



Cap. 2

Olhares em foco: tensionando silenciamentos

Luis Fernando de Oliveira Saraiva

In SOUZA, B.P. (Org.) **Orientação à Queixa Escolar**.
São Paulo: Portal de livros abertos da USP, 2020. 1ª. ed. 2007.
p.p. 59-77
E-book.



Essa obra é de acesso aberto.
É permitida sua reprodução total ou parcial,
desde que citada a fonte e a autoria e sem fins lucrativos,
respeitando a licença Creative Commons indicada.

Olhares em foco: tensionando silenciamentos¹

Luís Fernando de Oliveira Saraiva²

O que nosso olhar vem vendo? Vendo da forma que vê, o que produz? Estas foram talvez as primeiras perguntas que fiz na elaboração deste texto. Saber o que vem vendo significa saber que olhar é este e os efeitos deste olhar naquilo que vemos e naquilo que fazemos. Este não é um olhar qualquer: desenvolveu-se num curto período de tempo, na passagem do século XVIII para o século XIX, criado com e nas transformações da medicina deste período e que se vem mostrando hegemônico desde então não apenas na medicina, mas, a partir desta, nas ciências humanas e na saúde.

Colocando esse olhar em foco, buscarei desconstruí-lo, ao mesmo tempo em que procurarei apontar possibilidades de construção de novos olhares, a partir da experiência vivida no serviço de Orientação à Queixa Escolar, no atendimento de crianças e adolescentes com problemas escolares. À luz de *O nascimento da clínica*, de Michel Foucault (2006), e de meu encontro com histórias de crianças que procuraram o serviço, investigarei algumas formas de silenciamento produzidos por esses olhares³, ao mesmo tempo em que procurarei tensionar os mecanismos de produção

¹ O presente texto trata-se de uma versão revisada e ampliada, que conserva as ideias centrais da original. A edição original contou com as revisões de Beatriz de Paula Souza e de Adriana Marcondes Machado.

² Psicólogo e mestrando em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, pelo IPUSP, foi aluno do curso de aperfeiçoamento em Orientação à Queixa Escolar, em 2006. Psicólogo da Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania de Taboão da Serra, onde atua em um CRAS. E-mail: luisfos@uol.com.br

³ A ideia de silenciamentos produzidos pelo olhar clínico é também tratada por Maria Aparecida Affonso Moysés (2001), obra inspiradora deste texto e que atravessa toda a discussão aqui realizada.

desses silenciamentos, pondo em movimento novas conexões que permitam novos modos de subjetivação.

Neste percurso, no qual convido o leitor a acompanhar-me, estaremos atravessados pela ideia de que é necessário instituirmos olhares e práticas transformadores que tornem possível o questionamento de certos modelos-padrão de atendimento e a psicopatologização de problemas políticos e sociais, com a construção de um trabalho participativo, onde haja a circulação e troca de saberes e desenvolvam-se ações coletivas e desnaturalizadoras.

OLHARES QUE SILENCIAM

Passamos anos desenvolvendo e aprimorando nosso olhar sobre os mais diversos fenômenos — sejam eles humanos, psicológicos, sociais, dentre outros. Vimos aprendendo — e defendemos como essencial para um bom profissional — um olhar que, na maior parte do tempo, silencia corpos, saberes, desejos e direitos. Olhar que não apenas enxerga mas também diz, toca, sente, atribui sentidos... Olhar que tem sido, na maior parte do tempo, um poderoso instrumento de classificação, hierarquização, discriminação, punição e docilização dos corpos.

Para Foucault (2006), no corpo do outro silenciado, as particularidades deixam de subsistir, restam apenas as repetições, as generalizações, os reducionismos. Esse olhar se propõe a saber e a decidir, podendo, portanto, reger. Para constituir-se, precisa aprender a ver, isolar, reconhecer diferenças e semelhanças, agrupar, classificar. E, para classificar corretamente, deve apreender todas as características daquilo que vê, tendo por base certos conceitos de normalidade e de desvio. É mediado por sua classe social: é um olhar que valora, um olhar moral. Para fixar-se, deve apagar-se, apagando seus próprios traços e caminhos percorridos. Neste sentido, entendemos porque não faz parte de nossa formação pensar de onde deriva nosso olhar, como nossas práticas se engendram, a quais momentos históricos respondem...

Para poder ser exercido, é preciso, então, que esse olhar silencie aquilo que vê.

