



Imagem gerada por IA (Midjourney) a partir dos termos: Collage art, abstract concept, schizophrenia, humanless

O DISPOSITIVO DE MEDICALIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO E A PRODUÇÃO DO SUJEITO MEDICALIZADO: NOTAS SOBRE A SUPRESSÃO DA *DIFERENÇA* NA ESCOLA

Débora Santos da Silva  [0000-0003-2863-5991](#)

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

José Luís Ferraro  [0000-0003-4932-1051](#)

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

Resumo

O dispositivo da medicalização, situado em um contexto de primazia da racionalidade neoliberal, tem atravessado enunciados discursivos e práticas em educação. O alastramento do saber-poder biomédico às demais esferas da vida social, por sua vez, acaba por reduzir as subjetividades ao seu caráter biologizante, suprimindo singularidades e quaisquer possibilidades de potencialização da existência. A partir disso, este artigo propõe uma problematização voltada à compreensão das formas de produção do sujeito medicalizado e da insurgência de um dispositivo de medicalização que suprime a *diferença*, além de apontar a necessidade da produção de resistência para a garantia de subjetividades dissidentes. Indica-se, assim, a emergência de uma normatividade que preconiza a cisão normal/patológico em relação àquilo que é considerado como "boa" conduta, traduzida a partir de entidades nosológicas psiquiátricas. Ainda, observa-se a presença da *diferença* caracterizada como desvio às normas estabelecidas, o que permite conjugar o dispositivo da medicalização e suas tecnologias de poder, como os diagnósticos e medicações. Por fim, sugere-se a reafirmação da *diferença* como forma de contraconduta ao saber-poder biomédico, além do questionamento à medicalização como nova normalidade, configurada como dispositivo de controle social.

Palavras-chave

Medicalização, governamentalidade biopolítica, sujeito medicalizado, filosofia da diferença, educação.

THE MEDICALIZING *DISPOSITIF* IN EDUCATION AND THE PRODUCTION OF THE MEDICALIZED SUBJECT: NOTES ON THE SUPPRESSION OF *DIFFERENCE* IN SCHOOL

Abstract

The medicalization *dispositif*, situated within a context of primacy of neoliberal rationality, has permeated discursive statements and practices in education. The spread of biomedical power-knowledge to other spheres of social life ends up reducing subjectivities to their biologizing character, suppressing singularities and any possibilities of enhancing existence. From this perspective, this article proposes a problematization aimed at understanding the ways in which the medicalized subject is produced and the emergence of a medicalization *dispositif* that suppresses *difference*, as well as pointing out the need to produce resistance to ensure dissident subjectivities. It thus points to the emergence of a normativity that advocates for the normal/pathological division regarding what is considered "good" behavior, translated from psychiatric nosological entities. Moreover, there is the presence of *difference* characterized as deviation from established norms, which allows for the confluence of the medicalization *dispositif* and its power technologies, such as diagnoses and medications. Finally, it suggests the reaffirmation of *difference* as a form of counter-conduct to biomedical power-knowledge, as well as questioning medicalization as a new normalcy, configured as a device for social control.

Keywords

Medicalization, Biopolitical Governmentality, Medicalized Subject, Philosophy of Difference, Education.

Submetido em: 30/03/2024
Aceito em: 06/05/2024

Como citar: SILVA, Débora Santos da; FERRARO, José Luís. O dispositivo de medicalização na Educação e a produção do sujeito medicalizado: notas sobre a supressão da diferença na escola. *(des)troços: revista de pensamento radical*, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. e51931, jan./jun. 2024.



Este trabalho está licenciado sob uma licença *Creative Commons Attribution 4.0*.

À guisa de introdução

Essa ideia era nada menos que a invenção de um medicamento sublime, um emplasto anti-hipocondríaco, destinado a aliviar a nossa melancólica humanidade. Na petição de privilégio que então redigi, chamei a atenção do governo para esse resultado, verdadeiramente cristão. Todavia, não neguei aos amigos as vantagens pecuniárias que deviam resultar da distribuição de um produto de tamanhos e tão profundos efeitos.¹

Em 1880, Machado de Assis, em *Memórias Póstumas de Brás Cubas*, já ironizava a ânsia de medicar como maneira de lidar com — ou negar (!?) — o sentimento de angústia e a própria condição humana. Anos mais tarde, pode-se entender a ideia de um emplasto que aplaque a melancolia como uma espécie de previsão do que se tornaria a fabricação de medicamentos para lidar com a depressão — o “mal do século”, tal como o foi a melancolia à sua própria época.² A tentativa de biologizar e, conseqüentemente, medicalizar o sofrimento gerado — e que acaba por necessitar ser gerido — socialmente³ não é exclusividade da atualidade, portanto.

Assim, na cultura literária, já poderia ser percebida uma crítica ao que, no século XX, principalmente a partir da década de 1970, se convencionou chamar de medicalização da sociedade (ou medicalização da vida) em diferentes produções acadêmicas.⁴ Hoje, o conceito pode ser entendido como “processo que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos”.⁵ Em uma sociedade medicalizada, então, os sintomas, angústias e sofrimentos compartilhados por um número expressivo de pessoas são tratados como questões individuais, não coletivas, devendo ser compreendidos pelo olhar clínico, que homogeneiza categorias diagnósticas e seus tratamentos.

Sendo a escola “um lugar privilegiado para se observar (...) tanto as transformações que já aconteceram quanto as que ainda estão acontecendo na lógica social”,⁶ cabe a reflexão em torno das influências que a medicalização, em um contexto neurocentrado e orientado a partir da racionalidade neoliberal, exerce sobre o campo educacional. O corpo, o comportamento e o mental/psíquico foram, hoje, resumidos ao cérebro. A neurociência, portanto, assume a condição empoderada em uma sorte de tribunal da razão biomédico, sendo individuais e biológicas as causas e consequências do fracasso escolar.

Que sujeito, então, este dispositivo⁷ produz no interior do campo educacional? Ainda, como o dispositivo da medicalização se insurge contra a produção da *diferença*,

¹ Assis, *Memórias póstumas de Brás Cubas*, p. 23.

² Dunker, *Uma biografia da depressão*.

³ Safatle; Silva Júnior; Dunker, *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*.

⁴ Foucault, *O nascimento da clínica*; *O nascimento da medicina social*; Illich, *A expropriação da saúde*; Szasz, *The manufacture of madness*; Zola, *Medicine as an institution of social control*.

⁵ CRP-SP, *Manifesto do Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade*.

⁶ Veiga-Neto, *Incluir para saber. Saber para excluir*.

⁷ Foucault, *O nascimento da clínica*.

também na educação? Por fim, há saída para a forja de identidades dissidentes? É a essas perguntas que o presente trabalho procura responder. Para isso, levam-se em conta os processos de disciplinarização e neoliberalização da vida social — que não se excluem, mas se reforçam — e a medicalização da Educação em uma perspectiva identitária, de produção de subjetividades medicalizadas. O dispositivo da medicalização, portanto, emerge comprometido com práticas de normalização e controle social. Medicalizar, docilizar, normalizar... (tentar) suprimir a *diferença*, enfim.

