

# Entre o remédio e o corpo inquieto: de qual infantil falamos?

**Cristiana Carneiro'**

## Resumo

Tendo como temática a medicalização na educação, embasado na psicanálise freudiana, o presente trabalho visa a promover uma reflexão sobre as estratégias medicalizantes de educadores quanto a um aluno dito inquieto, ocorridas ao longo de um estudo de caso. Parte da hipótese que tanto o ideário de infantil do adulto educador quanto o de corpo podem estar articulados a um discurso que compreende a inquietude sobretudo por um viés que reduz a compreensão de comportamentos ao uso/não uso do medicamento. Apresenta, como possível resultado, os efeitos na relação adulto-criança que as concepções medicalizantes ensejam: individualização, redução da compreensão ampliada e relacional da questão, patologização do comportamento e desresponsabilização da escola.

**Palavras-chave:** Medicalização. Educação. Infância. Corpo. Psicanálise.

## I Introdução

Apesar de haver no Brasil, no campo das políticas públicas, iniciativas que vão num sentido contrário às práticas medicalizantes, sendo uma delas a resolução sobre práticas não medicalizantes do Conselho Nacional de Saúde de 2015, ainda vemos poucas ressonâncias dessas diretrizes no cotidiano das escolas (CONNAS, 2015). A Resolução nº 177 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA)<sup>2</sup>, do mesmo ano diz:

- 1 Psicanalista. Pós-doutora Sorbonne Paris VII. Professora Associada da Faculdade de Educação e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Coordenadora do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Intercâmbio para a Infância e Adolescência contemporâneas (NIPIAC), disponível em: [www.nipiac.ufrj.br](http://www.nipiac.ufrj.br) Coordenadora do GT da ANPEPP – Psicanálise e Educação.
- 2 Cf. Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade, disponível em: <http://medicalizacao.org.br/resolucao-do-conselho-nacional-da-saude-csn-para-a-promocao-de-praticas-nao-medicalizantes/>



**Direito autoral e licença de uso:** Este artigo está licenciado sob uma Licença Creative Commons. Com essa licença você pode compartilhar, adaptar, para qualquer fim, desde que atribua a autoria da obra, forneça um link para a licença, e indicar se foram feitas alterações.

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização, em especial no que concerne às questões de aprendizagem, comportamento e disciplina.

Parágrafo único. Para os fins desta Resolução, define-se excessiva medicalização como a **redução** inadequada de questões de aprendizagem, comportamento e disciplina a patologias, em desconformidade com o direito da criança e do adolescente à saúde, ou que configure negligência, discriminação ou opressão. (grifos nossos). (RESOLUÇÃO, 2005, [s. p.]).

Seguimos apontando a palavra supracitada redução, acreditando que é justamente por uma redução de questões mais complexas a uma causalidade única, geralmente ligada a um discurso biologizante que práticas medicalizantes acabam sendo gestadas ou reafirmadas na escola. Mas como esse discurso está sendo criado e/ou reafirmado pelos educadores? Que aspectos poderiam contribuir/endossar essa lógica? Tais questões nos parecem fundamentais para se refletir, em nível micropolítico, nas razões possíveis da dificuldade de implantação de práticas não medicalizantes.

Hipotetizamos que tanto o ideário de infantil do adulto educador quanto o de corpo podem estar articulados a um discurso que compreende a inquietude, sobretudo pelo viés da patologia. Nesse sentido, embasado na psicanálise, o presente texto visa a promover uma reflexão sobre diferenças na aceção de infantil e corpo e sua possível influência na percepção e compreensão da criança pelo adulto que a educa. Parte de um caso onde o discurso dos educadores sugeria a redução do comportamento do aluno a questões quanto ao uso/não uso do medicamento.

Os extratos de falas escolhidos para o presente trabalho se inserem em uma pesquisa maior, ligada ao Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Intercâmbio para a Infância e Adolescência Contemporâneas (NIPIAC) que mapeou outras estratégias de professores diante dos alunos ditos inquietos e desatentos<sup>3</sup>. No entanto, aqui elegemos aquelas mais afeitas ao que se chama de um discurso medicalizante, justamente porque, nesse referido caso, ele foi preponderante. A pesquisa maior, um estudo de casos múltiplos, teve como foco cinco crianças/adolescentes encaminhadas da escola a um serviço de saúde mental, mais especificamente ao Serviço de

---

3 A pesquisa contou com parceria da Universidade Federal Fluminense (UFF) por intermédio da professora Luciana Gageiro Coutinho.

Psiquiatria da Infância e Adolescência da Universidade Federal do Rio de Janeiro (SPIA-IPUB), que foram acompanhadas durante dois anos pelo projeto por duas coordenadoras psicanalistas e professoras de pós-graduação e oito alunos da graduação de psicologia e de pedagogia, além de uma técnica em assuntos educacionais da UFRJ. Cabe dizer que, entre esses alunos, havia bolsistas de iniciação científica e também bolsistas de extensão. O discurso referente ao mal-estar na escolarização foi analisado a partir de quatro grandes eixos: criança/adolescente, família, escola, especialistas (CARNEIRO, 2018). Ouvimos e intervimos com pais, médicos, professores e as próprias crianças e adolescentes ao longo de 2013 e 2014 a partir de visitas às escolas com observação participante, reuniões com especialistas e famílias, entrevistas clínicas. Dentro de cada grande eixo analítico (família, escola, sujeito, especialista), o material que se produziu durante os dois anos de campo foi extenso. Todos os participantes assinaram termo de consentimento esclarecido e a pesquisa teve o aval do comitê de ética da Universidade Federal Fluminense com CAAE 28671414.1.0000.5243 e número de parecer 789.946. Em 2015 e 2016, a análise das pesquisadoras se deu no *a posteriori* e gerou diferentes produtos (CARNEIRO, 2015, CARNEIRO *et al.* 2018; COUTINHO; MAGALHÃES, 2018). É importante ressaltar que, nesse artigo, pelo recorte da temática, foi priorizado o discurso de educadores, já que se pretende pensar as concepções de infantil no discurso dos adultos; no entanto, é possível ouvir mais sobre as vozes das crianças em outros trabalhos (CARNEIRO *et al.* 2018; COUTINHO; MAGALHÃES, 2018).