Ao abstrair de seu campo perceptivo o doente e suas individualidades, ao considerar a doença como um acontecimento em série e em si, a medicina — fundadora das ciências humanas, segundo Foucault (*op. cit.*) — debruçará seu olhar apenas sobre o genérico, sobre repetições, afastando de seu campo de visão tudo que possa perturbar, atrapalhar a percepção desse genérico. A singularidade de cada sujeito continua sendo o principal fator de perturbação para o olhar clínico, que precisará então, para poder ser exercido, silenciar o processo de produção do corpo doente do doente, fixando-se no corpo doente genérico, isto é, produzindo um corpo doente genérico.

A psicologia seguirá bastante fielmente os passos da medicina construindo na maior parte do tempo um discurso genérico, pretensamente aplicável a todas as pessoas, em todos os contextos; um discurso que abole o tempo e o espaço, inserções sociais, particularidades, e sempre as trata como um simples acidente probabilístico. Vejamos então como o olhar clínico na psicologia tem seguido o mesmo funcionamento do olhar médico, no processo de silenciamento de corpos. Para isso, acompanhemos algumas características desse olhar.

Olhares pretensamente neutros

Uma das grandes críticas que costumamos ouvir é que as relações que estabelecemos com nossos pacientes/clientes são relações de sujeito-objeto e, como tais, devem ser, sempre que possível, combatidas. Mas o que justifica a crítica a este tipo de relação que estabelecemos? O que significa uma relação sujeito-objeto? O que significa transformarmos nossos pacientes em objetos?

Significa não reconhecermos subjetividades diante de nós. Ou, vemos um sujeito-objeto, isto é, significa produzirmos este sujeito-objeto, coisificando-o. Como objeto, pouco sabe, pouco

deseja e pouco nos importa... Significa esquecermos que não atuamos diretamente sobre a doença, nem sobre o doente, mas sobre processos de produção da doença e do doente, esquecendo-nos que o outro pode se saber doente, saber algo sobre sua doença e ter opiniões sobre o que fazer diante de sua doença.

Mas como conciliar a busca pelo estabelecimento de uma relação sujeito-sujeito com a busca de um olhar que seja objetivo e neutro nesta mesma relação?

Segundo Maria Aparecida Affonso Moysés (2001) uma relação objetiva, neutra, pressupõe a capacidade de abdicarmos, no momento do atendimento, de nossas convicções, interesses, disponibilidades, desejos, isto é, transformarmo-nos, nós próprios, em objetos. Construimos, desta maneira, não mais uma relação sujeito-sujeito, nem sujeito-objeto, mas objeto-objeto.

Foucault (*op. cit.*) nos ajuda a pensar essa questão:

Médico⁴ e doentes não estão implicados, de pleno direito, no espaço relacional da doença; são tolerados como confusões difíceis de evitar: o paradoxal papel da medicina consiste, sobretudo, em neutralizá-los, em manter entre eles o máximo de distância para que a configuração ideal da doença, no vazio que se abre entre um e outro, tome forma concreta, livre, totalizada enfim em um quadro imóvel, simultâneo, sem espessura nem segredo, em que o reconhecimento se abre por si mesmo à ordem das essências. (p. 8)

Mas esses objetos não são tão indiferenciados como somos convidados a pensar: há uma hierarquia entre eles.

A assimetria da relação doente-médico, na qual um dos parceiros, o médico, possui a vantagem estratégica (pois suas funções lhe dão a possibilidade material e o direito legal de manipular física e moralmente o doente em nome de um saber que o doente ignora) cresce quando cresce a distância social entre o médico

⁴ Médicos, psicólogos e outros profissionais da saúde.

e o doente e diminui proporcionalmente à força da estratégia que o doente pode opor ao médico, ou seja, essencialmente à força do discurso que o doente é capaz de opor “ao discurso forte” do médico, único detentor da autoridade da ciência e da legitimidade médica. (Boltanski *apud* Moysés, *op. cit.*, p. 75)

Resistir a esse discurso forte é uma luta das mais dolorosas. Márcia⁵ pode nos falar o quão dolorosa tem sido esta batalha. Seu filho Tiago, de 12 anos, está na 5^a série e sequer reconhece as letras do alfabeto. Costuma copiar as lições, sempre com uma letra caprichada, mas não as faz. Foi encaminhado para atendimento psicológico com a queixa da escola de que não presta atenção e não se interessa por nada nas aulas. Na unidade básica de saúde recebeu o diagnóstico de dislexia.

Márcia, questionando o diagnóstico, levou o filho a outros serviços de saúde que sempre apontaram a possibilidade de Tiago ter dislexia, já que aos 12 anos não era capaz de reconhecer letra alguma. Para Márcia, Tiago apenas não tinha sido alfabetizado por não ter frequentado o último estágio da educação infantil e ter sido matriculado automaticamente pela escola na 1^a série. Nesta série a professora disse não ter condições de trabalhar com ele, pois Tiago deveria ter sido alfabetizado no ano anterior. De lá para cá todos os seus professores disseram não ter condições de trabalhar com Tiago.