1. O dispositivo da medicalização

Cada século trazia a sua porção de sombra e de luz, de apatia e de combate, de verdade e de erro, e o seu cortejo de sistemas, de idéias novas, de novas ilusões; cada um deles rebentavam as verduras de uma primavera, e amareleciam depois, para remoçar mais tarde. Ao passo que a vida tinha assim uma regularidade de calendário, fazia-se a história e a civilização, e o homem, nu e desarmado, armava-se e vestia-se, construía o tugúrio e o palácio, a rude aldeia e Tebas de cem portas, criava a ciência, que perscruta, e a arte que enleva, fazia-se orador, mecânico, filósofo, corria a face do globo, descia ao ventre da Terra, subia à esfera das nuvens, colaborando assim na obra misteriosa, com que entretinha a necessidade da vida e a melancolia do desamparo. Meu olhar, enfarado e distraído, viu enfim chegar o século presente, e atrás deles os futuros. Aquele vinha ágil, destro, vibrante, cheio de si, um pouco difuso, audaz, sabedor, mas ao cabo tão miserável como os primeiros, e assim passou e assim passaram os outros, com a mesma rapidez e igual monotonia.⁸

Talvez, o fracasso de Brás Cubas tenha se dado menos por seu cinismo e aversão ao esforço que pela época em que viveu. Houvesse nascido um século depois, é provável que o protagonista tivesse sido alçado à fama e ao reconhecimento que tanto buscara durante sua vida; também, à "filantropia e lucro", enquanto consequências secundárias.⁹ Ele poderia, inclusive, expandir os domínios de seus empreendimentos!

Isso porque em 1957, depois de mais de sessenta anos de hipóteses *médicas* sobre as causas dos distúrbios (*sic*) da aprendizagem e/ou atenção apresentadas por determinados indivíduos, instalou-se, na medicina, o diagnóstico de *lesão cerebral*

⁸ Assis, *Memórias póstumas de Brás Cubas*, p. 41.

⁹ Assis, *Memórias póstumas de Brás Cubas*, p. 24.

mínima, síndrome hipercinética ou hiperatividade. Para seu tratamento: medicação. Mais especificamente, "calmantes e estimulantes do sistema nervoso central (anfetaminas)"¹⁰.

Bezerra Júnior corrobora ao apontar que, principalmente a partir da década de 1980, a psiquiatria passou por algumas mudanças que contribuíram para o atual *status quo* do saber biomédico. A saber: o aumento da utilização de psicofármacos no tratamento psiquiátrico; a cultura do diagnóstico a partir da utilização massiva do DSM-III (Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais); a evolução da neurociência que tomou de assalto esse campo — principalmente na esfera escolar, alijando a psicologia; e o que denominou de ultrapassamento do asilo ou do hospital como lócus do tratamento psiquiátrico.¹¹

Joel Birman¹² enfatiza que, em diferentes versões do DSM,

[...] foi o incremento progressivo do número de categorias nosográficas, de forma que as particularidades comportamentais foram sendo cada vez mais colocadas em evidência, de maneira detalhada. De fato, se o DSM-I forjado em 1952 contava com 106 categorias diagnósticas, o DSM-III de 1980 contava já com 265 categorias e o DSM-IV de 1994 contava com nada menos que 297 categorias diagnósticas, o DSM-V forjado em 2013 conta com mais de 400 categorias diagnósticas.

E que, ainda,

no DSM-V, outras categorias diagnósticas foram incluídas, como a "síndrome de risco de psicose", a "depressão nervosa", a "perturbação neurocognitiva menor", a "ingestão alimentar excessiva", a "perturbação da desregulação de humor com disforia" e a "perturbação da acumulação", que afetaria os indivíduos que não conseguem se desembaraçar de coisas e dos objetos. Pode-se depreender facilmente disso não apenas a heterogeneidade destas novas categorias nosográficas, como a sua particularização crescente para registros inusitados da experiência psíquica, como a "perturbação de acumulação".

Assim, o saber-poder biomédico avança em direção a uma tentativa de explicação de diferentes esferas da vida, inclusive aquelas relacionadas ao ensino e à aprendizagem, como posteriormente será apontado. Só é possível compreender que esse domínio de saber-poder tenha exercido esse efeito, no entanto, quando se evidenciam fenômenos mais amplos, como os de ordem biopolítica.¹³ Constituiu-se, dessa forma, um modo específico de exercício do biopoder: uma governamentalidade biopolítica — ou seja, *ação de governar os vivos*¹⁴ — que se estabelece na sociedade ocidental a partir dos séculos XVIII e XIX, visando à regulação e administração da vida.

Produz-se, assim, uma certa necessidade de gerir os fenômenos relacionados à vida que, até então, não existia:¹⁵ taxas de natalidade, mortalidade, migrações, vacinação, entre outros elementos úteis ao conhecimento da população e relacionados à saúde pública, passam a ser conhecimentos úteis ao governo das condutas. O saber-bios, que orienta o biopoder no bojo da biopolítica, busca potencializar a vida.¹⁶ Trata-se, portanto, de um *poder* sobre a vida, cuja finalidade é fazer viver.

¹⁰ Moysés; Collares, *A história não contada dos distúrbios de aprendizagem*.

¹¹ Bezerra Jr., *A psiquiatria e a gestão tecnológica do bem-estar*.

¹² Birman, *Drogas, performance e psiquiatria na contemporaneidade*, p. 33.

¹³ Foucault, *Nascimento da biopolítica; Segurança, território, população*.

¹⁴ Veiga-Neto, *Governo ou governamento*.

¹⁵ Foucault, *As palavras e as coisas*.

¹⁶ Foucault, *Segurança, território, população*.

Essa forma de governo, que emerge principalmente a partir da formação dos Estados Nacionais, nos quais o soberano dá lugar à figura do governante, é pautado em uma racionalidade estatal que se estabelece — seja pela necessidade de uma gestão populacional, seja pela consequência que decorre disso — uma política de vigilância e de controle que produz uma razão de Estado pautada na organização de um estado policial. É a policialização do Estado (em outras palavras, sua compartimentalização) que caracteriza a razão de Estado como uma série de ações estatais que têm o próprio Estado como fim, e que auxiliam na manutenção de sua estrutura. Para isso, uma série de dispositivos — instituições, práticas, enunciados, discursos — são agenciados.¹⁷

É nesse sentido que se percebe, ao longo do tempo, a emergência de um dispositivo de medicalização que insere os indivíduos na ordem de um discurso biomédico. O sujeito medicalizado é produzido entre uma série de práticas biomédicas, agora inseridas em um domínio de um saber médico. Práticas essas que também capturam as subjetividades, propondo uma retomada dos corpos que, antes, de alguma forma, lhe escapariam.

No sentido de potencializar a vida, inserem-se séries de acontecimentos relacionados à população como corpo-espécie em um cálculo de risco, de natureza atuarial, com intuito de mitigação dos riscos e garantia à segurança da população. Surge, então, a estatística como uma ciência do Estado: uma tecnologia de poder a serviço de um poder-saber-bios. Não à toa, o documento que, em 1840, antecedeu o Manual Diagnóstico e Estatístico (!) de Transtornos Mentais (DSM), tinha como objetivo compor o censo estadunidense a partir da produção de dados sobre transtornos mentais.¹⁸ Dessa forma, pretendia-se prever os comportamentos da população, criando-se uma técnica normalizadora que intencionava o enquadramento de subjetividades diversas às curvas normais estatísticas.¹⁹

Para isso, o saber-poder científico se torna o campo privilegiado na produção de discursos com valor de verdade na sociedade contemporânea. São regimes de verdade que passam a ser produzidos desde o interior daquilo que se convencionou chamar de "campo científico".²⁰ Sua pretensa oposição a enunciados e práticas baseados em crenças — afinal, para fazer ciência (em alguma medida) exige-se uma crença em relação a ela²¹ — tem como consequência a objetividade e uma aparente neutralidade do fazer científico. Assim, por exemplo, tem-se ignorado a flagrante relação entre a racionalidade neoliberal e o campo de saber-poder biomédico, bem como suas explanações, que são representadas como "a" verdade em relação à multiplicidade das experiências humanas.

