos possíveis tratamentos e entendimentos da patologia, além da relação entre sujeito, família e escola. No início, vemos que houve um reconhecimento das dificuldades da criança em dois ambientes: tanto em casa como na escola. O ponto crítico para a busca de soluções parece ter sido a conversa da coordenadora e da professora com a mãe, o que indica a observação dos sintomas pelos profissionais da escola. Enquanto a visão da professora e da coordenadora pousava mais

sobre um problema individual, a Simone acreditava que parte do problema decorria da troca de materiais da escola, ou seja, uma mudança no meio social que teria intensificado as dificuldades de aprendizagem. Desse ponto, a partir de certa pressão da escola, a responsabilidade pela busca dos tratamentos é da família do estudante, que está sujeita à divergência entre a visão da mãe e do pai e que, com a insistência e preocupação extrema da primeira, buscam as formas de tratamento sugeridas por terceiros: primeiro a psicomotricista, por sugestão da própria escola; depois o neurologista pediátrico, por sugestão da coordenadora de seu trabalho. Nesse acompanhamento profissional, parece haver uma série de ferramentas mobilizadas para o diagnóstico: tanto a partir do contato com o paciente como por exames. É por esse reconhecimento que a criança é então direcionada a múltiplas terapias alternativas e à troca de escola que, como afirmado pela Simone, permitiu com que o filho se desenvolvesse sem maiores problemas. Ou seja, foram priorizadas as mudanças no ambiente ao seu redor e a criação de circunstâncias criativas, o que não pôde ser resolvido em curto prazo, mas que exigiu esforço, atenção e envolvimento constante da família e dos terapeutas e educadores. Nesse sentido, João Biehl afirma que “os esforços cotidianos das pessoas e as dinâmicas interpessoais transcendem abordagens experimentais de curto prazo e exigem escuta e compromissos de longo prazo” (2011, p. 268). Inevitavelmente, a cura ou a melhora das modalidades de sofrimento psíquico exigem tempo, pois apesar de se tentar conjugar comportamentos de sujeitos diferentes em categorias iguais, as singularidades desafiam essas linhas de captura e exigem desdobramentos que são variáveis: o que pode funcionar em um não necessariamente funciona em outro. Se a mãe tivesse desistido depois da ineficácia do tratamento com a psicomotricista, poderia ter recorrido à medicação como solução de curto prazo. Acontece que esse é um caso específico, e que demonstra uma disponibilidade afetiva e temporal da mãe, além de condições materiais para testar diferentes alternativas de tratamento e acompanhamento, que não costumam estar universalmente disponibilizadas à população. Nesse sentido, pode-se dizer que a medicalização também funciona a partir da falta de estruturas institucionais que estejam centradas na heterogeneidade das pessoas, reforçando uma “abordagem solução-instantânea-técnica-vertical em saúde global” (BIEHL, 2011, p. 267). É através do contexto das exigências produtivas de aceleração do tempo que podemos enxergar a conjugação entre neoliberalismo e racionalidade diagnóstica. Através dos estudos de João Biehl, por exemplo, podemos ver casos que parecem opostos ao da Simone com o seu filho, em que a família legitima o abandono de um de seus “membros improdutivos e inúteis” através de psicofármacos, “tanto pelo valor de verdade científica que conferem ao que está acontecendo,

como também pelas alterações químicas que ocasionam. Essas drogas acabam funcionando como tecnologias morais” (BIEHL, 2005, p. 27).

3.3 IDENTIDADES PATOLÓGICAS

Signor e Santana (2020) deixam a entender que, ao se usar do transtorno para encastelar o sujeito em uma identidade fixa que corresponde à unidade discursiva da patologia em questão, as pessoas de seu círculo de relação tendem a enxergá-lo por essa lente pré-moldada. Se é possível argumentar que isso pode gerar uma maior “compreensão” do seu comportamento por parte dos outros, também é possível dizer que cercea as possibilidades de movimentações múltiplas e singulares que o sujeito poderia ensejar para além da sua identidade diagnóstica. Ao se cristalizar uma imagem, a tendência é a reiteração de suas próprias características – algo comum, por exemplo, à vulgarização astrológica que projeta uma suposta compreensão dos comportamentos a partir do signo de uma pessoa. Essa identificação não fica presa à percepção do Outro, mas como mostram as autoras, é incorporada pelo sujeito como seu “jeito de ser”, operando com um significante que codifica suas ações, que traz para si e incorpora uma significância. Esse é o movimento contrário ao que Pelbart entende como a simpatia para além do reconhecimento da alteridade¹⁸:

Simpatizar é simpatizar não só com o outro, mas com o seu movimento, com sua deriva, com o seu devir, inclusive com o devir-outro do outro, acompanhá-lo na sua movência, mesmo ali onde ele se livra dele mesmo ou das amarras de sua identidade. (2019, p. 175)

Pois se é verdade que nomear alguém como “louco”, “histérica”, “paranoica” seja uma maneira de invalidar sua revolta e seu estatuto epistemológico, dizer a alguém que não está louco, histérica ou paranoica porque está doente, porque sofre de uma doença mental, é também roubar a potencialidade de seu discurso – aquilo que pode estar manifestando enquanto sintoma social e não apenas psicológico - e o atribuir a uma causa externa. R.Laing cita o relato da mãe de uma jovem esquizofrênica:

“[...] Se ao menos, tivéssemos sabido! Estaríamos nós errados ao pensar que ela era responsável pelo que dizia? Eu sabia que ela não poderia ter pensado realmente assim. Por um lado, lamento muito, mas por outro alegre-me ao saber que se trata de uma doença. Mas se, pelo menos, tivesse esperado menos tempo para levá-la a um médico!” (citado por HEYWARD e VARIGAS, 1977, p.81).

¹⁸ Acontece que essa forma de alteridade é o tempo inteiro minada pelo neoliberalismo: quando os sujeitos são empresas concorrentes, não existe relação desinteressada, nem mesmo na amizade (HAN, 2015).

O que acontece não é a invalidação apenas do discurso do doente, mas da sua própria possibilidade de pensar sobre si e sobre o mundo. O louco se torna o indisposto, o ser que está preso à sua condição: “uma imagem perigosa de si mesmo, que a sua dependência e sua culpa o obrigam a introjetar” (HEYWARD e VARIGAS, 1977, p.116). Pois, atribuindo a revolta da jovem esquizofrênica a uma causa externa, pode-se tirar a responsabilidade não só dela como da sua família e de quem está no seu entorno: a mãe fica aliviada em saber que não é a jovem que está se rebelando contra ela, de nada vale seu protesto quando diz que a mãe “assassinou uma criança”, pois o sujeito da enunciação é a própria esquizofrenia.

A medicalização parece aprofundar essa limitação das possibilidades de pensar os seus comportamentos e expressões para além da subjetivação culposa e dependente que é reificada não apenas pelo diagnóstico, mas por tudo que envolve o processo de patologização. Nietzsche disse: “um ser tipicamente mórbido não pode vir a se tornar são e muito menos vir a se tornar são por sua própria conta” (2019, p. 25). O ciclo de dependência que afunila o sujeito se confirma. O medicamento aos poucos vai deixando de fazer efeito, a dose tem de ser aumentada, a fagulha interna persiste enquanto se tenta de qualquer maneira anestesiar os seus cortes. O que importa não é tanto falar sobre o que se sente, desvencilhado de significantes, mas procurar a manifestação da categoria patológica em seus comportamentos que já são de antemão sintomas. Isso parece ocasionar aquilo que João Biehl afirma a partir de seu contato com Catarina, uma mulher abandonada pela família que vivia em um asilo e era medicada sem ter um diagnóstico preciso:

À medida que lia os relatórios médicos, sentia dificuldade em separar sintomas de uma doença psiquiátrica sendo tratada e da medicação que tratava efeitos colaterais, e ficava estupefato em ver que os médicos pouco se importavam em diferenciar essas duas coisas no tratamento da Catarina (2005, p. 23)

Mesmo no tratamento psicológico da clínica, muitas vezes não se explora o sentimento como intensidade pré-individual que prescinde a representação, mas já reterritorializado em torno de significantes.

Fala-se frequentemente das alucinações e do delírio; mas o dado alucinatório (eu vejo, eu escuto) e o dado delirante (eu penso...) pressupõem um ‘eu sinto’ mais profundo, que dá às alucinações seu objeto e ao delírio do pensamento seu conteúdo. Um “sinto que devenho mulher”, “que devenho deus” etc., que não é delirante nem alucinatório, mas que vai projetar a alucinação ou interiorizar o delírio. Delírio e alucinação são

segundos em relação à emoção verdadeiramente primária que, de início, só experimenta intensidades, devires, passagens. (DELEUZE e GUATTARI, 2010, p.33).

Mário de Andrade diz que “quem canta seu subconsciente seguirá a ordem imprevista das comoções, das associações de imagens, dos contatos exteriores” (2019, p. 18) porque “acontece que meu inconsciente não sabe da existência de gramáticas, nem de línguas organizadas” (2019, p. 25). Poderíamos dizer que a patologização, em seu movimento de objetivar a loucura, faz com que ela se desgarre dessa “ordem imprevista” e com que mortifique sua produção de “associações de imagens”? Que, em seu lugar, reste apenas a constatação científica de uma disfunção neuronal?

Essa não é uma censura direta, nos moldes da sociedade disciplinar, em que a figura do censor está no Estado como o centro do campo magnético; trata-se de uma censura modular, em que o magnetismo não apresenta necessariamente um núcleo que atrai e repulsa, mas nem por isso o movimento cessa: o centro está fragmentado, o que o faz funcionar de modo muito mais eficaz. O Mercado estabelece sua transcendência pela capacidade de se desresponsabilizar, de se eximir pela naturalização de seus movimentos (o que já pressupunha a ideia da “mão invisível”). É como um circuito kafkiano: ao seguir buscando um Controlador a quem culpar, parece que nunca se toca a estrutura.

3.3.1 Loucura ou perturbação?

Simoni Guedes apresenta a diferença fundamental entre a noção de “loucura” - essa que segundo Heyward e Varigas (1977) tem seu mito fundador psiquiátrico em Hipócrates, ao já tratá-la como doença do espírito – e a noção de “perturbação” própria da umbanda. Nessa última, “a dicotomia [matéria/espírito] apresenta-se tripartida porque está mediatizada pelo corpo periespiritual que, tendo atributos do espírito (não é concreto), apresenta também atributos da matéria (para se locomover)” (GUEDES, 1985, p.95). Exu é um dos elos condutores e suportes simbólicos que intermediam os dualismos e tornam possíveis as analogias e conjugações entre os desarranjos do *socius* e as perturbações psíquicas. O saber precisa ser atravessado e ter rastro na realidade social para chegar ao plano do divino, e vice-versa. Algo parecido acontece no xamanismo: a cura individual só pode acontecer a partir do contato com as entidades – o xamã que os acessa deve matar o seu “eu” para ser atravessado pelo outro (KOPENAWA, 2015).