## 2 Sobre Paulo

Paulo, pseudônimo que ora lhe conferimos, era um gracioso menino de oito anos, muito inteligente e perspicaz, que fez parte de nossa pesquisa nos anos de 2013 e 2014. Seu principal passatempo, nas horas vagas da escola, era a leitura de gibis. Embora indo bem no aprendizado escolar e terminando muito antes da turma os trabalhos solicitados, fazia uso de remédio (Cloridrato de Metilfenidato) havia tempo. A criança já tinha um longo histórico de idas a especialistas. Segundo informações contidas nos relatórios de visita e nos prontuários anexados ao caso, Paulo nasceu em 2004. Ele deu entrada no Instituto de Psiquiatria em 2012, quando somava oito anos de idade. O menino já havia feito um tratamento no

Hospital da Lagoa, e estava sendo medicado com Ritalina® desde 2011 (tinha entre 6 e 7 anos). Esse remédio é um dos nomes comerciais do Cloridrato de Metilfenidato, estimulante do sistema nervoso central, usado nos casos do chamado Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno Hipercinético e Narcolepsia. No prontuário, datado de 24 de maio de 2012, consta que a primeira queixa sobre ele aconteceu quando tinha 13 meses, proveniente da creche onde frequentava, porque “*escalava as coisas e era inquieto*”. Paulo tinha três anos quando

*[...] começaram as reclamações de que agredia os colegas e acordava as demais crianças. [...] Aos seis anos foi ao neurologista, que lhe prescreveu Ritalina® com grande melhora inicial no rendimento escolar e no comportamento”. (Prontuário do IPUB, 24/05/2012).*

No ano de 2013, quando a pesquisa-intervenção teve início, Paulo cursava o 4º ano do Ensino Fundamental numa creche – escola da Zona Sul do Rio de Janeiro. O aluno frequentava a escola em período integral: pela manhã fazia reforço escolar, e à tarde escolarização regular, esportes e aulas extras. Tratava-se de um grupo comunitário fundado em 1985, que começou suas atividades apenas atendendo crianças de zero a cinco anos, e passou a oferecer escolarização até o 5º ano do Ensino Fundamental. Paulo ingressou naquela instituição no 1º ano do Ensino Fundamental, em 2010.

O fato é que, na pesquisa, durante os dois anos de acompanhamento de Paulo na escola, na família e com especialistas, foi possível notar uma forte adesão dos educadores a um discurso medicalizante sobre ele. Medicalizar um fenômeno escolar significa reduzir sua discussão sociopolítica, que envolveria uma ampla gama de saberes, ao discurso médico. Sabemos das condições muito adversas do professorado na atualidade e de sua função ímpar nas ações educativas, o que nos leva a também delinear a importância de uma reflexão crítica do lugar do educador na manutenção, no incentivo ou na resistência à lógica medicalizante.

A ampla difusão dessa lógica no cotidiano não só acarreta uma série de práticas, por exemplo, a amplificação do diagnóstico feito por não médicos – como demonstra sua centralidade. O saber-poder médico, como bem nos mostrou Foucault (1984), ganhou um palco privilegiado nos discursos

sobre o humano a partir do século XIX. Gori e Del Volgo (2005), retomando Foucault, vão mostrar como, para além de uma privatização do sociopolítico, há toda uma visão de mundo que passa a gerir as significações de corpo, de saúde e doença. A saúde passa a ser entendida como um bem, um direito, e acarreta todo um discurso de deveres. O importante a ressaltar é que, na leitura medicalizante da existência contemporânea, dois aspectos do humano desaparecem ou ficam absolutamente esmaecidos: seu valor subjetivo, seu cuidado de si e sua função política (GORI; DEL VOLGO, 2005, tradução livre).

Numa compreensão da existência onde o aspecto biológico é tido como soberano, a experiência perde em densidade e historicidade visto que a causa de determinado estado ou comportamento passa a ser localizada num mau funcionamento orgânico, por exemplo. O corpo/organismo, nesta forma discursiva objetivante de compreensão da experiência humana, iria num sentido contrário de o compreender como histórico e relacional. Indo nessa direção, no caso de Paulo por exemplo, encontramos um discurso que associava seu comportamento de forma quase direta ao uso/não uso do medicamento, como se o comportamento fosse predominantemente ligado a um funcionamento/disfuncionamento orgânico. Podemos ler:

*As orientadoras trouxeram a questão da melhoria significativa de Paulo quando medicado. A psicopedagoga Nilda informou que ele era “agitado”, “não se acalmava”, “passava por mim e não me via”; entretanto, após algum tempo, ela percebeu que Paulo a cumprimentava e ela o questionou se ele estava tomando algum medicamento, e ele afirmou que “sim”. (Relatório de observação – Paulo, 10 anos, 31/07/2014).*

No decorrer dessa conversa, fica clara uma associação entre não cumprimentar (não tomou remédio) e cumprimentar (tomou remédio). “Passou por mim e não me viu” como se isso fosse resultado da não ingestão do medicamento.

Nessa mesma ida da aluna de iniciação científica *à escola*, a partir de seu diário de campo, podemos ler sobre o discurso da diretora algo que pareceu apontar para a mesma acoplagem entre medicamento-comportamento:

*A diretora achou que ele estava sem remédio, porque achou o comportamento dele muito retraído; disse que, se ele estivesse no estado normal, iria nos fazer muitas perguntas.*

*Mas ele estava tímido, não falou nada, apenas nos olhou e nos cumprimentou cordialmente. (Relatório de observação – Paulo, 10 anos, 31/07/2014).*

Nessa escola, mais especificamente, certa de leitura dos comportamentos de Paulo, associando-os ao uso/não uso do medicamento, parecia ser uma tônica. Talvez porque não pudesse falar do seu mal-estar diante da situação difícil, ou talvez nem percebesse seu próprio mal-estar, a educadora “soubesse” prontamente que o remédio melhorava. Nesta fala, o remédio parece estar no controle. Hipotetizamos, de início, que o fato de sermos pesquisadoras ligadas ao instituto de psiquiatria poderia ter, transferencialmente, impactado na forma discursiva, num sentido de “nos ajudarem” a acompanhar o uso do remédio. No entanto, ao longo dos dois anos, a partir de intervenções diversas e em diferentes contextos, podemos considerar que, nessa escola, comparativamente às outras que também estavam sujeitas a esse fato, um discurso medicalizante circulava nos diferentes espaços da instituição de uma forma mais generalizada.