Para se sustentarem, os saberes-poderes biomédicos e científicos precisam ignorar aquilo que foi apontado por Brás Cubas ao narrar o delírio que antecedeu a sua morte — eles não são únicos. Criam-se, assim, "novas ilusões"²² que, como em um ciclo vicioso, florescem, amarelecem e remoçam de novo, com outra aparência. Todas, porém, assemelham-se ao serem apresentadas como únicas e distintas. Apaga-se, assim, toda a história dessas ideias, fruto muito mais de relações de saber-poder — e da disputa pela

¹⁷ Foucault, *O nascimento da clínica*.

¹⁸ Martinhago; Caponi, *Breve história das classificações em Psiquiatria*.

¹⁹ Lopes; Fabris, *Inclusão & educação*. Uma breve discussão sobre os conceitos de norma e normalização será apresentada na próxima seção.

²⁰ Bordieu, *O campo científico*.

²¹ Vidal; Ortega, *Somos nosso cérebro?*

²² Assis, *Memórias póstumas de Brás Cubas*.

legitimidade do poder — que por uma veracidade e essência ocultas.²³ As verdades são deste mundo, afinal.²⁴

A escola, por sua vez, se apresenta como outro espaço privilegiado para que se dê a forja e condução de condutas.²⁵ O currículo, isto é, tudo o que organiza os espaços, as práticas, os enunciados, atuando em níveis discursivos e não discursivos, se apresenta como uma tecnologia de poder, como uma forma de fazer valer alguma gramática escolar. De forma semelhante ao dispositivo da medicalização, a escola e o currículo acabam por (tentar) suprimir a *diferença*, especialmente por meio de práticas de in/exclusão.²⁶

A instituição escolar evidencia outro tipo de poder, típico da Modernidade, que atua concomitantemente ao poder biopolítico, característico da Contemporaneidade — o poder disciplinar. Não há, entre eles, qualquer tipo de oposição. Pelo contrário: é a partir de sua convergência que as tecnologias de poder se sofisticam e as práticas de governo seguem a ser produzidas. Operando sobre o indivíduo e o seu corpo, o poder disciplinar visa a fazer valer a norma — no caso da medicalização, a divisão rígida e dual entre normal/patológico, saudável/doente, são/louco. A norma antecede a conduta individual, ou seja, a adequa às suas próprias exigências. Por sua vez, o biopoder pretende operar a normalização, a partir da definição de um *continuum* entre os mesmos conceitos, pelo qual cada indivíduo transita.²⁷

Com a crescente importância da norma e suas derivadas, a sociedade se torna normalizadora. Trata-se de uma sociedade em que o conjunto normativo opera tanto sobre o indivíduo quanto sobre a totalidade da população, de forma a manter as regularidades, a segurança e a qualidade da vida coletiva.²⁸

É nesse sentido que o dispositivo da medicalização surge como um saber-poder que possui, como discurso (portanto, prática), a normação e a normalização — o que acaba por caracterizar sua natureza tanto disciplinar quanto biopolítica ao agir sobre os corpos e garantir um cenário securitário associado à produção de novas/outras condutas desejáveis. Assim, trata-se da adequação dos indivíduos à norma e, ao mesmo tempo, da conformação da população, cada indivíduo à sua maneira, num plano específico cujos eixos seriam as noções de normal/patológico, saudável/doente, são/louco.

No caso específico da educação, é possível observar isso a partir do crescente número de suspeitas de transtornos (*sic*) da aprendizagem e encaminhamentos para profissionais da saúde como forma de lidar com o que, seria, em verdade, uma problemática pedagógica.²⁹ Com ou sem diagnósticos, os estudantes já são expostos aos efeitos do dispositivo de medicalização — suas identidades e trajetórias já foram forjadas a partir, pelo menos, da *suspeita* da anormalidade.

Conforme aponta Michel Foucault, o poder não é apenas repressivo, tampouco exerce um domínio totalizante sobre a vida social. Pelo contrário: o poder se manifesta

²³ Foucault, *A verdade e as formas jurídicas*.

²⁴ Foucault, *Dits et écrits*. v. 4.

²⁵ Veiga-Neto, *Incluir para saber. Saber para excluir*.

²⁶ Segundo Veiga-Neto em *Inclusão, exclusão, in/exclusão*, “as atuais formas de inclusão e de exclusão caracterizam um modo contemporâneo de operação que não opõe a inclusão à exclusão, mas as articulam de tal forma que uma só opera na relação com a outra e por meio do sujeito, de sua subjetividade” (p. 212).

²⁷ Lopes; Rech, *Inclusão, biopolítica e educação*.

²⁸ Lopes; Rech, *Inclusão, biopolítica e educação*, p. 3.

²⁹ Moysés, *A institucionalização invisível*.

porque existe resistência e vice-versa. Assim, é porque a criança que-não-aprende-na-escola³⁰ existe e faz-se ver a todo custo que as relações de poder se estabelecem. A partir dessas características, portanto, que as relações de saber-poder, ainda segundo o autor, têm caráter dinâmico e produtivo. É nesse sentido, aliás, que o poder se apresenta como positividade: ele é ação sobre ação; produz subjetividades, saberes, discursos, (mais) relações de poder e (mais) espaços para resistência.³¹

Encontram-se, a partir daqui, dois dispositivos distintos: a medicalização e a educação. Cada um age por meio de tecnologias de poder específicas, que podem ser compreendidos como sistemas de pensar e organizar o biopoder de uma maneira determinada. Produzem-se (e entrelaçam-se), então, os remédios, os diagnósticos, os manuais de doenças, juntamente aos currículos, às disciplinas e às políticas educacionais. A escola, assim, se arroga uma instituição que favorece esse discurso, ao se cercar de especialistas filiados a enunciados cada vez mais temperados não tanto por uma epistemologia, mas por uma episteme biomédica. Como resultado, tem-se, no bojo das práticas educacionais, o sujeito medicalizado.

2. Subjetividade medicalizada e a supressão da diferença

— Não importa, a loucura entra em todas as casas. Imaginem a minha aflição. O alienista, vendo o efeito de suas palavras, reconheceu que eu era amigo do Quincas Borba, e tratou de diminuir a gravidade da advertência. Observou que podia não ser nada, e acrescentou até que um grãozinho de sandice, longe de fazer mal, dava certo pico à vida. Como eu rejeitasse com horror esta opinião, o alienista sorriu (...).

— Se o alienista tem razão, disse eu comigo, não haverá muito que lastimar o Quincas Borba; é uma questão de mais ou de menos. Contudo, é justo cuidar dele, e evitar que lhe entrem no cérebro maníacos de outras paragens.³²

"Não importa, a loucura entra em todas as casas", brada o alienista a Brás Cubas. Se o protagonista encara com horror a afirmação, possivelmente não se pode dizer o mesmo do indivíduo contemporâneo. São mais de trezentos transtornos mentais que figuram no DSM-5,³³ última versão do documento que baliza os diagnósticos psicológicos e psiquiátricos na atualidade. Dentre eles, encontra-se o *transtorno específico da aprendizagem* (com prejuízo à escrita, compreensão leitora e/ou matemática), caracterizado como

³⁰ Moysés, *A institucionalização invisível*.