Continuar acreditando que Tiago não tem dislexia, que apenas não foi alfabetizado e que sua necessidade é apenas de uma intervenção pedagógica, é algo muito custoso para Márcia. É custoso parecer uma mãe despreocupada, omissa, quando está sendo o contrário disso ao recusar possibilidades de atendimento psicológico nos quais tratarão seu filho como dislexo; é custoso continuar a procurar novos atendimentos; é custoso continuar a procurar alguém que possa lhe confirmar aquilo que sabe sobre seu filho. É custoso recusar as limitações impostas por um diagnóstico. É custoso

⁵ Os nomes utilizados ao longo do texto são todos fictícios.

continuar acreditando que pode saber alguma coisa, com toda a suposta ignorância de uma mãe da periferia, de poucos estudos...

Olhares faltosos

“Procurando bem, todo mundo tem pereba, marca de bexiga ou vacina. E tem piriri, tem lombriga, tem ameoba, só a bailarina que não tem...⁶”. Chico Buarque provavelmente não imagina que sua canção nos serve tão bem para falar da clínica psicológica.

A ênfase do trabalho clínico, costumeiramente, é dada a tudo aquilo que o outro não tem, àquilo que não sabe, àquilo que lhe falta. Aprendemos a ter um olhar voltado para carências, falhas, vulnerabilidades. Assim as práticas clínicas parecem comumente ser uma perseguição a defeitos alheios, defeitos que quando considerados como individuais, nos revelam a ideia de que vivemos em um mundo em que pretensamente todos teriam as mesmas oportunidades.

O fenômeno negativo, a falta, acaba sendo isolado e focalizado de tal maneira, que a pessoa que o expressa torna-se somente este fenômeno através de um processo que desconsidera — mesmo quando supostamente pretende considerar — o ambiente, a história, valores, relações e processos sociais nos quais cada pessoa sempre está inserida.

Moysés (*op. cit.*) considera que o fenômeno negativo é, certamente, um momento complexo, relativo a uma multiplicidade de fatores — biológicos, psicológicos, sociais —, mas acaba sendo isolado e proposto como absoluto e natural para justificar seu caráter pretensamente imutável. Apenas algumas e arbitrárias características do indivíduo — que fora artificialmente dividido — serão eleitas e totalizadas, sempre de forma individualizadora e individualizante, postas como sua única e absoluta definição. O indivíduo passa a ser considerado todo doente. E será sobre essa totalização negativa que

⁶ “Ciranda da bailarina”, letra de Chico Buarque e Edu Lobo.

proporá e confirmará a exclusão social e a necessidade de tratamentos e orientações das mais diversas ordens.

Robson, um garoto de nove anos, chegou ao serviço Orientação à Queixa Escolar depois de ser encaminhado pela escola com a queixa de ser pouco participativo e não copiar as lições desde o ano anterior. Robson havia sentido dificuldade na passagem da letra bastão para a letra cursiva e assim demorava muito tempo para copiar as lições. Procuramos investigar então como o não-copiar-lição havia se configurado no ano anterior. Falar dessas dificuldades e das constantes broncas que levava da professora e das brincadeiras feitas pelos colegas, era muito penoso para ele. Robson não queria falar sobre o não fazer, queria poder falar sobre aquilo que fazia, sobre o que desejava conseguir fazer, sobre como tornaria possível fazer. A quem era importante descobrir sobre seu não fazer? No que era importante? Robson queria falar sobre possibilidades, queria que elas se fizessem presentes, dominassem, e não sobre as suas incapacidades. O que queríamos descobrir? É, procurando bem, todo mundo tem pereba, a gente sempre encontra alguma...

Olhares avaliadores

Como avaliar Renato, um menino de 13 anos, aluno da 6ª série, praticamente analfabeto, com dificuldades de fala e uma suspeita de deficiência mental? Como saber o que se passa com ele? Como saber o que ele “tem” e o que ele “não tem”?

Precisamos descobrir isso, mas de uma maneira “científica”, “cientificamente comprovada”, com o uso de certos instrumentos — padronizados, é claro. Mas quais instrumentos? O caminho mais comum ainda parece ser o uso de testes padronizados, “cientificamente” confiáveis. Mas sempre nos esquecemos de nos perguntar as concepções que estão em jogo, isto é, o que seus organizadores entendem por normalidade e a partir de quais parâmetros trabalham.

