

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

Caderno de Debates do **NAAPA**

Questões do cotidiano escolar



Março - 2016



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
EDUCAÇÃO

Prefeitura da Cidade de São Paulo

Fernando Haddad

Prefeito

Secretaria Municipal de Educação

Gabriel Chalita

Secretário

Emilia Cipriano Sanches

Secretária Adjunta

Marcos Rogério de Souza

Chefe de Gabinete

Coordenadoria Pedagógica

Fátima Aparecida Antonio

Coordenadora

Núcleo Técnico de Currículo

Luiz Fernando Franco

Coordenador

**Núcleo de Apoio e Acompanhamento
para Aprendizagem**

Adriana Watanabe

Coordenadora

Equipe Técnica - NAAPA

Renata Montrezol Brandstatter

Assessoria Pedagógica

Carla Biancha Angelucci

Flávia Schilling

Editorial

Centro de Multimeios | SME

Magaly Ivanov

Revisão - Biblioteca Pedagógica

Roberta Cristina Torres da Silva

Projeto Gráfico - Artes Gráficas

Fernanda Gomes

Editoração - Artes Gráficas

Angélica Dadario

Fernanda Gomes

Acervo Fotográfico

Memorial do Ensino Municipal

Foto capa - EMEF Conde Pereira Carneiro

Vídeo Educação

Adriana Caminitti

Foto quarta capa - Equipes dos NAAPAs

Acervo NAAPA

5. Saúde mental e escola

Rinaldo Voltolini

A forma mais comum de entendimento, nos dias de hoje, da expressão saúde mental é aquela que a concebe como um conjunto de políticas, e suas respectivas instituições, destinadas a tratar, prevenir e controlar transtornos que acometem o funcionamento mental e que perturbam a vida dos indivíduos que possuem esses transtornos.

Todo um aparato institucional é criado para desempenhar do melhor modo possível essas três funções: tratar, prevenir e controlar os transtornos mentais. Centralizadas nos centros médicos de atendimento, seja no consultório particular, seja no equipamento público de saúde, essa estrutura conta também com o serviço de outras instituições, originariamente não pertencentes ao sistema médico, mas que passam a ser convidadas a desempenhar um papel dentro dessas três funções.

A escola é uma delas à medida que concentra um universo de indivíduos, potencialmente todas as crianças do país, tornando-se um importante recurso de rastreamento e controle dos referidos transtornos.

Como sabemos, de fato ela tem realizado eficazmente esse papel se levarmos em consideração a forma como a terminologia médica e seus produtos (remédios, categorizações diagnósticas, encaminhamentos, etc.) têm estado presentes de forma abundante em suas práticas. O saber médico, cada vez mais frequente e mais poderoso nas sociedades contemporâneas, chegando mesmo a ser definido como um saber que alimenta e regula os mecanismos de controle da sociedade, o biopoder, parece ter vindo substituir, no caso particular da escola, o saber psicologizante, prolongando sua lógica, saber esse que desde muito tempo tem servido para o *controle disciplinar dos corpos*, para retomar uma expressão foucaultiana clássica.

Contudo, ao que parece, a substituição do saber psicológico pelo médico não mostra apenas um prolongamento, um aperfeiçoamento e aprofundamento do controle disciplinar dos corpos. Parece anunciar, ao contrário, que passamos da era da sociedade disciplinar para a era da sociedade de controle, ou seja, do *controle disciplinar dos corpos para o controle da supressão das almas*. Por supressão das almas fazemos nossa uma feliz expressão de Dufour (2011) que dá título a seu livro *A arte de reduzir as cabeças*, e com ela marcamos um retorno forte e decisivo da biologização da existência que traz como produto principal a supressão de tudo aquilo que é da ordem de um sujeito.

T. tem 11 anos e, apesar de cursar o quinto ano, apresenta dificuldades significativas de escrita. Falta muito às aulas e, nos poucos dias em que vai, agride os colegas de classe, desrespeita os professores e abandona a sala com bastante frequência. A permanência de tais comportamentos de T., a despeito das várias tentativas de intervenção já realizadas pelos profissionais, leva a equipe a pensar em uma transferência de escola. A professora diz ter tentado de tudo e que até conseguiu fazer vínculo com ela quando se abaixou e falou bem baixinho com a aluna.