³¹ Foucault, *Dits et écrits*. v. 3.

³² Assis, *Memórias póstumas de Brás Cubas*, p. 409.

³³ APA, *DSM-5*.

(...) um transtorno do neurodesenvolvimento com uma origem biológica que é a base das anormalidades no nível cognitivo as quais são associadas com as manifestações comportamentais. A origem biológica inclui uma interação de fatores genéticos, epigenéticos e ambientais que influenciam a capacidade do cérebro para perceber ou processar informações verbais ou não verbais com eficiência e exatidão.³⁴

O que, hoje, é compreendido como transtorno específico da aprendizagem, antes era denominado como distúrbio da aprendizagem. A mudança, porém, pouco afeta o campo semântico — tanto “distúrbio” quanto “transtorno” aludem a uma alteração na ordem natural de um acontecimento. Nesse caso, um transtorno da aprendizagem refletiria uma alteração, de origem biológica e localizada no cérebro, de um processo de aprendizagem considerado normal, natural. O histórico dos transtornos da aprendizagem, entretanto, é mais difuso. Moysés e Collares apontam que a transposição do “raciocínio clínico tradicional” foi essencial para a classificação das dificuldades relacionadas à aprendizagem como uma questão médica:

Esse tipo de raciocínio (se A causa B, B só pode ser causado por A) estrutura-se na própria origem da medicina como ciência, numa época em que o objeto de estudo eram basicamente doenças infecto-contagiosas, em que A é um agente biológico bem determinado e externo ao homem; *hoje, admite-se a limitação desse raciocínio para a compreensão mesmo desse grupo de doenças*. Entretanto, a formação inadequada e acrítica dos profissionais de saúde permite que seja usado indiscriminadamente, frente a questões de qualquer tipo, *mesmo quando não são significativos os fatores biológicos*. Assim, levando esse raciocínio ao limite, teríamos: ‘se uma doença neurológica pode comprometer o domínio da linguagem escrita, será que a criança que não aprende a ler e escrever não teria uma doença neurológica?’ E é exatamente assim que se inicia, há quase um século, essa longa história de equívocos e mitos, não acidentais.³⁵

Dessa forma, em seu início, o que atualmente é dividido entre Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Específico da Aprendizagem (ambos considerados transtornos do neurodesenvolvimento, porém), possuía a mesma denominação — *lesão cerebral mínima*, cunhada pela primeira vez em 1918.³⁶ Strauss, o neurologista americano que produziu esse entendimento, utilizou, de novo, o “raciocínio clínico tradicional” para localizar, no cérebro, as dificuldades relacionadas ao comportamento e à aprendizagem. A “lesão” a que ele aludia, porém, nunca foi encontrada.³⁷

A *lesão cerebral mínima* (ou *síndrome hiperkinética*, ou *hiperatividade*) passou a ser chamada de *disfunção cerebral mínima* frente à impossibilidade de se apontar a área lesionada. Uma série de sintomas seguiram atribuídos a ela — “hiperatividade, agressividade, distúrbio de aprendizagem, distúrbio de linguagem, incoordenação motora, déficit de concentração, instabilidade de humor, baixa tolerância à frustração e outras menos comuns”.³⁸ Não haveria, ainda, número mínimo de sintomas para que se pudesse

³⁴ APA, *DSM-5*, p. 68.

³⁵ Moysés; Collares, *A história não contada dos distúrbios de aprendizagem*, p. 33, grifo nosso.

³⁶ Moysés; Collares, *A história não contada dos distúrbios de aprendizagem*. Mesmo antes disso, em 1895, um oftalmologista escocês, James Hinshelwood, havia anunciado a existência da cegueira verbal congênita, um distúrbio de origem genética que prejudicaria a leitura, como a dislexia ou transtorno específico da aprendizagem.

³⁷ Moysés; Collares, *A história não contada dos distúrbios de aprendizagem*.

³⁸ Moysés; Collares, *A história não contada dos distúrbios de aprendizagem*, p. 37.

diagnosticar um estudante. O resultado foi a adesão cega de educadores e profissionais da saúde a essa compreensão acerca de questões relacionadas ao comportamento ou à aprendizagem.³⁹

O diagnóstico ampliado passou, então, a ser dividido em dois, como supracitado. Suas causas e localizações, porém, nunca se alteraram: se originam e estão no cérebro. Se não se citaram, até o momento, quaisquer experimentos ou exames que pudessem constatar tais afirmações, é por um motivo bastante simples — nunca houve. O que se apregoa a respeito desses transtornos (*sic*), analisados primordialmente a partir do saber-poder biomédico, é fruto de uma *crença* em relação a suas características e as maneiras de lidar com elas.

Se a norma é tipicamente instituída a partir do poder disciplinar, o dispositivo educacional se apresenta como um dos fecundos lugares para fazer valer a norma. Em seu interior, a partir de técnicas curriculares, organizacionais e políticas, governam-se os estudantes a partir de noções pré-estabelecidas sobre o normal/patológico no aprender e/ou se comportar. Quando um indivíduo não corresponde às expectativas normativas de desempenho acadêmico e/ou comportamental, e quando se estancam as possibilidades dentro da escola, tem-se recorrido a outro dispositivo de poder para adequá-lo, docilizá-lo — a medicalização.

Segue-se, daí, uma infinidade de encaminhamentos, solicitações de exames, consultas médicas, psicológicas, psicopedagógicas e/ou fonoaudiológicas, prescrições medicamentosas. Pretende-se, dessa forma, lidar com a *diferença* suprimindo-a, posicionando-a no eixo da normalidade para “bem” aprender e “bem” se comportar, de acordo com o postulado pelos dispositivos da educação e da medicalização, gerados e geridos pela racionalidade neoliberal. Tal como assinalou Brás Cubas ao ponderar sobre a loucura que acometia Quincas Borba, a conjunção do saber-poder pedagógico e biomédico trata de evitar que, ao estudante, “lhe entrem no cérebro maníacos de outras paragens”.⁴⁰

O cérebro, aliás, tem adquirido, historicamente, centralidade para a produção de uma certa compreensão do ser humano.⁴¹ A década dos anos de 1990, conhecida exatamente como “década do cérebro”, teve efeito catalisador para o alastramento de discursos neurocientíficos (consequentemente, biologizantes e medicalizantes). Hoje, tem-se um entendimento que pode ser ainda mais restritivo em relação à nossa constituição subjetiva, com a ênfase no efeito dos neurotransmissores em nossa percepção do mundo. Constituiu-se a “nação dopamina”, segundo alguns, já que “nossos cérebros não evoluíram para esse mundo de fatura”.⁴² Para outros, tudo é sobre *mindset*, pois existiria praticamente um caminho para o sucesso — uma reprogramação cerebral que forjaria uma mentalidade do sucesso, não do fracasso.⁴³ Essa é a marca, por exemplo, do universo *coach*, um reflexo da racionalidade neoliberal na contemporaneidade.