Trazemos essas outras ontologias e visões de mundo para contrastar com aquilo que é parte constituinte do discurso patológico. Em muitos diagnósticos, a “alucinação” e o “delírio” são tratados como manifestações da doença – sintomas que devem ser erradicados ou ao menos amenizados pelos medicamentos. Isso não parte de uma coincidência nem é algo novo da racionalidade ocidental (apesar de tomar novas formas), mas expressa determinada visão sobre o corpo. Nesse esquema de significação, a dicotomia entre corpo e mente faz da segunda o espaço do conhecimento para anular ao máximo o primeiro. O saber está inscrito na mente e desvinculado de sua dimensão estético-corpórea. A consciência se sobrepõe à percepção, a lógica ao sensorial e o corpo cartorial à intensidade (PELBART, 2019). Butler diz que “a mente não só subjuga o corpo, mas nutre ocasionalmente a fantasia de fugir completamente à corporificação” (2003, p. 32). Nessa visão, o corpo é apenas o lugar do sintoma, pois o problema está situado na mente.

Tornar visíveis outras formas de vida faz parte da provocação antropológica em traduzi-las como máquinas de simbolização autorreferentes (VIVEIROS DE CASTRO, 2015) que nos façam questionar as raízes das nossas próprias formas de vida. Como indaga James Clifford, “como histórias de contato, resistência e assimilação aparecem pelo ponto de vista dos grupos nos quais a troca, mais do que a identidade, é o valor fundamental a ser sustentado?”¹⁹ (1988, p.344 citado por VIVEIROS DE CASTRO, 1992, p. 27, tradução minha). O *pathos* ocidental encarna essa lógica da identidade como base asilar de suas formulações diagnósticas. Para compreender o processo de patologização, portanto, mergulhamos brevemente em suas formas de existência e expressão. Dois formatos de poder parecem se conjugar: tanto o disciplinar como o controle psicopolítico. Ainda que autores como Byung Chul-Han (2015) tentem relegar dispositivos disciplinares e biopolíticos ao passado em nome de novos conceitos, não podemos fechar a vista para a permanência de, por exemplo, estratégias colonialistas que se mantêm vivas. A patologização também traz consigo marcas de raça e de gênero, pois um corpo negro, por exemplo, exige maquinações próprias que vem se somar à diagnóstica. Se a patologização é uma estratégia de subjetivação que abarca um horizonte normativo e uma organização taxonômica (SAFATLE, 2021), que inclui aí todas as relações que circundam a transformação da patologia em identidade, também a raça é uma variável desse processo. Vemos isso muito

¹⁹ “How do stories of contact, resistance, and assimilation appear from the standpoint of groups in which exchange rather than identity is the fundamental value to be sustained?” (CLIFFORD, 1988, p. 344 citado por VIVEIROS DE CASTRO, 1992, p.27).

latente no choque entre a racionalidade diagnóstica e as cosmovisões africanas, que trabalham com uma noção de corpo que embaralha as fronteiras entre o profano e o sagrado. Que, ao se abrirem à incorporação e ao transe, são interpretadas como corpos sem autocontrole, sempre nessa lógica da “falta” constitutiva. Pois como mostrou Foucault (2016), as técnicas do governo de si das quais o neoliberalismo se apropriou para “mudar o coração e a alma” são frutos de uma doutrina que justificava a escravidão como penitência necessária para o negro pagar os seus pecados existenciais. Não que o cristianismo não tenha, por sua vez, incorporado outras formas de pensamento, visto que não está isolado no espaço-tempo histórico (ao contrário, se utilizou de vários preceitos anteriores para se perpetuar). A questão é que não podemos ignorar as bases do pensamento psiquiátrico. Gilroy (2001) nos mostra, por exemplo, que durante a escravidão uma patologia com o nome de drapetomania foi inventada com o intuito de patologizar o escravizado que quisesse escapar de sua condição imposta, ou seja, deixar de ser escravo.

A patologização acontece não só pela lógica representativa da identidade, mas a partir de uma identidade *ideal*, que produz, por sua vez, o processo de normalização. Esse dispositivo semiótico chega a tal ponto que não se distingue mais a identidade ideal como uma identidade, mas como A identidade. Tendo um eixo de centralização, forma-se ao seu redor uma escala de similitude que submete a *diferença* à *identidade*, como nos mostra Lapoujade (2017). Mas se no neoliberalismo a patologização se generaliza, ela já não é mais um ponto desviante e distante do eixo (aquilo que a psiquiatria antes buscava), mas um processo de normalizar o patológico, transformando-o em normalopatia (DUNKER, 2022). É aquilo que faz a axiomática capitalista ao estender e repelir seus limites relativos e posicionar as formações sociais em seu entorno de forma isomorfa, como vimos em Deleuze e Guattari (2010). A ciência normativa é uma das fontes desses agenciamentos:

o que é próprio da ciência régia, do seu poder teorematizado ou axiomático, é subtrair todas as operações das condições da intuição para convertê-las em verdadeiros conceitos intrínsecos ou "categorias". Por isso, nessa ciência, a desterritorialização implica uma reterritorialização no aparelho dos conceitos. Sem esse aparelho categórico, apodófico, as operações diferenciais seriam sujeitadas a seguir a evolução de um fenômeno. (DELEUZE e GUATTARI, 2012, p. 44)

No caso psiquiátrico (e muitas vezes também psicanalítico), o campo do sensível fica submetido a essa objetivação da experiência, e dele já não se extrai mais do que representações das categorias. Mas, ao invés de nos perguntarmos sobre como tal grupo ou sujeito está

representando isso ou aquilo, não nos caberia usar desse acesso ao campo perceptivo para nos perguntarmos sobre o isso e o aquilo? Ao fazer questionamentos similares, Holbraad (2014) traz três dimensões de pesquisa: reflexividade, conceitualização e experimentação. Entre elas não há antes ou depois, mas coexistência e complementaridade, e a divisão acaba por ser mais um exercício abstrativo. Pois o processo não é nem puramente dedutivo nem puramente indutivo, visto que o primeiro pressupõe uma verdade universal e o segundo uma neutralidade vazia. Acontece que o campo perceptivo está sempre nutrindo a possibilidade de conceitualização, e os conceitos sempre potencializando a experiência a partir dos *perspectos*: o importante é que o processo se dê de forma aberta e em um espaço liso que permita, pela reflexividade, desarticular noções prefiguradas.

Ao entrarmos em um contato crítico com os discursos acerca das patologias, vemos que, como afirma João Biehl, os transtornos mentais tanto não são apenas disfunções biológicas como não são apenas construções sociais, mas que “elas ganham forma naquele nexos mais pessoal que liga o sujeito à sua biologia e à recodificação técnica e intersubjetiva do que vem a constituir normalidade no mundo local” (2005, p. 27). É a essa recodificação que tentamos lançar luz, pensando de que maneiras os sujeitos incorporam e ressignificam as subjetividades como identificação e entendimento de si, de como representações sociais podem se transformar em auto-representações. A relatividade dos sintomas de transtornos como TDAH fazem com que os diagnósticos coloquem em (des)associação distintas perspectivas sobre os comportamentos/sintomas: a do médico, a do sujeito, a dos familiares, a dos professores, mas que estão sempre mediadas por discursos. Como vimos, a internet é hoje uma das principais fontes de busca de informações, apresentando uma prevalência de narrativas biologizantes sobre os transtornos, responsáveis por mediar a relação do sujeito com a sua condição - tanto em um primeiro contato de autodiagnóstico, como também na produção de identidades, o que ficou evidenciado pelos discursos analisados no site da ABDA. Trata-se não apenas de se reconhecer, mas de se constituir a partir de referências identitárias.

4 A ESCOLA É UM AMBIENTE DE PATOLOGIZAÇÃO?

O mínimo desenho infantil é um chamado. Muito frequentemente, os adultos respondem curiosos, férteis em comentários. Vemo-nos assim no coração da fraude habitual.

Contrassensos, rupturas, tremores, rascunhos, ignorâncias são admitidos e mesmo apreciados quando expressos no papel, balbucios de uma ingenuidade aplicada.

Se a mesma ingenuidade for expressa em atos, instabilidades, audácias, desdém e preguiças, o adulto provocado se torna odioso.

E assim pegamos no flagra essa derivação artística, em cuja direção cresce a sociedade que não quer ser incomodada, que quer que se cuspa nas paredes, que até se apressa em enquadrar os cuspes, que organizará exposições de hediondos catarros, muito feliz por não tocarem na ordem discreta de suas construções, de suas hierarquias, de seus hábitos. (DELIGNY, 2018, p. 125).

Neste capítulo, a ideia é analisar se e como o discurso patológico e a racionalidade neoliberal se atravessam pelo ambiente escolar. Apesar de não nos determos em uma análise político-institucional, é preciso ter em mente que as recentes reformas da educação parecem, segundo Ferreti e Silva (2017), acentuar a lógica do *capital humano*, em que o ensino aparece como meio de capitalização de recursos pelo estudante, que depois há de reconvertê-los como vantagem competitiva na selva mercadológica. Nessas novas discursividades, como presentes na proposta do Novo Ensino Médio, estamos diante dos termos abstratos e positivantes do neoliberalismo, em que se fala da “flexibilidade” das disciplinas e da “autonomia” do aluno como maneira de vincular os anseios pessoais aos anseios da ordem econômica, fazendo valer Dardot e Laval: “o trabalho não é castigo, é gozo de si por intermédio do desempenho que se deve ter” (2016, p.373).

Mais adiante, trago entrevistas orais e gravadas com educadoras, contando também com anotações simultâneas. Isso em uma tentativa de relatar e traduzir as percepções momentâneas. Penso no que diz Ingold (2017), ao manifestar o direito da especulação na pesquisa e a autonomia do pesquisador em também poder falar por si mesmo (sem por isso centralizar o trabalho no “eu”, obviamente). Não procuro, portanto, falar pelo outro; procuro trazer o discurso do outro e evidenciá-lo sem me deter a meramente reproduzi-lo. As entrevistas, seguindo as classificações de Colognese e Melo (1998), aconteceram em um modelo semi-estruturado, de forma a tentar deixar mais livres e espontâneas as linhas de pensamento das entrevistadas, mas conduzindo-as de acordo com as problemáticas. Em um primeiro momento, fiz perguntas mais gerais para ter uma visão ampla e para possibilitar o surgimento de questões que não estavam previstas, mas que pelas suas observações foram desencadeando outros fios de pensamento. A partir de então, fui adaptando as perguntas já antes pensadas de acordo com

o desenrolar da conversa. Perguntei como a escola enxerga os problemas de saúde mental dos alunos, para aos poucos ir entrando no tema do diagnóstico; da percepção de comportamentos/sintomas por professores e demais profissionais; de como os alunos se percebem a partir dos diagnósticos; além do tema da medicação e das relações entre a escola e profissionais de saúde.²⁰

4.1 EDUCAÇÃO E NEOLIBERALISMO

No Alicerce Educação, projeto educacional que participei, o objetivo era oferecer não apenas um reforço escolar para amenizar os déficits educacionais, mas também construir com os alunos (de 3º a 9º ano) seus “projetos de vida” a partir de “trilhas educacionais”. Nesse desenrolar, me vi parte de um projeto altamente influenciado pela racionalidade neoliberal. Se de um lado se valia de pedagogias alternativas que visavam a maior participação dos estudantes, e de didáticas que supostamente desmistificavam o caráter disciplinador da sala de aula; de outro, se valia de mecanismos autorrealizantes e autovigilantes que individualizam os alunos em torno do seu “desenvolvimento pessoal”. Ao personalizar o ensino a cada estudante, devíamos propor que formulassem objetivos de vida e que adequassem seus comportamentos sempre em torno deles, pensando nas seguintes perguntas: “o que gosto de fazer, o que eu faço bem e como eu posso ganhar dinheiro fazendo isso”. Com isso em mente, deveríamos focar em desenvolver suas “habilidades para a vida”, que o projeto define como “as habilidades valorizadas no mercado de trabalho moderno e para a construção da autoconfiança e sociabilidade” (ALICERCE EDUCAÇÃO), com o argumento de que “o desenvolvimento pessoal não acontece da melhor forma se não for construído de forma integrada a construção da base sócio-emocional e ao desenvolvimento das competências do século XXI” (Ibid.).