T. tem tratamento médico recomendado por causa de um desequilíbrio hormonal significativo, apontando questões relacionadas à constituição da identidade e de gênero que atravessam o espaço escolar. Ao destacar essa questão, a escola se pergunta com razão sobre o peso que tal fator, inicialmente físico, mas com evidentes consequências sobre a questão identitária da aluna, pode ter sobre seu comportamento.

G., de 10 anos, apresenta um comportamento que leva imediatamente a equipe multiprofissional a avaliá-lo e a encaminhá-lo para o serviço de saúde mental. A família relata que a administração do medicamento prescrito não surte o efeito desejado. A equipe observa que, embora G. apresente claramente sintomas psicóticos, seu laudo médico registra transtornos de atenção e hiperatividade e deficiência intelectual, o que chama atenção uma vez que o relato dos professores demonstra um aluno com bom desenvolvimento intelectual.

O quadro tem evoluído com novos sintomas, tanto no campo sexual, com descontroles da libido, como em manifestações de agressivi-

dade com colegas, professores e funcionários. G. também se expõe ao risco pulando os muros da escola, ou procurando objetos cortantes, ou ainda, se lançando irresponsavelmente nas ruas e avenidas.

F., com 13 anos, cursando o sétimo ano, é descrito como irrequieto, briguento, desrespeitando os professores, sem conseguir ficar em sala de aula. Também já foi diagnosticado pelo serviço de saúde mental com Transtorno Opositor Desafiador - TOD e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade - TDAH, fazendo uso de medicamentos. Falta muito às aulas e uma avaliação geral de sua condição revela uma situação familiar complexa na qual a mãe, pouco presente na escola e, em geral, na vida escolar desse filho, deixa o garoto morando com o avô numa casa ao lado da sua, na qual vive com seu novo marido e outros filhos.

Situações como essas, bastante comuns e constantes no cotidiano da escola pública brasileira, são reveladoras, entre outras coisas, da frequente e, diríamos, intrínseca relação entre a saúde mental e a escola como duas instituições trabalhando na execução desse sistema capilar que acima chamávamos de saúde mental.

O cerne dessa relação se expressa através de uma ideia de colaboração na qual as instituições médicas esperam da escola que esta ajude a rastrear as crianças que precisam de atendimento médico, enquanto a escola espera da saúde mental uma ajuda restauradora das condições ótimas de aprendizagem e desenvolvimento, nos casos que, segundo avaliação escolar, elas faltam.

Mas convém entender assim, como complementar, a relação entre essas duas instituições? Tratar-se-iam de instituições distintas, cada uma com sua especificidade e com papéis complementares, trabalhando ambas em prol da saúde mental das crianças.

A pertinência dessa questão vem justamente da constatação, flagrante nesses casos relatados acima, que muito embora a relação entre a escola e a saúde mental seja concebida em termos de complementaridade, com bastante frequência essa complementaridade não produz nem os consensos nem os resultados esperados. A que atribuir essa aparente discordância ou aparente fracasso? À falta de qualidade material e pessoal das instituições envolvidas? À precariedade, muitas ve-

zes relatada, do apoio familiar às iniciativas apresentadas pelos agentes escolares e pelos técnicos da saúde mental? Ou ainda, à resiliência do comportamento disfuncional, fruto de supostas disposições constitutivas da criança ou jovem em questão, mais ou menos enraizadas em seu comportamento, dada sua história de vida?

Esses níveis de análise do problema constituem indubitavelmente o modo hegemônico de compreensão da questão e sempre se pode constatar, nos vários casos que diariamente abundam nas escolas e centros técnicos, a presença deles. Esse modo de compreensão faz pensar, ainda, que o problema, e conseqüentemente sua solução, estaria na boa implementação e gestão do modelo, deixando o próprio modelo fora de toda e qualquer questão. A tentação e a tendência de *reduzir a termos administrativos* problemas que possuem maior complexidade e que envolvem certamente questões políticas é uma característica emblemática de nossos tempos: no lugar da política, a administração.

Queremos sugerir, entretanto, outra análise, que retoma a complexidade do problema ao desdobrar linhas de força ocultas que esse entendimento oficial da relação da saúde mental com a escola encobre. O que vem a ser saúde mental? Quais as relações que isso tem com a escola?

Retomar essas duas questões com profundidade deve nos ajudar a esclarecer algo dos impasses vividos na escola e a nos indicar alguns caminhos de intervenção.