No entanto, não há espaço para o subjetivo quando se restringe a experiência humana à dimensão cerebral. Prioriza-se, assim, o indivíduo biologizado e isolado, em um contexto que exige desempenho, alta performance e empreendimento de si.⁴⁴ O psíquico,

³⁹ Moysés; Collares, *A história não contada dos distúrbios de aprendizagem*.

⁴⁰ Assis, *Memórias póstumas de Brás Cubas*, p. 414.

⁴¹ Vidal; Ortega, *Somos nosso cérebro?*

⁴² Lembke, *Nação dopamina*, p. 65.

⁴³ Dweck, *Mindset*.

⁴⁴ Yaegashi, *Aprimoramento cognitivo farmacológico*.

lôcus do contingente, da transformação, da construção, do inesperado, do desconhecido, enfim, de tudo que (ainda) é possível, é tomado pelo cérebro, com suas determinações, maquinarias e limitações bioquímicas. Mesmo a neuroplasticidade, fenômeno que permite que, durante toda a vida, reorganizem-se conexões sinápticas, não substitui a "potencialidade de expressões subjetivas do mental".⁴⁵ Afinal, o mental (ou psíquico) prescinde de localização específica, tal como o inconsciente psicanalítico/esquizoanalítico.

Desbiologizar a experiência subjetiva, portanto, significa abrir espaço para a *diferença* — que, para uma sociedade medicalizada, talvez seja próximo ao horror que acometeu Brás Cubas ao escutar as palavras do alienista. Para os sujeitos capturados por essa série de saberes-poderes que os encerram em um diagnóstico, porém, isso pode se dar como uma possibilidade para a produção de uma nova experiência, uma desterritorialização que o leve à potencialização de sua existência, para além das determinações e limitações biomedicalizantes.

3. Pode o discurso da medicalização ser destituído? Resistência e insubmissão em defesa das identidades dissidentes a partir de Deleuze e Guattari

*Quincas Borba não só estava louco, mas sabia que estava louco, e esse resto de consciência, como uma frouxa lamparina no meio das trevas, complicava muito o horror da situação. Sabia-o, e não se irritava contra o mal; ao contrário, dizia-me que era ainda uma prova de Humanitas, que assim brincava consigo mesmo.*⁴⁶

Problematizar o dispositivo de medicalização à luz da *filosofia da diferença* implica, obrigatoriamente, a convocação de Gilles Deleuze e Félix Guattari para a composição da crítica. Até o momento, esse artigo remonta aspectos relacionados à *governamentalidade biopolítica*⁴⁷ — a medicalização na educação como forma de controle social e captura da subjetividade em um contexto em que prevalecem enunciados discursivos associados ao neoliberalismo. Assim, julga-se necessário, agora, adentrar em outro nível da discussão pretendida: a medicalização em oposição à produção da *diferença*, argumento inicial do texto.

No interior de uma filosofia que se arroga como *da diferença*, esta não é vista como oposição à identidade, mas serve como ênfase ao conceito de *multiplicidade*, que não pode ser confundido com outro, de *diversidade*. Enquanto o conceito de *diversidade* se produz por uma distinção, uma *diferenciação* entre os seres vivos, produzindo singularidades, a multiplicidade está relacionada às sempre *n-1* possibilidades de conexões ou agenciamentos em dado plano de imanência.⁴⁸ Trata-se de uma significativa

⁴⁵ Ortega, *O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade*, p. 495.

⁴⁶ Assis, *Memórias póstumas de Brás Cubas*, p. 420.

⁴⁷ Foucault, *Nascimento da biopolítica; Segurança, território, população*.

⁴⁸ Deleuze; Guattari, *Mil platôs*. v. 1.

diferença útil à percepção de que a *diferença* se produz em meios distintos, considerando a *diferenciação* dos seres vivos por meio de processos de individuação e subjetivação, somados às formas contingentes e infinitas em que eles podem estabelecer algum tipo de relação entre si.

Logo, pode-se perceber que a *diferença* não se constitui como uma simples negação ou oposição à identidade⁴⁹ — esta como uma forma de totalização —, mas nos permite estar diante de uma força criativa, produtiva, que, sem ser na forma de *diferença pura*, é engendrada em uma imanência: em um campo atravessado por diferentes fluxos diagramados por diferentes agenciamentos maquínicos. Um campo que se converte em um lócus possível de intervenção — que pode configurar-se, inclusive, como forma de *resistência* — a partir do questionamento de categorias tradicionais e das identidades fixas, contestadas e reconfiguradas de forma recorrente.⁵⁰

Assim, a *diferença* se produz sempre como outra maneira de pensar, rejeitando a ideia de quaisquer estatismos que possam ser atribuídos a alguma realidade construída sob as bases de verdades intocáveis ou de quaisquer essencialismos. É isso que permite uma compreensão do real caracterizada pela emergência de incessantes possibilidades.

Em *Diferença e Repetição*,⁵¹ Deleuze evidencia a *repetição*, não como uma forma de produção de *identidade*, mas, pelo contrário, da *diferença*. As possibilidades, então, são convertidas naquilo que pode ocorrer no interior de uma série de eventos que se repetem, mas o filósofo alerta que tal *repetição* não se dá de maneira igual. Cada movimento de *repetição* enseja a oportunidade para a manifestação da *diferença*. É daí que deriva a possibilidade de uma *ética da diferença* — baseada na experimentação e não na interpretação, sempre enviesada com categorias pré-existentes oriundas de nossa subjetivação no interior de processos lógico-formais — que vai sendo estruturada na relação do sujeito com os acontecimentos.

Considerada essa realidade, vê-se que é possível um deslocamento em direção à *diferença* no interior da *repetição*. Afinal, trata-se de um *deixar-se afetar* a partir de modos sempre outros de proceder. É isso que insere os acontecimentos em uma ordem de irrepetibilidade, sendo marcados por intensidades distintas a cada ocorrência. A *diferença* se produz pela *repetição*⁵² também como afeto, pois é no interior da segunda que a primeira possibilita certo *ultrapassamento de si* para o sujeito que vai percebendo que operar com as potências e não com “a” definição é o que lhe impulsiona. Esse também é o ensejo para que a *diferença* no interior da *repetição* — das formas de identidade — seja percebida como movimento de resistência, de insubmissão.

A atenção despendida por Deleuze à diferença implica a necessidade de sua compreensão *per se*. Para além da crítica à filosofia tradicional que tende a confundir o conceito de diferença com o de diversidade — como variação ou desdobramento de uma identidade pré-existente — essa postura poderia ser utilizada em uma espécie de confrontação com as pedagogias tradicionais: mais especificamente em relação aos modos como se pensam ensino e aprendizagem.

⁴⁹ Deleuze, *Diferença e repetição*.

⁵⁰ Cabe destacar que, no âmbito do debate em torno da medicalização, as categorias fixas ou tradicionais provêm, geralmente, do campo biológico como episteme que sustenta e empodera o discurso biomédico no qual se inclui o psiquiátrico.

⁵¹ Deleuze, *Diferença e repetição*.

⁵² Deleuze, *Diferença e repetição*.