Essas competências orbitam o paradigma mercadológico, que exige dos jogadores certo comportamento sócio-emocional (autoconfiança e sociabilidade) como mecanismo psicopolítico (não à toa esse projeto seja financiado por grandes empresários). Ao se valer de um discurso pautado pela “diversidade” e pela “personalização do ensino” em um mesmo horizonte de eficácia mercadológica, “a negatividade da alteridade ou do estranhamento se transforma na positividade da diferença ou da diversidade comunicáveis e consumíveis” (HAN, 2015, p.20). Como pontua o autor, esse modo de controle só é possível pelos dispositivos de

²⁰ Para mais detalhes, ver apêndice.

transparência, em que se incluem a autorrevelação e a autoexposição: os alunos estavam sempre tendo que produzir verdades sobre si mesmos, como se estivessem em confessionários; os instrutores sempre tendo que filmar e fotografar as atividades para reportá-las aos supervisores, sem falar nas câmeras de vigilância instaladas na sala de aula (assim como queria um grande expoente do ensino neoliberal, o projeto *escola sem partido*). A suposta horizontalidade proposta era também contradita por uma necessidade hierarquizante da governamentalidade neoliberal. No início de cada “trilha de aprendizagem”, os alunos eram submetidos a exames de matemática, português e inglês que os classificava conforme seu desempenho. O objetivo era posicionar o aluno em uma escala de evolução baseada em pesquisas de desempenho internacional, para posteriormente legitimar o projeto em torno desses mesmos paradigmas. Não por acaso as disciplinas trabalhadas fossem justamente matemática e português, foco desses índices, e o inglês, que supõe uma necessidade do mercado em sua lógica de exportação do trabalho. Segundo Foucault,

O exame combina as técnicas de hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza. É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados. É por isso que, em todos os dispositivos de disciplina o exame é altamente ritualizado. Nele vêm-se reunir a cerimônia do poder e a forma da experiência, a demonstração da força e o estabelecimento da verdade (2008, p. 154).

Esse é um ponto de encontro entre o poder disciplinar e o poder modular, como desenvolvidos no segundo capítulo, e exprime uma contradição fundamental do discurso neoliberal, que prometia acabar com a ‘burocracia’ (FISHER, 2009). A burocracia ganhou novas roupagens, mas continua preeminente. No projeto em questão, tínhamos sempre que enviar para aprovação os planejamentos de aula, e no final de cada uma oferecer ao supervisor um relatório falado ou escrito; a cada quinzena, escrever sobre a evolução e os comportamentos de cada aluno como se os estivéssemos diagnosticando com sintomas – *esse é agressivo, esse é tímido, aquela é agitada* etc. O que remete muito à pedagogia determinista implantada nas escolas na primeira metade do século XX, em que os professores escreviam a “carteira biográfica escolar”, em que deveriam expor os “dados de observação que mostravam as características de normalidade, anormalidade ou degenerescência, assim como aspectos físicos, raça, traços morais, marcas de hereditariedade e detalhes do ambiente familiar” (LUENGO, 2010, p.49). Nesse processo normalizante feito para identificar os “não normais”, os professores também deveriam estudar "as quarenta e seis ‘lições teórico-práticas’ que foram organizadas em torno de cinco tópicos: exame anamnético, físico, antropológico, fisiológico e psicológico"

(CARVALHO, 1997, p.298, citado por LUENGO, 2010, p.50). Conforme a autora, “o educador passou a ser visto como um forte colaborador higienista, passando não só a educar, mas também a detectar anomalias” (LUENGO, 2010, p.50).

4.2 ENTREVISTAS COM EDUCADORAS

Nessa seção, trago as entrevistas que realizei com uma coordenadora pedagógica e educadora; uma professora; e uma orientadora escolar. A primeira trabalhou em uma escola privada da zona norte de Porto Alegre, em que os alunos possuíam melhor condição material. Já a segunda e a terceira entrevistadas trabalham em uma mesma escola estadual de Porto Alegre, que atende alunos das vilas Cachorro Sentado, São Pedro e outras vilas no entorno da Avenida Ipiranga. Os métodos empregados foram aqueles que citei no início do capítulo.

4.2.1 Isadora

A entrevista com a Isadora foi realizada no final de dezembro de 2022, através de uma chamada de vídeo. Consegui o seu contato com sua irmã, uma colega de curso com quem comentei sobre meu tema de pesquisa e sobre as dificuldades para concretizar o plano inicial de observação participante. Ela então me disse que a Isadora teve por muitos anos esse trabalho de coordenação pedagógica que envolvia o pré-diagnóstico de estudantes, o que foi um estalo e um ponto de partida para um novo rumo de pesquisa. Como ainda estava iniciando o trabalho, ainda não tinha tantas problemáticas para suscitar, mas suas falas acabaram reverberando ao pensar também as entrevistas seguintes.

A Isadora trabalhou em uma escola privada da zona norte de Porto Alegre durante 26 anos, tendo se aposentado em 2020. Ela começou trabalhando com o ensino infantil e depois passou para o ensino fundamental, com o qual passou a maior parte do tempo de profissão. Antes de se tornar supervisora pedagógica, ficou alguns anos trabalhando como professora, depois de ter feito magistério, por isso apresenta essa dupla visão de quem passou pela sala de aula e pela sala de orientação. Perguntando sobre a relação entre a escola e o diagnóstico de transtornos mentais, ela me relatou que os professores costumam fazer a primeira parte do processo diagnóstico:

Tem alguns estudos que dizem que [transtorno] tá ligado a alimentação, tem alguns estudos que tá ligado a questões mais neurológicas mesmo, eu não sei porque meu papel nunca foi diagnosticar, sou bem consciente que não posso fazer isso. Mas como educadora, com muito tempo em sala de aula, tu reconhece os sintomas. Teu papel como educadora é passar pra tua coordenadora, tua supervisão. Olha, a gente vê que acontece isso, que acontece aquilo, eu não tô conseguindo atingir os alunos ou ele não consegue atingir os objetivos que eu tô me propondo. E aí sim a escola tem essa obrigação, junto com seu setor de coordenação, junto com a família, tentar de alguma maneira que se saiba que aquele aluno tem alguma coisa. Porque hoje a gente sabe que nem diagnóstico é necessário né, hoje tu não precisa ter um diagnóstico no papel pra saber, ou não deveria pelo menos, esperar ter um diagnóstico no papel pra poder lidar com aquele aluno. Hoje eu acho que cabe muito mais ao professor ir à busca [...]

São os professores que muitas vezes produzem os primeiros relatos encaminhados ao profissional de saúde ao qual a escola direciona os alunos, dizendo quais são os comportamentos apresentados. Nessa escola em questão, o caminho é: professor > supervisão > coordenação > psicólogo/psiquiatra (de fora da escola), com a família tendo o poder de decisão do encaminhamento ou não. Mas esse encaminhamento não é apenas de mão única, envolve também a troca de informações com a escola.

Nesse processo, parece que ao psicodiagnóstico o enunciado do sujeito perde influência em relação à percepção de terceiros. Não que a troca de percepções não possa ser frutífera, mas é preciso também entender a escola em determinada posição: o seu ponto de referência tende a ser o comportamento adequado à escola e ao bom funcionamento das aulas. No modelo bancário que predomina, Beyer (2007) afirma que o aluno ideal é o aluno espectador e a turma ideal é a turma homogênea. No entanto, seria também injusto generalizar a ação da escola e desconsiderar a atuação de profissionais que atuam em prol de uma educação emancipadora. Temos que considerar a escola como um campo de disputas, sendo um dos vetores de força o saber médico, que não necessariamente toma o rosto do DSM, mas também pode buscar tratar as modalidades de sofrimento psíquico por um modelo psicossocial, que busca entender as condições do entorno do aluno, como recursos materiais, problemas familiares, e as interferências do meio escolar (SEESP/MEC, 2006).

Perguntando sobre as mudanças no trato dos educadores com os transtornos, a pedagoga entrevistada diz:

Claro que crianças assim sempre existiram, mas a gente acabava não sabendo; não tinha essa informação. E no momento em que essas informações foram chegando na escola e a gente foi recebendo alunos assim, a gente teve que ir atrás.

Ela ainda ressaltava essa falta de suporte aos educadores, que muitas vezes não sabem do que se tratam os transtornos, e cita a necessidade de buscar informações por conta própria. Conversando, ela também afirma que independente de haver um diagnóstico ou não, o professor deve buscar compreender os padrões de comportamento dos alunos para que possa se adequar pedagogicamente a eles, buscando maneiras de desenvolver suas habilidades. A questão é como a identificação de uma patologia, e portanto a patologização desses comportamentos, interfere no processo de reconhecimento, tanto por parte do sujeito diagnosticado como também pelas pessoas em seu redor – nesse caso, professores e colegas principalmente. A isso, a Isadora responde que o diagnóstico gera dois tipos de reação: ou o aluno se exalta ou se retrai, o que depende muito da sua reinserção na sala de aula. Ou seja, depende não tanto do diagnóstico em si, mas do que se faz dele. Ela cita que, normalmente, a retração acontece quando o diagnóstico é tardio, principalmente com os alunos mais velhos. Quando ainda são crianças e o trabalho pedagógico é efetivo, os alunos encaram com maior normalidade.

4.2.2 Rose

A segunda entrevista que realizei foi com a Rose, uma professora de 50 anos que leciona Língua Portuguesa para turmas de 6º ano do Ensino Fundamental até o último ano do Ensino Médio em uma escola estadual de Porto Alegre, tendo 14 anos de sala de aula. A Rose já era uma conhecida minha, mãe de um amigo. Essa proximidade parece ter sido um “quebra gelo” na interação, e possibilitou que a conversa fosse mais fluida. Entrei em contato com ela em janeiro de 2023, e combinamos de fazer uma chamada de vídeo. Assim como na entrevista anterior, comecei perguntando sobre como se dá o processo de reconhecimento de sintomas na escola, de como os professores percebem os comportamentos dos alunos e se há ou não discursos (por parte de professores, funcionários e alunos) que atravessam patologias e possíveis diagnósticos. Ela me respondeu que, nessa escola em que trabalha, há uma orientadora escolar para quem os professores direcionam os alunos que apresentam comportamentos desviantes – principalmente agressivos e depressivos.