Foi também nessa escola, que a entrada das pesquisadoras teve um matiz particular, visto que foi a única, dentre as outras quatro da pesquisa, que exigiu manter segredo quanto ao papel da integrante da pesquisa em sala de aula.

Logo na primeira visita da aluna de iniciação científica que foi à escola para acompanhar esse caso, lemos no diário de campo:

*A professora Giovana me disse que ele é um menino extremamente inteligente e não teve nenhum problema de comportamento; lê gibis em todo momento livre e seus trabalhos estão sempre além do que é pedido. A professora teve que sair e continuei na sala com Maíra, que falou novamente sobre o remédio. Ela disse que a psicopedagoga da escola tinha ficado preocupada em ter alguém dentro da sala de aula e achava melhor Paulo não saber o motivo da minha visita na sala de aula. (Relatório de observação – Paulo, 9 anos, 25/03/2013).*

Essa postura de não saber e enganos acabou tendo suas consequências e o grupo de pesquisa precisou intervir, já que o menino, de forma muito inteligente, nos disse saber muito bem que a pesquisadora era “uma espionna” [sic]. O que levaria uma especialista a querer sustentar uma mentira ou o não dizer diante de uma criança? O que poderia corroborar para que as educadoras aparentemente acreditassem na supremacia do remédio como determinante de comportamentos?

*A diretora relatou que o aluno entrou na escola alfabetizado e já apresentava uma inquietude. Com o decorrer do tempo, começaram a aparecer atitudes como: correr pela sala, subir nos armários e não conseguir sentar para fazer as atividades dadas pelo professor. Maira (diretora) também enfatizou a melhora de Paulo depois da medicação, dizendo que ele melhorou 100% e que não consegue imaginá-lo sem o remédio. (Relatório de observação – Paulo, 9 anos, 25/03/2013).*

Se o desempenho de Paulo na escola era excelente, e a professora de referência não se queixava dele, causava-nos muita surpresa as constantes reafirmações feitas pela psicopedagoga e pela diretora sobre os benefícios do remédio. Uma criança que corre, que sobe, que se mexe muito, é portadora de patologia? Se a inquietude de Paulo não interferia em seu desempenho ante o estudo, os conteúdos, as tarefas a realizar, a quem incomodava e por que era compreendida como doença?

Para além do trabalho árduo e do cansaço dos educadores, acreditamos ser fundamental questionarmos qual concepção de infantil poderia estar subsidiando essas ações e entendimentos. Hipotetizamos que as diferentes concepções de infância e do que é infantil não são neutras e, inequivocamente, influenciam as práticas. É, então, o lugar do adulto diante da criança, enquanto potencializador de discursos patologizantes – ou fazendo resistência a eles – que nos interessa questionar.

## 2.1 Adulto, aquele que superou o infantil?

Se crianças existiram desde os primórdios do *homo sapiens*, foi apenas a partir do século XVII que algo mais próximo à infância como a concebemos hoje começou a tomar forma (ARIÈS, 1981). Os subsequentes dois séculos aprofundaram e deram subsídios para o século XX assistir à proeminente consolidação da infância, sendo referido como o século de ouro da infância (CAMBI, 1999). Neste referido século, afirmou-se definitivamente a ideia da infância como momento específico e diferenciado do adulto, onde a particularidade do ser criança deveria ser trabalhada e resguardada como direito. Mais ao final do século XX e início do XXI, num movimento de sentido contrário, surgiram preocupações sobre o possível desaparecimento da infância calcadas, sobretudo, na diminuição das diferenças entre criança e adulto promovidas pelas mudanças tecnológicas e da cultura de consumo (CASTRO, 1997; POSTMAN, 2005).

O que podemos ver, tanto na consolidação da infância quanto na etapa da vida, ou mesmo nos questionamentos sobre seu possível desaparecimento, é que o adulto foi sempre um certo ponto de diferenciação e comparação naquilo que estabelecemos chamar de infância.

Afirmamos, com Castro (1997), que os sentidos da infância são produzidos a partir das construções discursivas e relacionais nos diferentes momentos e contextos. Nessa construção, vemos que a infância se escreve a partir de diferenciações, na maior parte das vezes em relação aos adultos. A posição que ela ocupa neste campo de diferenciações não é neutra, mas marcada sempre por um jogo de forças. Em geral, o que pode ser observado nesse jogo de forças, é que muitas vezes a infância ocupa um lugar de invisibilidade (QVORTRUP, 2014).

No marco da construção da infância, as ciências psicológicas nasceram com o intuito de incentivar a tendência para o desenvolvimento final, tendo no homem adulto racional, maduro e branco seu modelo central. O que se intentava nas concepções de desenvolvimento promovidas pelas ciências psicológicas era aperfeiçoar o indivíduo ao longo do contínuo temporal. O que significava dizer que, olhando para a história coletiva, a compreensão era de que o homem *primitivo* tinha, ao longo do tempo, sido suplantado por um homem melhor, na história individual; então, a criança, mais primitiva também, deveria ser suplantada por um ser mais evoluído: o adulto (CARNEIRO, 2002). Portanto, caminhava-se nessa continuidade temporal do menos para o mais, o que correspondia a uma representação paralela do pior para o melhor. Primitivo, primeiro, era dessa forma “menos”, e quanto mais distante temporalmente desse marco de origem, mais evoluído, melhor. Se a criança se situava no início dessa linha temporal, o púbere deveria ser “um pouco melhor” que a criança, mas *ainda* não era o adulto. Como diz Castro (1997, p. 27) “[...] os saberes científicos emergentes trataram, assim, de descrever e explicar e sistematizar os desdobramentos filo e ontogenéticos como uma evolução”.

A passagem do tempo, numa visão evolutiva, garantiria um distanciamento do “primitivismo infantil”, porque “a natureza humana” tenderia para a evolução. Esse primitivismo atribuído à infância estava ligado à ideia de estado de natureza, de algo incontrolável, bestial, animalesco. Nesse



sentido, o controle a ser exercido se fazia na direção de dominar essa natureza primitiva. Nesta ótica, a infância vista sob a perspectiva do adulto representava um lugar a ser ultrapassado (CASTRO, 2013).