Como nos mostra Moysés (*op. cit.*), os testes padronizados trazem equívocos conceituais decorrentes de sua própria concepção:

a crença na possibilidade de se avaliar o potencial de uma pessoa em particular. Os testes se propõem a avaliar algo impossível de se avaliar. Ou seria possível avaliar o potencial de alguém? A medida a que sempre temos acesso, através ou não dos testes, é apenas uma *expressão* do potencial, jamais o potencial em si. E expressões podem ser ensinadas, estimuladas, de acordo com o pertencimento social, com os valores de classe, isto é, quando valorizadas no grupo social a que o testando pertence, quando se integram ao conjunto de valores sociais, históricos, culturais, políticos, desse grupo determinado.

Pensando nisso qual expressão melhor representaria um potencial, qual deve ser eleita como parâmetro de normalidade? Determinar qual será esta expressão diz respeito a escolhas, a opções do profissional.

O caráter ideológico da opção revela-se pela constatação de que as preferências sempre recaem sobre as formas de expressão encontradas nas classes sociais privilegiadas [...] Ao se assumir que as expressões das classes sociais privilegiadas são as superiores, as corretas, o que se está assumindo é uma determinada concepção de sociedade e de homem, fundada na desigualdade e no poder, em que alguns homens são superiores a outros, algumas raças são superiores a outras [...]. (Moysés, *op. cit.*, p. 37, 41)

O teste fundamenta-se na concepção de que uma determinada forma de expressão constitui a chave de acesso ao potencial e que deve emergir à vista de quem aplica o teste, pois é necessário que o sujeito faça as tarefas na frente do profissional. Apenas a tarefa eleita pelo pesquisador e realizada em sua presença tem valor. Implicitamente se diz que as informações trazidas pela pessoa não têm valor, afinal, sujeitos-objetos, sujeitos-coisas não sabem o que falam...

Não podemos nos esquecer, é claro, de seus alicerces epistemológicos: o social-darwinismo (responsável pela racionalização da desigualdade, explicada por razões de ordem biológica),

o pensamento eugenista (que buscará selecionar os “melhores”, bem como identificar os “incapazes”), a crença no determinismo biológico (parceiro inseparável do reducionismo, segundo o qual as características de qualquer coisa podem, pretensamente, ser explicadas simplesmente pela somatória das características de suas partes), a concepção positivista de normalidade e o método clínico (que cria categorias abstratas, por precisar distanciar-se das particularidades, da individualidade, na busca pelo repetitivo que permita a classificação)⁷.

E não adianta dizer que isso tudo dependerá do uso que faremos do teste. Não é possível desvincular o teste de suas origens. Como diz a autora (*op. cit.*), usarmos os testes significa adotarmos e difundirmos uma determinada concepção de sociedade e de homens, em que desigualdades são explicadas por defeitos intrínsecos às pessoas e, segundo a qual, a melhoria da sociedade somente poderia ser atingida, no limite, pela segregação — ou eliminação — dos “seres inferiores”.

Foucault (*apud* Moysés, *op. cit.*) nos traz um outro aspecto que também diz respeito aos testes:

O exame combina técnicas da 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. (p. 89)

E como lembra a autora (*op. cit.*), em um jogo ritualístico solicitam-se exames que não comprovam a doença que a criança não tem. *E comprova-se a existência de doenças que as crianças*

⁷ Para um esclarecimento a respeito destes alicerces epistemológicos, recomendamos a leitura do capítulo “Os autos de acusação”, do livro *A institucionalização invisível – crianças que não aprendem na escola* (Moysés, 2001).

não têm, por meio de exames que não comprovam nada (p. 94). Tudo isso em um verdadeiro ritual de acusação, secreto para o acusado, que ‘depõe’ desconhecendo de que e por quem é acusado, desconhecendo as regras do jogo e seus critérios de avaliação, ou seja, depondo sem chance de se defender. Mais uma vez, sujeitos-objetos não precisam saber nada disso: alguém pode saber por ele.

Mesmo não utilizando testes, podemos seguir a mesma lógica, procurando avaliar Renato de outras maneiras. Jogando banco imobiliário⁸, Renato parecia não saber minimamente o que estava fazendo no jogo, comprando imóveis sem critério aparente, tendo dificuldade em contar as notas de dinheiro e o número de casas que deveria andar. Ora, crianças de 13 anos podem ser capazes de jogar banco imobiliário; se Renato não o faz seria por ter, sim, alguma deficiência mental? Mas como explicar as estratégias utilizadas por ele no jogo de dominó? Como explicar sua capacidade em antecipar jogadas, segurar pontas, fazer os outros jogadores passarem a vez e, assim, ganhar várias partidas? Por que jogar banco imobiliário é mais representativo que jogar dominó? Seria por não se tratar de um jogo típico das chamadas “classes populares”, como o dominó? Difícil acreditarmos que em um simples jogo de dominó uma criança pode mostrar o quão inteligente ela é...