Nós, professores, observamos os alunos dentro da sala de aula, assim como observamos quando eles escrevem, o contato social que eles têm, o envolvimento que eles têm com os colegas né? Então esse primeiro momento sempre é um momento de observação, se eles ficam muito em grupo, se eles ficam isolados, se eles são muito violentos [...] Nas avaliações de sala de aula, a gente vê muito se o aluno tem problemas cognitivos, problema de se expressar, se traz desenhos que possam parecer com transtornos. Não temos, eu não tenho, né, uma formação clínica nessa área, mas a gente tem algumas formações básicas sobre prestar atenção se o menino ou a menina

desenha muitas coisas que são, assim, depressivas né, muitas coisas que envolvem choro, autoflagelo, isso aparece nos desenhos. Quando eu trabalho com eles, que eu trabalho portfólio, projeto de vida²¹, por exemplo, apareceu muitas coisas nesse sentido.

Essa primeira etapa de observação é constantemente repassada à orientadora da escola, que chama os alunos para uma conversa em que faz combinações e propõe iniciativas de mudança. Se a mudança acordada não acontece, ela então chama os responsáveis dos alunos, mas apenas no caso dos adolescentes.

Com aqueles que são da faixa etária de doze, treze, quatorze, ela chama os pais pra conversar e pra saber o que tá acontecendo, se tem alguma coisa, e falando sobre o comportamento do estudante, né? É um comportamento atípico relatado pelos professores. Muitas vezes, quando a supervisora chama os pais, ela descobre que tem alguma coisa acontecendo na família, às vezes separação, envolvimento com drogas ou violência familiar. Abusos também têm muitos, e também questões as vezes que nem os pais sabem, porque às vezes não está em casa, às vezes a questão está na escola, de colegas de classe ou de outras turmas que fazem *bullying*, e isso também torna algumas crianças... ou elas são violentas ou elas precisam fazer coisas de se esconder, coisas de ficar sem fazer nada, sem gostar de si porque elas não conseguem brincar com ninguém.

Aqui, a Rose traz vários fatores sociais que podem influenciar o comportamento dos estudantes e que extrapolam as explicações biológicas para os transtornos. Tanto motivações externas à escola, como drogas, violência familiar e abuso; como também situações que acontecem na própria escola e fazem dos comportamentos aquilo que Signor e Santana (2020) chamam de *reações responsivas ativas*. Ou seja, não necessariamente como a manifestação de uma disfunção neuronal, mas como reação às relações que se desenrolam no ambiente escolar, sendo o *bullying* um fator chave. Na observação da Rose, o “não gostar de si” pode decorrer do “não conseguir brincar com ninguém”. Nesse caso, a resolução do problema não viria de simplesmente estimular a criança a gostar de si mesma como um ser isolado, mas de criar condições e circunstâncias sociais de integração. Segundo a entrevistada, “isso é muito importante, o adolescente encontrar um grupo dentro da escola, dentro da sala de aula, e a gente tenta fazer com que isso aconteça, né?”. O problema de se ter um olhar individualizante é perder de vista a totalidade: a explicação nunca é una, e por isso é preciso estar atento às variáveis.

²¹ O “projeto de vida” que a Rose menciona é uma disciplina implementada pela Seduc a partir do Novo Ensino Médio Em matéria da GZH, a secretária de educação do estado afirma: “É uma disciplina com elementos de competências socioemocionais, vindos da psicologia, da neurociência, da neurologia, que permitem que o aluno pense sobre quem ele é, o que está fazendo aqui e como vai se preparar para o que quer da vida” (GZH, 2022). As críticas a essa e outras novas disciplinas acompanham as críticas às recentes reformas da educação brasileira, que, segundo Ferreti e Silva (2017), estariam alinhadas a interesses privados que visam preparar o aluno a partir de um paradigma mercadológico.

A gente sente que eles estão fazendo aquilo por algum motivo, e eu vejo que pra maior parte é um pedido de ajuda, é um pedido de socorro, me olha aqui, me vê, eu preciso da tua atenção. Só que às vezes as pessoas estão tão no automático na escola que elas não percebem alguns sintomas nos alunos, o que não é fácil. Realmente, quando tu tem uma turma muito grande, quando tu tem muitos alunos, tu não consegue perceber todos, só na observação. Por isso que é preciso observar os trabalhos que eles fazem, fazer dinâmicas diferentes pra que tu perceba que tem alguma coisa.

Entre as dificuldades para a observação dos comportamentos e, portanto, para pensar pedagogicamente a resolução de problemas, a Rose cita o fato das turmas serem muito numerosas, o que dificulta perceber as singularidades presentes e criar uma relação mais próxima e perceptiva entre professor e aluno. Além disso, está em jogo a precarização do trabalho do professor: carga horária elevada, pouco suporte pedagógico, baixa remuneração etc., o que é inevitavelmente um empecilho para se fazer um trabalho pedagógico de longo prazo que vise, de alguma forma, fazer o estudante entrar em contato com aquilo que o atormenta. A racionalidade neoliberal já parece se fazer presente na relação acelerada com o tempo e com a imposição produtiva do trabalho, fechando o horizonte de alternativas relacionais mais profundas. De qualquer maneira, a percepção do professor sempre aparece como um elemento norteador. E pelos relatos da Rose, podemos ver que essa observação não precisa ser um diagnóstico taxativo, mas uma base para

tentar buscar com que eles possam também observar essas coisas neles, saber que tem alguma coisa que não está bem, ou saber que está tudo bem de vez em quando não estar bem, porque isso faz parte da adolescência, e que os anseios e as angústias também fazem parte do ser humano. Só que quando essas angústias e esses anseios são muito acelerados, isso tem que buscar o motivo, o que tá acontecendo? Tem alguma coisa que não tá bem, né?

Quando perguntei se e como circulam os discursos sobre patologias na escola, ela citou o exemplo de um aluno:

Tem um menino agora que inclusive foi chamado o pai, ele já era dessa escola, agora voltou, ele te desafia o tempo todo, sabe? Ele te xinga, né? E daqui a pouco ele diz que não falou pra ti. O que pode ser, mas pode não ser uma patologia né, eu não sei, porque tudo meio que é transtorno agora, desafiador-opositor, eu poderia dizer que ele é um desafiador-opositor, mas o diagnóstico acho que não é tão simples, né.

Nesse momento, disse a ela que algumas pessoas entendem o transtorno opositor-desafiador como uma maneira de regular a conduta questionadora de algumas crianças e adolescentes. No que ela se sentiu mais confortável para emitir a sua visão:

As pessoas começam a trazer esses rótulos pra dentro da escola, tipo esse transtorno opositor desafiador. Gente, adolescência não é isso? A adolescência não é desafiar, não é quebrar regras, não é fazer o mundo? Então eu fico muito confusa quanto a isso, sabe? Realmente quando eu converso com a Sílvia a gente não leva nunca pra pro lado da... Ali na escola tem isso sim sabe? Eu acho que é um fator bom, a gente não rotula, não costuma rotular. Tem alguns que rotulam sim, ah, fulano, fulano tem transtorno, eu já vi que fulano tem transtorno, não sei o que. Gente, como tu viu? Por que tu leu? Ou tu fez uma especialização nessa área que tu já sabe diagnosticar?

Apesar da escola não parecer adotar uma postura patologizante, a Rose afirma que alguns professores fazem seus próprios diagnósticos por conta própria, e passam, portanto, a pensar as crianças a partir desses rótulos. Ou seja, mesmo que a escola não tenha uma postura institucional de logo direcionar o estudante à clínica, já que procura antes trabalhar pedagogicamente por um modelo que parece mais psicossocial do que psiquiátrico, ainda assim o discurso médico hegemônico circula pelo ambiente da escola. A entrevistada também comenta sobre um aluno que foi impedido de entrar na escola se não estiver medicado, isso porque ele apresentaria comportamentos muito agressivos. Sobre a relação com a clínica, nesse caso, a escola possui uma espécie de convênio que concede descontos aos estudantes e professores.

Mas o que acontece? A maioria das famílias não consegue fazer tratamento com seu filho porque elas não têm renda, não tem de onde tirar, não conseguem levar o filho no psicólogo. Aí tem pela UBS, né? A Unidade Básica de Saúde também que a supervisora também encaminha eles. O que acontece é que demora muito tempo pra que eles sejam chamados, eles sejam atendidos, eles façam os testes e os exames que realmente diagnostiquem, né? O que ele tem ou o que ela tem. Então esse percurso é muito difícil.

Sobre a produção de identidades, Rose fala: “Eles querem namorar. Eles querem se autoafirmar. Eles querem criar uma identidade, mas eles não conseguem se ver [...] eles só sabem que está surgindo alguma coisa que é diferente”. E segue:

Isso não é motivo, muitas vezes, essa coisa de ser hiperativo e tal, de precisar tomar remédio, né? De repente tá precisando aí de um novo olhar nosso, mas o problema é que nós como docentes, a gente não tem uma preparação, né? A universidade não prepara quem é licenciado pra atuar na sala de aula pra que os alunos se desenvolvam melhor, não somente sentados, né? Um atrás do outro... Imagina, se a gente não consegue ficar sentado na faculdade, o pessoal levanta e sai, vai tomar água, imagina eles. A gente também passou por isso, né? Fica quatro, cinco horas sentados. Então não seria o caso de mudar a dinâmica? É isso que eu sempre penso, sabe? Isso é sempre uma coisa que eu sempre venho me questionando. Fazer eles se movimentarem mais, fazer eles ficarem em pé, né? Andarem pela sala... Tem uns que ficam andando pela sala as vezes, mas o que eles querem? Eles só não querem ficar sentados, não estão se opondo ao que tu está fazendo, sabe? Eles só não querem ficar tão sentados e grudados numa cadeira sem ter um motivo. E as crianças também, as crianças tem energia. Se elas não gastam essa energia em casa, elas vão tentar gastar na escola. E se a escola não propõe atividades pra essas energias, elas acabam sendo

desenvolvidas como transtornos, né? Ah, porque ele tem déficit de atenção; ah, porque ele não presta atenção no negócio; ah, porque é hiperativo. Criança sadia tem que se movimentar. E quem sou eu pra dizer o que o Fulano tem e chegar mandando ir pro... Não, acho que tem que se observar. Sempre observar, conversar e ver, é uma conversa, né? Acho que é um diálogo e é um grupo. Tem que ser um grupo de apoio. Que funcione. Não que só esteja ali pra humilhar, xingar, fazer com que o aluno ache que tem que obedecer todas as regras que acontecem na escola. Ah, tem as questões de convivência, mas são adolescentes e são crianças, né? Em pleno desenvolvimento. Então eles também estão aprendendo essas coisas.

Nilma Gomes (2017) chama de “dimensão estético-corpórea” essa necessária ligação entre corpo e mente no processo de aprendizagem, algo que a noção cartesiana do corpo ocidental (como visto no capítulo 2) não cessa de desarticular. A autora diz que o saber não é apenas expresso no corpo, mas também produzido por ele. Segundo a Rose, muitos problemas poderiam ser resolvidos ou ao menos amenizados se a escola adaptasse as suas atividades às necessidades de desenvolvimento e de “colocar para fora” a energia característica da infância. Como diz Deligny, “o verdadeiro educador é um ‘criador de circunstâncias’ capaz de fabricar um novo ‘meio’ para o inadaptado” (2018, p.11).