Numa lógica mais evolutiva e desenvolvimentista, de superação do infantil, muitas vezes se definem os momentos certos, os tempos previstos, as aquisições desejadas como não só produtos esperados mas pré-requisitos para as etapas subsequentes. Muitas vezes, essa lógica universalizante exclui o contexto e o próprio sujeito da produção de determinadas ações. Numa espécie de ilusão psicopedagógica (LAJONQUIÈRE, 1999), acredita-se na possibilidade e necessidade de ajustar e adequar a intervenção adulta às capacidades e habilidades da criança, de tal forma que um bom método *per se* redundaria em boas aprendizagens.

No afã de saber sobre a infância, os saberes especialistas também cunham um lugar de invisibilidade que se coaduna a um silenciamento da voz da criança, que passa a ser explicada, compreendida, definida e falada através do adulto. A infância passa a ser pensada como um tempo de desenvolvimento, um objeto de interesse científico. Algo de paradoxal se estabelece, já que, ao mesmo tempo em que o objeto infância ganha visibilidade e as crianças enquanto suas signatárias passam a ser alvo de interesse, é sempre um adulto que diz saber sobre elas. O adulto é tanto seu porta-voz quanto o modelo a se atingir.

No caso de Paulo, por exemplo, retomamos nosso questionamento quanto à inquietação compreendida como patológica. Estariam as educadoras norteadas por um certo ideário de infância onde com tal idade (oito anos) a criança já deveria passar boa parte do tempo sentada? Tal questionamento apontaria para uma espécie de defasagem do menino, que talvez por motivos orgânicos, estivesse menos quieto que os demais. Se essa hipótese procede e a lógica era essa, temos o medicamento como a melhor saída e o comportamento inquieto como resposta a um problema individual do aluno.

Por que hipotizamos que essa visão de infância mais universalizada e primitiva poderia subjazer ao discurso das educadoras? Justamente porque, em nenhuma das intervenções ocorridas durante dois anos, houve algum questionamento sobre o possível papel da escola na produção da

inquietude. Como acompanhávamos o aluno em seu cotidiano, era possível notar, por exemplo, que várias atividades eram consideradas fáceis por ele, o que o fazia ter que ficar esperando o restante da turma acabar as tarefas. Poderia o tédio interferir na inquietude? Fato é que, em nenhum momento, o discurso da psicopedagoga e da diretora incluíram a escola, a família e o desejo da criança como partícipes da quietude/inquietação. Se, por um lado, sempre haverá um certo não querer saber do adulto em sua relação com a criança, por outro a “insistência” nesse não querer saber não será sem consequências para a criança (LAJONQUIÈRE, 2019). As falas que associam o comportamento de Paulo diretamente ao uso do Cloridrato de Metilfenidato excluem a pensabilidade da relação adulto-criança e contribuem para um discurso de apagamento subjetivo em prol de regulações neurobiológicas. A centralidade do discurso era conferida àquilo que externalizava seu corpo. Geralmente, o comportamento percebido era explicado por uma relação ao uso/não uso do medicamento. Podemos ler, dessa vez incidindo também sobre o discurso da professora:

*Semana passada ele estava agitado, não conseguindo se concentrar nos trabalhos, com rendimento baixo. Nessa semana, ele estava sem medicação. Cheguei a enviar um recado para mãe, que não respondeu. (Relatório de observação Paulo, 9 anos – 27/05/2013).*

A associação tão rápida entre rendimento baixo (apenas naquela semana? No geral não havia problemas de rendimento) e não uso do medicamento poderia apontar para uma espécie de compreensão unicausal do comportamento, esmorecendo tantas outras possibilidades intervenientes.

Em uma pesquisa sobre estratégias de educadores para identificação e intervenção sobre o chamado TDAH realizada numa escola pública do sul do Brasil, Martinhago e Caponi (2019) relatam que, quando perguntaram aos professores se haveria algum plano ou política na escola para trabalhar com essas crianças, foi quase unânime a resposta de que seriam enviados aos dispositivos de saúde. Indo num sentido já apontado por Collares e Moisés (2015), as autoras relatam que, muitas vezes, a escola não se posiciona no sentido de atender esse tipo de alunado, mas se coloca como vítima do aluno inadequado, justamente minimizando o papel da instituição escolar também na sua produção.

Na compreensão que rapidamente associa comportamento à remédio, ou não aprendizagem à transtorno, pode-se refletir no conseqüente lugar do educador. Como apontam Guarido e Voltolini (2009, p. 257) a entrada do remédio e da atribuição da não aprendizagem ao orgânico “[...] se dá exatamente ali no lugar antes reservado ao professor, ou seja, não é o professor ‘mais’ o remédio, senão que o remédio ‘menos’ o professor”.

Lima (2005, p. 14) também aponta para uma mudança contemporânea: “[...] onde o critério de normal ou normativo se remete quase exclusivamente aos padrões biológicos e aos predicados corporais”. A subjetividade passa a ser vinculada à superfície corporal, “externalizada” ou “somatizada” como no caso do TDA/H (LIMA, 2005).

Para os psicanalistas, os diferentes imaginários pedagógicos podem nos dizer sobre os sonhos e as experimentações do mundo adulto em sua relação com a criança (LAJONQUIÈRE, 1999). Relação jamais neutra e isenta de conflitos, portanto que põe em xeque um certo ideário de aluno ideal, ou de professor “bem formado”, no sentido ilusório de uma supressão do infantil e do desejo que o habita.

A criança que Freud inaugura, antes de tudo, é um corpo; mas, é um corpo que não consegue fazer a aprendizagem definitiva da satisfação, que não consegue reger seu prazer segundo as vias previstas pelo “Outro” (sempre é muito pouco, ou demais, ou não é assim); em suma, é um corpo ineducável, que faz fracassar todas as ideias recebidas sobre uma progressão harmoniosa (CALASTRE, 1991).