Saúde mental e educação

A escola tornou-se por definição *o lugar da infância*, chegando mesmo a desempenhar, desde há muito tempo, o papel de dar a marca identitária a ela. Como tal, deve cuidar para que a criança se desenvolva, aprenda, evolua na direção de um cidadão saudável, produtor, feliz etc.

Superado, graças a avanços científicos, sobretudo médicos e sanitários, o grande índice de mortalidade infantil testemunhado pela sociedade até tempos bem recentes, a criança se tornou objeto de aposta e de investimentos, mas que, para tanto, necessitava de cuidados para não perecer.

Seria dentro de um espírito higienista, devotado a criar as boas condições para o desenvolvimento da criança que a escola acataria as prescrições de uma ciência nascente, a ciência da educação, nascente em resposta ao projeto de laicização do Estado que já não suportava mais ver-se dominado pela lógica religiosa.

Nasceu, assim, o termo Ciência da Educação, inicialmente no singular, pois servia apenas nesse início para marcar uma postura nova, mais do que abranger as contribuições gerais das ciências afins ao trabalho educativo. Em seguida, viria o termo ciências da educação, compondo o cenário que hoje temos na formação dos professores.

Nesse contexto de emancipação política surge uma ideia forte, aparentemente calcada em ideais democráticos, de que era importante conhecer o sujeito a quem se endereça a educação, abandonando um paradigma no qual o centro do processo educativo era o conteúdo de cada disciplina do conhecimento.

Nesse cenário, a Psicologia ganha grande destaque uma vez que pareceria ser a ciência mais adequada para dizer como funciona a criança, sua aprendizagem, seu desenvolvimento, seu comportamento.

Surge o que Costa (1986) chamou de *educação psicológica*, que consiste em estabelecer regras de conduta educativa a partir de postulados universais da ciência psicológica. Esse casamento entre educação e psicologia não se restringiu a sua aplicação ao universo escolar, mas, antes, imbricou-se em todo o tecido social, de modo que, até hoje em dia, é praticamente impossível ser educado sem que essa educação esteja mais ou menos parametrizada por princípios psicológicos, do tipo: devemos conversar com as crianças sobre todas as questões que elas colocam, incluí-las nas decisões tomadas, encorajarmos suas iniciativas, restringir seus excessos, etc. Como se vê, uma verdadeira educação higienizada.

O curioso a notar é que embora fosse universal enquanto proposta, a educação psicológica variava muito seus preceitos dependendo da região onde ela se instalava. Vera Schmidt, educadora revolucionária da extinta União Soviética, por exemplo, propôs em seu tempo que se evitasse manifestações de carinho com as crianças, abraços apertados e esfuziantes que tinham mais a ver com satisfações dos desejos adultos

do que com as necessidades de autonomia das crianças. Não deixa de ser curioso pensar na recepção que os educadores brasileiros teriam de uma recomendação como esta.

Mas como poderiam variar tanto as recomendações pedagógicas se estamos baseados numa ciência em comum? Por se tratar de um conhecimento científico, não deveria conter bases mais universais? O fato concreto é que, para além das diferenças apresentadas em cada região, um dos produtos, talvez o principal, criado por essa empresa de educação psicológica, foi o do *tipo psicológico normal*. O que é normal em cada região pode variar, mas não o fato de que exista um *tipo psicológico normal*.

As condições de construção dos parâmetros que definem esse *tipo psicológico normal* são, como já se pode deduzir pelo acima exposto, mais ideológicas do que científicas. Sua concretização conta com o concurso das próprias instituições que abrigam as crianças e jovens, que condicionam, a partir de seu modo de operar, a própria formulação do quadro. Tomemos um exemplo recente, mas amplamente parametrizado por essa evolução histórica: o diagnóstico de déficit de atenção e hiperatividade. Como não pensar no peso que tem, na formulação e configuração dessa categoria nosográfica, o fato de a criança moderna definir-se como uma *criança-escolar*? Ou seja, que a construção de tal figura nosográfica tenha a ver com o fato de que para a instituição escolar as funções da atenção e do controle motor são fundamentais. O quanto teríamos chegado, como ciência do comportamento e do funcionamento do cérebro, a formular tal diagnóstico numa sociedade sem escolas, ou ainda numa escola eventualmente sem classes e sem horários de aula?