Em 2006, a hoje extinta Secretaria de Educação Especial do MEC publicou um livro chamado *Avaliação para identificação das necessidades educacionais especiais*, parte da série *Saberes e práticas da inclusão*, com o seguinte intuito:

É consensual a necessidade de rever e atualizar os conceitos e as práticas avaliativas tradicionais, normativas, padronizadas e classificatórias, em uso nos sistemas educacionais, substituindo-as por outras mais voltadas para a dimensão política e social da avaliação (Hoffmann, 2001) (SEESP/MEC, 2006, p.8).

Segundo o texto, o que importa no papel dos professores e da escola não é a identificação de transtornos, mas a identificação das necessidades educacionais dos alunos. Isso acontece a partir da combinação entre observação e interação dialógica, bem ao encontro do que a Rose comenta. A partir de uma análise que envolva a tríade Escola, Aluno e Família, devem ser aferidas as barreiras que atrapalham o desenvolvimento do aluno, e a partir dessas barreiras, a definição dos métodos empregados para superá-las. Em relação à escola, devem ser observados o contexto educacional e a ação pedagógica; em relação ao aluno, o seu nível de desenvolvimento e condições pessoais; e em relação à família, o ambiente e o convívio familiar, no que se incluem as suas condições materiais (SEESP/MEC, 2006). Problemas de alimentação, por exemplo, podem desencadear uma série de obstáculos de aprendizagem, assim como problemas extraescolares que de alguma forma reverberam no ambiente escolar. Lembro de

trabalhar com um aluno de 6º ano que apresentava comportamentos bastante agressivos com os outros colegas, várias vezes taxado até pelos professores como um aluno que “não tem mais jeito”, ou que “não tem o que fazer”. Depois de um tempo, me foi relatado por um funcionário da escola que esse mesmo aluno tinha perdido o irmão no ano anterior, executado com dezenas de tiros no corpo. A Rose também comenta sobre um caso específico:

Alguns alunos vêm conversar com a gente e vêm perguntar sobre o que eles estão sentindo, se isso é normal, se não é normal. Então alguns se sentem confortáveis pra conversar. Isso já aconteceu, tá? Mais de uma vez comigo. Ano passado também teve um caso de um menino que veio conversar comigo e ele disse - ah sora eu não estou bem, mas nas tuas aulas eu fico bem. Veio e me abraçou, um menino do primeiro ano do ensino médio. Aí ele falou que ele batia na mãe dele, ele contou uma história assim grandiosa. Que que eu faço quando me contam essas histórias? Eu digo - olha tu tem que ter cuidado, ser agressivo não é legal, de repente tua mãe tá estressada, acontece isso com a vida da gente, a gente tem coisas que nós não podemos contornar, mas conversa com ela, quem sabe tu senta e conversa com ela e tal. Aí fui conversando com ele sobre isso, um dia que ele estava bem angustiado.

Depois disso, ela sugeriu que o aluno conversasse com a pessoa que faz a orientação escolar, que toma os caminhos que já citamos anteriormente, se utilizando dessa tríade Escola – Aluno – Família, como sugerido pelo texto da extinta Secretaria de Educação Especial do MEC. Nele, também são citados alguns procedimentos para a “impressão diagnóstica” psicossocial, e não o diagnóstico individual:

- a resignificação da função da avaliação, pelo professor e pelos demais avaliadores;
- a participação do aprendiz que, em vez do medo dos resultados, terá interesse em auto-avaliar-se, bem como em colaborar no processo avaliativo, na certeza de que ele contribuirá para seu progresso;
- a participação da família;
- a escolha cuidadosa de procedimentos e instrumentos;
- se for o caso de se usarem indicadores, que sirvam como pistas, como sinalizadores e não como itens de um instrumento no qual se assinala a presença ou a ausência do fato ou fenômeno observado ou, o que seria pior, para atribuir-lhes pontos;
- a utilização das análises em ações de melhoria do que tiver sido avaliado. (SEESP/MEC, 2006, p. 22).

Atento para o penúltimo item, que cita a limitação dos indicadores de *checklist*, como aquelas ferramentas de diagnóstico que vimos no capítulo 2, na avaliação das necessidades educacionais. Parte importante desse processo passa pela constatação de que os comportamentos são subjetivos, contextuais e relativos, e não há como mensurá-los por uma ferramenta supostamente neutra e objetiva.

4.2.3 Sílvia

Depois da entrevista com a Rose, entrei em contato com a orientadora pedagógica da escola mencionada em suas falas. A Sílvia tem 69 anos e atua como orientadora há 13. Perguntei se poderia me ajudar com alguns questionamentos que enviei por mensagem, no que ela, bastante solícita, me respondeu com vários áudios. Por conta desse formato, a conversa não foi tão dialógica e espontânea, mas parece que por poder pensar por mais tempo nas questões antes de responder, as respostas foram bastante completas e alinhadas às problemáticas. Vou transcrever aqui alguns trechos que penso serem elucidativos e também complementares às falas da Rose.

A minha primeira pergunta foi: qual o papel da escola e o seu papel como orientadora no pré-diagnóstico (se existente) de transtornos como TDAH, TOD, depressão, ansiedade etc. nos alunos? Qual a relação da escola com profissionais de saúde, clínicas e o discurso médico?

A gente trabalha em parceria com a professora da sala de recursos. Mas em parceria também com os professores. Então o que acontece? Quando a gente observa que tem alguma criança que está passando por algum momento difícil, ou a professora relata que a criança tem alguns comportamentos em sala de aula que pode indicar uma criança com hiperatividade ou porque ela tá desligada, então ela pode ter alguma coisa de déficit de atenção, depressão tá muito forte, ansiedade também depois da pandemia. Já era uma coisa muito presente dentro da escola e com a pandemia isso se potencializou muito. Mas nosso pré-diagnóstico é observação, relato dos professores, é ser chamado em sala de aula pra conversar com os alunos, e quando eu converso com os alunos eu já tenho uma visão da turma, ou de queixa de alguns colegas que vem falar comigo de algum aluno. Ou, por exemplo, essa semana tinha uma menina que estava chorando, isso acontece muito, de as vezes eu estar passando pelo pátio e a menina está sentada no banco chorando, e vários colegas em volta, tá em uma crise de ansiedade. E aí o que eu faço, eu peço pra todos voltarem pra sala, que eles estavam cuidando dela mas eles também estavam fora de sala, Levei ela pro SOE, a gente conversou, a menina se acalmou, a gente achou algumas ideias pra resolver a questão que estava despertando ansiedade nela, né? E ela saiu melhor, saiu até sorrindo do SOE. Então eu tô sempre atenta ao que os professores me trazem, ao que os alunos me trazem porque eles mesmos me trazem muita coisa espontaneamente e em cima disso a gente tem um pré-diagnóstico do que que pode vir a ser, pela prática que a gente tem, e depois disso, se for necessário, eu converso com a criança sim, pra ter uma noção de como ela é, conversar com ela no particular, e se for necessário chama família e a gente conversa com a família.

O SOE é o Serviço de Orientação Educacional da escola, que tem o objetivo de acompanhar e orientar os alunos de uma forma personalizada às suas necessidades singulares. Pelo seu relato, vemos que não apenas os professores levam suas observações à orientadora, mas os alunos também recorrem a ela de forma espontânea. Nos critérios utilizados para esse pré-diagnóstico, é citado: observação dos professores e da orientadora; questões trazidas pelos alunos e articuladas em um diálogo (ou seja, valorizando de alguma forma o enunciado do

sujeito, ao invés de excluí-lo como pretende a racionalidade diagnóstica (DA SILVA JÚNIOR, 2021)); o que outros alunos falam sobre os colegas (aqui, a intersubjetividade patológica mencionada através do estudo de Signor e Santana (2020)); a comparação a outros casos anteriores (quando Sílvia cita a “prática que a gente tem”); e também o contato com a família, que é o que muitas vezes dita o caminho seguinte, ou seja, o que se faz com esse pré-diagnóstico. Respondendo a segunda parte daquela mesma pergunta, ela relata:

Eu tenho na minha sala uma pasta com vários locais para encaminhamento. Mas a maioria tem um custo, pode ser um custo pequeno mas tem. E pra nossa clientela é muito difícil eles manterem um custo mesmo que seja baixo. Então tem alguns que eu não encaminho porque eu sei que eles não vão, ou pela distância [...] ou pelo custo. A gente procura encaminhar, e eu pergunto: *tu terias condição de pagar 35, 40 reais para uma consulta, pra uma terapia pro teu filho?* Pergunto para a mãe, para o responsável, a mãe diz não. *Bom, então eu vou te encaminhar pra outro lugar que é terapia de grupo, é de graça, atende muitas escolas, mas vai ser mais limitado.* Também encaminho para o posto de saúde quando tem alguma solicitação, eu tenho alguns encaminhamentos que a gente criou, e ali a gente diz que a criança está precisando de uma avaliação psicológica e isso já ajuda no momento que a criança vai pro posto de saúde de referência porque a mãe já vai com a solicitação da escola. Então já é um pouquinho de agilidade, porque pelo SUS é muito demorado e as vezes chega a passar mais de ano e as famílias não são chamadas. É bem difícil, mas a gente conversa. Inclusive tem psicólogos que entram em contato comigo por telefone, a gente conversa, faz uma reunião online, inclusive amanhã eu e a professora da sala de recursos temos uma reunião online sobre um aluno que fez psicodiagnóstico e a gente precisa conversar, então a gente já teve outras reuniões desta forma, pra gente achar a melhor maneira de atender esta criança, esse adolescente.

Pela fala da Sílvia, é possível perceber que não há um só tipo de psicodiagnóstico disponível, mas que o direcionamento vai ser influenciado também pelas condições materiais da família, podendo variar desde terapia de família até psiquiatria. O aumento no número de encaminhamentos feitos pelas escolas e pelas famílias através do sistema público de saúde acaba também inchando o sistema e tornando o processo cada vez mais demorado, o que influencia muitos diagnósticos a serem feitos a partir de uma só consulta brevíssima, como já pude presenciar, no intuito de dar conta da grande demanda. Como vimos anteriormente, essa é uma das causas não só dos diagnósticos não conseguirem dar conta dos próprios critérios necessários para a avaliação sintomática, como influencia os próprios critérios diagnósticos a se moldarem como *checklists* rápidos e descontextualizados.

Outra mudança trazida pela Sílvia é sobre o atendimento na sala de recursos da escola. Ela relata que hoje em dia é necessário que o aluno tenha laudo médico:

É uma pequena clientela que pode ser atendida pela sala de recursos, por exemplo, TDAH não é. Mas a J., quando tinha mais tempo disponível, ela até nos ajudava e

atendia essas crianças. Mas agora elas tem que ter laudo, e se não tiver laudo não pode ser encaminhada para a sala de recursos. Antes a gente podia, o próprio professor observava algumas coisas, a gente conversava com a família e encaminhava pra sala de recursos. Hoje não é assim, tem que ter laudo.

Essa nova exigência parece ir de encontro ao aumento da força discursiva do saber clínico, tornando-o uma condição para o reconhecimento das necessidades educacionais especiais. Ou seja, indo na contramão do que propunha o texto do SEESP/MEC ao pensar a dimensão político-social nessa avaliação. Também perguntei à Sílvia se ela acha que os discursos médicos acerca dos transtornos mentais estão presentes na escola, e de que maneira.