Olhares diagnosticadores

Diagnosticar diz respeito à capacidade de distinguir, de discernir. E, para isso, é necessário conhecer. Dessa forma os

⁸ Jogo Banco Imobiliário, da Estrela. Trata-se de um jogo de percurso com dados, no qual cada jogador recebe certa quantia de dinheiro para ser usado na compra de imóveis, localizados em famosos bairros e ruas das cidades de São Paulo e do Rio de Janeiro. Os imóveis são representados pelas casas do tabuleiro. Depois de comprado, passa-se a cobrar aluguel do jogador que cair em um determinado imóvel. Vence quem ficar mais rico, levando os demais jogadores à falência.

defensores dos psicodiagnósticos dizem que realizar um diagnóstico se refere a conhecer: conhecer o que se passa com alguém para que depois se possa decidir no que fazer diante da situação.

Com esta ideia, nosso olhar passa a privilegiar a informação. Precisamos de informações, constantes e constantemente atualizadas. Procura-se um registro clínico de quase tudo: não importa a queixa, cabe investigar todos os campos possíveis. Mas esse olhar não consegue enxergar a produção do doente: enxerga apenas o entrecruzamento de informações (sempre individualizadas e individualizantes). O olhar passa a ser definido, então, pelo cruzamento constante de séries de informações estranhas entre si, não pelo encontro entre o profissional e o paciente.

Informações que permitam o acesso às causas do problema. Mas

[...] não existem causas individuais para os fenômenos da vida, pois eles não são nunca individuais, não são de ninguém. São efeitos que se engendram em uma rede de relações. [...] Os fenômenos são viabilizados nas relações, isto é, agimos diferentemente conforme as relações. (Machado, 1999, p. 146)

E as informações dificilmente dizem respeito às relações nas quais a criança circula.

E para que tanta informação? Com as informações torna-se possível uma categoria para aquilo que a pessoa apresenta. Essa postura, como bem nos fala Adriana Marcondes Machado (*op. cit.*), veicula a falsa ideia de que devemos aprimorar nossos diagnósticos com o intuito de definir melhor o que a criança tem. Mas qual é o foco de nosso trabalho? O que queremos conhecer? As atitudes das crianças? Será este nosso objeto?

Ainda, a clínica hegemônica, diferentemente do que poderíamos imaginar, não é um instrumento para descobrir uma verdade ainda desconhecida. É uma determinada maneira de dispor a verdade já suposta e de apresentá-la para que ela se desvele

sistematicamente: práticas que demonstram mostrando. Usaremos testes (e outras estratégias) para provar cientificamente a anormalidade da qual já desconfiávamos, já tínhamos quase certeza: uma criança, cuja normalidade não esteja em xeque, dificilmente será encaminhada para um psicodiagnóstico...

César foi encaminhado para o atendimento já com um diagnóstico: ele “é” um menino hiperativo. Com quinze anos, toma remédios há mais de cinco. Muitas vezes chegou aos atendimentos com o olhar perdido, com a fala mole, parecendo não saber o que falava, emendando uma história na outra, com muita confusão. As informações trazidas sobre ele parecem estar a serviço da confirmação daquilo que ele tem, de sua “doença”. Com um diagnóstico fechado há tanto tempo, parece restar-lhe agir de acordo com a classificação que recebeu e “botar na cabeça”, como sempre repete sua mãe, tomada de tantas preocupações: “tomar o remédio, meter a cara nos estudos e ser alguém na vida”. Um alguém que sua classificação permita.

Olhares naturalizadores

Sabemos da existência de certos funcionamentos sociais que tomam os sujeitos como objetos-já-dados e, ao não nos perguntarmos da proveniência destes objetos, os naturalizamos. Naturalizando os acontecimentos e os sujeitos-objetos-já-dados, desconsideramos seu caráter histórico, estagnando e normalizando, assim, o processo de produção de relações. Neste processo as diferenças sempre são aprisionadas em um sistema negativo, sendo transformadas em desigualdades (Barros, 1998). Naturalizar significa tornar natural o que é social e tornar individual o que é coletivo, ocultando determinantes culturais, políticos, econômicos, sociais, de gênero... utilizando-se, dentre outros, do eficiente recurso da aparência de conhecimentos científicos.

Nesse processo de naturalização, como bem nos mostra Regina Benevides de Barros (*op. cit.*), nosso olhar passa a perseguir caminhos que ele acredita que irão levá-lo ao começo de tudo: um ponto cego da história que ainda não vê, mas que certamente

um dia verá. A história, vista como uma mera sucessão de fatos, pressupõe um início verdadeiro a ser buscado custe o que custar.