E é a consideração das condições desse casamento entre psicologia e educação que nos faz desembocar na questão central de nosso texto: *O que o tipo psicológico normal tem a ver com a saúde mental?*

Distinguir esses dois termos é fundamental para escapar das confusões ideologicamente orientadas. “O desvio do tipo psicológico ordinário pode ser causa de sofrimento mas não é sinônimo de doença mental.” (COSTA, 1986, p. 73).

É fundamental distinguir os procedimentos de controle do comportamento que a sociedade por meio de suas instituições faz, bem

como do sofrimento psíquico que isso gera, daquilo que podemos chamar propriamente de saúde mental. Ou seja, a saúde mental não é o produto da ação das instituições de saúde mental, concepção essa puramente tautológica, mas, antes, a experiência concreta de sofrimento vivida por um indivíduo.

Tal experiência de sofrimento, sabemos, depende da capacidade de simbolização, função estabelecida ao longo do desenvolvimento infantil, na relação com os outros, sendo que os primeiros outros da relação são mais decisivos na instalação de um modelo por terem papel constitutivo. Quando algo nessa simbolização não dá conta de fornecer ao sujeito possibilidades de lidar com questões que implicam sua identidade, seus desejos, objetivos e sentimentos, ele adocece. Ele adocece, portanto, da falta de sentido, ou do conflito que os sentidos construídos por ele encontram na confrontação com outros sentidos estabelecidos socialmente. O grau do adoecimento vai variar de acordo com o impacto dessa falta de sentido.

O sofrimento mental, assim definido, é coisa completamente distinta da lógica de controle do comportamento proposta na figura do *tipo psicológico normal*.

Além disso, mesmo na perspectiva do controle do comportamento, várias questões centrais do psiquismo humano são subestimadas, por exemplo, a capacidade que alguém tem de seguir instruções.

Quando propomos um preceito qualquer como recomendação pedagógica, apostamos que aquele que ouvir e consentir com essa recomendação irá cumpri-la com rigor e eficiência. Tal concepção desconsidera a presença dos fatores inconscientes no ato de quem educa. Um pai ou professor soviético pode ouvir e concordar que deve evitar paparicar seu filho/aluno sob pena de comprometer a construção da autonomia dele, mas ao tentar concretizar isso age em discordância ou até em oposição ao que se propôs, e isso mesmo sem se dar conta.

Na maior parte das vezes, as relações se tornam patologizantes, sem a menor consciência desse processo. Para quase todos nós que sempre seguimos as melhores intenções, a consciência do processo, quando ela chega a vir, é de rara ocorrência, dependendo, muitas vezes, de uma visão externa que nos apresente a interrogação.

Observe-se que estamos propondo levar em consideração, ao fazermos a distinção entre o tipo psicológico normal, produto de uma lógica de controle comportamental, e a saúde mental como experiência de sofrimento psíquico, o fator da *relação intersubjetiva* como um fator decisivo na constituição da saúde mental.

Com efeito, por mais que possamos encontrar no sofrimento psíquico expressões biológicas de sua manifestação, ele não pode ser compreendido como a manifestação direta de alterações bioquímicas do cérebro. O fato de que uma intervenção medicamentosa possa interferir na expressão do sofrimento psíquico não é prova direta de causalidade orgânica. Que haja correlação entre uma alteração bioquímica e um estado psíquico ainda não diz o que ocorre primeiro: é a depressão que causa alteração de serotonina no cérebro ou é a alteração de serotonina que causa a depressão? Desde o ponto de vista da intervenção medicamentosa, entretanto, essa é uma questão estéril uma vez que o uso do medicamento interfere, de todo modo, na expressão do sintoma, interfere na correlação, e isso basta para caucionar essa proposta.

Lógica e aparelho conceitual médico e lógica educativa

Outro ponto importante de problematização do modelo de relação complementar entre a saúde mental e a escola vem do fato de que a lógica discursiva que estabelece cada uma delas é diferente. A lógica médica da saúde mental, que preside o funcionamento discursivo desse modelo, mesmo que ele seja composto de vários profissionais, médicos, psicólogos, fonoaudiólogos e afins, é biologizante em suas premissas. Ela não entra no universo escolar apenas oferecendo um instrumento, o remédio no caso, para ajudar os professores em seu trabalho. Ela trará consigo exigências peculiares quanto ao modo de se compreender os fenômenos.