Sim, eu acredito que sim [...] Logo no começo, doze anos atrás, que eu observava que a criança tinha alguns comportamentos que ela estava precisando de ajuda, eu dizia *quem sabe vamos conversar com a família, quem sabe tu vai fazer uma avaliação com psicólogo*, se fosse uma ajuda médica. E eles *eu não sou louco*. Então alguns ainda tem, mas isso já se desmanchou bastante. Logo que eu entrei tanto a família quanto os alunos diziam que não eram loucos. E eu dizia pra eles, *louco não está aqui porque quem é louco está no hospital psiquiátrico, né?* Mas temos alguns sintomas de algumas doenças, algumas coisas que a gente tem que tratar. Inclusive eu, Sílvia, eu tenho depressão e eu tomo medicamento e eu sempre falo pra eles. Né? Que eu também uso e nem por isso sou louca. Então quer dizer, a gente tem que falar até pra eles se identificarem com a gente. Então, o discurso médico tá dentro da escola e a gente conversa com muita naturalidade. Alguns professores também levantam hipóteses, a gente conversa, e daí geralmente a gente tá no caminho certo quando vê que uma criança tem um certo comportamento. Porque até quando tu faz conversa com a mãe, uma anamnese oral né, e eu vou anotando aquilo que me é mais importante. Então daí tu vê, o pai tem histórico de esquizofrenia; a mãe tem histórico de depressão na família. Então isso tudo, também eu falo da questão genética pra eles, que pode estar acontecendo, mas tem casos que não são, né? Caso de uma menina que veio conversar comigo que estava chorando muito porque os pais estão se separando. Então é uma coisa mais pontual, então cada caso é um caso, a gente tem que ter muitos critérios e tato pra ver onde que a gente está mexendo. Porque as vezes a gente pode se atrapalhar, se confundir e a gente quer é acertar.

Como mencionado nos capítulos anteriores, o discurso sobre a loucura parece ter mudado a partir da nova racionalidade diagnóstica. Os transtornos deixaram de ser vistos apenas como desvios em relação à normalidade quando tomaram um aspecto egossintônico (DUNKER, 2022), e apesar de ainda existir essa associação com a loucura, isso “se desmanchou bastante”, como diz a Sílvia. É interessante que em sua fala o louco aparece como aquele que está internado em hospitais psiquiátricos, não podendo estar na escola. A questão é que, como antecipado por Deleuze (2017), a psiquiatria estendeu sua ação institucional e localizada pela infiltração modular da vida, embaralhando as fronteiras visíveis. Sua eficácia está em justamente não aparecer, de modo que a patologia possa se transformar em normalopatia (DUNKER, 2022). Como a Sílvia afirma, o discurso médico está posto com “naturalidade” - o que é também um efeito de sua estratégia naturalizante. É possível visualizar a conjugação entre

uma narrativa biologizante, quando cita a “questão genética”, e uma narrativa mais contextual, quando cita o exemplo da aluna que está lidando com a separação dos pais.

4. 3 CONFLITOS PEDAGÓGICOS

Colocando em perspectiva a minha experiência depois dessa pesquisa, parece que havia um choque entre dois modelos de educação que, de uma forma ou outra, incorporam formas de controle sobre os estudantes. O projeto do qual fazia parte adotava um modelo positivante e modular, mas que por dar maior espaço à criação autônoma também possibilitava circunstâncias de escape, em que de fato o papel do professor era o de mediar e não de depositar conteúdo. No entanto, essa “autonomia” também incorporava tecnologias de si neoliberais, pautadas no autocontrole e voltadas ao mercado. Esse modelo entrava em conflito com o molde disciplinar que vigorava nas escolas nas quais o projeto se inseria. Ao tentar promover a participação dos alunos concedendo uma maior liberdade de ação, eles pareciam não entender como poderiam participar ou ajudar em decisões de ensino. A lógica de pensamento girava em torno da dualidade que separa o tempo chato do estudo (aula/sala de aula) do tempo aliviante do lazer (recreio/pátio). Com os cenários caóticos que se desenrolavam e a cobrança da escola pela rigidez, os próprios supervisores do projeto cerceavam a dinâmica supostamente lúdica, proibindo os alunos de deixarem a sala de aula. Os elementos imunológicos e neuronais tentavam se conjugar conflituosamente, puxando a memória da própria gestação do neoliberalismo ao fincar raízes em terra ditatorial. Pois se não é possível que os alunos produzam seu “projeto de vida” por vontade própria, então o fazem por obrigação. Se não é possível que o neoliberalismo se estabeleça sem a força repressiva do Estado, então fazem valer Hayek, que diz preferir uma ditadura liberal a uma democracia sem liberalismo (DARDOT e LAVAL, 2016).

Entre os métodos utilizados, deveríamos sempre começar as aulas com uma meditação breve, no estilo *mindfulness*. No entanto, o tempo contemplativo e silencioso era visto pelos alunos como motivo de deboche, provavelmente porque, para eles, o silêncio estava sempre atrelado à repressão – não se cala voluntariamente porque se calar é um ato de disciplina. O desafio era sempre o de desvincular o silêncio de um ato disciplinar, mas ao fazer isso, não poderia estar entrando em um formato psicopolítico de controle modular? Parece que entramos em uma fronteira nebulosa... Como diferenciar a meditação como reflexividade da meditação como autocontrole? Talvez uma analogia interessante seja a da comparação entre o uso da

ayahuasca pelos brancos e o seu uso ritualístico pelos indígenas, como é possível contrapor a partir do documentário *Ayahuasca* (2020), da série *A indústria da cura*. A transformação da *ayahuasca* em um produto que hoje circula pelas grandes cidades e tem se consolidado também como uma atração turística a ressignificou em outros sistemas de signos. O documentário mostra como os brancos a utilizam para fins de otimização pessoal, como antes de tomá-la mentalizam algum objetivo individual que desejam atingir ou algum problema familiar que desejam resolver, inserindo-a nesse círculo egóico. É um consumo pela lógica do *enhancement*, como fazem os empresários do Vale do Silício com uma série de substâncias. No seu uso indígena, a *ayahuasca* tem um sentido de cura pela alteridade: o xamã usa não para si, mas para a cura do outro. Nesse processo, é ainda atravessado por diferentes forças que o fazem sair de si mesmo para tomar a perspectiva de outros seres.

Aos espíritos não basta dançar para nós. Ao chegarem, nos machucam e recortam nosso corpo. Cortam-nos o tronco, as pernas e o pescoço, Cortam também nossa língua, jogando-a longe, pois só emite palavras de fantasma. Arrancam nossos dentes, que consideram sujos e cariados. Jogam fora nossas entranhas cheias de resíduos de carne de caça que os enojam. Então, substituem tudo isso pela imagem de suas próprias línguas, dentes e vísceras. (KOPENAWA, 2015, p.153)

No caso da escola, o *mindfulness* não visava um reconhecimento coletivo, mas funcionava como um ascetismo projetado ao desenvolvimento pessoal de cada um. Era uma forma de reforçar a individualização dos problemas. O argumento atribuído pelo projeto era justamente esse, o de produzir um autocontrole que servisse ao seu bom desempenho no restante da aula. Além disso, não acontecia de uma maneira que favorecesse de fato a autonomia e o engajamento, mas vinha sempre como um manual que continha instruções guiadas, essas que deveriam ser seguidas à risca e em um espaço-tempo determinado.

Como então criar esses vácuos e momentos contemplativos que deem sentido e tempo para assimilar os acontecimentos, sem cair na lógica do *enhancement*? Parte do problema parece residir no fato de que muitas dessas óticas pedagógicas que visam a participação dos alunos pressupõem que o não engajamento decorre de certa oposição entre atividade e passividade,

Mas não seria possível inverter os termos do problema, perguntando se o que cria a distância não é justamente a vontade de eliminar a distância? O que permite declarar inativo o espectador que está sentado em seu lugar, senão a oposição radical, previamente suposta, entre ativo e passivo? Por que identificar olhar e passividade, senão pelo pressuposto de que olhar quer dizer comprazer-se com a imagem e com a aparência, ignorando a verdade que está por trás da imagem e a realidade fora do teatro? Por que assimilar escuta e passividade, senão em virtude do preconceito

segundo o qual a palavra é o contrário da ação? Essas oposições - olhar/saber, aparência/realidade, atividade/passividade - são coisas bem diferentes das oposições lógicas entre termos bem definidos. Elas definem propriamente uma divisão do sensível, uma distribuição apriorística das posições e das capacidades e incapacidades vinculadas a essas posições. Elas são alegorias encarnadas da desigualdade. (RANCIÈRE, 2012, p. 16)

Uma das propostas do projeto era fazer com que os alunos estivessem sempre falando sobre como se sentem, tentando entender suas emoções. Como não me sentia muito confortável com essa lógica inquisitória, decidi transfigurá-la pelo desenho. Depois de uma breve exposição falando sobre arte abstrata, propus aos alunos que, ao invés de pensarem literalmente, despejassem as suas sensações momentâneas como um vômito artístico. Que usassem da linguagem “como instrumento para a loucura, para a eliminação do pensamento, para a ruptura, dédalo dos desregramentos e não como um DICIONÁRIO para o qual certos patifes das imediações do Seria canalizam suas contradições espirituais” (ARTAUD, 2019, p.31). A observação dos desenhos dos alunos é também tratada pelo texto da extinta Secretaria de Educação Especial do MEC como um método de identificação das suas necessidades educacionais, sempre quando contextualizados (SEESP/MEC, 2006). Penso que o mais importante nem seja tanto o ato de observar, mas de oferecer meios de expressão que sigam uma lógica de experimentação, e não de inquisição. Pois “um desenho infantil não é uma obra de arte: é um chamado para novas circunstâncias” (DELIGNY, 2018, p. 125).

Nesse capítulo, o foco foi a análise das entrevistas com as educadoras. A partir de seus relatos, foi possível pensar nos processos de subjetivação diagnóstica e patológica das crianças e adolescentes no ambiente escolar, confrontando as experiências com as teorias, e suscitando mais desdobramentos singulares para se pensar a relação entre os processos de patologização da vida com o neoliberalismo. Foi possível perceber várias abordagens que podem circular por uma mesma escola, e que há no processo diagnóstico vários atores que o influenciam, como a família, os professores e pedagogos, os médicos e o próprio sujeito, sempre mediados por discursividades externas que ali se infiltram. Também procurei trazer a minha própria experiência de maneira complementar, para pensar principalmente a relação entre distintos formatos de controle teorizados ao longo do trabalho e que, como vimos, rivalizam ou se associam em um mesmo espaço.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É que toda situação é passível de ser fendida no interior, reconfigurada sob outro regime de percepção e significação. Reconfigurar a paisagem do perceptível e do pensável é modificar o território do possível e a distribuição das capacidades e incapacidades. O dissenso põe em jogo, ao mesmo tempo, a evidência do que é percebido, pensável e factível e a divisão daqueles que são capazes de perceber, pensar e modificar as coordenadas do mundo comum. É nisso que consiste o processo de subjetivação política: na ação de capacidades não contadas que vêm fender a unidade do dado e a evidência do visível para desenhar uma nova topografia do possível. A inteligência coletiva da emancipação não é a compreensão de um processo global de sujeição. É a coletivização das capacidades investidas nessas cenas de dissenso. É a aplicação da capacidade de qualquer um, da qualidade dos homens sem qualidade. (RANCIÈRE, 2012, p. 49)

Pelo próprio teor qualitativo da pesquisa, não tive a pretensão de oferecer respostas prontas ou resultados objetivos, mas traçar possíveis relações entre patologização, neoliberalismo e modos de subjetivação, tendo como foco o processo diagnóstico de crianças e adolescentes. A partir da associação e do confronto entre a discussão teórica e os dados levantados através de discursos e relatos, penso ter sido possível identificar algumas formas pelas quais o saber médico atravessa espaços como a escola e a internet, e como pode se transfigurar em representações sobre si, sobre o outro e sobre o mundo.