Inserir a diferença no âmbito educacional, nessa perspectiva deleuziana, significa considerar uma multiplicidade de relações dadas pela infinitude de agenciamentos que podem devir. Se por um lado, isso exigiria dos professores uma maior abertura na construção de suas aulas, por outro, isso só seria possível com a participação dos estudantes a partir de uma cartografia de sala de aula. Ter alguma certeza de onde se parte e considerar as incertezas do caminho e em relação a um ponto futuro de chegada é a marca tanto de um processo de ensino, quanto de aprendizagem marcados pela possibilidade (como forma de liberdade) de derivação a partir da ênfase à diferenciação. Repetir é, constantemente, produzir essa diferenciação.

Não se trataria da repetição pela repetição, mas repetição como forma de produzir a diferença que, uma vez compartilhada, exporia os modos de vida singulares também como forma de resistência. Agregando sempre outros sentidos em um contexto que transformaria a sala de aula em um plano de imanência onde se produzem — e não se reproduzem — não apenas formas de ensinar, mas de aprender em um contexto de devir individual e ao mesmo tempo coletivo.

O ponto é que o processo de medicalização despotencializa esses devires, afinal, a produção de subjetividades neuroconvergentes é um fator que desfavorece a multiplicidade. O que torna o ato de medicalizar uma tecnologia de poder que, ao mesmo tempo, se origina — e investe na produção e instauração — de uma economia de saber como padrão normativo.

Nesses termos, o diagrama rizomático⁵³ do plano de imanência que é a escola, a sala de aula, ou quaisquer lugares onde essa aprendizagem ocorra, apresenta um diagrama de relações cada vez menos complexo com a medicalização, pois ela captura as linhas de fuga, diminuindo o investimento sobre sua produção. Assim, o rizoma das relações escolares ou pedagógicas apresenta uma estrutura comprometida, pois o que está em jogo cada vez mais é a atenção que se dá para uma molaridade, a partir de tecnologias que diminuem (na microfísica das relações escolares) as possibilidades de uma molecularidade, pautada pelas contracondutas a serem celebradas e que regeriam as formas de ensinar e aprender. Percebe-se, então, a medicalização como um *dispositivo do poder biomédico*, utilizada também como *tecnologia educacional* na mitigação da neurodivergência que produz os efeitos mencionados.

Nesse sentido, ela se manifesta na Educação como uma *repetição* produtora de identidades fixas — medicalizadas e/ou “supernormalizadas”.⁵⁴ As práticas biomédicas e pedagógicas, manifestadas por meio das tecnologias do diagnóstico e do currículo, respectivamente, reificam identidades e comportamentos com frequência, instaurando a *repetição*. Quando se pensa na escola como um “lugar de encontros” e um “território de potência”⁵⁵, por sua vez, abre-se espaço para a *diferença*, que escancara a multiplicidade e a potência singulares.

É nessa perspectiva que as relações ou agenciamentos no interior dos acontecimentos são sempre permeados por oportunidades de escape. São esses escapes que permitem a produção da diferença, considerando que tais relações/agenciamentos são sempre múltiplos, ou seja, sempre da ordem $n-1$. Trata-se, então, do escape tanto como produção de *linhas de fuga*, quanto de um *corpo-sem-órgãos*⁵⁶ — considerando a

⁵³ Deleuze; Guattari, *Mil platôs*. v. 1.

⁵⁴ Yaegashi, *Aprimoramento cognitivo farmacológico*, p. 10.

⁵⁵ Amaral; Rodrigues, *Cartografias, conexões e linhas de fuga*, p. 172.

⁵⁶ Deleuze; Guattari, *O anti-Édipo*.

produção de performances extraordinárias⁵⁷ e, portanto, diferentes como produto dos referidos agenciamentos, mas que encontra na medicalização um entrave.

Longo, passa-se a operar entre (des/re)territorializações como efeito desses agenciamentos possíveis em face de determinado acontecimento; os quais podem ser úteis à produção de corpos potentes, ao desafiar a organicidade de nossos corpos por estar justamente em oposição a essa condição. Assim, são essas relações/agenciamentos que também ajudam a expandir as possibilidades de conexões complexificando o *rizoma* das relações estabelecidas em níveis que podem ser interindividuais ou intersubjetivos, bem como passam a (re)orientar a relação desses indivíduos ou sujeitos com determinados objetos.

Nesse ponto, se poderia falar sobre onde todo esse movimento deságua, em uma espécie de abertura ao nomadismo como forma de resistência ao pensamento capturado por determinado território conceitual: uma crítica à identidade como forma de totalização. Às formas de totalização, Deleuze e Guattari propõem uma política de resistência — nesse caso, como oposição à medicalização ou ao dispositivo de medicalização, bem como sua naturalização por uma sociedade tomada de assalto pelo neoliberalismo como forma de racionalidade.

No bojo da problematização proposta — do argumento de que a medicalização da sociedade ou da vida é um empreendimento que suprime ou mitiga a *diferença* — é necessário abordar alguns aspectos úteis a essa análise que relaciona *medicalização* e *diferença*, quais sejam: (I) *crítica à normalização e medicalização como forma de controle social*; (II) *medicalização como biopolítica e o dispositivo da medicalização*; (III) *medicalização da diferença*; (IV) *enfraquecimento da escola como plano de imanência e a produção do sujeito medicalizado*; e (V) *formas de resistência à medicalização*.

Em relação à (I) *crítica à normalização e medicalização como forma de controle social*, coloca-se em xeque a necessidade de medicalizar, em se tratando de dificuldades relacionadas à aprendizagem e/ou a questões atencionais e comportamentais. Afinal, percebe-se a presença cada vez mais excessiva dos diagnósticos e a elevação da medicalização como uma forma de vida, o que promove a normalização da produção de sujeitos medicalizados.

Nessa perspectiva, a medicalização é utilizada como controle dos corpos, que visaria à adequação de suas condutas. Trata-se da medicalização como norma, da produção de uma *normatividade medicalizada*, que faz emergir a dicotomia entre normal e patológico, sendo esse último representado pela figura do desviante, do anormal. A crítica deleuze-guattariana se converte, principalmente, em uma investida contra os enunciados discursivos tomados como critério para definição de quem será o anormal.

⁵⁷ A ideia de performatividade é referida em perspectiva rizomática e da produção do corpo-sem-órgãos (CsO) no campo educacional pelo fato de ambos, no interior da argumentação deleuze-guattariana, nos remeterem à multiplicidade. Enquanto o rizoma se insurge contra a linearidade e à hierarquia, permitindo a conexão com uma multiplicidade de pontos, o CsO aparece como o resultado dessa insurgência que valoriza não apenas essa multiplicidade de conexões descentradas pelo rizoma, mas os fluxos possíveis na trama dessas relações que agenciam diferentes pontos. Assim, o CsO se produz como o avesso do corpo, ilimitado a quaisquer restrições das estruturas biológicas, psicológicas ou sociológicas. É nesse sentido, que a referência ao CsO é sempre uma referência à desterritorialização constante, que, no caso do presente artigo, apresenta à medicalização como um impedimento às suas *n-1* formas de efetivação.

Logo, questionam-se os elementos que se tem utilizado para definir quem será a subjetividade desviante que deverá ser alvo dos dispositivos de medicalização. Afinal, se forem considerados os processos de aquisição de leitura e escrita, de construção de noções matemáticas e/ou os de atenção e comportamento não (só) como fenômenos neurológicos, mas, principalmente, como frutos de uma série de redes relacionais mediadas pela cultura, as dificuldades em relação à aprendizagem podem ser encaradas de outra forma, menos biologizada e individualizada.