Digamos de saída para distinguir as duas lógicas com clareza: a lógica médica é de máxima *objetivação* enquanto a lógica educativa é de máxima *subjetivação*.

Isso não significa que não tenha nada de subjetivo na lógica médica nem de objetivo na lógica educativa, mas tão somente que na apreen-

são da realidade com a qual se trabalha, o médico se esmera em reduzir a fala de seu paciente aos elementos objetivos que descrevem a doença, elementos que lhe servem para intervir adequadamente sobre ela, sempre, portanto, numa *visão simplificadora*, o que não quer dizer, no caso do trabalho clínico, simplista. Foi exatamente esse traço do discurso médico o que permitiu a Clavreul (1983) dizer que não existe relação médico-paciente, mas sim relação medicina-doença.

Por sua vez, o educador não pode deixar de estabelecer uma relação professor-aluno, jamais redutível à presença de um discurso objetivante do tipo Pedagogia-aprendizagem. O professor terá que considerar em seu ato as várias dimensões presentes na determinação do comportamento de seus alunos, em vários planos, *numa visão complexificadora*, uma vez que seu objetivo é o de produzir mudanças subjetivas no aluno, enquanto o médico visa produzir mudanças objetivas no organismo. É por isso que há muito mais necessidade de contraposição de posições nas discussões entre professores do que entre médicos. Há muito mais no meio médico a presença de procedimentos protocolares do que no meio educativo e não por deficiência do procedimento educativo, mas, antes, por sua própria condição discursiva.

Além disso, o professor, na busca de objetividade em seu procedimento não pode deixar de ser ouvido por colegas que podem ajudá-lo a discernir eventuais elementos problemáticos em sua própria visão do problema. Ou seja, para objetivar o professor tem que passar por sua subjetividade. O médico, por sua vez, pode realizar seu ofício sem levar em consideração sua visão já que se apoia em procedimentos universais e replicáveis.

Podemos ver um exemplo dessa interferência da lógica médica na lógica educativa quando ouvimos com frequência de professores a afirmação de que o aluno não rendeu bem hoje porque não tomou corretamente a medicação. Essa assertiva se sustenta numa lógica, aqui simplista, de que o remédio em sua ação objetiva no organismo é o elemento que dá as condições de aprendizagem. Fica-se negado aqui todos os outros elementos situacionais que poderiam ter determinado o problema.

Para evitar a interferência dessa lógica objetivante que pouco ou nada tem a ver com o trabalho docente e que pode, inclusive, atrapalhar o exercício deste último, deveríamos retomar uma complexidade que a lógica simplificadora do discurso médico, quando arrastada para o campo pedagógico, deixa de fora.

Nos relatos de casos de impasses dos alunos com a escola apresentados, podemos verificar os riscos da simplificação própria ao discurso médico.

Notemos que o comportamento do aluno em pauta é objetivado para fins de *estabelecimento e discussão do caso*. Termos como: ele faz, ele tem, ele não tem, sua mãe faz, seu diagnóstico é, etc. são característicos do relato e conferem objetividade a ele.

Tal objetivação busca ainda um levantamento de hipóteses quanto às causas do problema. A agressividade de C. poderia advir dos problemas de identidade ou mesmo hormonais que seu hermafroditismo causaria? A agressividade de F., por sua vez, poderia advir do abandono de sua mãe quando negligencia sua vida escolar e sua presença em casa deixando-o morar longe dos irmãos e dela?

Não se trata de contestar o peso e o valor que esses elementos levantados nas hipóteses podem ter na determinação do problema, mas, antes, de avaliar melhor em qual posição eles são colocados na elaboração das hipóteses. Normalmente são colocados como causas diretas do problema, inscritas na individualidade do aluno e expressas como tal no espaço escolar. Seja porque o aluno não tomou a medicação, seja porque houve problemas biológicos presentes na história de sua vida, ou mesmo ainda porque existiram problemas psicológicos que o marcaram ou o marcam no presente, será sempre em uma suposta interioridade do aluno que isso se achará inscrito.

Essa objetivação do caso se torna simplificadora na exata medida em que exclui de seu escopo os *elementos de contexto* da presença de tal comportamento. Um comportamento qualquer nunca é a expressão direta de uma causa que lhe subjaz. Ele é, antes, fruto de uma leitura que inclui elementos da cena atual e mesmo que essa leitura esteja lastreada por ingredientes da experiência passada é só no contexto presente que ela se articula como tal.