## 2.2 Um infantil não suplantado

A psicanálise inaugura, então, uma nova infância, que seria aquela para além do vivido de uma criança, já que nessa teoria entende-se o infantil como cerne também do adulto. Assim, não se trata da suposta infância cabalmente ultrapassada pelo adulto, mas de uma infância que resta, permanecendo no adulto através do desejo infantil (CARNEIRO 2015). Seria a infância que não sabemos, mas que está em nós e que, através de seus efeitos, deixaria marcas. Uma infância não lembrada, mas não eficazmente esquecida também. Fazer esta infância falar seria, então, um dos motes da psicanálise. “Esse outro que não (se) foi é objeto de *recalque* e de *retorno* e,

assim, torna-se nosso estranho familiar. É o infantil que nos habita, depois da infância, para todo o sempre” (LAJONQUIÈRE, 2010, p. 207). É a partir desse contexto que Freud pensa a sexualidade como sempre referida ao infantil.

Ao postular a existência da sexualidade infantil e sua importância, Freud ([1905] 1980) rompeu com uma visão que associava sexualidade à puberdade. Nesse sentido, a sexualidade não seria uma prerrogativa do púbere e posteriormente do adulto, mas já estaria posta desde a infância e, ainda mais, a sexualidade infantil seria uma matriz fundamental do sujeito ao longo de toda a sua vida, o que significa dizer que ela perduraria por toda a vida. Isso nos dá a magnitude da importância do infantil em psicanálise. Tal importância está atrelada também à concepção freudiana relativa ao desamparo primordial do bebê humano, que depende dos cuidados de um outro não só para sua sobrevivência física, mas também para que a vida psíquica se constitua. É na esfera da sexualidade que essa dependência se evidencia, já que os caminhos a serem trilhados pela pulsão sexual, seus objetos de investimento e as fantasias a eles atreladas, não tem sua determinação definida por bases da espécie, nem servem exclusivamente à reprodução, como se dá com outros animais. Ao nomear o sexual como pulsional, Freud marca que a sexualidade humana, diferente do instinto animal não se satisfaz como uma necessidade fisiológica, mas está sempre atrelada a uma dimensão de representação, de palavra, que dá forma à fantasia e ao desejo. Assim, a sexualidade humana só se configura a partir dos traços deixados pela infância, que também estão na base da constituição do próprio psiquismo. Ainda que a sexualidade infantil perdure por toda a vida, ela sofrerá modificações, e a puberdade não deixará de ser considerada um marco para essas modificações. A sexualidade ancora-se em fatores constitucionais (evolução da libido) e acidentais, como acontecimentos vivenciados na infância (séries complementares), de modo que a elaboração que se dará a partir da puberdade se efetuará a partir do infantil. Isso é importante porque, ainda que haja transformação da configuração da sexualidade infantil, jamais haverá supressão da mesma. Nesse sentido, não haveria a substituição de uma velha fase que desapareceria, por outra nova, que fundaria, então, uma etapa de maturidade adulta, mas a transformação em algo novo que conservaria em si o antigo (CARNEIRO, 2002). Nes-

sa ótica, a infância “[...] não desaparece nunca, assim como nunca se alcança uma maturidade sexual absoluta, contraposta à sexualidade infantil. As organizações sexuais infantis estão contidas na adulta: seus elementos persistem, ainda que revalorizados ou ressignificados” (TUBERT, 1999, p. 13) numa configuração nova, diferente. Lapassade ([1971], 1975), em seu trabalho sobre adolescência, critica a visão de que infância e adolescência seriam estágios provisórios, marcados por uma imaturidade que deveria ser suplantada por uma maturidade definitiva. Essa forma de compreensão provisória contribuiria para uma rejeição no adulto de sua própria infância e adolescência, já que estas seriam consideradas apenas como etapas preparatórias que supostamente deixou para atrás.

A pulsão sexual (o desejo), por definição, é impossível de se satisfazer, até mesmo pela indeterminação *a priori* de seus objetos e meios de satisfação. A realidade dos objetos do mundo será sempre intermediada pela realidade psíquica na qual estão inscritos os registros das experiências de satisfação anteriores. Assim, a sexualidade é marcada pela busca incessante pelo retorno a um estado fantasiado de plenitude que, no entanto, se fosse alcançado, significaria o fim da vida psíquica. O princípio do prazer é um princípio de regulação, tendendo à redução da tensão e do esforço inerentes à vida e às ligações psíquicas que põem em funcionamento o aparelho psíquico. No entanto, o princípio do prazer não é totalmente soberano, Freud supõe um montante pulsional que escapa à possibilidade de se ligar às representações psíquicas mas que, nem por isso, deixa de atuar de forma disruptiva e insistente, desafiando o psiquismo por uma exigência de trabalho incessante.

É nesse sentido que, ao postular um *Para além do princípio de prazer*, Freud ([1920] 1980) deixa claro que nem tudo será abarcado pelo sexual. A pulsão de morte diz respeito a uma força paralisante e repetitiva que atua sobre o psiquismo. Em uma nota de rodapé acrescentada em 1920 aos três ensaios sobre a sexualidade, Freud nos diz que o Édipo “é o complexo nuclear das neuroses” (FREUD, [1905] 1980, p. 213) e que irá influenciar decisivamente a sexualidade do adulto. Afirma, ainda, que “[...] cada novo ser humano confronta-se com a tarefa de dominar o Complexo de Édipo” (FREUD, [1905] 1980, p. 213). Para Laplanche e Pontalis (1992, p. 7),

o complexo de Édipo pode ser entendido como o “conjunto de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação aos pais”.

É, então, no terreno da sexualidade que Freud situa o cerne da constituição do sujeito e, para ele, menosprezar esta importância quando se pensa em educação é da ordem do engano (FREUD, [1913] 1980). O espanto incrédulo com as descobertas psicanalíticas sobre a infância, como “[...] o complexo de Édipo, o amor a si próprio (ou narcisismo), a disposição para as perversões, o erotismo anal, a curiosidade sexual” (FREUD, [1913] 1980, p. 225), denotaria o abismo que separa nossos juízos de valor e nossos processos de pensamento daqueles encontrados nas crianças. Ou seja, o que Freud denuncia é o abismo do adulto ante o infantil que o habita. Justamente é esta distância obstaculizadora que Freud inicialmente acreditou poder sanar através de uma educação psicanaliticamente esclarecida (FREUD, [1913] 1980, p. 226). Seguindo as reflexões de Pfister, Freud acreditava, naquele momento de sua obra, que uma educação eminentemente repressora criaria “uma predisposição a doenças nervosas no futuro” (FREUD, [1913] 1980, p. 225) e que uma educação psicanaliticamente esclarecida consistiria numa profilaxia das neuroses. Posteriormente, Freud ([1937], 1980) abandona a ideia de profilaxia por compreender que a educação, assim como o governo e a psicanálise, seriam fazeres marcados pela incompletude e incerteza.