No que tange à (II) *medicalização como biopolítica e o dispositivo da medicalização*, a discussão proposta se perfaz como continuidade à ideia de *normatividade medicalizada* (ou de medicalização normativa). No entanto, o foco não é exatamente a normação, mas a normalização, por sua vez, posterior à norma. Logo, a normalização é pensada a partir de uma ideia de segurança. Isso significa pensar uma espécie de condição ideal (e, portanto, securitária) sustentada pela produção de *subjetividades medicalizadas* que interessam à ordem do *discurso medicalizador*.

É aqui que as instituições passam a ser envolvidas com o intuito de moldar identidades, inclusive a escola. Nesse caso, as formas identitárias são concebidas como os diferentes diagnósticos que são conferidos aos sujeitos a partir de entidades nosológicas presentes em manuais psiquiátricos, como o DSM.⁵⁸ O *sujeito medicalizado*, então, é fruto de uma aplicação enunciativa — com normas e padrões estabelecidos — que não só passa a circundá-lo, mas também a marcá-lo como o diferente. Ele se torna, então, produto de uma *diferença* que, se espera, será extirpada, levando-se em consideração que a medicalização se converteu em um dispositivo central para o saber-poder biomédico.

Logo, a (III) *medicalização da diferença* nada mais faz do que inserir problemas individuais de ordens sociais, existenciais e/ou comportamentais em um contexto regido pela (bio)medicina, passando, assim, a ser tratados como passíveis de intervenção médica. Ao fim e ao cabo, o que se percebe com a medicalização incitada no discurso de diferentes instituições sociais é a homogeneização das experiências, o que impede o reconhecimento das singularidades e da realidade individual de cada sujeito, que se converte em seu alvo em potencial.

Soma-se a isso o (IV) *enfraquecimento da escola como plano de imanência e a produção do sujeito medicalizado*. A escola, percebida como *plano de imanência* não apenas das relações de ensino e de aprendizagem, mas de distintas formas de socialização voltadas à produção da cidadania, tem cada vez mais sucumbido a discursos que emergem desde seu exterior. Trata-se de uma imanência acossada pela transcendência, que pressiona o ambiente escolar em uma tentativa de invasão para fazer parte da administração de seu espaço.

A própria conformação das equipes pedagógicas no organograma escolar, com profissionais cada vez mais (pós-)graduados em áreas da saúde, acaba por produzir uma escola que, depois de pedagogizada, passou a ser psicologizada e, agora, também é medicalizada. Uma escola na qual o discurso da neurociência, cada vez mais, se torna a panaceia para todos os males, em uma espécie de reprodução do macrocosmo social.

É nesse sentido que, de alguma forma, incita-se, aqui, o oferecimento de formas de contraconduta, de resistência à medicalização. É preciso constituir formas alternativas de produção dessa resistência, fazendo da reafirmação da *diferença* um movimento de

⁵⁸ APA, *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*.

insubmissão. Assim, quando abordadas as *(V) formas de resistência à medicalização*, o que está em jogo é a produção de alternativas à própria medicalização. Pretende-se apresentar, em seu bojo, uma espécie de resistência tanto aos diagnósticos que sustentam a necessidade da própria medicalização, quanto aos enunciados biomédicos — e de raízes biológicas — que instrumentalizam a justificativa do ato de medicar, ajudando a construir uma espécie de pragmatismo inquestionável, que parece ter se convertido em um discurso senso comum de que não haveria salvação fora da medicalização.

Isso significa não apenas ampliar a crítica à medicalização como invasão do poder-saber biomédico em espaços e questões que não o convêm, mas, também, propor uma espécie de incitação à busca de outras alternativas que permitam questionar a medicalização como narrativa dominante, pois se apresenta como um processo que, ao mitigar a *diferença*, reduz a potência em quaisquer campos de imanência em análise. Tal crítica é o que avaliza a multiplicidade, ao preservar modos de existência díspares em uma defesa das singularidades que, para Deleuze e Guattari, pode ser compreendida como resistência. Deve-se

(...) colocar em questão as explicações psicologizantes, podendo indagá-las. A indagação interfere nas relações de poder/saber, na criação coletiva de sentido para os acontecimentos do dia a dia. Construir maneiras de fazer que permitam experimentações e mudanças nas sensações é uma atitude política que visa a romper com as concepções/saberes/fazeres hegemônicos. Com isso, novos desenhos relacionais vão se constituindo. As crianças passaram a conhecer várias maneiras de cuidar, ao ficar interessadas, curiosas e encantadas pelas diferenças. Produzir esse encantamento exige a criação de dispositivos que conquistem esse efeito de experimentação. Essa é a ruptura de que falamos, na qual a interpretação e a conscientização não são suficientes para fazer caber — incluir? — as diferenças.⁵⁹

Preservar as singularidades significa aumentar as potências dos agenciamentos. Assim, a intensidade das relações e dos fluxos maquínicos é aumentada com a manutenção da *diferença* como importante elemento para a produção da multiplicidade, um movimento que afronta a constituição da *identidade* entendida como uma forma de totalização produzida pela medicalização. Entende-se, aqui, que tais formas de *resistência* se darão sempre como “invenções micropolíticas[, que] são caminhos de uma possibilidade outra de escola” — por isso, não há fórmula ou mesmo caminho a ser apontado, mas construção cotidiana a ser inventada pelos sujeitos que constroem os espaços escolares, educacionais e, até mesmo, biomédicos.

4. Considerações finais

Entre a morte do Quincas Borba e a minha, mediaram os sucessos narrados na primeira parte do livro. O principal deles foi a invenção do emplasto Brás Cubas, que morreu comigo, por causa da moléstia que apanhei. Divino emplasto, tu me darias o primeiro lugar entre os homens, acima da ciência e da riqueza, porque eras a genuína e direta inspiração do Céu. O

⁵⁹ Machado; Almeida; Saraiva, *Rupturas necessárias para uma prática inclusiva*, p. 34.

*caso determinou o contrário; e aí vos ficais eternamente hipocondríacos.*⁶⁰

As leis do Humanitismo de Quincas Borba não o pouparam. Afetado pela loucura, o personagem não figurou entre os vencedores aos quais seriam destinadas as batatas.⁶¹ Tampouco Brás Cubas logrou o sucesso e a eliminação da melancolia e da hipocondria. Os esforços para a supressão da *diferença*, no entanto, parecem continuar existindo.

As políticas e práticas de in/exclusão⁶² permitem que se encontrem, na escola, uma diversidade de sujeitos tão representativa quanto se pode perceber no corpo social.⁶³ O conjunto das relações de saber-poder produzidas na escola, porém, trata de capturar as subjetividades desviantes de maneira a (re)adequá-las à disciplina e ao controle exercidos na escola, seja por meio de práticas imanentes ou transcendentais.

Produz-se, assim, a subjetividade medicalizada rostificada,⁶⁴ a qual, sujeita à racionalidade neoliberal, é concebida sob a perspectiva da biologia, das neurociências, das entidades nosológicas psiquiátricas, enfim, de todo um saber-poder biomédico — acompanhado de uma semiótica e modos de significação que lhes são próprios — que visa a dar conta da diversidade das experiências humanas. O que ocorre, no entanto, é a (tentativa de) supressão das múltiplas possibilidades de ser e estar no mundo, por representarem, de alguma forma, obstáculos às relações de saber-poder estabelecidas na escola e na vida social.