Assim sendo, se supomos que a agressividade de F. possa se dar em função do abandono de interesse de sua família por ele, por que ela se manifesta na escola que, a rigor, não reproduz esse mesmo abandono? Ao contrário, a escola vem tentando funcionar como aquela que acolhe e que leva em consideração suas necessidades. O que haveria na cena escolar que lhe possibilita repetir a agressividade original?

Seria interessante e oportuno, por exemplo, considerar porque deu certo como estratégia de comunicação e relação a conduta da professora de C., quando fala baixinho. Falar baixinho, ao pé do ouvido, é oposto ao falar alto, típico da agressão. Ou ainda, falar baixinho revela uma situação de intimidade, de um *só entre nós dois*, que pode ter sido decisivo para uma criança que sente nunca ser referida singularmente, salvo como um caso patológico. Aqui temos claramente um elemento de contexto, que se produz na relação intersubjetiva e mesmo que possamos pensar que não tenha sido suficiente no equacionamento do problema, no mínimo nos mostra que este é tangenciável por intervenções no campo da palavra.

Outra característica importante dessa objetivação no relato é que toda palavra do aluno ou do professor aparece reduzida a um comportamento: o professor tentou; a equipe realizou, o aluno agride e desrespeita; o aluno anda com más companhias, etc.

O destaque ao comportamento suprime as possibilidades de considerar o texto direto da fala, seja a do aluno ou a do professor, e com isso nos dar acesso a algo mais indicativo da subjetividade de ambos.

O que teria o aluno a dizer sobre sua situação? O que teria ele dito ou pensado no momento em que agrediu?

O recurso à fala direta dos atores envolvidos na questão não deve ser encarado aqui como um elemento a mais na análise objetiva do caso, mas, antes, como a presença do sujeito, da subjetividade na consideração do problema. Não se trata de tomar a palavra dos envolvidos para mais uma vez objetivá-la como um comportamento entre outros, ou seja, para tomá-la como um signo indicativo de algo a ser analisado, mas, antes, de incluir os *saberes* dos envolvidos no problema como saberes que realmente contam na perspectiva de *dissolução* do problema.

A operação que possibilitou a Freud inventar a psicanálise foi exatamente a de passar da *ausculta* (observação de um signo) para a *escuta* (escuta de significantes). Lembremos que a criação da psicanálise foi um processo que criou o psíquico como um domínio próprio, que não pode ser reduzido ao domínio biológico do cérebro. Assim fazendo, ele cria uma noção complexa do mental e relativiza o peso que o aparato biológico do cérebro tem na determinação da conduta humana. Com efeito, há uma supersimplificação se entendermos que o comportamento humano é o resultado direto da secreção de algumas substâncias do cérebro, eliminando com isso toda a sorte de outros fatores sociais, antropológicos, situacionais, que jogam um peso na determinação desse comportamento.

Mas houve também outra operação realizada por Freud na criação da psicanálise que é muito instrutiva no esclarecimento desse domínio próprio do psíquico. Trata-se do abandono da hipnose como método.

A razão principal que leva Freud a abandonar a hipnose em prol do método próprio à análise, o da associação livre do paciente, vem da constatação de que é absolutamente fundamental, para a sustentabilidade da cura, que o paciente participe ativamente dela. Em sono induzido pela hipnose, o paciente está submetido à observação e condução do hipnotizador e sofre os efeitos de sua ação sem incorporá-los. Ou seja, o processo de cura caminhará sem incluir nele o saber do paciente.

Levar em consideração o saber do paciente não entra aqui apenas como uma consideração ética do tratamento, mas também como um elemento relativo a sua eficácia. A opção de objetivar em comportamentos o aluno não é, a nosso ver, aleatória, nem tampouco serve apenas a propiciar objetividade ao relato a ser analisado. Trata-se de um expediente comum às instituições que encontra sua essência e razão nos fins de gestão.

Assim fazendo, coloca-se em funcionamento a lógica que apontávamos anteriormente, que se dá em torno do tipo psicológico normal e seus desvios. Ou seja, assim estabelecida, trata-se de uma lógica muito mais referida ao controle do comportamento por necessidades institucionais do que um procedimento que tenha a ver com promoção de saúde mental.