Retomando a sexualidade como ponto nodal da constituição do sujeito e, portanto, ponto não menos importante à educação, temos a indicação freudiana da centralidade dos “impulsos instintivos socialmente imprestáveis ou perversos que surgem nas crianças” (Freud, [1913] 1980, p. 225). O que ele adverte aos educadores é que não empenhem todos os esforços em sua supressão, pelo contrário, o trabalho deve consistir num desvio dos objetivos originais, para outros mais valiosos, pelo processo de sublimação. A insistência na supressão forçada do pulsional tem como “[...] preço, perda de eficiência e capacidade de prazer, que tem de ser pago pela normalidade na qual o educador insiste” (FREUD, [1913] 1980, p. 225). Lembra-nos, ainda, que “[...] nossas mais elevadas virtudes se desenvolveram como formações reativas e sublimações, de nossas piores disposições” (FREUD, [1913] 1980, p. 225). Para ele a educação deve “abster-se de

soterrar essas preciosas fontes de ação” (FREUD, [1913] 1980, p. 225), o que significa dizer que é a partir delas que outra educação pode se efetivar. A sexualidade, então, com suas “melhores e piores disposições” se constitui não apenas como possibilidade de existência do sujeito mas também como fonte da construção de conhecimento.

A questão é que a sexualidade incomoda, justamente naquilo que reenvia para um infantil indomado, que está em nós e nos suplanta mais do que gostaríamos. Numa releitura do mal-estar a partir da sexualidade infantil, Suchet (2018) situa o caráter desorganizativo e disruptivo do pulsional como principal fonte de repúdio ante a sexualidade infantil. A violência pulsional seria justamente o ponto de mal-estar privilegiado naquilo que nos remete ao incontrolável. A partir disso, poderíamos perguntar, mais especificamente, se a impossibilidade de domínio e controle definitivo do pulsional em nós não seria, de certa forma, relançada quando diante de uma criança que desafia o ideário de “criança perfeita”?

Entre o ideário de um infantil ultrapassado e apaziguado pelo adulto maduro, e aquele que o compreende como permanente reatualização de força e destinos pulsionais, nos parece compreensível uma espécie de aceitação mais tácita das teorias que reafirmam a visão de uma superação do infantil pelo adulto. A ideia de controle nesse cenário parece mais sedutora que a de mal-estar. De forma bastante distinta, ao apontar para a incompletude e parcialidade da satisfação como fonte contínua de mal-estar, Freud ([1913] 1980) o situa como estrutural; e o corpo, enquanto pulsional, também é remetido a este paradigma.

## 2.3 Corpo orgânico x corpo pulsional

Se o saber científico propõe um suficiente controle do corpo/orgânismo, a psicanálise aponta que o controle e domínio do corpo pulsional jamais será suficiente. Em *Mal-estar na civilização*, Freud ([1930] 1976) aponta o corpo como uma das principais fontes de infelicidade. Se o corpo biológico morre e adoce apesar de nossos esforços, o corpo pulsional terá que se haver com as representações da morte e do morrer, da doença, das separações e insatisfações e da constante pressão das excitações internas e exigências externas. Neste sentido, a busca da felicidade para o autor será

sempre uma busca e jamais uma felicidade encontrada. O corpo pulsional enquanto representante desta busca é justamente aquele que se encontra entre o fora e o dentro, equilibrando satisfação e insatisfação, na tentativa de inscrição da força. Por esta ótica, o corpo passa a ser entendido como um lugar que, ao se constituir, integra interior e exterior ao mesmo tempo. Compreendido não apenas como um limite, distinto da mente por exemplo, mas um lugar que permite a ligação e, também, o desligamento do aparato pulsional (LINDENMEYER, 2010).

Em sua concepção do corpo, Freud se afasta do domínio da biologia e coloca as manifestações somáticas na esfera intrapsíquica (ASSOUN, 1997). Isto marca que, para a psicanálise, o corpo é compreendido como construído sempre na relação com um outro, relacional e, por isso, sexualizado. No entanto, no contemporâneo, a crescente tendência à medicalização dos fenômenos educativos parece estar endossando a compreensão do domínio biológico como aquele responsável pelo mal-estar. No contemporâneo, onde o discurso da medicina é prevalente, o corpo é prioritariamente pensado como dessexualizado (LINDENMEYER, 2010). Nesta concepção, sua história e seus sentidos perderiam espaço para uma compreensão mais biologizante, onde os funcionamentos e disfuncionamentos seriam maciçamente compreendidos através da dimensão orgânica.

A promessa de felicidade e erradicação do mal-estar ganha espaço num cenário onde o mercado oferece as inúmeras possibilidades. Sendo as modificações biológicas mais ágeis e controláveis, elas se inserem com facilidade num discurso de supressão definitiva do mal-estar onde o corpo/organismo teria protagonismo e o remédio seria um operador privilegiado. O crescimento do lugar objetivado do organismo vai numa espécie de contramão da palavra subjetivante.

Para a psicanálise um corpo/organismo “puro” não existe no mundo humano. Justamente o que a psicanálise veio nos mostrar é que para nos tornarmos humanos tivemos que, justamente, romper com um suposto estado de natureza. Se podemos acreditar na existência de um organismo no princípio de toda vida, o corpo para Freud apenas será constituído na relação com o outro, a partir do outro.

A pulsão sendo uma energia, desprovida de qualidade, não possui dimensão alguma, ela apenas é, é uma força constante. Contudo, pela meta



que visa e pelos objetos aos quais se liga, a pulsão conhece um “destino” essencialmente psíquico (LAPLANCHE; PONTALIS, 1992). Isto significa dizer que, sem a mediação do objeto, não seria possível nos constituirmos como humanos; portanto, somente a relação com um outro criaria uma possibilidade representativa para o pulsional. O espaço da representação, enquanto uma fixação da força, a nomeia, ou seja, dá corpo, dá forma, à dispersão pulsional pela mediação do objeto. Assim, ao construir o objeto, a linguagem *ordena* a dispersão; transforma a dispersão pulsional em ordem, mas essa ordem é insistentemente perturbada. O *Além do princípio do prazer* que perturba (FREUD, [1920] 1980), ou seja, essa dispersão que não é ordenada por princípios, que fica “fora” da ordem, denota uma limitação da esfera de atuação da realidade psíquica, que terá que lidar com algo que está fora do seu domínio.