Vimos que, apesar de não totalizar as perspectivas pedagógicas e psicológicas que também permitem pensar o transtorno por um modelo psicossocial, a narrativa organicista é bastante preponderante, e sua expansão está atrelada aos paradigmas produtivos da racionalidade neoliberal. O diagnóstico incorpora um formato que se pretende objetivo e acelerado, visando ser utilizado universalmente e sem grandes desdobramentos, como percebemos através das ferramentas de autodiagnóstico disponibilizadas na internet. Certos comportamentos transformados em sintomas de transtornos podem ser bastante questionados por seu caráter relativo em relação aos valores culturais e aos contextos sociais, o que coloca em cheque a pretensa neutralidade de manuais como o DSM.

Quando olhamos para a escola, vimos que existem diversas situações, mas que, em maior ou menor medida e em formatos distintos, o discurso patologizante aparece visibilizado por professores, alunos e outros profissionais. Para entendermos as relações de poder imbricadas nesses discursos, buscamos visibilizar e comparar teorias que tratam não apenas do tema em questão, mas que trazem elementos ontológicos das formas de vida ocidentais,

principalmente a partir da lógica representativa da identidade. Esse exercício parece ser frutífero no objetivo de desnaturalizar o processo de patologização, pois

[...] se sintomas e modalidades compartilhadas de sofrimento são formações de identidade, há por se fazer uma crítica da racionalidade diagnóstica que consolida, fixa e reifica a identidade dos grupos psicopatológicos (DUNKER, 2021, p. 320).

Sobre os modos de subjetivação, os depoimentos de pessoas diagnosticadas e os relatos de educadoras ajudaram a desenrijecer a teoria e pensar a formação de identidades através das categorias patológicas. Por conta do período de férias escolares, que infelizmente aconteceu simultaneamente à boa parte do processo de pesquisa do TCC, não foi possível fazer uma observação mais aprofundada nesse meio. Ainda assim, as experiências que tive nas escolas estavam reverberando, e por isso foi inevitável trazê-las à tona em alguns momentos de reflexão, até porque foi a partir dessas situações práticas que a pesquisa começou a ser pensada. Os relatos de educadoras que coletei, colocados em comparação a outras pesquisas da área, mostram que a relação entre escola, psiquiatria e neoliberalismo depende muito dos contextos e das práticas pedagógicas e institucionais das escolas, ainda que existam discursividades que se atravessam com uma tendência universalizante. O elevado número de crianças e adolescentes que utilizam a internet na busca de suporte emocional e busca de informações, por exemplo, evidencia dinâmicas extraescolares que também afetam a produção de subjetividades. Os depoimentos coletados em sites mostram essas outras redes que se formam, em que as pessoas se identificam com a patologia através da proximidade com os discursos de outros. Ou então com um simples teste rápido que carece de pensar as singularidades do sofrimento psíquico para além de generalizações objetivas que deixam de lado as contingências sociais.

Para tratar as modalidades de sofrimento como processos que envolvem mais do que simples disfunções cerebrais, é preciso dar conta dos comportamentos como expressões singulares de situações contingentes, tentando compreender o meio ao invés do indivíduo como ser isolado. A partir dessa compreensão mais ampla, é possível criar condições de entendimento e de cura. A escola, se for um ambiente de criação de circunstâncias de experimentação, pode ter um papel de mediar o processo de desenvolvimento das crianças e adolescentes de maneira ativa, ao invés de tentar adaptá-las normativamente. No entanto, o problema também não se resume à escola como instituição neutra e alheia ao *socius*. Percebemos que várias discursividades que a atravessam estão pautadas pelo desenvolvimento do sistema capitalista, que enxerga na escola uma espécie de fábrica de produção de sujeitos. Esses novos sujeitos

estão, em grande medida, se subjetivando a partir de identidades patológicas que, além de solidificarem estereótipos, estão muitas vezes atreladas à transformação química do corpo. Não só as medicações se inscrevem sobre o corpo, como também técnicas de poder. Essas que não mais funcionam a partir de uma lógica apenas disciplinar e repressiva, mas que buscam fazer com que o sujeito performatize formas de saber sobre si mesmo - que incorpore as técnicas de vigilância e de controle de forma auto-referenciada.

No entanto, a pesquisa também mostrou que é possível identificar discursos que não estão submissos a essa forma psicopolítica da subjetividade, ou porque ainda seguem uma lógica disciplinar, ou porque têm um olhar psicossocial para as situações. Parece que esses três formatos acabam muitas vezes se misturando. Em uma mesma escola, as reformas do ensino estruturam a grade curricular a partir de uma lógica neoliberal que incorpora elementos individualizantes de autocontrole; orientadores têm um olhar voltado ao entorno da criança ou adolescente para tentar entender o que pode desencadear certos comportamentos; professores diagnosticam seus alunos de maneira normativa; há o encaminhamento para clínicas psicológicas e psiquiátricas, muitas vezes através do convencimento dos responsáveis; se adotam estratégias disciplinares de contenção dos movimentos – alunos o dia inteiro presos a suas cadeiras; alguns professores propõem atividades de externalização dos sentimentos de forma ativa. São muitos elementos que, a partir de lógicas que podem aparentar contraditórias, se conjugam conflituosamente.

Diante disso, está em jogo tensionar as tendências globalizantes a partir de alternativas localizadas, reconhecendo que os limites entre comportamentos e sintomas são socialmente delimitados, e que é a partir dessas fronteiras que será definido aquilo que é digno de ser tratado e aquilo que deve ser excluído: “aquilo que representava um déficit em em um tempo pode se tornar funcional e adaptativo em outro, há formas de sofrimento que se tornam expectativas sociais a cumprir, outras que devem se tornar invisíveis e inaudíveis” (DUNKER, 2021, p. 328). Nesse sentido, penso que também foi possível desmembrar algumas patologias para visualizar o que elas podem estar manifestando sobre as formas de vida no neoliberalismo e, ao fazer isso, desfiar o interior dos regimes clínicos de visibilidade.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Diagnóstico de depressão cresce 40% durante a pandemia.** Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-04/diagnostico-de-depressao-cresce-40-durante-pandemia#:~:text=O%20percentual%20de%20pessoas%20diagnosticadas,no%20primeiro%20trimestre%20deste%20ano>. Acesso em: 12/01/2023.

AGÊNCIA BRASIL. **Pesquisa revela aumento da ansiedade entre brasileiros na pandemia.** Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-10/pesquisa-revela-aumento-da-ansiedade-entre-brasileiros-na-pandemia>. Acesso em: 12/01/2023.

ALICERCE EDUCAÇÃO. **Sobre nós.** Disponível em: <https://alicerceedu.com.br/sobre-nos>. Acesso em: 07/01/2023.

ANDRADE, Mário de. **Pauliceia desvairada.** Jandira, SP: Principis, 2019.

ANVISA. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS). **Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.** Ano 8, nº 23: março de 2014. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Brasileiro+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+de+Tecnologias+em+Sa%C3%BAde+%28BRATS%29+n%C2%BA+23/fd71b822-8c86-477a-9f9d-ac0c1d8b0187>>. Acesso em: 26/01/2023.

ARTAUD, Antonin; WILLER, Claudio (Org.). **Escritos de Antonin Artaud.** Porto Alegre: L&PM, 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO. **O que é TDAH.** Disponível em: <https://tdah.org.br/sobre-tdah/o-que-e-tdah/>. Acesso em: 21/01/2023

AYAHUASCA. Direção de Leslie Asako Gladsjo, 2020 (cor, 57 min).

BARTHES, Roland. **Mitologias.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BEYER, Hugo Otto. **Inclusão e avaliação na escola:** de alunos com necessidades educacionais especiais. Porto Alegre: Mediação, 2007.

BHABHA, Homi K. **O local da cultura.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 1998, p. 19-69.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Depressão.** Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/depressao-4/>. Acesso em: 29/12/2022

BIEHL, João. **Antropologia no campo da saúde global.** Horizontes Antropológicos, nº 17 (35), 2011, p. 227-256.

BIEHL, João. **A vida cotidiana das palavras:** a história de Catarina. Cadernos da APOA. Porto Alegre, nº 140, 2005. p.14-29.

BRANDÃO, Rui. **Transtorno de personalidade Borderline:** o que é e como identificar. Disponível em: <https://zenklub.com.br/blog/transtornos/borderline/>. Acesso em: 10/01/2023.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra. **Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade**: classificação e classificados. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [4]: 1165-1187, 2009.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Editora Record, 2003.

CARRENHO, Aline *et al.* O corpo como lugar de sofrimento social. *In*: SAFATLE, Vladimir; DA SILVA JÚNIOR, Nelson; DUNKER, Christian. **Patologias do social**: Arqueologias do sofrimento psíquico. Belo Horizonte: Autêntica, 2021. p. 81-108.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago. **Michel Foucault y la colonialidad del poder**. *Tabula Rasa*, Bogotá, Colômbia, n. 6, p. 153-172, jan. /jun. 2007.

CHAGAS, Julia Chamusca; PEDROZA, Regina Lúcia Sucupira. **Patologização e Medicalização da Educação Superior**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol. 32, n. esp., p. 1-10, 2016.

COLOGNESE, Sílvio; MELO, José L. B. **A técnica de entrevista na pesquisa social**. *Cadernos de Sociologia*, 9: 143-159, 1998.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL (CGI. br). **TIC KIDS ONLINE BRASIL 2021**: pesquisa sobre o uso da internet por crianças e adolescentes. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2021. Disponível em: <https://cetic.br/pt/publicacao/pesquisa-sobre-o-uso-da-internet-por-criancas-e-adolescentes-no-brasil-tic-kids-online-brasil-2021/>. Acesso em: 20/01/2023.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

DA SILVA JUNIOR, Nelson. O mal-estar no sofrimento e a necessidade de sua revisão pela psicanálise. *In*: SAFATLE, Vladimir; DA SILVA JÚNIOR, Nelson; DUNKER, Christian. **Patologias do social**: Arqueologias do sofrimento psíquico. Belo Horizonte: Autêntica, 2021. p. 35-58.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Conversações**. São Paulo: Ed. 34, 2017.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O anti-Édipo**: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 2010.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia 2, vol.1. São Paulo: Ed. 34, 2011.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia 2, vol. 5. São Paulo: Ed. 34, 2012.

DELIGNY, Fernand. **Os vagabundos eficazes**. São Paulo: n-1 edições, 2018.