Mas se, ao contrário, acreditamos que os objetos não existam por si mesmos; se entendemos que as práticas são datadas e objetivam seus próprios objetos e que, ao fazê-lo, constroem também modos de subjetivação, nosso trajeto não será o de procurar as origens, visto que não há ponto primeiro (nem último), mas apenas pontos de ruptura, de bifurcação, de produção desses objetos-sujeitos. A história é, neste caso, a da desconstrução — das certezas e verdades cristalizadas — e a da construção — dos sujeitos-objetos em questão —, a partir das forças que os constituíram, admitindo-se a dispersão onde se supunha unidade e identidade. (*Barros, op. cit.*, p. 20)

Como esse processo de naturalização nos aparece? Aparece-nos na deficiência de Renato, que existe por si só e não tem nada a ver com práticas e com formas de olharmos para ele, aparece no diagnóstico cientificamente comprovado de César, na busca pela origem do não fazer de Robson, na tentativa de se “vender” um diagnóstico sobre as dificuldades de Tiago e em tantas outras cenas cotidianas de que, muitas vezes, nem nos damos conta, tão naturalizadas que estão...

NOVOS OLHARES — OLHARES OUTROS

Foucault (2006) nos mostra como se deram certos reajustes na história do olhar clínico: mudanças conceituais importantes aconteceram, sem contudo conseguir operar verdadeiras rupturas epistemológicas. E, sem essas rupturas, nosso olhar continua e continuará a trazer em si elementos de todos os olhares que o precederam, aos quais temos severas críticas. O que pudemos acompanhar nas propostas de construção de novos olhares foi que essas acabaram por representar apenas pequenas mudanças que intensificam cada vez mais o “velho” e ainda tão presente olhar clínico hegemônico.

Essa persistência parece articular-se com o fato do corpo ser, como definiu Foucault (2005; 2007), uma realidade biopolítica, o que torna a medicina e as demais ciências da saúde estratégias biopolíticas, cujo objetivo é vigiar, controlar, regulamentar, enfim, gerir por meio de estratégias de governo sobre a vida, sobre os seus modos de organização. E tais estratégias, nas quais as condutas passam a ser conduzidas, buscam a manutenção e a ampliação da utilidade, produtividade e da docilidade, não apenas de corpos, mas também da população, do corpo-espécie.

Neste sentido, a medicina (e as demais ciências da saúde) vem desde seu início estendendo sua normatividade a praticamente todas as áreas da vida humana, da saúde à doença, colocando-se como capaz de resolver os problemas que afligem a vida e, ainda mais, apontando para um futuro em que esses problemas não mais existirão, graças à sua atuação.

Por esse processo, denominado medicalização, têm-se transformado praticamente todos os problemas da esfera da vida humana [...] em questões de ordem biológica, individual, portanto inerentes ao campo de atuação médica. (Moysés, 2001, p. 84)

Como ciência, e como uma ciência que muito se utiliza da lógica médica, a psicologia tem também esta tendência em fazer coincidir seu espaço com todo o espaço social, procurando atravessá-lo e ocupá-lo de forma plena. Todas as relações dos homens passam a ser tomadas por objeto próprio à psicologia. Seguindo este raciocínio, nos competiria tratar de praticamente todos os assuntos: se eles partem de um corpo subjetivo, psicológico, serão também olhados como algo psicológico (e abstrato, genérico). Nesse processo de psicologização da vida, da mesma forma que o processo de medicalização, questões coletivas são transformadas em questões individuais e questões sociais são transformadas em questões biológicas.

Isto posto, fica-nos uma questão: o que isso tudo tem a ver com o que estamos fazendo no serviço de Orientação à Queixa Escolar? De que forma lidamos com tudo isso que procuramos denunciar? Indo mais adiante: em que instituições se instrumentam nossos trabalhos? Como habitamos essas instituições? Como habitamos a instituição Olhar Clínico⁹?