A força perturbadora, que Freud, a partir de 1920, chama de pulsão de morte, jamais será suprimida, indicando que a força pulsional não pode ser inteiramente transformada em símbolo pelo trabalho da linguagem.

## 2.4 O educador ante o corpo “inquieto”

Apresentamos, no início desse texto, duas formas bastante diferentes para se compreender a infância e o infantil, acreditando que elas redundarão em diferentes práticas e maneiras de lidar com as crianças. Em uma delas, o infantil é compreendido como um tempo preparatório; a criança “ainda não é” o adulto, marca do primitivo a ser suplantado. Nessa lógica, há uma espécie de supremacia do adulto que sabe mais e melhor, enquanto a criança e o infantil são compreendidos como marcas de imaturidade. Essa visão pode favorecer uma lógica mais preditiva e universal, calcada numa visão ideal de adulto e conseqüentemente da criança que prepara seu caminho. Esse ideário excluiria a criança de seu próprio dizer, esmorecendo a dimensão subjetiva e enaltecendo a expectativa do “ideal de uma ‘criança perfeita’”, mesmo que indiretamente como, por exemplo, consertando-a via medicamento (LIMA, 2005).

De outra forma, compreender o infantil como não suplantado, requisitaria do adulto a assunção da sua própria estranheza constituinte e do corpo pulsional como nunca passível de domesticação absoluta. O “não querer saber”, marca de todo adulto, poderia assim abrir algumas brechas

de querer saber sobre a inquietação e o mal-estar que nossa estranheza reatualizada pela criança não modelar suscita. Isto sugere que, em algum nível, o excessivo de si mesmo também possa ser visto como legítimo. Portanto, que o adulto possa, de algum modo, acolher em si e no outro a angústia, a raiva, o medo, o sem sentido. O acolhimento diria respeito, então, a uma espécie de reconhecimento da legitimidade daquilo que se articula ao mal-estar.

Justamente acolher pressupõe uma relação, algo que se produz no “entre dois” atravessado por um terceiro elemento: a linguagem. Se, como já dito, o corpo pulsional evidencia a luta entre o indivíduo e a cultura e suas implicações para a economia da libido (FREUD, [1930] 1976), como criar espaços que reconheçam a legitimidade desta luta? A inquietude pode também ser compreendida como forma de expressão deste difícil equilíbrio entre a renúncia e a satisfação?

Num dos encontros com Paulo, ao ser perguntado o que achava da escola, ele responde:

*Dever demais. Meu braço fica com câimbra. Assim, tem dever demais. O meu braço fica com câimbra. Tenho que parar um pouco para o meu braço voltar ao normal. Eu perco tempo. (Paulo, entrevista, 12/04/2014).*

Para além da quantidade de atividades a fazer, que aqui não nos cabe julgar e que faz parte das exigências escolares, Paulo nos fala do difícil equilíbrio entre prazer e dever. Frequentar uma escola e ter que se haver com a convivência com pares, com regras diferentes da família, com tempos diversos e até com exigências físicas – como a motricidade fina requerida pela escrita.

Nesse cenário complexo, trazemos à tona a posição do adulto ante a criança dita inquieta, que incomoda. Se, de fato, um aluno que levanta, que não para quieto, que se movimenta muito, causa mal-estar no adulto educador, as estratégias que esse educador pode usar ante o mal-estar são diversas. Também o ideário de infantil que o adulto se ancora irá influenciar na própria produção do mal-estar e nas formas como ele irá se dirigir à criança.

Em um exercício de finalização, podemos sublinhar que a articulação entre mal-estar e corpo sugere duas formas diferenciadas do fazer com ele,

que são: a) tentativa de erradicação do mal-estar numa redução do corpo ao organismo (ilusão de uma civilização sem mal-estar e da existência real de uma criança onde nada faltaria – não acolhimento do corpo pulsional e da sexualidade infantil que o constitui). Aqui o remédio apareceria não como coadjuvante, mas seria concebido como a causa dos comportamentos. Ao articular a inquietação prioritariamente a uma dimensão psicopatológica de disfuncionamento, compreenderiam o corpo com acento na dimensão orgânica e objetiva e endossariam o discurso medicalizante na escola. b) constatação do mal-estar para fazer dele um motor, certo acolhimento do corpo pulsional e do infantil que habita o adulto (mal-estar como pressuposto civilizatório, a criança como ideal – fantasmada –, a falta como motor). Nessa forma de compreensão, facilita-se a localização do mal-estar dentro da escola, mais relacional, envolvendo também o professor. A criança perfeita é ideal; a falta não é negada, mas subsidia um questionamento. O mal-estar apareceria incluído na cena educativa; portanto, referido a uma relação.

### **3 À guisa de conclusão**

Estar diante daquilo que incomoda e frustra não é fácil e exige uma boa dose de invenção, negociações internas e energia para conduzir a situação. Como Freud ([1930] 1976) advertiu, construir e estar na cultura sempre envolverá boa dose de mal-estar e as relações são uma das principais causas de sofrimento. Na relação educativa, da qual participam adultos, crianças e adolescentes, refletir sobre o lugar do adulto diante da criança nos parece uma estratégia política importante para fazer frente à expansão das práticas medicalizantes. Justamente por que questionar os possíveis ideários de infantil que atravessam o educador é também perguntar sobre as incidências desses ideários nas práticas. No caso de Paulo, por exemplo, a acoplagem comportamento/medicamento no discurso dos educadores sugere uma redução da compreensão ampliada e relacional do motivo pelo qual o menino cumprimentava ou não a educadora. Também indica uma circunscrição da questão; afinal, ao lado da criança, de forma individual, o adulto educador não participa da cena ativamente, apenas observa os supostos efeitos do medicamento. Essa leitura, mais orgânica do corpo e de assepsia da sexualidade infantil desresponsabiliza a escola, que pouco ou

nada pode fazer diante de alterações neuroquímicas, ao mesmo tempo em que sela sua impotência. Se o vivido no dia a dia da escola e as inúmeras demandas e exigências às quais o educador está submetido são muito mais imediatos que nossa reflexão, recuar ante a problematização da medicalização da educação é fazer desaparecer Paulo entre suas doses diárias e seus educadores que, em vez de potencializarem seu saber educativo, passam a ser escoltas vigilantes da correta administração da droga.