DSM-V. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DUNKER, Christian. A hipótese depressiva. In: SAFATLE, Vladimir; DA SILVA JÚNIOR, Nelson; DUNKER, Christian. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2022. p. 177-212.

DUNKER, Christian. Epílogo – Crítica da razão diagnóstica: por uma psicopatologia não-toda. In: SAFATLE, Vladimir; DA SILVA JÚNIOR, Nelson; DUNKER, Christian. **Patologias do social: Arqueologias do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021. p. 317-351.

FAUSTO, Carlos. **Inimigos fiéis: história, guerra e xamanismo na Amazônia**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2014.

FISHER, Mark. **Capitalist Realism: Is there no alternative?** London: John Hunt Publishing, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Subjetividade e verdade: curso no Collège de France (1980-1981)**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2016.

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

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização**. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2011.

GILROY, Paul. **O atlântico negro: modernidade e dupla consciência**. São Paulo: Editora 34, 2001.

GOMES, Nilma. **O Movimento Negro educador: saberes construídos nas lutas por emancipação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

GUEDES, Simoni Lahud. Umbanda e Loucura. In: VELHO, Gilberto. **Desvio e divergência: uma crítica da patologia social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1985.

GZH. **Conheça as novas disciplinas que vem com a Reforma do Ensino Médio**. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/educacao-e-emprego/noticia/2022/02/conheca-as-novas-disciplinas-que-vem-com-a-reforma-do-ensino-medio-ckzrjqqz2005o015pa6bmb1ja.html#:~:text=Com%20a%20reforma%2C%20iniciada%20em,Tecnologias%20Digitais%20e%20Iniciada%20a%20Cient%20e%20Tecnologica>. Acesso em: 22/01/2023.

HAN, Byung-Chul. **Agonia do Eros**. Petrópolis: Vozes, 2017.

HAN, Byung-Chul. **Psicopolítica: neoliberalismo e novas técnicas de poder**. Lisboa: Relógio d'Água, 2015.

HEYWARD, Harold; VARIGAS, Mireille. **Uma antipsiquiatria?** São Paulo: Melhoramentos, 1977.

HOLBRAAD, Martin. **Tres provocaciones ontológicas**. *Ankulegi* 18, 127-139, 2014.

HOOKS, bell. **Ensinando a transgredir**: a educação como prática da liberdade. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2013.

IDRLABS. **Teste de TDAH de 3 minutos**. Disponível em: <https://www.idrlabs.com/pt/tdah-de-3-minutos/teste.php>. Acesso em: 14/02/2023.

INGOLD, Tim. **Antropologia versus etnografia**. *Cadernos de Campo*, 26(1): 222-228, 2017.

KEESE DOS SANTOS, Lucas. **A esquiva do xondaro**: movimento e ação política Guarani Mbya. São Paulo: Elefante, 2021.

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão**: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo, 2015.

KIAI.MED.BR. **Teste online de depressão – PHQ-9**. Disponível em <https://kiai.med.br/test/teste-online-de-depressao-phq-9/>. Acesso em: 20/02/2023.

KOPENAWA, Davi; ALBERT, Bruce. **A queda do céu**: Palavras de um xamã yanomami. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

LACET, C., e ROSA, M. D. (2017). **Diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e sua história no discurso social**: desdobramentos subjetivos e éticos. *Psicologia Revista*, 26(2), 231–253.

LAPOUJADE, David. **Deleuze, os movimentos aberrantes**. São Paulo: n-1 edições, 2017.

LAVAL, Christian. **A Escola não é uma empresa**: o neoliberalismo em ataque ao ensino público. Londrina: Editora Planta, 2004.

LEAL, Daniela; NOGUEIRA, Makelini O. G. Transtornos do comportamento: o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e a aprendizagem. In: LEAL, D.; NOGUEIRA, M. O. G. **Dificuldade de aprendizagem**: um olhar psicopedagógico. Curitiba: Intersaberes, 2012, p. 112-129.

LEFEBVRE, Henry. **O direito à cidade**. São Paulo: Centauro, 2001.

LIMA, Cecília Azevedo; COLLARES, Maria Aparecida; RIBEIRO, Mônica Cintrão. **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**: memória do II seminário internacional. Campinas: Mercado de Letras, 2013.

LUENGO, Fabíola Colombani. **A vigilância punitiva**: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. São Paulo: Editora UNESP, 2010.

MARCON, Gabrielli Teresa Gadens; SARDAGNA, Helena Venites e SCHUSSLER, Dolores. **O questionário SNAP-IV como auxiliar psicopedagógico no diagnóstico PRELIMINAR do Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)**. *Constr. psicopedag.* [online]. 2016, vol.24, n.25, pp. 99-118. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542016000100008&lng=pt&nrm=iso>.

MARÇON, L.; ANDRADE, H. S. de. O diagnóstico psiquiátrico e desafios para outra biopolítica da infância. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v. 27, n. esp.2, p. e022024, 2022.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. *Public Culture*, Durham, vol.15 n.1, p. 11-40, 2003.

NEVES, Antonio *et al.* A psiquiatria sob o neoliberalismo: da clínica dos transtornos ao aprimoramento de si. *In*: SAFATLE, Vladimir; DA SILVA JÚNIOR, Nelson; DUNKER, Christian. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2022. p. 125-175.

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. **Ecce homo**: de como a gente se torna o que a gente é. Porto Alegre: L&PM, 2019.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE RIO GRANDE DO SUL. **Como realizar o diagnóstico de TDAH?** Qual a melhor abordagem inicial? Quais critérios de uso de metilfenidato, posologia e acompanhamento? Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/como-realizar-o-diagnostico-de-tdah-qual-a-melhor-abordagem-inicial-e-quais-os-criterios-de-uso-de-metilfenidato-sua-posologia-e-acompanhamento/#:~:text=Pode%20ser%20aplicado%20por%20familiares,trabalhos%20da%20escola%20ou%20tarefas>. Acesso em: 22/01/2023

PELBART, Peter Pal. **Ensaio do assombro**. São Paulo: n-1 edições, 2019.

PIRONTI, Valentino A. “ADHD doesn’t exist” – a top psychologist debunks the myth. Disponível em: <https://www.topdoctors.co.uk/medical-articles/is-adhd-real-a-top-psychologist-explains-the-truth#>. Acesso em: 10/02/2023.

PRECIADO, Paul B. **Testo junkie**: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. São Paulo: n-1 edições, 2018.

PRÓ-VIDA. **Depressão**: causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/informacoes/programas-projetos-e-acoas/pro-vida/dicas-de-saude/pilulas-de-saude/depressao-causas-sintomas-tratamentos-diagnostico-e-prevencao#:~:text=A%20depress%C3%A3o%20%C3%A9%20uma%20doen%C3%A7a,podem%20combinar%20se%20entre%20si>. Acesso em: 29/12/2022.

RANCIÈRE, Jacques. **O espectador emancipado**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.

RIBEIRO, Alexandre Simões *et. al.* **Psicopatologia na contemporaneidade**: análise comparativa entre o DSM-IV e o DSM-V* * Programa Interno de Incentivo à Pesquisa e à Extensão (Proinpe) da UEMG - Unidade Acadêmica Divinópolis, 2015-2016. Grupo de pesquisa PESC: Plataforma de Estudo e Pesquisa sobre Subjetividade e Contemporaneidade. . *Fractal: Revista de Psicologia* [online]. 2020, v. 32, n. 1 , pp. 46-56. Disponível em: <<https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5674>>. Acesso em: 20/11/2022.

SAFATLE, Vladimir. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. *In*: SAFATLE, Vladimir; DA SILVA

JÚNIOR, Nelson; DUNKER, Christian. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2022. p. 17-46.

SAFATLE, Vladimir. Introdução – Em direção a um novo modelo de crítica: as possibilidades de recuperação contemporânea do conceito de patologia social. *In*: SAFATLE, Vladimir; DA SILVA JÚNIOR, Nelson; DUNKER, Christian. **Patologias do social: Arqueologias do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021. p. 7-31.

SAUL, Richard. **Doctor: ADHD does not exist**. Disponível em: <https://time.com/25370/doctor-adhd-does-not-exist/>. Acesso em: 21/01/2023.

SCARIN, Ana Carla Cividanes. Furlan e Souza, Marilene Proença Rebello. **Medicalização e patologização da educação: desafios à psicologia escolar e educacional**. *Psicologia Escolar e Educacional* [online]. 2020, v. 24. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2175-35392020214158>>. Acesso em: 21/11/2022.

SEESP/MEC. **Saberes e práticas da inclusão: Avaliação para identificação das necessidades educacionais especiais**. [2.ed.]. Brasília: MEC, Secretaria de Educação Especial, 2006.

SIGNOR, Rita de Cassia Fernandes; SANTANA, Ana Paula de Oliveira. **A constituição da subjetividade na criança com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. *Bakhtiniana: Revista de Estudos do Discurso* [online]. 2020, v. 15, n. 2, pp. 210-228. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2176-457340739>>. Acesso em: 14/12/2022.

SODRÉ, Muniz. **O terreiro e a cidade: a forma social negro-brasileira**. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2002.

TRILICO, Matheus. **Déficit de Atenção e Hiperatividade no Adulto: faça seu teste para TDAH no adulto agora!** Disponível em: <https://blog.matheustriliconeurologia.com.br/teste-para-tdah-no-adulto/>. Acesso em: 22/01/2023.

VARELLA BRUNA, Maria Helena. **Depressão – Portal Drauzio Varella**. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/depressao/>. Acesso em: 27/02/2023.

VIDA PÓS TDAH. **Descubra em 1 minuto se você pode ter TDAH**. Disponível em: https://vidapostdah.com.br/?psafe_param=1&gclid=Cj0KCQjwk7ugBhDIARIsAGuvGpY2eKPxXk82RHlxq6McrgI3gENaNa2EJ_DfLib5PhtPPEFhzpSC8aAmCaEALw_wcB#gf_2. Acesso em: 14/02/2023.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **Metafísicas Canibais** — elementos para uma antropologia pós-estrutural. Rio de Janeiro: Ubu Editora, 2015.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **O mármore e a murta: sobre a inconstância da alma selvagem**. *Revista de Antropologia*. São Paulo: USP, 1992, v. 35, p. 21 -74.

APÊNDICE – Roteiro de entrevista

1) Breve caracterização e contextualização

Descrição da idade; tempo de trabalho na escola; região da escola; tipo de administração da escola (estadual, municipal, privada etc.).

2) Pergunta de abertura

- Queria saber um pouco sobre a sua experiência como educadora e sua percepção sobre as questões de saúde mental na escola.

3) Possíveis questionamentos ao longo da conversa

- De que forma os sintomas de transtornos mentais são percebidos na escola?
- Se acontece, como é feito o encaminhamento da escola a profissionais de saúde?
- Como os diagnósticos afetam a relação entre alunos, alunos e professores, alunos e escola?
- Os diagnósticos costumam estar atrelados a medicações?
- Como a criança ou adolescente se reconhece a partir do diagnóstico?
- Você acha que o discurso médico acerca dos transtornos neuronais está presente na escola?
De que maneira? No discurso dos professores, dos alunos?
- Como você enxerga a medicalização de crianças e adolescentes e quais os seus efeitos na aprendizagem e nas relações com colegas e professores?