Para isso utilizaremos, assim como Maria Angela Santa Cruz (1997), ideias da Análise Institucional. Clínica diz respeito a uma prática social e, como tal, é uma instituição datada, instruída pela prática médica como uma forma de conhecimento singular do indivíduo doente, a partir do final do século XVIII. A autora considera que nomear a clínica como uma instituição de modelo médico cumpre um importante papel ao diferenciar o conceito de instituição da noção de estabelecimento. Uma instituição é concebida, pela Análise Institucional, como

[...] efeitos de práticas sociais historicamente produzidas, ou seja, formas que produzem e reproduzem as relações sociais e se instrumentam em estabelecimentos ou dispositivos. Neste sentido, tomar a família, a criança, a loucura, o público, o privado, a clínica, dentre outros, como práticas instituídas, é interrogar que redes de articulação estabelecem entre si, que campos de saber/poder se diagramatizam por estas articulações, que formas de subjetivação daí emergem. (Barros *apud* Cruz, *op. cit.*, p. 44)

Isso nos conduz a questionarmos os efeitos desse modelo hegemônico na clínica que nos propomos a fazer. Cruz (*op. cit.*) resume bem alguns destes efeitos, também tratados ao longo do

⁹ Perguntas inspiradas em questionamentos feitos por Adriana Marcondes Machado na mesa-redonda “Construindo o diálogo psicólogos-educadores no atendimento a crianças e jovens com queixa escolar”, no III Encontro Interinstitucional de Atendimento à Queixa Escolar, ocorrido em outubro de 2006.

presente texto. Os olhares hegemônicos fazem calar aquilo de que é preciso fazer falar, naturalizam o sofrimento psíquico, expropriando do sujeito a possibilidade de produzir saberes sobre si e sobre suas condições de existência, tamponam angústias que poderiam movimentar mudanças:

[...] o sintoma poderia ser pensado como um sinal de crise num território existencial que se cristalizou e que está em vias de se desmanchar. O tamponamento da angústia produzida nesse processo reconduz os sujeitos ao mesmo, à identidade, à “normalidade”. (p. 47)

Esses olhares ainda individualizam e privatizam o sofrimento fazendo com que, segundo a autora, este tipo de clínica se constitua como

[...] um poderoso dispositivo de controle social, na medida em que se constitui como um dos agentes do modo de produção de subjetividade hegemônico que é o modo indivíduo de ser gente. (p. 47)

Falar em modos de produção de subjetividade ou em processos de produção de subjetividade implica em pensarmos a subjetividade como algo maquínico, que é construído, que não é um já-dado, nem um em-si, mas que é fabricada nas grandes máquinas sociais, midiáticas, linguísticas... A subjetividade equivale a certo modo de funcionamento não estrutural, uma forma. (Guattari; Rolnik, 2005). O indivíduo, tal como o concebemos hoje, é resultado de um longo processo de fabricação de certo tipo de subjetividade, produzido entre os séculos XVII e XVIII e que marca, até hoje, nossos saberes e práticas.

O modo-indivíduo é produzido pelo capital a serviço do capital; é um efeito-capitalismo, isto é, produz-se junto, é essencial na produção deste sistema sociopolítico, há uma continuidade

entre o sujeito e este. E como modo dominante, o modo-indivíduo faz prevalecer certas relações de poder-saber que produzem objetos-sujeitos, necessidades e desejos: são produzidos indivíduos serializados, anônimos, normalizados, articulados uns aos outros segundo sistemas hierárquicos, de valores e de submissão; universaliza-se o psiquismo, normatizam-se e patologizam-se outros modos de viver (Barros, 1998).

Serialização, anonimato, normalização, hierarquia, submissão, universalização/generalização, patologização... palavras bastante comuns no olhar/discurso clínico hegemônico. Coincidência?

De forma alguma. O que podemos observar é que o modo-indivíduo conforma o olhar clínico, que conforma o modo-indivíduo. Isso nos leva a um importante questionamento: que modos de subjetivação têm sido operados pelas diferentes clínicas *psi*? Que processos de produção de subjetividades têm sido operados pelo serviço de Orientação à Queixa Escolar?

Devemos saber que toda e qualquer prática clínica produz efeitos de subjetivação. A clínica, neste sentido, é um dispositivo social privilegiado no processo de produção de subjetividade, por operar o tempo todo na subjetividade. Assim sendo, que processos de produção de subjetividades queremos produzir? Lembremos de que esta é uma questão ética e política, não uma questão meramente técnica ou teórica (Cruz, 1997).

Torna-se necessária, dessa forma, uma subversão mais radical, do próprio olhar: do foco de nosso olhar e do olhar sobre si próprio. É necessário constituirmos um olhar que nos possibilite sair do lugar de “decifradores” (afinal, não há verdades a serem apreendidas) e ocupar o lugar de “conectores”, “plugadores”, que se volte para processos e para o que estes dizem de certos modos de funcionamento social, econômico, político, institucional... um olhar que possa ser um gerador de desindividualização. Sem interpretar, sem que se procure, a qualquer preço, um definido oculto, um possessivo, um pessoal atrás dos indefinidos; sim, um

olhar que procure experimentar, isto é, entrar em contato com movimentos de fluxos, que pergunte o que está se passando naqueles modos de subjetivação, abrindo passagem para outras conexões, para movimentos capazes de operar rupturas, transmutações de valores, de saberes, alterando os processos hegemônicos de subjetivação em curso (Barros, 1998). Enfim, um olhar que produza acontecimentos¹⁰.