Como saber do sofrimento mental do aluno sem levar em conta o que ele tem a dizer? Seria instrutivo, por exemplo, saber de C. como ela formula o que aparece aos olhos objetivantes da instituição como agressividade.

A finalidade disso não seria apenas a de dar a palavra ao aluno, no sentido político democrático do termo, mas fundamentalmente a de evitar que entre em curso um processo no qual o aluno é *falado*, mais do que fala.

Os dossiês que se estabelecem *sobre* o aluno e não *com* o aluno servem, em geral, muito pouco para ele mesmo. Servem, muito mais, para encaminhamentos e procedimentos institucionais.

Além disso, podem ser geradores de *alienação ao discurso do outro*. Assim como a criança fecha a boca para a comida quando percebe que é da *fome da mãe* que se trata, a criança pode *fechar sua boca* para o discurso que a escola monta sobre ele. Como forma-se o jogo da mãe que quer que a criança coma, forma-se também o jogo que a escola quer que a criança aprenda e que se comporte.

O discurso que se monta sobre a criança entra como um elemento de contexto que interfere no comportamento do aluno e que não apenas o descreve como se crê com frequência.

Notemos a esse propósito, por exemplo, a presença frequente nas queixas e formulações feitas pela instituição do elemento agressividade no comportamento dos alunos em discussão. Trata-se, em geral, de um ponto limite para as instituições, um elemento de perturbação, sobretudo quando não responde aos mecanismos ordinários de regulação que toda instituição tem: advertências, repreensões, punições etc.

A agressividade normalmente é também compreendida como um traço intrínseco ao indivíduo que a porta, levando a busca das interpretações para o campo da subjetividade do aluno em detrimento, mais uma vez, dos fatores de contexto.

A dinâmica da agressividade, cujos matizes já conhecemos, possui como fator central de disparo aquilo que chamamos de ferida narcísica, a saber, uma afetação da relação do sujeito com a imagem de si mesmo. Poderíamos compreender o incidente do ataque às

torres gêmeas nos Estados Unidos como fruto da maldade intrínseca dos terroristas, como aliás não deixou de ser a versão dominante na ocasião. Mas isso seria simplificar demais a análise, deixando de lado questões como: Por que o bombardeio se deu aos Estados Unidos e não a outro país qualquer? Por que o alvo foi as torres gêmeas e não outro qualquer?

Quando incluímos a variável de que se trata de um país que representa um tipo de vida que fere a imagem de outros países e que as torres gêmeas são o símbolo principal desse modo de vida representado pelos Estados Unidos, passamos a um nível mais elaborado da análise do problema. Por que, então, não pensar do mesmo modo quando se trata da presença da agressividade das crianças na escola? O quanto essa agressividade ali patente se deve à presença de algum fator situacional que a ativa?

O próprio fato de ser uma criança muito falada na instituição, ou seja, objetivada por uma versão oficial sobre ela, pode vir a ser um fator em jogo no disparo da agressividade.

Evidentemente que essa compreensão da complexa dinâmica da agressividade deve ser entendida dentro de uma *lógica da responsabilidade* e não *da culpa*. Também ocorre às instituições, de maneira ordinária, concentrarem suas análises na descoberta do *fator vilão*, o elemento culpado do problema. A lógica da culpa induz a pensar *em quem não fez o quê*, enquanto a lógica da responsabilidade implica pensar *em o quê cada um tem que fazer*.

Evitar constituir dossiês de análise, que versam sobre o aluno, destinados a construir encaminhamentos para ele sem que nada da palavra dele conte na elaboração, já seria uma boa medida em direção a tirar a saúde mental do simples procedimento administrativo e colocá-la na direção da tarefa que tem como base pensar e agir sobre o sofrimento mental.

Isso se dá predominantemente incluindo os saberes dos agentes envolvidos na própria elaboração da saída a ser encontrada, uma vez que a mudança a ser promovida é exatamente neles e não no comportamento que se quer suprimir.

A escola, como qualquer outra instituição, tem um peso na qualidade do sofrimento mental daqueles que se encontram em seu interior. Sua necessidade de gerir-se não deveria levá-la a desconsiderar seu próprio potencial patogênico.

Referências

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

COSTA, J. F. **Violência e psicanálise**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DUFOUR, D. R. **A arte de reduzir as cabeças**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2011.