Propõem-se, aqui, formas de resistência ao enquadramento biologizante e, por extensão, patologizante do dispositivo da medicalização — o que confirma a inserção das práticas medicalizadoras no interior seja de uma anátomo-política ou uma biopolítica. Para tanto, a medicalização, nesse trabalho, é encarada sob suspeita: percebida como um dispositivo de controle social. Compreende-se que há um alastramento de seus enunciados discursivos para campos que a ela não dizem respeito. Com isso, reitera-se a importância da reafirmação da *diferença*, já que é por meio do singular e da diversidade de experiências (e da defesa de ambos!) que é possível fortalecer as narrativas que põem em xeque a medicalização como primeira — e muitas vezes, única — alternativa a uma série de problemáticas da vida social.

Ao deixar-se afetar *a partir de modos sempre outros de proceder*, a escola, na figura de todos os sujeitos nela inseridos, tem a possibilidade de superar a lógica o dispositivo da medicalização e abrir espaço para intervenções que reconheçam a singularidade dos encontros que nela/dela ocorrem. Tal postura possibilita uma atitude de resistência frente à tendência de definição fixa de uma *identidade*, permitindo, à alunagem e aos (às) educadores (as), um *ultrapassamento de si* rumo ao engendramento de novas potências. Como movimento de resistência e insubmissão, portanto, o reconhecimento da *diferença* possibilita um *ato de criação contínua*, no qual o aluno não é mais visto como um indivíduo a ser corrigido ou normalizado, mas uma singularidade potencializadora de si e dos encontros e experimentações possíveis na escola.

⁶⁰ Assis, *Memórias póstumas de Brás Cubas*, p. 422.

⁶¹ Assis, *Quincas Borba*.

⁶² Veiga-Neto; Lopes, *Inclusão, exclusão, in/exclusão*.

⁶³ Lopes; Rech, *Inclusão, biopolítica e educação*.

⁶⁴ Deleuze; Guattari, *Mil platôs*. v. 3.

Referências

- AMARAL, Arildo dos Santos; RODRIGUES, Maria Goretti Andrade. Cartografias, conexões e linhas de fuga: por uma educação desmedicalizante. *APRENDER: Caderno de Filosofia e Psicologia da Educação*, Vitória da Conquista, n. 25, pp. 168–179, 2021.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ASSIS, Machado de. *Memórias póstumas de Brás Cubas*. Rio de Janeiro: Antofágica, 2019.
- BEZERRA JR, Benilton. A psiquiatria e a gestão tecnológica do bem-estar. In: FREIRE FILHO, João (org.). *Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade*. Rio de Janeiro: FGV, 2010. pp. 117–134.
- BIRMAN, Joel. Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 17, pp. 23–37, 2014.
- BOURDIEU, Pierre. O campo científico. *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, n. 2/3, jun. 1976, p. 88–104. Trad. Paula Montero. Disponível em: <https://cienciatesnosociedade.files.wordpress.com/2015/05/o-campo-cientifico-pierre-bourdieu.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2024.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (CRP SP). *Manifesto do Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade*. CRP SP (online). [São Paulo], [2010]. Disponível em: http://www.crsp.org.br/medicalizacao/manifesto_forum.aspx. Acesso em: 29 jul. 2023.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. v. 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. v. 3. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *O anti-Édipo*. São Paulo: Editora 34, 2010.
- DELEUZE, Gilles. *Diferença e repetição*. Rio de Janeiro: Graal, 2006.
- DUNKER, Christian. *Uma biografia da depressão*. São Paulo: Planeta do Brasil, 2021.
- DWECK, Carol S. *Mindset: a nova psicologia do sucesso*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2021.
- FOUCAULT, Michel. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2013.
- FOUCAULT, Michel. *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 2021.
- FOUCAULT, Michel. *Dits et écrits*. v. 3. Paris: Gallimard, 1994a.

- FOUCAULT, Michel. *Dits et écrits*. v. 4. Paris: Gallimard, 1994b.
- FOUCAULT, Michel. *Nascimento da biopolítica*: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008a.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1977.
- FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: MACHADO, Roberto. (Org.). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1999, p. 79-98.
- FOUCAULT, Michel. *Segurança, território, população*: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde*: nêmesis da medicina. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.
- LEMBKE, Anna. *Nação dopamina*: por que o excesso de prazer está nos deixando infelizes e o que podemos fazer para mudar. São Paulo: Vestígio, 2021.
- LOPES, Maura Corcini; FABRIS, Eli Henn. *Inclusão & educação*. São Paulo: Autêntica, 2022.
- MACHADO, Adriana Marcondes Machado; ALMEIDA, Izabel; SARAIVA, Luís Fernando de Oliveira. Rupturas necessárias para uma prática inclusiva. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Educação Inclusiva: Experiências Profissionais em Psicologia*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009. pp. 21-36.
- MARTINHAGO, Fernanda; CAPONI, Sandra. Breve história das classificações em psiquiatria. *INTERthesis*, Florianópolis, v. 16, n. 1, pp. 73-90, 2019.
- MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. *Cadernos CEDES*, Campinas, v. 28, pp. 31-41, 1992.
- MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. *A institucionalização invisível*: crianças que não-aprendem-na-escola. Campinas: FAPESP; Mercado de Letras, 2001.
- ORTEGA, Francisco. O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade. *Mana*, v. 14, n. 2, p. 477-509, 2008.
- SAFATLE, Vladimir; SILVA JUNIOR, Nelson; DUNKER, Christian (Orgs.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.
- SZASZ, Thomas. *The manufacture of madness*. Nova York: Harper Row, 1970.
- VEIGA-NETO, Alfredo; LOPES, Maura Corcini. Inclusão, exclusão, in/exclusão. *verve*, n. 20, 2011. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/14886>. Acesso em: 30 mar. 2024.
- VEIGA-NETO, Alfredo. Governo ou governamento. *Currículo sem fronteiras*, v. 5, n. 2, pp. 79-85, 2005. Disponível em:

<https://www.curriculosemfronteiras.org/vol5iss2articles/veiga-neto.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2023.

VEIGA-NETO, Alfredo. Incluir para saber. Saber para excluir. *Pro-Posições*, Campinas, v. 12, n. 2-3, pp. 22-31, 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8643993>. Acesso em: 28 mar. 2024.

VIDAL, Fernando; ORTEGA, Francisco. *Somos nosso cérebro?* Neurociência, subjetividade, cultura. São Paulo: n-1/Hedra, 2019.

YATEGASHI, Solange Franci Raimundo; MAIA, Robson Borges; MILANI, Rute Grossi; LEONARDO, Nilza Sanches Tessaro. Aprimoramento cognitivo farmacológico: motivações contemporâneas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 25, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/46319>. Acesso em: 23 maio 2024.

ZOLA, Irving Kenneth. Medicine as an institution of social control. *The sociological review*, v. 4, pp. 487-504, 1972.

SOBRE AS AUTORAS

Débora Santos da Silva

Débora Santos da Silva é Mestranda em Educação e pós-graduanda stricto sensu em Psicopedagogia Clínica e Institucional na PUCRS. *E-mail:* debora.silva003@edu.pucrs.br.

José Luís Ferraro

José Luís Ferraro é Doutor em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Bolsista Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Professor-pesquisador nos Programas de Pós-Graduação em Educação e Educação em Ciências e Matemática da PUCRS. *E-mail:* jose.luis@pucrs.br.