Com isso, que continuemos a inventar espaços onde seja possível e necessário (re)aprendermos a olhar. Olhar o que o outro sabe, tem e pode. Enfim, olhar o que acontece, o que se afirma, de forma a podermos nos adequar a expressões, valores e gostos, ao invés do outro ter de adequar-se àquilo que sabemos e queremos perguntar (Moysés, 2001). Precisamos dessa invenção. É necessário que possamos nos arriscar na criação de novas práticas psicológicas, problematizando a produção de relações autoritárias e naturalizadas que individualizam os sujeitos. Essa invenção implica criarem-se outras sensibilidades e outros modos de estar no mundo.

Implica também a criação de novos conceitos que, como ferramentas, possam ir desconstruindo verdades, desnaturalizando práticas e saberes e possibilitem outros modos de pensar-agir, outros processos de produção de subjetividades (Monteiro, 1997). Quando criamos novos conceitos, devemos ter em mente o que eles irão fazer, o que eles colocarão em funcionamento. O conceito de queixa escolar, por exemplo, nos convida a avaliar (necessariamente) sua produção histórica, coletiva, o que implica em buscarmos o quanto é possível alterarmos essa produção, afetando os fenômenos nos quais ela vai se viabilizando, dominando. Nosso objeto passa a não ser mais a criança, suas dificuldades, suas deficiências, mas sim o território no qual se dá esta produção; interviremos, então, sobre os fenômenos. (Machado, 1999).

¹⁰ Acontecimento na concepção foucaultiana, isto é, aquilo que rompe a linha do tempo.

Entendo que o serviço de Orientação à Queixa Escolar possa ser um destes espaços que vêm tentando fugir às práticas que procuramos denunciar ao longo deste texto, ao mesmo tempo em que tenta criar novos conceitos. E nessas tentativas desenvolvidas no serviço, esbarrar em práticas que tanto queremos combater — como na individualização de queixas ou no risco de se estabelecermos relações hierárquicas, coisificando sujeitos, sem que possamos estar atentos a singularidades — não é um imprevisto, e sim processo de nosso trabalho. Ao esbarrarmos nessas práticas podemos manter nossa atenção aos processos de individualização de sofrimentos, de doenças. Esbarrando nessas práticas podemos ver a força de funcionamentos sociais produtoras de individualizações, o que permite que nos mantenhamos em uma batalha a ser continuamente enfrentada. Que recusemos essas práticas produtoras de assujeitamentos. Que continuemos a tentar recusá-las. E que Gilles Deleuze finalize, falando sobre a importância dessas tentativas:

Acreditar no mundo é o que mais nos falta; perdemos o mundo; ele nos foi tomado. Acreditar no mundo é também suscitar acontecimentos, mesmo que pequenos, que escapem do controle, ou então fazer nascer novos espaços-tempos, mesmo de superfície e volume reduzidos [...]

É no nível de cada tentativa que são julgadas a capacidade de resistência ou, ao contrário, a submissão a um controle. São necessários ao mesmo tempo, criação e povo. (Deleuze *apud* Cruz, *op. cit.*, p. 48, e Moysés, 2001, p. 258)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, R. D. B. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. 1994. Tese (doutorado). Pontifícia Universidade Católica. São Paulo.
- CRUZ, M. A. S. A clínica e seus efeitos na subjetividade. *Subjetividades Contemporâneas*. Instituto *Sedes Sapientiae*, São Paulo, ano 1, v. 1, p. 43-49, 1997.
- FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976 . In: *Em defesa da sociedade*. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 285-315.
- _____. *O nascimento da clínica*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- _____. Direito de morte e poder sobre a vida. In: *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 18ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007. p. 145-174.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- MACHADO, A. M. Avaliação psicológica na educação: mudanças necessárias. In: TANAMACHI, E.; SOUZA, M. P. R.; ROCHA, M. L. *Psicologia e Educação: desafios teórico-práticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, p. 143-167.
- MONTEIRO, M. Z. Afinal, de que subjetividades estamos falando? *Subjetividades Contemporâneas*. Instituto *Sedes Sapientiae*, São Paulo, ano 1, v. 1, p. 26-27, 1997.
- MOYSÉS, M. A. A. *A institucionalização invisível: crianças que não-aprendem-na-escola*. Campinas: Mercado de Letras; São Paulo: Fapesp, 2001.