## Referências

- ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- ASSOUN, P. L. **Corps et symptôme**. Paris: Anthropos, 1997.
- CAMBI, F. **História da Pedagogia**. São Paulo: Ed. Unesp, 1999.
- CALASTRE, G. A criança no adulto. In: MILLER, J. **A criança no discurso analítico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. p. 130-145.
- CARNEIRO, C. **Tempo e destino no contemporâneo: uma leitura do sujeito a partir da adolescência**. Orientador: Lucia Rabello de Castro. 2002. 216 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- CARNEIRO, C. Infância e esquecimento, construindo os fios da história. **Tempo Psicanalítico**. Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, p. 127-137, 2015.
- CARNEIRO, C. O estudo de casos múltiplos: estratégia de pesquisa em psicanálise e educação. **Psicologia – USP**, v. 29, p. 314-321, 2018.
- CARNEIRO, C.; COUTINHO, L. G.; MAGALHÃES, L. Vozes de crianças e adolescentes: o que dizem da escola? **Revista Psicologia Escolar e Educacional**, v. 22, p. 185-193, 2018.
- CARNEIRO, C; LEITE, S. F.; MEDEIROS, J. P. S.; COUTINHO, L. G. Infância e expressões do mal-estar na escola: estudo de casos. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 8, p. 328-340, 2018.
- CASTRO, L. R. **Infância e adolescência na cultura do consumo**. Rio de Janeiro: NAU, 1997.
- CASTRO, L. R. **O futuro da infância e outros escritos**. Rio de Janeiro: 7 letras, 2013.
- COLLARES, C. A. L; MOYSÉS, M. A. Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem. In: CRP-SP; GIQE (org.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015. p. 221-244.
- CONNAS (Conselho Nacional de Secretários da Saúde). **CI n. 323 – Publicada a Resolução Conanda n. 177 que dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem**

**submetidos à excessiva medicalização.** 18 dez. 2005. <http://www.conass.org.br/ci-n-233-publicada-a-resolucao-conanda-n-177-que-dispoe-sobre-o-direito-da-crianca-e-do-adolescente-de-nao-serem-submetidos-a-excessiva-medicalizacao/>. Acesso em: 28 jun. 2020.

FOUCAULT M. O nascimento da medicina social. In: Machado R, organizador. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal; 1984. p. 79-98.

FREUD, S. [1905]. Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. Tradução de J. Salomão. *In: FREUD, S. Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1980. p.20-155

FREUD, S. [1913]. O interesse Científico da Psicanálise. Tradução de J. Salomão. *In: FREUD, S. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v.XIII, 1977, p. 211-226.

FREUD, S. [1920]. Além do princípio do prazer. Tradução de J. Salomão. *In: FREUD, S. Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p.13-88.

FREUD, S. ([1930]. O mal-estar na civilização. Tradução de J. Salomão. *In: FREUD, S. Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 75-174.

FREUD, S. [1937]. Análise terminável e interminável. Tradução de J. Salomão. *In: FREUD, S. Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1980. p.241-287.

GORI, R.; DEL VOLGO, M. **La santé totalitaire**. Essai sur la médicalisation de l'existence. Paris: Denoël, 2005.

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

LAJONQUIÈRE, L. **Infância e ilusão (psico) pedagógica**. Petrópolis: Vozes, 1999.

LAJONQUIÈRE, L. **Figuras do infantil**: a psicanálise na vida cotidiana com as crianças. Petrópolis: Vozes, 2010.

LAJONQUIÈRE, L. Quando o sonho cessa e a ilusão psicopedagógica nos invade, a escola entra em crise. **Educação Temática Digital**. Campinas: Notas Comparativas Argentina, Brasil, França, 2019.

LAPASSADE, G. [1971]. **La Estradas en La Vida**. Madri: Fundamentos, 1975.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LIMA, R. **Somos todos desatentos?** O TDA/H e a construção de bioidentidades. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

LINDENMEYER, C. **Chorégraphies du corps**. Revue Française de Psychanalyse, v. 5, p. 1581-1587, 2010.

MARTINHAGO, F; CAPONI, S. TDAH em crianças e adolescentes: estudo com professores em uma escola pública do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Mental**, v. 11, n. 30, p. 78-98, 2019.

POSTMAN, N. **O desaparecimento da infância**. Rio de Janeiro: Graphia; 2005.

QVORTRUP, J. Visibilidades das crianças e da infância. **Linhas Críticas**, v. 20, n. 41, p. 23-42, jan./abr. 2014.

RESOLUÇÃO do Conselho Nacional da Saúde (CSN) para a promoção de práticas não medicalizantes. **Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade**, 19 out. 2015. Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/resolucao-do-conselho-nacional-da-saude-csn-para-a-promocao-de-praticas-nao-medicalizantes/>. Acesso em: 28 jun. 2020,

SUCHET, D. Encore sauvage ou la force du sexuel infantile. In: P. Merot (ed.) *L'enfant de la psychanalyse. Retour sur l'angoisse*. Paris: Press Universitaires de France-PUF, pp. 43–58, 2018.

TUBERT, S. **A Morte e o Imaginário na Adolescência**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

Recebido em 30/06/2020  
Aprovado em 02/12/2020

## Between the medicine and restless body: which childish do we speak of?

### **Abstract**

This paper discusses medicalization in education. Based on Freudian psychoanalysis, it aims to promote a reflection on the medicalizing strategies of educators regarding a restless student, which occurred during a case study. It starts from the hypothesis that educator's infantile and body ideas can be linked to a discourse that understands the concern mainly due to a pathology bias and that reduces the understanding of behaviors when using/not using the medication. It presents, as a possible result, the effects on the adult-child relationship that these conceptions have: individualization, reduction of the extended and relational understanding of the issue, pathologization of behavior and non-accountability of the school

**Keywords:** Medicalization. Education. Childhood. Body. Psychoanalysis.